



ABRAFISM

**RECOMENDAÇÕES DA ABRAFISM
SOBRE FISIOTERAPIA EM
UROGINECOLOGIA E
COLOPROCTOLOGIA
EM TEMPOS DE COVID-19**

DEPARTAMENTO CIENTÍFICO DA ABRAFISM



ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE FISIOTERAPIA EM SAÚDE DA MULHER

CNPJ: 07.907.951/0001-98

www.abrafism.org.br

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE FISIOTERAPIA EM SAÚDE DA MULHER

**RECOMENDAÇÕES DA ABRAFISM SOBRE FISIOTERAPIA EM UROGINECOLOGIA E
COLOPROCTOLOGIA EM TEMPOS DE COVID-19**

DEPARTAMENTO CIENTÍFICO DA ABRAFISM

2020 Associação Brasileira de Fisioterapia em Saúde da Mulher. É permitida a reprodução parcial desta obra, desde que citada a fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial. ISBN 978-65-991500-2-9



ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE FISIOTERAPIA EM SAÚDE DA MULHER

CNPJ: 07.907.951/0001-98

www.abrafism.org.br



Esta obra está licenciada com uma Licença Creative Commons Atribuição-NãoComercial-SemDerivações 4.0 Internacional.

Estas recomendações descrevem a visão da Associação Brasileira de Fisioterapia em Saúde da Mulher sobre Fisioterapia em uroginecologia e proctologia em tempos de COVID-19. Foi realizado um extenso levantamento bibliográfico sobre o tema e constituída uma comissão coordenadora de trabalho que iniciou os trabalhos e submeteu à apreciação de um grupo consultor, constituído por especialistas clínicos e pesquisadores. Por tratar-se de tema que envolve uma situação inusitada e a possibilidade de novas práticas do Fisioterapeuta no Brasil neste campo, revisões contínuas deverão ser efetuadas, bem como atualizações das recomendações.

INFORMAÇÕES

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE FISIOTERAPIA EM SAÚDE DA MULHER

DEPARTAMENTO CIENTÍFICO

E-mail: cienciabrafism@gmail.com

Citar este documento como:

Associação Brasileira de Fisioterapia em Saúde da Mulher (ABRAFISM). Recomendações da ABRAFISM sobre Fisioterapia em uroginecologia e coloproctologia em tempos de COVID-19. Ribeirão Preto, 2020. **ISBN 978-65-991500-2-9**



Comissão Coordenadora das recomendações

Dra. Cristine Homsj Jorge Ferreira, Dra. Elizabeth Alves Ferreira, Dra. Patricia Driusso
Dra. Lilian Rose Mascarenhas.

Elaboradores das recomendações

Dra. Cristine Homsj Jorge Ferreira, Dra. Patricia Driusso, Dra. Elizabeth Alves Ferreira, Dra.
Ana Carolina Nociti Lopes Fernandes, Dra. Bianca Manzan Reis, Dra. Débora Porto.

Comissão Consultora das recomendações

Dr. Jorge Milhem Haddad – Associação Brasileira de Uroginecologia e Assoalho Pélvico –
UROGINAP, Dr. Luiz Gustavo Oliveira Brito – Associação Brasileira de Uroginecologia e
Assoalho Pélvico – UROGINAP, Dra. Simone Botelho Pereira – Associação Latino-
Americana de Assoalho Pélvico – ALAPP

Diretoria ABRAFISM – GESTÃO 2018-2021

Presidente: Dra. Lilian Rose de Souza Mascarenhas. *Vice-Presidente:* Dra. Elza Baracho.
Secretária Geral: Dra. Leila Maria Alvares Barbosa. *Diretora Administrativa:* Dra. Rubneide
Barreto Silva Gallo. *Diretora Cultural:* Dra. Amanda Magdalena Ferroli Fabricio. *Diretora de
Defesa Profissional:* Dra. Ana Carolina Nociti Lopes Fernandes. *Diretora de Comunicação:*
Dra. Anna Lygia Barbosa Lunardi. *Diretora Tesoureira:* Dra. Thaiana Bezerra Duarte.
Diretora Científica: Dra. Cristine Homsj Jorge Ferreira. *Conselho Fiscal:* Dra. Néville
Ferreira Fachini de Oliveira, Dra. Belisa Duarte e Dra. Lícia Santos Santana. *Suplentes do
Conselho Fiscal:* Dra. Ana Carolina Sartorato Beleza e Dra. Leonilde Santos.



SUMÁRIO

I. Contextualização	6
II. Impacto da pandemia de COVID-19 em pacientes com sintomas uroginecológicos e coloproctológicos nas consultas e atendimentos fisioterapêuticos	8
III. Orientações gerais sobre aspectos de humanização, privacidade e sigilo das informações das pacientes durante a intervenção fisioterapêutica.....	11
IV. Recomendações sobre Educação em Saúde	12
V. Recomendações sobre avaliação fisioterapêutica dos músculos do assoalho pélvico .	13
VI. Recomendações sobre treinamento dos músculos do assoalho pélvico.....	17
VI. Recomendações sobre a segurança no retorno ao atendimento presencial.....	21
VII. Revisão da literatura sobre as recomendações gerais.....	22
VIII. Considerações sobre a segurança no retorno ao atendimento presencial.....	28
IX. Considerações finais	30
X. Referências	32



I. Contextualização

A Fisioterapia na Saúde da Mulher é uma especialidade regulamentada pela Resolução nº 372/2009 do Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO), que tem como finalidade a ampla atuação fisioterapêutica ao longo do ciclo vital feminino: na infância, na gestação, no trabalho de parto e parto, no puerpério, no climatério e na terceira idade.

A Associação Brasileira de Fisioterapia em Saúde da Mulher (ABRAFISM) é uma associação civil, sem fins lucrativos, reconhecida pelo COFFITO para representar os fisioterapeutas que atuam na área de Saúde da Mulher no Brasil.

As áreas de atuação da especialidade incluem a atuação do fisioterapeuta em uroginecologia, coloproctologia, ginecologia, obstetrícia e mastologia. O fisioterapeuta que atua nesta especialidade é referência no atendimento às mulheres e sua formação inclui amplo estudo do assoalho pélvico e sua função. O fisioterapeuta especializado em saúde da mulher tem um olhar voltado à integralidade, funcionalidade e aspectos socioculturais, e ao mesmo tempo desempenha papel específico dotado de habilidades e competências para executar o diagnóstico cinético-funcional e utilizar recursos próprios para tratar problemas uroginecológicos e coloproctológicos que envolvam alterações funcionais globais do sistema musculoesquelético e específicos do assoalho pélvico.

Em 11 de março de 2020, a Organização Mundial de Saúde (OMS) declarou pandemia por COVID-19, doença causada pelo novo coronavírus (SARS-COV-2), que desencadeou crise sanitária mundial. Diante desta situação de crise global, a Fisioterapia na Saúde da Mulher em suas diversas áreas de atuação, incluindo a uroginecologia e coloproctologia tem o desafio de oferecer continuidade ao seu importante trabalho clínico nos sistemas público e privado com segurança aos profissionais e pacientes, considerando a adoção de medidas de isolamento social.



A prevalência de disfunções do assoalho pélvico é considerada alta, especialmente entre mulheres¹⁻⁶. O nível de incômodo causado pode ser severo, impacta negativamente a qualidade de vida das mulheres acometidas. As intervenções fisioterapêuticas apresentam altos níveis de evidência científica para tratar a incontinência urinária feminina não neurogênica⁷, os prolapso de órgãos pélvicos leves e moderados^{8,9}, contribuir para o tratamento da constipação funcional relacionada a dissinergia abdomino-pélvica, tratamento da incontinência anal¹⁰, dismenorrea¹¹, dor pélvica e disfunções sexuais relacionadas a alterações funcionais do assoalho pélvico¹².

O envelhecimento, sobrepeso/obesidade, paridade¹³ e a prática de atividade física de médio e alto impacto¹⁴ são considerados fatores de risco para as disfunções do assoalho pélvico feminino.

Neste período de pandemia preocupações adicionais com o sedentarismo, estresse, sobrepeso e obesidade, aos quais as pessoas estão submetidas, poderiam favorecer as disfunções do assoalho pélvico. A continuidade e/ou início da intervenção fisioterapêutica para estas mulheres é essencial para que não haja piora dos sintomas e, conseqüentemente, piora da qualidade de vida.

Assim, a ABRAFISM elaborou estas recomendações com objetivo de orientar os fisioterapeutas a respeito das possibilidades de manter os atendimentos em uroginecologia e proctologia de modo seguro, considerando alternativas como a teleconsulta e telemonitoramento recentemente regulamentadas pela Resolução COFFITO, nº 516¹⁵.

Com base principalmente em levantamentos bibliográficos, nas regulamentações nacionais e em revisões sistemáticas/meta-análises e diretrizes internacionais sobre o tema, este documento oferece recomendações que foram propostas por uma comissão elaboradora constituída por Fisioterapeutas clínicos e pesquisadores especialistas em Saúde da Mulher, e posteriormente analisadas por uma Comissão consultora constituída por Fisioterapeuta e médicos uroginecologistas. Trata-se de documento inicial que não pretende esgotar o tema e sim oferecer direcionamento para a prática clínica neste campo, e que necessitará de revisões e atualizações periódicas quando forem agregados novos conhecimentos.



II. Impacto da pandemia de COVID-19 em pacientes com sintomas uroginecológicos e coloproctológicos nas consultas e atendimentos fisioterapêuticos

Considerando que:

- a. Eventos de causa natural que alteram a normalidade do funcionamento social não afetam psicológica e fisicamente todas as pessoas da mesma maneira¹⁶, dependendo dos grupos e comunidades às quais elas fazem parte e das condições de saúde pré-existentes;
- b. Sintomas uroginecológicos e coloproctológicos causam impacto negativo sobre a qualidade de vida das mulheres acometidas, com forte repercussão no modo como a pessoa vive, bem como no nível de estresse, autoestima e bem estar¹⁷;
- c. Diversas revisões sistemáticas reportam que sintomas uroginecológicos e coloproctológicos estão associados à maior morbimortalidade, especialmente em idosos¹⁸, conforme demonstra o Quadro 1.
- d. Sintomas uroginecológicos e coloproctológicos são amenizados ou curados pelo tratamento fisioterapêutico¹⁷;
- e. O COFFITO, em função da pandemia do novo coronavírus, regulamentou a teleconsulta, telemonitoramento e teleconsultoria por meio da Resolução nº 51615, de 20/mar/2020;
- f. O documento RECOMENDAÇÃO GERAL ABRAFISM - FISIOTERAPIA POR MEIO DIGITAL/TELECONSULTA E TELEMONTORAMENTO NA FISIOTERAPIA EM SAÚDE DA MULHER E URO-PROCTOLOGIA recomenda que os fisioterapeutas busquem, sempre que possível oferecer a continuidade dos atendimentos de modo seguro no período de pandemia. Disponível no link [<https://abrafism.org.br/>](https://abrafism.org.br/).



