



ABRAFISM

Associação Brasileira de
Fisioterapia em Saúde da Mulher

**RECOMENDAÇÕES
DA ABRAFISM SOBRE
FISIOTERAPIA EM GINECOLOGIA
E DISFUNÇÕES SEXUAIS
EM TEMPOS DE COVID-19**

DEPARTAMENTO CIENTÍFICO DA ABRAFISM



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
GINECOLOGIA E DISFUNÇÕES SEXUAIS 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 978-65-991500-5-0

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil)

Recomendações da ABRAFISM sobre fisioterapia em ginecologia e disfunções sexuais em tempos de COVID-19 [livro eletrônico] / organização Associação Brasileira de Fisioterapia em Saúde da Mulher ; [coordenação Ana Paula Magalhães Resende...[et al.]]. -- Belém, PA : Associação Brasileira de Fisioterapia em Saúde da Mulher, 2020.

PDF

Vários autores.

Outros coordenadores: Cristine Homsí Jorge Ferreira, Fátima Fani Fitz, Lilian Rose Mascarenhas Bibliografia.

ISBN 978-65-991500-5-0

1. ABRAFISM - Associação Brasileira de Fisioterapia em Saúde da Mulher 2. Coronavírus (COVID-19) - Pandemia 3. Coronavírus (COVID-19) - Prevenção 4. Distúrbios sexuais 5. Fisioterapia 6. Mulheres - Comportamento sexual 7. Saúde da mulher I. Associação Brasileira de Fisioterapia em Saúde da Mulher. II. Resende, Ana Paula Magalhães. III. Ferreira, Cristine Homsí Jorge. IV. Fitz, Fátima Fani. V. Mascarenhas, Lilian Rose.

20-47908

CDD-615.82

Índices para catálogo sistemático:

1. Fisioterapia : Saúde da mulher : Ciências médicas
615.82

Cibele Maria Dias - Bibliotecária - CRB-8/9427



Esta obra está licenciada com uma Licença Creative Commons Atribuição-Não Comercial-Sem Derivações 4.0 Internacional.

Estas recomendações descrevem a visão da Associação Brasileira de Fisioterapia em Saúde da Mulher sobre Fisioterapia em ginecologia e disfunções sexuais em tempos de COVID-19. Foi realizada uma ampla revisão bibliográfica 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 ginecologia e disfunções sexuais em tempos de COVID-19. Ribeirão Preto, 2020.

Comissão Coordenadora das recomendações

Dra. Ana Paula Magalhães Resende, Dra. Cristine Homs Jorge Ferreira, Dra. Fátima Faní Fitz, Dra. Lilian Rose Mascarenhas.

Elaboradoras das recomendações

Dra. Ana Carolina Nociti Lopes Fernandes, Dra. Ana Paula Magalhães Resende, Dra. Bruna Miranda Ribeiro, Dra. Caroline Caetano Pena, Dra. Cristine Homs Jorge Ferreira, Dra. Fátima Faní Fitz.

Comissão Consultora das recomendações

Dra. Marair Gracio Ferreira Sartori, Dra. Maria Augusta Tezelli Bortolini, Dra. Maria Tereza Micussi, Dr. Rodrigo Aquino Castro.

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 Ferrolí 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 Homs 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. Apresentação das recomendações	6
II. Disfunções ginecológicas e seu impacto na saúde da mulher	7
III. Estratégia de busca das evidências	11
IV. Recomendações para teleconsulta e telemonitoramento	12
V. Recomendações para Avaliação fisioterapêutica por teleconsulta	12
VI. Recomendações para o tratamento	
1. Dos transtornos do ciclo menstrual	25
2. Da dor pélvica crônica	27
3. Das disfunções sexuais femininas.....	29
4. Dos sintomas relacionados ao climatério.....	33
VII. Violência doméstica.....	37
VIII. Segurança no retorno aos atendimentos presenciais.....	38
IX. Considerações finais.....	38
X. Referências.....	39

I. Apresentação das recomendações

A palavra ginecologia deriva da palavra grega *gyné* e *gynaikós* que se refere à mulher. Refere-se a área que estuda o funcionamento e os distúrbios do sistema reprodutor feminino e se preocupa com a saúde da mulher como um todo. Na fisioterapia a especialidade que cuida de problemas ginecológicos, considerando seus impactos funcionais e no movimento humano é a Fisioterapia na Saúde da Mulher. A ginecologia é uma das cinco áreas de atuação da especialidade de Fisioterapia na Saúde da Mulher. As outras áreas de atuação incluem a uroginecologia, coloproctologia, obstetrícia, mastologia e disfunções sexuais femininas. A Fisioterapia em Saúde da Mulher é uma especialidade reconhecida pelo Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO) (Resolução nº 372/2009)¹ e normatizada segundo a Resolução nº 401/2011 de 18 de agosto de 2011 (Resolução nº 401/2011)².