Quadro 1. Resultados de revisões sistemáticas que relatam associação entre sintomas uroginecológicos e coloproctológicos com morbimortalidade.

Sintomas	Morbimortalidade
Noctúria	<p>Provavelmente está associada ao aumento de aproximadamente 30% no risco de morte¹⁹.</p> <p>Provavelmente está associada ao aumento de aproximadamente 20% no risco de quedas e, possivelmente, ao aumento de 30% no risco de fraturas¹⁸.</p>
Incontinência Urinária	<p>É preditor de alta mortalidade na população geral e particularmente na população geriátrica. Essa associação aumenta de acordo com a severidade da perda urinária. Não é claro ainda na literatura se esta associação é de causa-efeito ou apenas reflete condição geral de saúde comprometida²⁰.</p> <p>A incontinência urinária de urgência é associada a inúmeras condições de comorbidades (queda, depressão, infecção do trato urinário inferior, sobrepeso/obesidade, diabetes e morte) e inflige carga pessoal substancial em vários aspectos da vida dos pacientes²¹.</p>
Incontinência Fecal/Anal	<p>Fatores comumente associados à incontinência anal incluem idade, envelhecimento, diarreia e incontinência urinária²².</p> <p>Incontinência fecal é associada ao aumento da mortalidade, sugerindo que este sintoma é um marcador de más condições de saúde em idosos²³.</p>
Dor pélvica	<p>Está associada a vários fatores ginecológicos e psicossociais, que impactam negativamente a vida das pacientes, predispondo a morbidades psicológicas como depressão, ansiedade e somatização²⁴.</p>
Disfunção sexual	<p>Disfunção sexual está associada a um aumento de risco de depressão entre 130% a 210%²⁵.</p> <p>Pessoas com depressão (incluindo a depressão subclínica) apresentam risco de morte aproximadamente 80% maior em comparação aos indivíduos sem depressão²⁶.</p>



Diante do exposto, seguem as recomendações gerais da ABRAFISM para atendimento de mulheres com sintomas uroginecológicos e coloproctológicos:

1. Os fisioterapeutas devem discutir sobre a viabilidade da realização de atendimento fisioterapêutico por teleconsulta ou telemonitoramento, apresentando essa possibilidade às pacientes em relação aos benefícios e limitações, considerando tanto as mulheres que já estavam em tratamento fisioterapêutico antes da pandemia como as que pretendiam ou pretendem iniciar o tratamento neste período.
2. O meio digital mais adequado deve ser eleito pelo profissional e paciente, considerando como possibilidade as chamadas telefônicas, plataformas para vídeo chamadas, gravação de vídeos ou outra forma de contato com auxílio tecnológico.
3. Os aspectos culturais, as limitações tecnológicas e pessoais para uso da tecnologia, a disponibilidade e o acesso das pacientes, a familiaridade de fisioterapeutas e pacientes para o uso da tecnologia, além das regulamentações/normatizações específicas dos serviços envolvidos devem ser considerados pelos fisioterapeutas para o atendimento não presencial.
4. Mesmo nos atendimentos não presenciais o profissional precisa observar todos os demais dispositivos contidos nos Códigos de Ética e Deontologia da Fisioterapia e da Terapia Ocupacional, além de observar as demais normas do COFFITO.



III. Orientações gerais sobre aspectos de humanização, privacidade e sigilo das informações das pacientes durante a intervenção fisioterapêutica

1. Manter os conceitos de humanização e ética na elaboração da anamnese, exame físico e prescrição fisioterapêutica.
2. O fisioterapeuta deve assegurar a privacidade, acurácia e registro das informações, segurança e confidencialidade da paciente.
3. Recomenda-se que os profissionais expliquem muito bem os objetivos do atendimento a distância às pacientes, ressaltando os benefícios e as desvantagens, e obtenha o termo de concordância e consentimento.
4. É importante que o fisioterapeuta apresente metas, desfechos e indicadores específicos para cada objetivo terapêutico de modo que a paciente também se sinta no controle da sua saúde e envolvida com o tratamento.
5. Realizar o registro e o compartilhamento escrito das orientações dadas às pacientes.
6. No compartilhamento de informações entre paciente-fisioterapeuta, como por exemplo, fotos e/ou vídeos enviados para análise postural, deve-se ter o zelo de cobrir o rosto da paciente.
7. O fisioterapeuta e a paciente deverão escolher local adequado durante a teleconsulta e estar atentos ao compartilhamento de fotos/vídeos para não expor a privacidade de sua casa ou família desnecessariamente.
8. Manter-se atento à interpretação que a paciente terá das informações e condutas sugeridas, uma vez que sem o contato presencial pode ser mais difícil para o fisioterapeuta perceber conteúdos que seriam expressos pelo gesto, atitude ou verbalização espontânea.



IV. Recomendações sobre Educação em Saúde

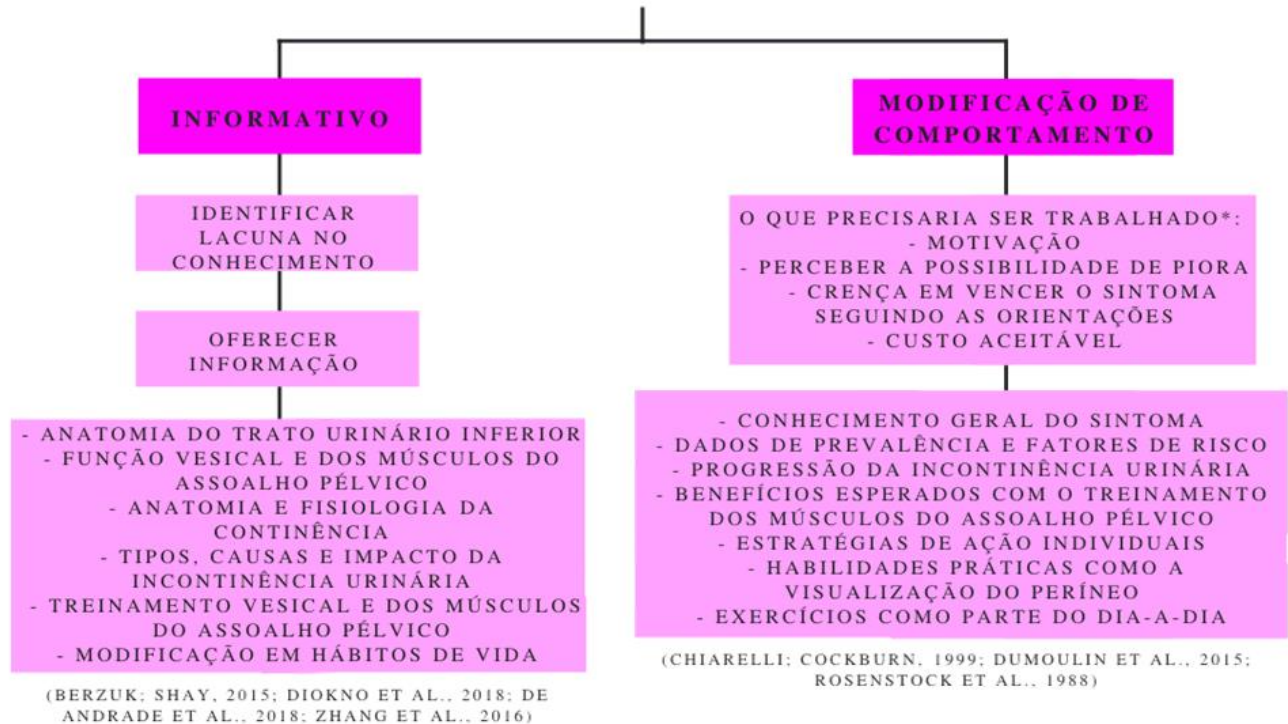
Recomenda-se aos fisioterapeutas:

1. Ter clareza dos objetivos educativos da assistência fisioterapêutica, tais como os seguintes exemplos: promover conhecimento sobre a anatomia e função dos músculos do assoalho pélvico, melhorar a adesão ao treinamento dos músculos do assoalho pélvico ou modificar hábitos de vida.
2. Enfatizar orientações e educação em saúde às mulheres, em relação às comorbidades e como os hábitos de saúde (ingesta hídrica, prática de exercícios e alimentação saudável) podem auxiliar nos sintomas urinários e coloproctológicos.
3. Orientar a mulher sobre higiene íntima e uso adequado de protetores (absorventes, fraldas).
4. Identificar o conhecimento prévio da paciente sobre anatomia, função e disfunções do assoalho pélvico, especialmente o componente muscular²⁷, uma vez que as mulheres parecem ter pouco conhecimento sobre estes temas²⁸.
5. Enfatizar instruções sobre a anatomia e função dos músculos do assoalho pélvico, por meio de ilustrações e vídeos educativos. A literatura aponta que 70% das mulheres com disfunção do assoalho pélvico não são capazes de realizar a correta contração desta musculatura²⁹. O conhecimento e conscientização dos músculos do assoalho pélvico pela paciente são essenciais para realizar a contração desta musculatura³⁰.
6. Prover orientações e métodos de facilitação da contração dos músculos do assoalho pélvico, considerando que a maioria das mulheres não têm conhecimento sobre a disfunção dos músculos do assoalho pélvico, não conhece suas opções de tratamento e não é capaz de identificar fatores de risco para esses distúrbios³¹.
7. Considerar os fatores modificadores de adesão ao treinamento dos músculos do assoalho pélvico que são as crenças, expectativas, motivação, conhecimento, autoeficácia, percepção da severidade dos sintomas, percepção de susceptibilidade entre outros^{32,33}. Sugere-se utilizar teorias de comportamento em saúde para melhorar a adesão e gerar modificação de hábitos de vida³⁴.



Educação em saúde

OBJETIVO



*de acordo com o “*Health Belief Model*”

Figura 1. Recomendações sobre educação em saúde.

V. Recomendações sobre avaliação fisioterapêutica dos músculos do assoalho pélvico

Considerando que:

- A recomendação é que a avaliação da capacidade de contrair os músculos do assoalho pélvico seja realizada pelo fisioterapeuta, por meio da inspeção e palpação vaginal^{35,36};
- A maioria das mulheres não tem boa auto percepção da contração dos músculos do assoalho pélvico³⁷;
- Não existe evidência para respaldar avaliação remota dos músculos do assoalho pélvico.



Recomenda-se:

1. Privilegiar a utilização de diário miccional e questionários específicos para avaliação da severidade e/ou do impacto na qualidade de vida dos sintomas uroginecológicos e/ou coloproctológicos, validados para o português/Brasil.
2. Considerar os hábitos urinários da paciente ao escolher o diário miccional adequado³⁸. Há grande variedade de aplicativos de diários miccionais gratuitos que podem ser úteis para mulheres que tenham condições de utilizar a tecnologia.
3. Adaptar os itens que compõem a avaliação para a teleconsulta, de modo que o fisioterapeuta obtenha informações adequadas para elaborar a sua proposta de tratamento, mas que não haja exposição desnecessária da paciente, sobretudo em relação à avaliação do assoalho pélvico (Quadro 2).
4. Não solicitar imagens e vídeos de partes íntimas do corpo da mulher para avaliação, a menos que a imagem determine a decisão clínica em função de lesão cutânea ou de prolapso avançado de órgãos pélvicos.
5. A auto palpação dos músculos do assoalho pélvico pode ser instruída pelo fisioterapeuta para mulheres que aceitem a sua realização e deve ser feita em local privado^{39,40}.
6. Priorizar a avaliação do assoalho pélvico no modelo presencial, porque a visualização da contração dos músculos do assoalho pélvico pelo fisioterapeuta, por meio de vídeo/imagem pode não ser adequada e nem ter acurácia suficiente para a prescrição do tratamento fisioterapêutico. Não há, no momento, na literatura meios disponíveis e confiáveis que substituam a avaliação detalhada das condições musculoesqueléticas do assoalho pélvico.
7. O *stop test* pode ser explicado para a mulher e pode ser realizado exclusivamente como avaliação da capacidade de contração dos músculos do assoalho pélvico^{39,40}. A mulher deve ser orientada a não repetir esse teste como treinamento da contração dos músculos do assoalho pélvico, pois pode alterar o mecanismo neurofisiológico da micção⁴¹ e pode aumentar a chance de infecção do trato urinário.



Quadro 2. Avaliação do assoalho pélvico para pacientes que não foram avaliadas pelo fisioterapeuta anteriormente e iniciarão o atendimento não presencial.

Procedimento	Descrição e objetivo do procedimento no modelo presencial	Adaptação para o atendimento a distância
Anamnese	Coleta de informações pessoais e clínicas	<p>Realizar por meio de teleconsulta, utilizando preferencialmente plataformas que possibilitem o contato visual com a paciente (vídeo).</p> <p>Avisar previamente a paciente que serão solicitadas informações pessoais de forma que ela possa escolher o local e horário adequados. Assegurar o sigilo das informações.</p> <p>Como alguns itens da avaliação física não são possíveis à distância, é importante que a anamnese seja muito completa na investigação do hábito miccional, presença de dores, sinais e sintomas de disfunção do assoalho pélvico.</p>
Uso de diário miccional e questionários específicos	Coleta de informações sobre o hábito miccional, a severidade da disfunção e o impacto na qualidade de vida	Os questionários podem e devem ser usados como instrumentos complementares de avaliação, com as opções de a paciente responder e enviar posteriormente para o fisioterapeuta ou responder durante a teleconsulta.
Avaliação postural	Avaliar a organização dos segmentos corporais e a distribuição de carga	<p>Sugere-se que seja feita a avaliação com o envio de fotos ou a análise online.</p> <p>Orientar a paciente a usar roupa que permita a visualização dos segmentos corporais e garantir o sigilo das informações.</p> <p>Em caso de apresentação posterior da análise para discussão com a paciente, proteger o rosto da paciente com sobreposição de imagem.</p>



Avaliação da mobilidade dos segmentos	Avaliar a mobilidade das articulações nos seus eixos e planos de movimento	Solicitar para a paciente realizar movimento nas articulações com a devida orientação do fisioterapeuta. Privilegiar a avaliação da mobilidade das 2 articulações do quadril, da pelve e coluna vertebral, sobretudo, a lombar.
Avaliação funcional do assoalho pélvico	Avaliação dos reflexos bulbocavernoso e anocutâneo	Não é possível avaliar os reflexos à distância.
	Inspeção e avaliação funcional do assoalho pélvico	A avaliação funcional dos músculos do assoalho pélvico deve ser realizada por fisioterapeuta treinado e especializado, que utilizará a palpação digital e escalas apropriadas para identificar a correta contração, classificando-a de acordo com as suas particularidades, como a direção da contração e capacidade de sustentação, entre outras. É inviável realizar este tipo de avaliação à distância.
	Avaliação de <i>trigger points</i> e pontos dolorosos no assoalho pélvico	Não é possível realizar esta avaliação à distância.



VI. Recomendações sobre treinamento dos músculos do assoalho pélvico

Considerando que:

- a. Há limitação da teleconsulta em relação à utilização de diversos recursos fisioterapêuticos, especialmente no que concerne a dispositivos para ensinar a correta contração dos músculos do assoalho pélvico à paciente;
- b. Apesar de existirem estudos que respaldam as vantagens do treinamento dos músculos do assoalho pélvico por meio da telereabilitação, no Brasil este tema é ainda pouco explorado;
- c. Há necessidade de pesquisas que possam evidenciar os benefícios da teleconsulta no cenário nacional.

Recomenda-se que:

1. O treinamento dos músculos do assoalho pélvico deve ser realizado sempre que possível de maneira supervisionada pelo fisioterapeuta⁴², porém, em situações que impossibilitem a supervisão direta do fisioterapeuta é altamente recomendado que seja realizada a familiarização do protocolo de treinamento completo e que sejam esclarecidas todas as dúvidas^{43,44}.
2. O treinamento dos músculos do assoalho pélvico deve ser realizado, considerando a alta evidência científica, no que diz respeito aos benefícios para a reabilitação das disfunções dos músculos do assoalho pélvico (Quadro 3).
3. Em situações em que as pacientes não tenham acesso à internet, a supervisão periódica do fisioterapeuta deve ser realizado por meio de chamadas telefônicas, garantindo a adesão às orientações e tratamento fisioterapêuticos adequado⁴⁵⁻⁴⁸.
4. Mulheres que apresentam capacidade de realizar a correta contração dos músculos do assoalho pélvico devem começar ou continuar a realização do treinamento, considerando os parâmetros estabelecidos que devem ser embasados nos



princípios da fisiologia do exercício (frequência, intensidade, duração) e realizando com a maior frequência semanal possível.

5. Para mulheres que não sabem realizar a correta contração dos músculos do assoalho pélvico, o fisioterapeuta deve informar as limitações do tratamento fisioterapêutico por meio de telereabilitação e discutir com ela outras possibilidades de facilitação da contração desta musculatura, de acordo com as características pessoais e culturais. Alguns métodos podem ser utilizados para ensinar a mulher a realizar a contração dos músculos do assoalho pélvico, tais como: instruções sobre a anatomia e função da musculatura do assoalho pélvico; palpação do centro tendíneo do períneo; interrupção do fluxo urinário (*stop test*); visualização da contração usando espelho e coativação dos músculos abdominais anterolaterais⁴⁰.
6. O uso de cones vaginais deve ser orientado com cautela, sendo assim, de preferência para mulheres que realizaram a avaliação dos músculos do assoalho pélvico pelo fisioterapeuta, que tiveram pelo menos uma sessão de familiarização de técnica proprioceptiva com cone vaginal⁴⁰, que tenham familiaridade com o aparelho (cone) e que dispõem do cone em casa ou que tenham recursos financeiros para adquiri-los^{49,50}. Considerar que há evidência científica que o tratamento com cone vaginal é superior ao não tratamento fisioterapêutico em mulheres com incontinência urinária de esforço⁵¹.
7. O fisioterapeuta deve prover comando verbal adequado durante o treinamento dos músculos do assoalho pélvico
8. Apesar de existirem estudos sobre a utilização de eletroestimulação domiciliar com objetivo de melhora da função dos músculos do assoalho pélvico⁵²⁻⁵⁴ é essencial que o fisioterapeuta conheça o perfil da paciente, a inclua na tomada de decisão clínica e pondere o custo-risco-benefício. É importante destacar que, os poucos estudos⁵²⁻⁵⁴ disponíveis apresentam alto risco de viés; os pacientes foram previamente treinados para a auto utilização do recurso e que os equipamentos utilizados apresentavam protocolo pré-estabelecido, sendo permitido ao paciente manipular apenas a intensidade da corrente.



9. Se houver indicação do fisioterapeuta para uso de dispositivos que requerem cuidados de higiene (sondas, probes, etc.), o fisioterapeuta deve orientar sobre a higienização e cuidados para a prevenção de infecções antes de sua implementação,
10. Antes da recomendação ou utilização de quaisquer dispositivos (sondas, equipamentos, etc) o fisioterapeuta deve atentar-se ao registro na ANVISA.
11. Estas orientações também devem ser consideradas sobre o uso domiciliar do *biofeedback* para o treinamento dos músculos do assoalho pélvico^{45,52,55} e para prescrição de eletroestimulação transcutânea do nervo tibial para pacientes com Síndrome da Bexiga Hiperativa⁵⁶.
12. O Treinamento vesical/ tratamento comportamental, englobando qualquer tipo de intervenção de adiamento da micção, micção programada e educação da paciente para alteração dos hábitos miccionais (controle de urgência e prevenção de perda urinária)⁵⁷ deve ter sua indicação estabelecida pela avaliação fisioterapêutica e deve ser supervisionado pelo fisioterapeuta.
13. Considerar o uso de aplicativos como método coadjuvante ao tratamento fisioterapêutico prescrito pelo fisioterapeuta, a depender do perfil da paciente. Considerar o acesso, familiaridade com uso de tecnologias, autonomia e o quanto a mulher gosta e se sente confiante com o uso da tecnologia. Para pacientes sem letramento digital e que têm acesso à internet, apresentar a possibilidade do uso de aplicativos como complemento das sessões fisioterapêuticas. A literatura aponta que o uso de aplicativos é mais comum pelas mulheres jovens, com alto nível de educação⁵⁸ e moradoras de áreas urbanas⁵⁹.
14. Há muitas opções de aplicativos pagos e não pagos, que podem apresentar possibilidades terapêuticas diversas e apresentam diferentes níveis de qualidade⁶⁰. O fisioterapeuta deve conhecer bem as funcionalidades do aplicativo para poder orientar a mulher em todo o processo terapêutico. O fisioterapeuta e a mulher na tomada de decisão compartilhada devem escolher o melhor aplicativo, considerando a avaliação clínica e objetivo fisioterapêutico⁶¹.



Quadro 3. Revisões sistemáticas/ meta-análises a respeito dos efeitos do treinamento dos músculos do assoalho pélvico para disfunções do assoalho pélvico.