A pandemia do *Coronavirus Disease 2019* (COVID-19) promoveu mudanças mundiais no acesso e prestação de cuidados em saúde³. As referidas mudanças também atingiram o Brasil e, desde então, Conselhos regulamentadores de diversas profissões da área de saúde aprovaram o atendimento remoto, dentre eles, o Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (Resolução nº 516/2020)⁴.

Assim, muitas mulheres que antes contavam com assistência fisioterapêutica presencial para suas disfunções ginecológicas e sexuais tiveram o tratamento interrompido. É importante ressaltar que a atuação fisioterapêutica em ginecologia abrange a avaliação e intervenção nos transtornos relacionados ao ciclo menstrual, na dor pélvica crônica feminina, nas disfunções sexuais femininas e nos sintomas associados ao período do climatério e pós-menopausa com eficácia evidenciada na literatura⁵⁻⁷. Não obstante, com o prolongamento do período de distanciamento social, a mulher passou a ter opção, juntamente com o fisioterapeuta que a assiste, pelo atendimento remoto, por meio de teleconsulta ou telemonitoramento.

A recomendação geral da Associação Brasileira de Fisioterapia (ABRAFISM) é para o oferecimento da continuidade segura dos atendimentos de fisioterapia na saúde da mulher, sempre que possível por meio de teleconsulta e telemonitoramento em tempos de pandemia⁸. A ABRAFISM publicou recomendações gerais relacionadas a teleconsulta e telemonitoramento, e recomendações específicas para atendimento em tempos de COVID-19 nas áreas de atuação de obstetrícia, uroginecologia, coloproctologia e mastologia, da especialidade de Fisioterapia na saúde da mulher^{9, 10}.

Com o objetivo de contribuir para o atendimento fisioterapêutico em ginecologia nas melhores condições possíveis e nortear o profissional quanto às possibilidades de avaliação e tratamento de forma remota, esta recomendação foi elaborada.

Este documento não pretende esgotar o tema e necessitará de revisões e atualizações constantes para adicionar novos conhecimentos que estão sendo rapidamente produzidos em função da pandemia da COVID-19. Estas recomendações foram elaboradas utilizando artigos originais relacionados aos temas, regulamentações nacionais, em revisões sistemáticas/meta-análises e diretrizes internacionais. Após a elaboração das recomendações o documento foi avaliado por uma comissão consultiva constituída por médicos ginecologistas clínicos e pesquisadores, e por fisioterapeuta com experiência na área de ginecologia.

II. Disfunções ginecológicas e seu impacto na saúde da mulher

São quatro grupos principais de disfunções ginecológicas em que a fisioterapia atua: disfunções sexuais femininas, transtornos relacionados ao ciclo menstrual, dor pélvica crônica feminina e síndromes climatéricas.

As disfunções sexuais se apresentam nas diferentes etapas da fisiologia do ciclo de resposta sexual feminino e, de acordo com o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5[®]), são classificadas em: transtorno de

desejo/excitação, transtorno de orgasmo e transtorno de dor genito-pélvica/penetração (dispareunia e vaginismo)¹¹.

A prevalência de disfunções sexuais em mulheres brasileiras foi avaliada em 2002 e se apresentou da seguinte forma: 34,6% relataram falta de desejo sexual, 29,3% das mulheres brasileiras apresentam disfunção relacionada ao orgasmo e 21,1% relataram dor à relação sexual¹². Embora a fisioterapia desempenhe papel importante no tratamento de todas as disfunções, enfatiza-se sua atuação nos transtornos de dor e dificuldade de penetração, que estão fortemente associados à hipertonia perineal, onde os músculos do assoalho pélvico se tornam fracos e hiperativos simultaneamente^{7, 13, 14}.

Dentre os transtornos relacionados ao ciclo menstrual, citam-se o transtorno disfórico pré-menstrual (TDPM), a síndrome pré-menstrual (SPM) e a dismenorreia¹¹. É importante que o fisioterapeuta conheça as características de cada um para que o diagnóstico seja preciso e o tratamento, otimizado.

No TDPM estão presentes a labilidade humoral, irritabilidade, disforia e sintomas de ansiedade na fase pré-menstrual com remissão no início da menstruação ou logo após. Associados a estas alterações, podem estar presentes sintomas comportamentais e físicos. Para o diagnóstico, é necessário a presença dos sintomas na maioria dos ciclos menstruais durante o último ano e o impacto negativo nas atividades de trabalho ou no relacionamento social. Os critérios para diagnóstico incluem a presença de pelo menos cinco sintomas na semana que antecede o início da menstruação, a melhora dos sintomas antes do início da menstruação, até tornarem-se mínimos ou ausentes na semana pós-menstrual na maioria dos ciclos menstruais¹¹. Os sintomas para o diagnóstico podem ser consultados no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5[®])¹¹.

Segundo o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5[®]) a SPM difere do TDPM, uma vez que não é necessária a presença de um mínimo de cinco sintomas e por não existir a presença de sintomas afetivos. Assim, presença de sintomas físicos ou comportamentais no período pré-menstrual, sem os sintomas afetivos, preenche os critérios de diagnóstico para SPM¹¹.

A literatura investiga os transtornos relacionados ao ciclo menstrual. Na população brasileira, observou-se que 96% de uma amostra de 1.053 mulheres já ouviram falar da SPM; 65% consideraram que todas ou quase todas as mulheres já vivenciaram a SPM; 87% afirmam que os sintomas ocorreram antes da menstruação; e 60% relataram a SPM no momento da entrevista. Dentre os sintomas, nervosismo e ansiedade foram relatados por 76%; labilidade de humor por cerca de 56%; dor, inchaço e sensibilidade nas mamas por 37%; e câibras por 45%¹⁵.

Ainda sobre os transtornos relacionados ao ciclo menstrual, a dismenorreia se destaca por ser uma síndrome dolorosa em que os sintomas começam com o início da menstruação¹¹. Cólica, espasmos causados pela cólica, e dor na região suprapúbica são sintomas característicos da dismenorreia, e ocorrem dentro de oito a 72 horas após a menstruação e com o pico relacionado ao aumento do fluxo menstrual. A dismenorreia pode ser classificada como primária e/ou secundária. Na dismenorreia primária não há uma causa anatômica que justifique o quadro algico. Na dismenorreia secundária a dor no período menstrual tem uma causa identificável, comumente endometriose ou miomas uterinos¹⁶. A dismenorreia secundária apresenta caráter progressivo, podendo tornar-se incapacitante, levando a prejuízos na vida profissional e social, além de comprometimento osteomuscular, com a presença, lombalgia e posição antálgica¹⁷.

Outra vertente de atuação fisioterapêutica, que se comunica com os transtornos relacionados ao ciclo menstrual é a dor pélvica crônica feminina (DPC).

Definida pela *International Association for Study of Pain* (IASP), como dor crônica ou persistente percebida em estruturas relacionadas à pelve (sistema digestório, urinário, genital, miofascial ou neurológico), a DPC está associada a consequências emocionais, sexuais, comportamentais e cognitivas negativas, e sintomas sugestivos de disfunções desses sistemas. Inclui-se a dor cíclica, como a dismenorreia, e a dor acíclica. Considera-se crônica a duração igual ou superior a seis meses. Entretanto, se a dor não for aguda e os mecanismos de sensibilização central estiverem bem documentados, em especial a hiperalgesia, a dor pode ser considerada crônica independente do tempo dos sintomas. Estima-se uma

prevalência mínima de 4%, podendo chegar a 24%¹⁸. No Brasil, a doença foi encontrada em 11,5% em uma amostra de 1.278 mulheres¹⁹.

A DPC abrange uma variedade de afecções, de causas ginecológicas ou não. Dentre as causas ginecológicas, destacam-se as extrauterinas: endometriose, doença inflamatória pélvica, massas pélvicas e anexiais, síndrome do ovário residual, aderências, congestão pélvica, distopias e prolapsos genitais; e as intrauterinas: adenomiose, estenose do canal cervical, pólipos, miomas e dispositivo intra-uterino (DIU)²⁰. No tocante às causas não ginecológicas, citam-se as dores de origem uroginecológicas (síndrome da bexiga dolorosa, dor pélvica miofascial e provocada por telas)²¹ e as ortopédicas (síndrome da dor glútea profunda, dor facetária, impacto femoroacetabular, pubalgia)²².