Disfunção do assoalho pélvico	Resultados revisões sistemática/meta-análises
Incontinência urinária de esforço/ urgência e mista	<p>Treinamento dos músculos do assoalho pélvico supervisionado pode melhorar ou prover resolução completa dos sintomas de perda urinária aos esforços^{8,57}.</p> <p>Treinamento dos músculos do assoalho pélvico deve ser incluído como primeira linha do tratamento para mulheres com incontinência urinária^{7,62,63}.</p> <p>Nível de Evidência 1. Grau de recomendação A</p> <p>Treinamento muscular do assoalho pélvico em gestantes continentas, realizado no início da gestação pode prevenir a ocorrência de incontinência urinária no final da gestação e no pós-parto¹⁰.</p>
Bexiga hiperativa	<p>Treinamento dos músculos do assoalho pélvico pode reduzir os sintomas da bexiga hiperativa⁶⁴.</p>
Prolapsos de órgãos pélvicos	<p>Mulheres que realizaram treinamento dos músculos do assoalho pélvico apresentaram melhora na sensação subjetiva (auto relato) dos sintomas de prolapso e melhora objetiva na gravidade dos prolapsos⁹.</p> <p>Treinamento dos músculos do assoalho pélvico pode reduzir a severidade dos sintomas dos prolapsos.</p> <p>Nível de Evidência 1. Grau de recomendação A</p>
Sintomas fecais	<p>O treinamento muscular do assoalho pélvico parece ser benéfico em pacientes com doença inflamatória intestinal inativa e dificuldade de evacuação ou incontinência fecal. A eficácia dessa abordagem merece investigação mais aprofundada⁶⁵.</p>



VI. Recomendações sobre a segurança no retorno ao atendimento presencial

Recomenda-se aos fisioterapeutas:

1. Utilizar equipamento de proteção individual (máscara cirúrgica e luvas, sendo possível acrescentar o uso de *face shield* ou óculos) durante a realização de quaisquer atendimentos ou procedimentos presenciais, respeitando todas as recomendações de higienização e distanciamento social vigentes.
2. Orientar a paciente para que compareça à sessão, somente no horário agendado e que siga rigorosamente as orientações de distanciamento social na recepção.
3. Realizar triagem pré-atendimento e perguntar sobre possíveis sintomas, especialmente os sinais e sintomas respiratórios.
4. Em casos de suspeita de COVID-19 (pacientes sintomáticos e assintomáticos), confirmar o resultado do exame negativo antes do agendamento da consulta fisioterapêutica.
5. Realizar limpeza e desinfecção do local de atendimento e objetos utilizados entre as sessões de pacientes diferentes, reservando tempo específico para isso.
6. Manter o ambiente de atendimento ventilado.
7. Não compartilhar com as pacientes o uso de canetas, pranchetas ou telefones.
8. Aferir temperatura da paciente antes de iniciar a sessão.
9. Fornecer materiais e orientações de higiene para serem realizados no ambiente de atendimento, como álcool 70%, lenços descartáveis de higienização e local adequado para lavagem das mãos.
10. Realizar a desparamentação e descarte correto dos materiais utilizados durante atendimento, conforme recomendado pela ANVISA.
11. Ao atender pacientes curados da Covid-19 a prescrição de exercícios deve valorizar o efeito da doença no sistema musculoesquelético e respiratório. Sintomas como a mialgia, diminuição da capacidade respiratória, tosse e fadiga irão influenciar a performance da paciente durante a realização da cinesioterapia.



VII. Revisão da literatura sobre as recomendações gerais

As disfunções do assoalho pélvico afetam mulheres em qualquer fase da vida, no entanto a prevalência aumenta com o avanço da idade^{66,67}. Um estudo conduzido para compreender a experiência de mulheres idosas em relação às necessidades de saúde apontou que *navegar em um mundo em transformação, manter o controle – equilibrar as necessidades e apoio, tentar se manter bem e ficar conectada e envolvida* são fatores relacionados à manutenção da autonomia⁶⁸. Considerando a relevância da conduta fisioterapêutica estar alinhada com o universo da paciente é importante que esses temas estejam presentes na formatação do atendimento, e possam ser traduzidos em ações. Ter a percepção de mudança do mundo, identificar as necessidades e suporte para se manter no próprio controle, tentando ficar bem, envolvida e conectada com a sociedade são sentimentos já descritos pelas pacientes antes da pandemia e que provavelmente tendem a se acentuar neste período de tanta fragilidade. É importante que o fisioterapeuta apresente metas, desfechos e indicadores específicos para cada objetivo terapêutico de modo que a paciente também se sinta no controle da sua saúde e envolvida com o tratamento.

O impacto das disfunções do assoalho pélvico sobre a qualidade de vida é desfecho valorizado nos estudos sobre incontinência urinária e bexiga hiperativa, devido às repercussões no âmbito pessoal, social e profissional, gerando mudanças no estilo de vida, como isolamento, depressão, ansiedade e alteração da vida sexual. Uma revisão sistemática avaliou o efeito dos exercícios de fortalecimento do assoalho pélvico para incontinência urinária com enfoque no impacto na qualidade de vida de mulheres na perimenopausa, e concluiu que o treinamento dos músculos do assoalho pélvico é um tratamento que produz melhora significativa na qualidade de vida das mulheres; no âmbito físico, mental e social⁶³.

A percepção positiva do tratamento das disfunções do assoalho pélvico na qualidade de vida das mulheres faz com que elas se declarem disponíveis a aprender o uso da tecnologia para iniciar ou continuar o tratamento⁶⁹.



Se a realização de exercícios tem repercussões positivas na qualidade de vida, podemos inferir que a interrupção do tratamento fisioterapêutico pode ter impacto negativo. Em tempos de pandemia a manutenção ou o início do tratamento fisioterapêutico deve ser analisada considerando o bem estar da paciente do ponto de vista físico e emocional.

Os fisioterapeutas têm se adaptado como podem ao modelo de atendimento a distância, que apesar de não substituir o atendimento clínico presencial, tem se mostrado uma ferramenta útil. É importante destacar a diferença que existe entre o atendimento presencial e virtual, tema que já tem sido estudado para consulta médica⁷⁰, mas ainda não foi suficientemente estudado para as sessões de fisioterapia nesta área, havendo particularidades como o uso de técnicas de terapia manual, cinesioterapia e eletroterapia. Ainda não temos evidência científica robusta sobre a eficácia de sessões de fisioterapia a distância na área, mas podemos nos guiar por recomendações e diretrizes amparadas nas evidências até o momento e na eficácia da fisioterapia tradicional.

Um estudo comparou a qualidade da comunicação médico-paciente na consulta face a face e na consulta virtual por vídeo, em caso de prolapso de órgão pélvico. Os resultados não apontaram diferença significativa de satisfação da paciente comparando as duas modalidades de consulta em relação a três pilares de comunicação: percepção de troca de informação com o médico, construção de relacionamento interpessoal e percepção de tomada de decisão compartilhada. Observou-se que o tempo, a atenção e o cenário utilizado na consulta influenciam a percepção de satisfação da paciente em relação à troca de conhecimento com o profissional de saúde⁷⁰.

O termo *telehealth*, já descrito em 2008, é utilizado para descrever atendimentos feitos por profissionais de saúde por meio de ligações, mensagens virtuais, vídeo-chamadas ou tecnologia eletrônica. As principais discussões sobre esse formato de atendimento, incluem as questões éticas sobre o remodelamento do que é conhecido como atendimento. A acessibilidade de cada paciente deve ser levada em conta quanto ao acesso aos recursos necessários, bem como o conhecimento dos recursos para ser colocado em prática, principalmente para pacientes idosos. Além disso, a utilização da *telehealth* deveria, no momento, acontecer de forma justificada, utilizada na impossibilidade de atendimento presencial. O terapeuta deve assegurar a privacidade, acurácia de



informação, segurança e confidencialidade do paciente. A informação sobre os benefícios e as desvantagens do atendimento online devem ser esclarecidas para o paciente⁷¹.

O atendimento a distância tem sido discutido há anos com denominações como telehealth, EHealth ou Mobile health (m-Health), mas a pandemia do Covid-19 acelerou a discussão e estimulou o COFFITO a autorizar a sua prática com a Resolução nº516 de 20 de março de 2020, que dispõe sobre teleconsulta, telemonitoramento e teleconsultoria¹⁵. De acordo com o COFFITO, a teleconsulta consiste na consulta clínica registrada e realizada pelo Fisioterapeuta ou Terapeuta Ocupacional a distância, já o telemonitoramento consiste no acompanhamento a distância, de paciente atendido previamente de forma presencial, por meio de aparelhos tecnológicos. Nesta modalidade o Fisioterapeuta ou Terapeuta Ocupacional pode utilizar métodos síncronos (comunicação a distância realizada em tempo real) e assíncronos (comunicação a distância não realizada em tempo real), como também deve decidir sobre a necessidade de encontros presenciais para a reavaliação, sempre que necessário, podendo o mesmo também ser feito, de comum acordo, por outro Fisioterapeuta ou Terapeuta Ocupacional local.

O critério para propor teleconsulta ou telemonitoramento deve ser determinado e baseado no quadro clínico da paciente e na programação do fisioterapeuta, e recomenda-se esclarecer isso para a paciente na primeira sessão. Também é importante discernir o que pode ser realizado a distância e o que requer atendimento presencial apesar dos riscos de transmissão da Covid-19.

A assistência fisioterapêutica a distância pode ser efetiva no tratamento da incontinência urinária por esforço e mista, graças à facilidade de acessibilidade e flexibilização, entretanto, é necessária maior atenção quanto ao feedback e suporte pessoal que deve ser dado à paciente, em especial para pacientes idosas⁷². Para que os resultados sejam satisfatórios é importante que o objetivo esteja alinhado com as ferramentas disponíveis e a expectativa da paciente.

A maioria das plataformas digitais podem apresentar vulnerabilidade em termos de segurança e sigilo dos dados, por isso, é de responsabilidade do terapeuta que irá utilizar, explicar as questões éticas à paciente em relação ao uso das ferramentas tecnológicas,



troca de dados e administração de materiais enviados durante o período de tratamento. Além disso, é necessário que exista um consentimento da parte da paciente em relação ao compartilhamento de dados e materiais⁷³. O registro escrito das sugestões de exercícios e conduta é essencial porque há maior possibilidade de compreensão indevida das orientações.

O fisioterapeuta como parte da equipe multidisciplinar possibilita a manutenção do monitoramento, com instruções, prescrições e aconselhamentos individuais, colaborando no manejo de outras disfunções como a endometriose, por exemplo, e com a inclusão de temas como a importância da educação em saúde sobre o diagnóstico, a importância de se manter boas práticas para a saúde geral, a regulação do sono, boa dieta, exercícios físicos e ter uma boa rede social de suporte⁷⁴.

O tratamento fisioterapêutico é edificado a partir da avaliação que inclui anamnese, análise da postura e da mobilidade de segmentos e avaliação da funcionalidade do assoalho pélvico. Em situações atípicas como numa pandemia, em que o contato físico é desaconselhado, é importante elencar anamnese e avaliação que proteja a paciente de qualquer situação de exposição desnecessária. Em situações de vulnerabilidade alguns procedimentos que são corriqueiros no atendimento de fisioterapia podem ser interpretados como desconfortáveis pela paciente.