Por fim, é necessário fazer a abordagem das síndromes climatéricas. O climatério é um período do ciclo vital feminino de intensas modificações endócrinas e metabólicas que ocorrem devido ao hipoestrogenismo e a mudanças no estilo de vida^{5, 6}. Nessa fase os sintomas se dividem em três classes, com abordagem fisioterapêutica diferente para cada uma: os sintomas vasomotores, que se referem a onda de calor, suor noturno e palpitações; os sintomas psíquicos, que incluem irritabilidade, distúrbios de sono e ansiedade, e sintomas gênito urinários^{6, 23, 24}. Esses últimos incluem sinais e sintomas que abrangem a região da vulva, vagina, uretra e bexiga, e podem levar a queixas como secura vaginal, prurido, dispareunia, aumento da frequência urinária e perda involuntária de urina aos esforços e associada a sensação de urgência^{5, 23}. Esses sintomas foram agrupados e atualmente são conhecidos como Síndrome Genitourinária na Menopausa²⁵. A referida síndrome afeta cerca de 15% das mulheres na pré menopausa e de 40 a 54% na pós menopausa e, portanto, merece destaque e tratamento²⁶.

Com relação à população brasileira, a prevalência de sintomas climatéricos foi investigada e os mais relatados foram nervosismo (82%), fogachos (70%), cefaléia (68%), irritabilidade (67%) e sudorese (59%). A prevalência de incontinência urinária foi de 27,4% nesse estudo que incluiu 456 mulheres²⁷.

Não obstante, importa salientar, que os sintomas climatéricos estão relacionados a um baixo nível de atividade física²⁸ e fortemente associados a risco de eventos cardiovasculares²⁹ e já está comprovado que programas específicos de exercícios para esse período produzem inúmeros benefícios^{6, 30}.

III. Estratégias de busca das evidências

Com o objetivo de oferecer recomendações baseadas em evidências científicas, foi realizada busca nas bases de dados Pubmed, *Physiotherapy Evidence Database* (PEDro) e Cochrane Library, com combinações de palavras chave para cada disfunção ginecológica.

No que tange às disfunções sexuais femininas, foram utilizados os seguintes descritores: “female sexual dysfunction” e “treatment” em combinação com “physiotherapy”, “sexual pain disorder”, “orgasmic disorder”, “vaginismus”, “dyspareunia”, “telemedicine” e “telemonitoring”

Quanto aos transtornos relacionados ao ciclo menstrual, foram considerados quatro termos para pesquisa que se referem aos nomes das disfunções, associados aos outros termos que se referem ao tratamento. Desse modo, a busca ocorreu com as seguintes combinações: “Premenstrual Syndrome” e “treatment” em combinação com “physiotherapy”, “telemedicine” e “telemonitoring”. Seguido pela pesquisa de “Premenstrual Dysphoric Disorder” e “treatment” em combinação com “physiotherapy”, “telemedicine” e “telemonitoring”. Em seguida foram pesquisados: “Premenstrual Dysphoric Disorder” e “treatment” combinados com “physiotherapy”, “telemedicine” e “telemonitoring”. E por fim, “Dysmenorrhea” e “treatment” combinados com “physiotherapy”, “telemedicine” e “telemonitoring”.

No que diz respeito a Dor Pélvica Crônica, foram pesquisados os termos “Female” e “Chronic pelvic pain” e “treatment” em combinação com “physiotherapy”, “massage”, “myofascial release”, “telemedicine” e “telemonitoring”; seguido da pesquisa por “Chronic pelvic pain” e “treatment” em combinação com “physiotherapy”, “massage”, “myofascial release”, “telemedicine” e “telemonitoring”.

Por fim, no que se refere ao climatério, também pela diversidade de termos, as seguintes combinações foram pesquisadas: “Climacteric Symptoms” e “treatment” em combinação com “physiotherapy”, “exercise”, “telemedicine” e “telemonitoring”, seguido por “post-menopausal” e “treatment” seguido por “physiotherapy”, “exercise”, “telemedicine” e “telemonitoring” e por fim, “Genitourinary syndrome” e “treatment” combinados com “physiotherapy”, “exercise”, “pelvic floor muscle training”, “telemedicine” e “telemonitoring”.

Não foram encontrados estudos que contemplassem teleatendimento e telemonitoramento nas disfunções ginecológicas pesquisadas, por esse motivo, as recomendações que se seguem estão embasadas nas evidências de atuação fisioterapêutica de modo presencial e ponderadas com as recomendações e evidências sobre a eficácia do teleatendimento e telemonitoramento para a área da saúde de maneira geral.