O diário miccional e os questionários específicos para avaliação da severidade da sintomatologia, ou do impacto na qualidade de vida são instrumentos viáveis para avaliação a distância e auxiliam na compreensão do quadro clínico da paciente em diferentes momentos do tratamento⁷⁵.

A incontinência urinária pode ser tratada por diferentes profissionais e de diversas maneiras, sendo o treinamento dos músculos do assoalho pélvico a modalidade terapêutica com alto nível de evidência para promover melhora e cura da perda urinária. Entretanto, não existe protocolo definido como padrão para a prescrição de exercícios, visto que o tratamento deve ser individualizado, de acordo com a condição clínica de cada paciente. Todavia, existem recomendações sobre a prescrição de exercícios que devem ser seguidas rigorosamente para garantir a efetividade da técnica: a contração voluntária dos músculos



do assoalho pélvico deve ser confirmada por meio de palpação vaginal, a maioria dos protocolos estudados indicam três séries por dia, preferencialmente praticados pelo menos três vezes por semana. Além disso, o tempo de descanso tanto para a contração rápida quanto para a sustentada, deve ser o dobro do tempo da contração. Os exercícios devem ser aumentados de acordo com tempo e repetição de forma progressiva, distribuídos no tempo total da intervenção terapêutica (de quatro a doze semanas). A prescrição deve utilizar exercícios com a força de contração máxima ou submáxima e variar posições⁷⁶ (iniciando em decúbito dorsal e evoluindo para os exercícios funcionais) conforme progresso da paciente.

O tratamento da incontinência urinária de esforço e mista pode ser realizado de forma domiciliar, desde que a paciente tenha adquirido consciência dos músculos do assoalho pélvico por meio de uma sessão prévia de educação em saúde (reconhecimento da anatomia feminina, função dos músculos do assoalho pélvico e mecanismo de enchimento e esvaziamento vesical). A partir disso, a prescrição deve ser individualizada e progressiva, de acordo com a avaliação específica da paciente (esquema PERFECT⁷⁷, manometria, diário miccional, questionários de avaliação de sintomatologia e gravidade do quadro). A descrição do tratamento deve ser feita de forma completa em relação ao posicionamento durante exercícios, tempo de contração e descanso, padrão respiratório, número de séries e repetições^{78,79}.

Cabe ainda destacar a diferença entre a prescrição do tratamento fisioterapêutico para pacientes que estão em fase de início do tratamento fisioterapêutico a distância e àqueles em continuidade de tratamento. Se a consulta fisioterapêutica já foi realizada previamente de forma presencial e incluiu a avaliação funcional do assoalho pélvico, a prescrição do tratamento domiciliar para manutenção do tratamento torna-se mais fácil, uma vez que tanto o fisioterapeuta já tem informações suficientes para prescrever a dosimetria correta, quanto a paciente já tem consciência suficiente para realizar os exercícios prescritos. Deve-se então, considerar a capacidade de contração da paciente, o tempo de sustentação e fadiga, bem como a orientação correta da contração do assoalho pélvico com os componentes de “fechamento e elevação”.



Por outro lado, iniciar o atendimento sem ter realizado o exame físico é totalmente diferente e requer do fisioterapeuta cuidado adicional durante a prescrição do tratamento. Para o treinamento dos músculos do assoalho pélvico deve ser considerada a possibilidade de realização incorreta dos exercícios, além da possibilidade de fadiga muscular. Essa atenção também deve ser mantida ao prescrever o uso de aplicativos que requerem contrações dos músculos do assoalho pélvico, sem supervisão.

A tomada de decisão clínica deve sempre ser baseada na melhor evidência científica disponível, associada à experiência do fisioterapeuta e nos valores e preferências da paciente. A humanização compreende o vínculo entre o profissional de saúde e o paciente baseado em alicerces que devem guiar atitudes éticas e humanas com valorização e compreensão dos indivíduos⁸⁰. Dentre os fatores determinantes para resultados da reabilitação incluem-se: ter objetivos de tratamento centrados no paciente, favorecer a relação terapeuta-paciente, bem como a confiança, o respeito à dignidade, a compaixão e a empatia⁸¹.

Algumas pacientes relatam como é difícil achar o profissional certo para o tratamento da incontinência urinária. A expectativa é que seja um profissional que além do tratamento técnico correto, seja alguém que exerce uma escuta atenta, que é respeitoso, que consegue criar uma atmosfera de entendimento sobre aquela condição (a incontinência urinária), que consegue informar e educar adequadamente, que consegue entender suas necessidades individuais, que demonstra compaixão e empatia⁸².

Ao indagar as pacientes sobre o que poderia ser considerado uma barreira durante o tratamento para dor pélvica, 11,4% das pacientes responderam sobre a falta de conhecimento do treino ou manejo do fisioterapeuta em relação a condição clínica da dor pélvica; 9,6% citaram a falta de empatia do fisioterapeuta ou real interesse na condição e 10,7% relataram a dificuldade de agendamento de tratamento⁸³.

O tratamento fisioterapêutico depende da adesão da paciente aos exercícios e demais condutas propostas, sendo o vínculo terapêutico essencial para que se obtenha sucesso. A discussão ao redor de conceitos como adesão, impacto das características pessoais das pacientes na adesão e auto eficácia, tem sido cada vez mais valorizada.



A maior dificuldade da paciente de manter a adesão ao tratamento fisioterapêutico em casa durante o tratamento ou após a alta terapêutica (manutenção do tratamento) é lembrar o exercício exatamente como foi demonstrado pelo fisioterapeuta e reservar o tempo adequado durante sua rotina para a realização dos exercícios⁸⁴.

Assim, cabe ao fisioterapeuta utilizar estratégias para que a paciente mantenha a aderência ao tratamento. Dentre as estratégias possíveis estão: diário de treino (a paciente pode registrar se fez o exercício no dia combinado - controle da frequência, com a descrição do treino); envio de mensagens por meio de e-mail, lembrando os dias de exercício. Outra possibilidade é o envio de áudio com instruções verbais guiando os exercícios e de envio de panfletos informativos sobre os exercícios que devem ser feitos com descrição e imagem além do possível uso orientado de aplicativos e jogos⁷⁶.

VIII. Considerações sobre a segurança no retorno ao atendimento presencial

O retorno aos atendimentos presenciais em fisioterapia necessitará de cuidados adicionais para a proteção do fisioterapeuta e do paciente.

A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) publicou em fevereiro de 2020 as Orientações para Serviços de Saúde: medidas de prevenção e controle que devem ser adotadas durante a assistência aos casos suspeitos ou confirmados de infecção pelo novo coronavírus (SARS-CoV-2). As recomendações deste documento baseiam-se na Nota Técnica GVIMS/GGTES/ANVISA N° 04/2020.

A implementação de medidas de segurança inicia-se nos procedimentos de triagem e recepção do paciente com o objetivo de detectar pacientes com suspeita de infecção pelo SARS-CoV-2, antes mesmo do início do atendimento. As pacientes devem ser questionadas sobre a presença de sintomas de infecção respiratória ou ter tido contato com possíveis pacientes com o novo coronavírus e a partir destas informações garantir, se necessário, o isolamento rápido da paciente sem contato com outras pacientes. A aferição da temperatura é uma forma de avaliação complementar e de baixo custo, ressaltando a necessidade de higienização caso o termômetro utilizado tenha tido contato com a pele.



A limpeza e desinfecção de objetos e superfícies deve ser reforçada com atenção às superfícies mais tocadas como maçanetas, interruptores de luz, corrimões, botões dos elevadores e outros, bem como a limpeza e desinfecção de equipamentos e produtos para saúde que tenham sido utilizados na assistência aos pacientes suspeitos ou confirmados de infecção pelo novo coronavírus.

Manter o ambiente ventilado e o distanciamento de pelo menos um metro de distância deve ser respeitado, sobretudo na sala de espera. O intervalo entre os pacientes precisa ser suficiente para permitir a higienização do local. O fornecimento de suprimentos e orientações para higiene é muito importante e, dentre os suprimentos, destacamos: prover máscara cirúrgica para pacientes com sintomas de infecção respiratória (tosse, espirros, secreção nasal, etc.), lenço descartável para higiene nasal, acionamento por pedal para o descarte de lenços de papel, dispensadores com preparações alcoólicas a 70% para a higiene das mãos (20-30 segundos) nas salas de espera, prover condições para higiene simples das mãos com lavatório/pia com dispensador de sabonete líquido (40-60 segundos), suporte para papel toalha, papel toalha, lixeira com tampa e abertura sem contato manual.

Sobre o uso de máscara, a ANVISA destaca que: *a máscara de tecido NÃO é um EPI, por isso ela NÃO deve ser usada por profissionais de saúde ou de apoio quando se deveria usar a máscara cirúrgica (durante a assistência ou contato direto, a menos de 1 metro de pacientes), ou quando se deveria usar a máscara N95/PPF2 ou equivalente (durante a realização de procedimentos potencialmente geradores de aerossóis).*

As condutas e uso de equipamentos de proteção (EPI) devem seguir as orientações de precauções para contato, precauções para gotículas e precauções para aerossóis, com destaque para a importância do correto procedimento para paramentação/desparamentação, e uso da técnica de calçamento/retirada de luvas e descarte, as quais estão descritas com detalhes na normativa da ANVISA, incluindo ilustrações e vídeos.

Em relação ao comportamento, reforçar a orientação para o paciente, para o acompanhante e fisioterapeuta que se deve evitar tocar olhos, nariz e boca com as mãos



não higienizadas e eliminar ou restringir o uso de itens compartilhados por pacientes como canetas, pranchetas e telefones.

O tratamento fisioterapêutico em saúde da mulher utiliza algumas técnicas intracavitárias que expõem o profissional ao contato com secreção vaginal. As orientações de prevenção e cuidado devem ser mantidas considerando a natureza do resíduo. Até o momento não há orientação específica para serviço de ginecologia na normativa. Habitualmente a higienização de sondas vaginais é feita inicialmente com uso de água, detergente e fricção, o que está em alinhamento com as condutas de higiene sugeridas para o manejo da prevenção de contaminação pelo coronavírus.

No atendimento de pacientes curados da Covid-19 a prescrição de exercícios deve valorizar o efeito da doença no sistema musculoesquelético e respiratório. Sintomas como a mialgia, diminuição da capacidade respiratória, tosse e fadiga irão influenciar a performance da paciente na cinesioterapia, e a prescrição de exercícios e tratamento proposto pelo fisioterapeuta deve valorizar estas condições.

IX. Considerações finais

Em virtude da amplitude do tema sobre função e disfunção dos músculos do assoalho pélvico feminino e atuação do fisioterapeuta, temos ciência que estas recomendações não esgotaram todas as possibilidades terapêuticas relacionadas à avaliação e tratamento fisioterapêutico dos músculos do assoalho pélvico feminino. Nosso intuito foi realizar revisão rápida da literatura e auxiliar a atuação do fisioterapeuta em Saúde da Mulher na sua prática clínica nas áreas de uroginecologia e coloproctologia em tempos de pandemia.

Como reportado ao longo do texto, o fisioterapeuta deve manter o tratamento de mulheres com disfunções dos músculos do assoalho pélvico, preferencialmente com atendimento remoto, seguindo todos os preceitos éticos e normativas vigentes. A exposição de partes íntimas do corpo da mulher em fotos e/ou vídeos e/ou em chamadas síncronas deve ser evitada.



Devem ser consideradas, para qualquer tomada de decisão clínica entre fisioterapeuta e paciente, o estabelecimento das prioridades do tratamento, as múltiplas realidades sociais em saúde no Brasil, a situação epidemiológica da COVID-19 de cada região e as características individuais, a concordância/preferências de cada mulher e as legislações nacionais vigentes, especialmente o código de ética do fisioterapeuta.

Sabe-se que os avanços tecnológicos e científicos estão em plena atividade e que os serviços de saúde em todo o mundo estão se adaptando ao atendimento remoto aos pacientes. Sendo assim, espera-se que as lacunas referentes a relação entre eficácia e custo-benefício da Fisioterapia digital continue sendo investigada e que a pesquisa científica nos traga mais respostas em breve.

Algumas das recomendações deste documento podem ser úteis e adaptadas para fisioterapeutas que atendem homens e/ou crianças com disfunções dos músculos do assoalho pélvico.



X. Referências

1. Milsom I, Coyne KS, Nicholson S, Kvasz M, Chen C-I, Wein AJ. Global Prevalence and Economic Burden of Urgency Urinary Incontinence: A Systematic Review. *European Urology* [Internet]. 1º de janeiro de 2014 [citado 27 de junho de 2020];65(1):79–95. Disponível em: [https://www.europeanurology.com/article/S0302-2838\(13\)00859-2/abstract](https://www.europeanurology.com/article/S0302-2838(13)00859-2/abstract)
2. Mostafaei H, Sadeghi-Bazargani H, Hajebrahimi S, Salehi-Pourmehr H, Ghojzadeh M, Onur R, et al. 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* [Internet]. 2020 [citado 27 de junho de 2020];39(4):1063–86. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/nau.24342>
3. Sharma A, Yuan L, Marshall RJ, Merrie AEH, Bissett IP. Systematic review of the prevalence of faecal incontinence. *BJS (British Journal of Surgery)* [Internet]. 2016 [citado 27 de junho de 2020];103(12):1589–97. Disponível em: <https://bjssjournals.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/bjs.10298>
4. McCool ME, Zuelke A, Theurich MA, Knuettel H, Ricci C, Apfelbacher C. Prevalence of Female Sexual Dysfunction Among Premenopausal Women: A Systematic Review and Meta-Analysis of Observational Studies. *Sexual Medicine Reviews* [Internet]. 1º de julho de 2016 [citado 27 de junho de 2020];4(3):197–212. Disponível em: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2050052116000810>
5. Jackson T, Thomas S, Stabile V, Han X, Shotwell M, McQueen K. Prevalence of chronic pain in low-income and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet* [Internet]. 27 de abril de 2015 [citado 27 de junho de 2020];385:S10. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(15\)60805-4/abstract](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(15)60805-4/abstract)
6. Pretlove SJ, Radley S, Toozs-Hobson PM, Thompson PJ, Coomarasamy A, Khan KS. Prevalence of anal incontinence according to age and gender: a systematic review and meta-regression analysis. *Int Urogynecol J* [Internet]. 30 de março de 2006 [citado 27 de junho de 2020];17(4):407. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s00192-005-0014-5>
7. Cacciari LP, Dumoulin C, Hay-Smith EJ. Pelvic floor muscle training versus no treatment, or inactive control treatments, for urinary incontinence in women: a cochrane systematic review abridged republication. *Braz J Phys Ther* [Internet]. 2019 [citado 27 de junho de 2020];23(2):93–107. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6428911/>
8. Dumoulin C, Hunter KF, Moore K, Bradley CS, Burgio KL, Hagen S, et al. Conservative management for female urinary incontinence and pelvic organ prolapse review 2013: Summary of the 5th International Consultation on Incontinence. *Neurourology and*



- Urodynamics [Internet]. 2016 [citado 27 de junho de 2020];35(1):15–20. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/nau.22677>
9. 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* [Internet]. 1º de julho de 2016 [citado 26 de setembro de 2018];27(7):981–92. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s00192-015-2846-y>
 10. Woodley SJ, Lawrenson P, Boyle R, Cody JD, Mørkved S, Kernohan A, et al. Pelvic floor muscle training for preventing and treating urinary and faecal incontinence in antenatal and postnatal women. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internet]. 2020 [citado 28 de maio de 2020];(5). Disponível em: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD007471.pub4/full>
 11. Armour M, Smith CA, Steel KA, Macmillan F. The effectiveness of self-care and lifestyle interventions in primary dysmenorrhea: a systematic review and meta-analysis. *BMC Complementary and Alternative Medicine* [Internet]. 17 de janeiro de 2019 [citado 27 de junho de 2020];19(1):22. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12906-019-2433-8>
 12. Berghmans B. Physiotherapy for pelvic pain and female sexual dysfunction: an untapped resource. *Int Urogynecol J* [Internet]. 1º de maio de 2018 [citado 27 de junho de 2020];29(5):631–8. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s00192-017-3536-8>
 13. Lopes LG, Vasconcelos CTM, Neto JAV, Oriá MOB, Saboia DM, Gomes MLS, et al. A systematic review of the prevalence, risk factors, and impact of pelvic floor dysfunctions in nurses. *Neurourology and Urodynamics* [Internet]. 2019 [citado 27 de junho de 2020];38(6):1492–503. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/nau.24042>
 14. de Mattos Lourenco TR, Matsuoka PK, Baracat EC, Haddad JM. Urinary incontinence in female athletes: a systematic review. *Int Urogynecol J* [Internet]. 1º de dezembro de 2018 [citado 2 de julho de 2020];29(12):1757–63. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s00192-018-3629-z>
 15. RESOLUÇÃO Nº 516, DE 20 DE MARÇO DE 2020 – Teleconsulta, Telemonitoramento e Teleconsultoria [Internet]. [citado 27 de junho de 2020]. Disponível em: <https://www.coffito.gov.br/nsite/?p=15825>
 16. Sohrabizadeh S, Sogand Tourani P, Khankeh HR. Women and health consequences of natural disasters: Challenge or opportunity? *Women & Health* [Internet]. 16 de novembro de 2016 [citado 27 de junho de 2020];56(8):977–93. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/03630242.2016.1176101>
 17. Brusciano L, Gualtieri G, Gambardella C, Tolone S, Lucido FS, Genio G del, et al. When preserving life becomes imperative, quality of life is eclipsed! COVID-19 outbreak impacting patients with pelvic floor disorders undergoing pelvic floor rehabilitation. *BJS (British Journal of Surgery)* [Internet]. 2020 [citado 27 de junho de 2020];107(8):e242–



e242. Disponível em:
<https://bjssjournals.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/bjs.11675>

18. Pesonen JS, Vernooij RWM, Cartwright R, Aoki Y, Agarwal A, Mangera Af, et al. The Impact of Nocturia on Falls and Fractures: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of Urology* [Internet]. 1º de abril de 2020 [citado 27 de junho de 2020];203(4):674–83. Disponível em: <https://www.auajournals.org/doi/10.1097/JU.0000000000000459>
19. Pesonen J S, Cartwright R, Vernooij RWM, Aoki Y, Agarwal A, Mangera A, et al. The Impact of Nocturia on Mortality: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of Urology* [Internet]. 1º de março de 2020 [citado 27 de junho de 2020];203(3):486–95. Disponível em: <https://www.auajournals.org/doi/10.1097/JU.0000000000000463>
20. John G, Bardini C, Combescure C, Dällenbach P. Urinary Incontinence as a Predictor of Death: A Systematic Review and Meta-Analysis. *PLOS ONE* [Internet]. 13 de julho de 2016 [citado 27 de junho de 2020];11(7):e0158992. Disponível em: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0158992>
21. Coyne KS, Wein A, Nicholson S, Kvasz M, Chen C-I, Milsom I. Comorbidities and personal burden of urgency urinary incontinence: a systematic review. *International Journal of Clinical Practice* [Internet]. 2013 [citado 27 de junho de 2020];67(10):1015–33. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/ijcp.12164>
22. Ng K-S, Sivakumaran Y, Nassar N, Gladman MA. Fecal Incontinence: Community Prevalence and Associated Factors—A Systematic Review. *Diseases of the Colon & Rectum* [Internet]. dezembro de 2015 [citado 27 de junho de 2020];58(12):1194–1209. Disponível em: https://journals.lww.com/dcrjournal/Abstract/2015/12000/Fecal_Incontinence__Community_Prevalence_and.12.aspx
23. Chassagne P, Landrin I, Neveu C, Czernichow P, Bouaniche M, Doucet J, et al. Fecal incontinence in the institutionalized elderly: incidence, risk factors, and prognosis. *Am J Med*. fevereiro de 1999;106(2):185–90.
24. Latthe P, Mignini L, Gray R, Hills R, Khan K. Factors predisposing women to chronic pelvic pain: systematic review. *BMJ* [Internet]. 16 de fevereiro de 2006 [citado 27 de junho de 2020]; Disponível em: <https://www.bmj.com/content/early/2005/12/31/bmj.38748.697465.55>
25. Atlantis E, Sullivan T. Bidirectional Association Between Depression and Sexual Dysfunction: A Systematic Review and Meta-Analysis. *The Journal of Sexual Medicine* [Internet]. 2012 [citado 27 de junho de 2020];9(6):1497–507. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1743-6109.2012.02709.x>
26. Cuijpers P, Smit F. Excess mortality in depression: a meta-analysis of community studies. *J Affect Disord* [Internet]. 1º de dezembro de 2002 [citado 27 de junho de 2020];72(3):227–36. Disponível em: <https://europepmc.org/article/med/12450639>



27. de Andrade RL, Bø K, Antonio FI, Driusso P, Mateus-Vasconcelos ECL, Ramos S, et al. An education program about pelvic floor muscles improved women's knowledge but not pelvic floor muscle function, urinary incontinence or sexual function: a randomised trial. *J Physiother*. 2018;64(2):91–6.
28. de Freitas LM, Bø K, Fernandes ACNL, Uechi N, Duarte TB, Ferreira CHJ. Pelvic floor muscle knowledge and relationship with muscle strength in Brazilian women: a cross-sectional study. *Int Urogynecol J* [Internet]. 1º de novembro de 2019 [citado 27 de junho de 2020];30(11):1903–9. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s00192-018-3824-y>
29. Tibaek S, Dehlendorff C. Pelvic floor muscle function in women with pelvic floor dysfunction. *Int Urogynecol J* [Internet]. 1º de maio de 2014 [citado 27 de junho de 2020];25(5):663–9. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s00192-013-2277-6>
30. Devreese A, Staes F, Weerdt WD, Feys H, Assche AV, Penninckx F, et al. Clinical evaluation of pelvic floor muscle function in continent and incontinent women. *Neurourology and Urodynamics* [Internet]. 2004 [citado 27 de junho de 2020];23(3):190–7. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/nau.20018>
31. Fante JF, Silva TD, Mateus-Vasconcelos ECL, Ferreira CHJ, Brito LGO. Será que as mulheres têm conhecimento adequado sobre as disfunções do assoalho pélvico? Uma revisão sistemática. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia* [Internet]. agosto de 2019 [citado 27 de junho de 2020];41(8):508–19. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0100-72032019000800508&lng=en&nrm=iso&tlng=en
32. Hay-Smith J, Dean S, Burgio K, McClurg D, Frawley H, Dumoulin C. Pelvic-floor-muscle-training adherence “modifiers”: A review of primary qualitative studies—2011 ICS State-of-the-Science Seminar research paper III of IV. *Neurourology and Urodynamics* [Internet]. 2015 [citado 27 de junho de 2020];34(7):622–31. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/nau.22771>
33. Cinara Sacomori PT P, Bary Berghmans PT P MSc, Rob de Bie PT P, PhD IM, PhD FLC. Predictors for adherence to a home-based pelvic floor muscle exercise program for treating female urinary incontinence in Brazil. *Physiotherapy Theory and Practice* [Internet]. 2 de janeiro de 2020 [citado 27 de junho de 2020];36(1):186–95. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/09593985.2018.1482583>
34. Dumoulin C, Hay-Smith J, Frawley H, McClurg D, Alewijnse D, Bo K, et al. 2014 consensus statement on improving pelvic floor muscle training adherence: International Continence Society 2011 State-of-the-Science Seminar. *Neurourology and Urodynamics* [Internet]. 2015 [citado 27 de junho de 2020];34(7):600–5. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/nau.22796>
35. Messelink B, Benson T, Berghmans B, Bø 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.



36. Bo K, Frawley HC, Haylen BT, Abramov Y, Almeida FG, Berghmans B, 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. *Neurourol Urodyn*. 2017;36(2):221–44.
37. Uechi N, Fernandes ACNL, Bø K, Freitas LM de, Ossa AMP de la, Bueno SM, et al. Do women have an accurate perception of their pelvic floor muscle contraction? A cross-sectional study. *Neurourology and Urodynamics* [Internet]. 2020 [citado 27 de junho de 2020];39(1):361–6. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/nau.24214>
38. Vaccari NA, da Silveira LTY, Bortolini MAT, Haddad JM, Baracat EC, Ferreira EAG. Content and functionality features of voiding diary applications for mobile devices in Brazil: a descriptive analysis. *Int Urogynecol J* [Internet]. 26 de junho de 2020 [citado 2 de julho de 2020]; Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s00192-020-04382-6>
39. Woodley SJ, Boyle R, Cody JD, Mørkved S, Hay-Smith EJC. Pelvic floor muscle training for prevention and treatment of urinary and faecal incontinence in antenatal and postnatal women. *Cochrane Database Syst Rev*. 22 de 2017;12:CD007471.
40. Mateus-Vasconcelos ECL, Ribeiro AM, Antônio FI, Brito LG de O, Ferreira CHJ. Physiotherapy methods to facilitate pelvic floor muscle contraction: A systematic review. *Physiotherapy Theory and Practice* [Internet]. 3 de junho de 2018 [citado 27 de junho de 2020];34(6):420–32. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/09593985.2017.1419520>
41. Bø K, Morkved S 2015, Chapter 6: Pelvic floor and exercise science: Motor learning. In: Bø K, Berghmans B, Morkved S, Van Kampen M (2º Eds) *Evidence-Based Physical Therapy for the Pelvic Floor*, pp. 111–116. Philadelphia, Elsevier. [Internet]. [citado 27 de junho de 2020]. Disponível em: <https://www.elsevier.com/books/evidence-based-physical-therapy-for-the-pelvic-floor/bo/978-0-7020-4443-4>
42. Paiva LL, Ferla L, Darski C, Catarino BM, Ramos JGL. Pelvic floor muscle training in groups versus individual or home treatment of women with urinary incontinence: systematic review and meta-analysis. *Int Urogynecol J*. março de 2017;28(3):351–9.
43. Felicíssimo MF, Carneiro MM, Saleme CS, Pinto RZ, da Fonseca AMRM, da Silva-Filho AL. Intensive supervised versus unsupervised pelvic floor muscle training for the treatment of stress urinary incontinence: a randomized comparative trial. *Int Urogynecol J*. julho de 2010;21(7):835–40.
44. Zanetti MRD, Castro R de A, Rotta AL, Santos PDD, Sartori M, Girão MJBC. Impact of supervised physiotherapeutic pelvic floor exercises for treating female stress urinary incontinence. *Sao Paulo Med J*. 6 de setembro de 2007;125(5):265–9.
45. Carrión Pérez F, Rodríguez Moreno MS, Carnerero Córdoba L, Romero Garrido MC, Quintana Tirado L, García Montes I. [Telerehabilitation to treat stress urinary incontinence. Pilot study]. *Med Clin (Barc)*. 21 de maio de 2015;144(10):445–8.



46. Vaz CT, Sampaio RF, Saltiel F, Figueiredo EM. Effectiveness of pelvic floor muscle training and bladder training for women with urinary incontinence in primary care: a pragmatic controlled trial. *Braz J Phys Ther* [Internet]. 19 de janeiro de 2019 [citado 27 de junho de 2020];23(2):116–24. Disponível em: <https://europepmc.org/article/med/30704906>
47. Belushi ZIA, Kiyumi MHA, Al-Mazrui AA, Jaju S, Alrawahi AH, Mahrezi AMA. Effects of home-based pelvic floor muscle training on decreasing symptoms of stress urinary incontinence and improving the quality of life of urban adult Omani women: A randomized controlled single-blind study. *Neurourology and Urodynamics* [Internet]. 2020 [citado 27 de junho de 2020];39(5):1557–66. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/nau.24404>
48. Sjöström M, Ume fjord G, Stenlund H, Carlbring P, Andersson G, Samuelsson E. Internet-based treatment of stress urinary incontinence: a randomised controlled study with focus on pelvic floor muscle training. *BJU Int*. agosto de 2013;112(3):362–72.
49. Pereira VS, de Melo MV, Correia GN, Driusso P. Long-term effects of pelvic floor muscle training with vaginal cone in post-menopausal women with urinary incontinence: a randomized controlled trial. *Neurourol Urodyn*. janeiro de 2013;32(1):48–52.
50. Pereira VS, de Melo MV, Correia GN, Driusso P. Vaginal cone for postmenopausal women with stress urinary incontinence: randomized, controlled trial. *Climacteric*. fevereiro de 2012;15(1):45–51.
51. Herbison GP, Dean N. Weighted vaginal cones for urinary incontinence. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internet]. 2013 [citado 13 de dezembro de 2018];(7). Disponível em: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD002114.pub2/full>
52. Schmidt AP, Sanches PRS, Silva DP, Ramos JGL, Nohama P. A new pelvic muscle trainer for the treatment of urinary incontinence. *International Journal of Gynecology & Obstetrics* [Internet]. 2009 [citado 27 de junho de 2020];105(3):218–22. Disponível em: <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1016/j.ijgo.2009.01.013>
53. Maher RM, Caulfield B. A Novel Externally Applied Neuromuscular Stimulator for the Treatment of Stress Urinary Incontinence in Women—A Pilot Study. *Neuromodulation: Technology at the Neural Interface* [Internet]. 2013 [citado 27 de junho de 2020];16(6):590–4. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1525-1403.2012.00509.x>
54. Healy CF, Brannigan AE, Connolly EM, Eng M, O’Sullivan MJ, McNamara DA, et al. The effects of low-frequency endo-anal electrical stimulation on faecal incontinence: a prospective study. *Int J Colorectal Dis* [Internet]. 1º de dezembro de 2006 [citado 27 de junho de 2020];21(8):802–6. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s00384-006-0102-0>
55. 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. *The Lancet Gastroenterology & Hepatology* [Internet]. 1º de novembro de 2018 [citado 27 de junho de 2020];3(11):768–77. Disponível em: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2468125318302668>
56. Martin-Garcia M, Crampton J. A single-blind, randomized controlled trial to evaluate the effectiveness of transcutaneous tibial nerve stimulation (TTNS) in Overactive Bladder symptoms in women responders to percutaneous tibial nerve stimulation (PTNS). *Physiotherapy* [Internet]. 1º de dezembro de 2019 [citado 27 de junho de 2020];105(4):469–75. Disponível em: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0031940618306503>
57. Grimes CL, Balk EM, Crisp CC, Antosh DD, Murphy M, Halder GE, et al. A guide for urogynecologic patient care utilizing telemedicine during the COVID-19 pandemic: review of existing evidence. *Int Urogynecol J* [Internet]. 1º de junho de 2020 [citado 27 de junho de 2020];31(6):1063–89. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s00192-020-04314-4>
58. Bol N, Helberger N, Weert JCM. Differences in mobile health app use: A source of new digital inequalities? *The Information Society* [Internet]. 27 de maio de 2018 [citado 27 de junho de 2020];34(3):183–93. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/01972243.2018.1438550>
59. Szinay D, Jones A, Chadborn T, Brown J, Naughton F. Influences on the Uptake of and Engagement With Health and Well-Being Smartphone Apps: Systematic Review. *Journal of Medical Internet Research* [Internet]. 2020 [citado 27 de junho de 2020];22(5):e17572. Disponível em: <https://www.jmir.org/2020/5/e17572/>
60. Barnes KL, Dunivan G, Jaramillo-Huff A, Krantz T, Thompson J, Jeppson P. Evaluation of Smartphone Pelvic Floor Exercise Applications Using Standardized Scoring System. *Female Pelvic Med Reconstr Surg*. agosto de 2019;25(4):328–35.
61. Hay-Smith J, Peebles L, Farmery D, Dean S, Grainger R. Apps-olutely fabulous? - The quality of PFMT smartphone app content and design rated using the Mobile App Rating Scale, Behaviour Change Taxonomy, and guidance for exercise prescription. *Neurourology and Urodynamics* [Internet]. 2019 [citado 2 de julho de 2020]; Disponível em: <https://www.ics.org/2019/abstract/547>
62. Ferreira CHJ, Driusso P, Bø K. The Brazilian Journal of Physical Therapy (BJPT) Special Issue on Women's Health Physical Therapy. *Braz J Phys Ther* [Internet]. 2019 [citado 27 de junho de 2020];23(2):77–8. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6428921/>
63. Radzimińska A, Strączyńska A, Weber-Rajek M, Styczyńska H, Strojek K, Piekorz Z. The impact of pelvic floor muscle training on the quality of life of women with urinary incontinence: a systematic literature review. *Clin Interv Aging*. 2018;13:957–65.



64. Bo K, Fernandes ACNL, Duarte TB, Brito LGO, Ferreira CHJ. Is pelvic floor muscle training effective for symptoms of overactive bladder in women? A systematic review. *Physiotherapy*. 2020;106:65–76.
65. Khera AJ, Chase JW, Salzberg M, Thompson AJV, Kamm MA. Systematic review: Pelvic floor muscle training for functional bowel symptoms in inflammatory bowel disease. *JGH Open* [Internet]. 2019 [citado 27 de junho de 2020];3(6):494–507. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/jgh3.12207>
66. Chen G-D. Pelvic Floor Dysfunction in Aging Women. *Taiwanese Journal of Obstetrics and Gynecology* [Internet]. 1º de dezembro de 2007 [citado 27 de junho de 2020];46(4):374–8. Disponível em: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1028455908600066>
67. MacLennan AH, Taylor AW, Wilson DH, Wilson D. The prevalence of pelvic floor disorders and their relationship to gender, age, parity and mode of delivery. *BJOG*. dezembro de 2000;107(12):1460–70.
68. Tuohy D, Cooney A. Older Women’s Experiences of Aging and Health: An Interpretive Phenomenological Study. *Gerontol Geriatr Med*. dezembro de 2019;5:2333721419834308.
69. Lee DD, Arya LA, Andy UU, Sammel MD, Harvie HS. Willingness of Women With Pelvic Floor Disorders to Use Mobile Technology to Communicate With Their Health Care Providers. *Female Pelvic Med Reconstr Surg*. abril de 2019;25(2):134–8.
70. Tates K, Antheunis ML, Kanters S, Nieboer TE, Gerritse MB. The Effect of Screen-to-Screen Versus Face-to-Face Consultation on Doctor-Patient Communication: An Experimental Study with Simulated Patients. *Journal of Medical Internet Research* [Internet]. 2017 [citado 27 de junho de 2020];19(12):e421. Disponível em: <https://www.jmir.org/2017/12/e421/>
71. Kaplan B, Litewka S. Ethical Challenges of Telemedicine and Telehealth. *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics* [Internet]. outubro de 2008 [citado 27 de junho de 2020];17(4):401–16. Disponível em: <https://www.cambridge.org/core/journals/cambridge-quarterly-of-healthcare-ethics/article/ethical-challenges-of-telemedicine-and-telehealth/5D777B4EDE6E97934FB4B442F9CE0B33>
72. Firet L, de Bree C, Verhoeks CM, Teunissen DAM, Lagro-Janssen ALM. Mixed feelings: general practitioners’ attitudes towards eHealth for stress urinary incontinence - a qualitative study. *BMC Family Practice* [Internet]. 26 de janeiro de 2019 [citado 27 de junho de 2020];20(1):21. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12875-019-0907-x>
73. Tiffin N, George A, LeFevre AE. How to use relevant data for maximal benefit with minimal risk: digital health data governance to protect vulnerable populations in low-income and middle-income countries. *BMJ Global Health* [Internet]. 1º de abril de 2019



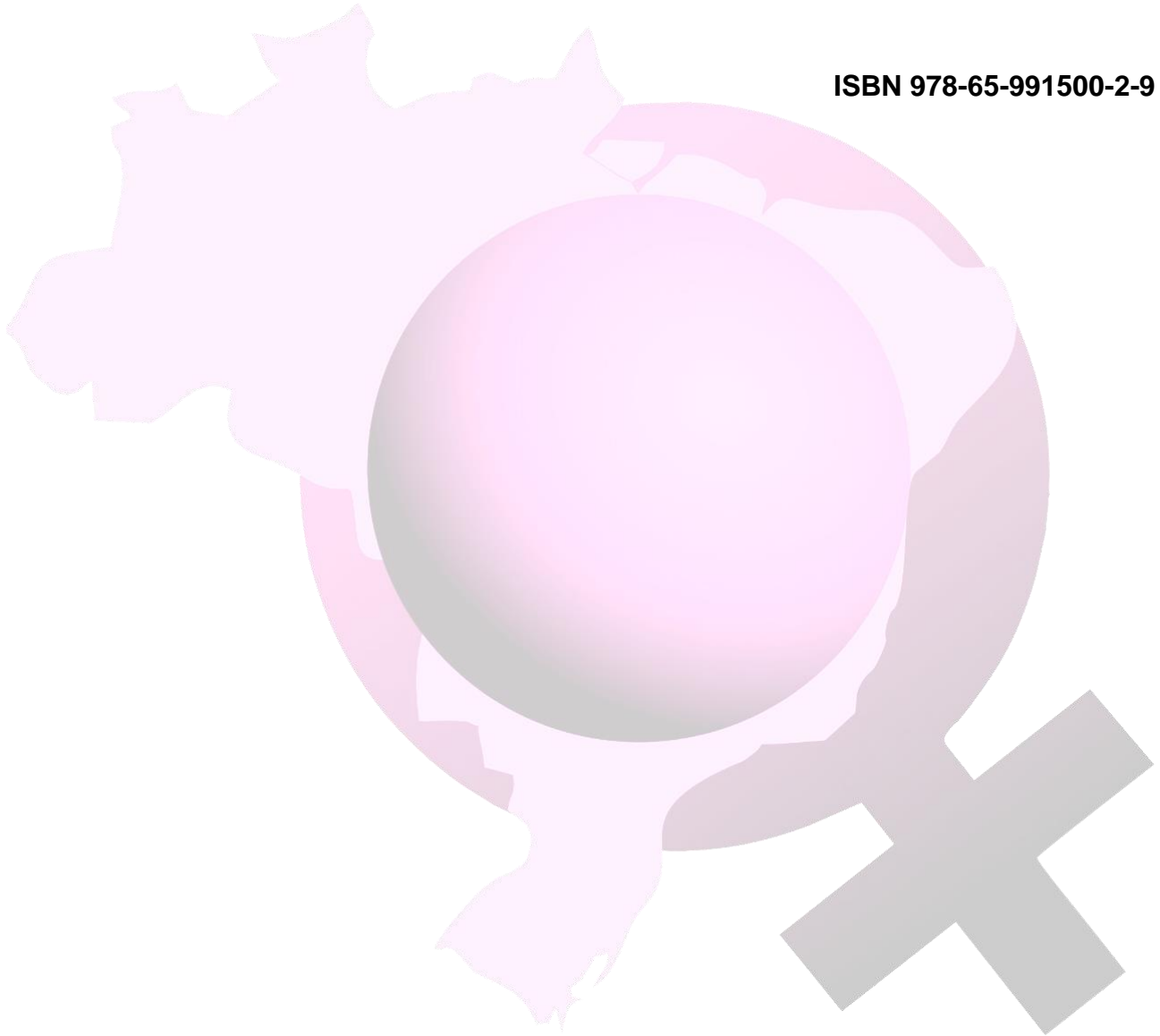
[citado 27 de junho de 2020];4(2):e001395. Disponível em: <https://gh.bmj.com/content/4/2/e001395>

74. Leonardi M, Horne AW, Vincent K, Sinclair J, Sherman KA, Ciccia D, et al. Self-management strategies to consider to combat endometriosis symptoms during the COVID-19 pandemic. *Hum Reprod Open* [Internet]. 1º de fevereiro de 2020 [citado 27 de junho de 2020];2020(2). Disponível em: <https://academic.oup.com/hropen/article/2020/2/hoaa028/5849477>
75. Bokne K, Sjöström M, Samuelsson E. Self-management of stress urinary incontinence: effectiveness of two treatment programmes focused on pelvic floor muscle training, one booklet and one Internet-based. *Scand J Prim Health Care*. setembro de 2019;37(3):380–7.
76. Dumoulin C, Cacciari LP, Hay-Smith EJC. Pelvic floor muscle training versus no treatment, or inactive control treatments, for urinary incontinence in women. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internet]. 2018 [citado 13 de dezembro de 2018];(10). Disponível em: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD005654.pub4/full>
77. Laycock J, Jerwood D. Pelvic Floor Muscle Assessment: The PERFECT Scheme. *Physiotherapy* [Internet]. 1º de dezembro de 2001 [citado 10 de setembro de 2018];87(12):631–42. Disponível em: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S003194060561108X>
78. Celiker Tosun O, Kaya Mutlu E, Ergenoglu AM, Yeniel AO, Tosun G, Malkoc M, et al. Does pelvic floor muscle training abolish symptoms of urinary incontinence? A randomized controlled trial. *Clin Rehabil*. junho de 2015;29(6):525–37.
79. Ahlund S, Nordgren B, Wilander E-L, Wiklund I, Fridén C. Is home-based pelvic floor muscle training effective in treatment of urinary incontinence after birth in primiparous women? A randomized controlled trial. *Acta Obstet Gynecol Scand*. agosto de 2013;92(8):909–15.
80. Moreira MADM, Lustosa AM, Dutra F, Barros E de O, Batista JBV, Duarte MCS, et al. Políticas públicas de humanização: revisão integrativa da literatura. *Ciência & Saúde Coletiva* [Internet]. outubro de 2015 [citado 2 de julho de 2020];20(10):3231–42. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1413-81232015001003231&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt
81. Faghani N. Physiotherapy provides significant benefits for patients with chronic urologic pain. *Can Urol Assoc J* [Internet]. junho de 2018 [citado 27 de junho de 2020];12(6 Suppl 3):S171–4. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6040623/>
82. Toye F, Barker KL. A meta-ethnography to understand the experience of living with urinary incontinence: 'is it just part and parcel of life?' *BMC Urol* [Internet]. 16 de janeiro de 2020 [citado 27 de junho de 2020];20. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6964106/>



83. Mann J, Shuster J, Moawad N. Attributes and barriers to care of pelvic pain in university women. *J Minim Invasive Gynecol.* dezembro de 2013;20(6):811–8.
84. Borello-France D, Burgio KL, Goode PS, Markland AD, Kenton K, Balasubramanyam A, et al. Adherence to behavioral interventions for urge incontinence when combined with drug therapy: adherence rates, barriers, and predictors. *Phys Ther.* outubro de 2010;90(10):1493–505.

ISBN 978-65-991500-2-9





ABRAFISM

**RECOMENDAÇÕES DA ABRAFISM
SOBRE FISIOTERAPIA EM
UROGINECOLOGIA E
COLOPROCTOLOGIA
EM TEMPOS DE COVID-19**

DEPARTAMENTO CIENTÍFICO DA ABRAFISM