IV. Recomendações para teleconsulta e telemonitoramento

Para iniciar a assistência fisioterapêutica em ginecologia por teleconsulta e telemonitoramento recomendamos que seja consultado o documento "Recomendação geral da ABRAFISM - Fisioterapia por meio digital". Neste documento encontram-se informações sobre a regulamentação do Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional, os riscos e as barreiras, aspectos éticos-legais, do ambiente, da privacidade, esclarecimentos e consentimento, bem como aspectos técnico-científicos, tecnológicos e de segurança para teleconsulta e telemonitoramento⁸.

V. Recomendações para avaliação fisioterapêutica em ginecologia por teleconsulta

As seguintes etapas são recomendadas para a avaliação em ginecologia por teleconsulta: coleta da queixa principal, anamnese que inclui história pregressa e

atual do acometimento, exame físico realizado por inspeção visual e funcional, aplicação de questionários e escalas específicas para cada condição³¹⁻³³.

A anamnese em ginecologia é essencial para o entendimento e elaboração do diagnóstico. Nessa etapa serão coletadas informações pessoais e clínicas. Dentre as informações pessoais, além do nome, endereço, telefone, estado civil, escolaridade, profissão, crença religiosa, aspectos relacionados aos fatores ambientais, como situações de estresse, história de trauma interpessoal, mudanças sazonais e aspectos socioculturais do comportamento sexual feminino; fatores genéticos e fisiológicos; fatores culturais, como etnia, e os fatores considerados modificadores, como por exemplo, a utilização de contraceptivos orais. Dentre os fatores clínicos, é preciso especificar a natureza da queixa, tempo de instalação e evolução; investigar a história obstétrica, os sistemas urinário e intestinal, presença de trauma na região pélvica, cirurgias prévias e presença de dor em grupos musculares extrapélvicos que auxiliam no equilíbrio da região^{34, 35}.

Especificamente com relação a avaliação da história ginecológica e sexual, de maneira geral, é importante investigar a idade da menarca e da coitarca (se aplicável), se houve abuso ou trauma sexual anterior, presença de sintomas relacionados ao ciclo menstrual (em caso de síndrome pré-menstrual e dor pélvica)³⁴ ou ausência dele (no caso dos sintomas climatéricos)²³, se considera a vida sexual satisfatória, presença de dor ou desconforto durante o intercursos sexual e se acredita existirem fatores no seu relacionamento com o(a) parceiro (a) que possam influenciar sua função sexual. Recomenda-se que a anamnese seja complementada pelo uso de ferramentas validadas para o português do Brasil, para quantificar o impacto e a severidade do acometimento na vida da mulher.

Em caso de queixa de dor crônica, recomenda-se aferir os aspectos cronológicos quanto ao início, evolução, estado atual da condição dolorosa, a localização, a periodicidade e as características sensitivas, fatores de melhora e piora da dor, sua relação com o ciclo menstrual, atividade física, repouso, aspectos psicossociais, disfunções urinárias, intestinais e sexuais^{34, 36}. A quantificação da intensidade, qualidade, duração, localização e fatores de melhora e piora da dor, e suas repercussões psico-comportamentais³⁷ também devem ser avaliados. A dor

pode ser avaliada por escalas ordinais de dor, que incluem uma escala numericamente classificada (0–10) e escala visual analógica (EVA) de intensidade de dor³⁸.

No que diz respeito ao exame físico, são sugeridas as inspeções estáticas e funcionais dos segmentos corporais^{32, 33, 39, 40}. Na inspeção estática é importante identificar e avaliar, quando possível, a postura e a presença de edemas e deformidades^{31, 41, 42}. Na inspeção funcional busca-se avaliar a harmonia e a amplitude de movimento e identificar restrições e fraquezas musculares por meio de testes funcionais específicos (Tabela 1)^{32, 39}.

Ainda em relação à inspeção de segmentos corporais por teleconsulta, foram propostas as seguintes recomendações^{31, 32, 39, 40}:

- Antes de iniciar o exame físico, informe a paciente em detalhes tudo o que ocorrerá, que objetivo você pretende atingir com aquela avaliação.
- Nos casos de avaliação estática, demonstre exatamente a postura que deve adotar (sentada, deitada, ortostática) e faça registros nos diferentes planos (frontal, sagital). Em caso de avaliação funcional, demonstre com detalhes o movimento que deve reproduzir³⁹.
- Explique detalhadamente a que distância de altura o equipamento de filmagem deve ficar para que as estruturas corporais possam ser corretamente visualizadas. Nesse momento da avaliação é sugerida a presença de um familiar ou amigo para posicionar a câmera enquanto a paciente adota a posição solicitada. Importante também verificar se o espaço está adequado para livre movimentação³⁹.
- Quanto ao vestuário, a mulher deve preferencialmente vestir shorts e top para que seja possível avaliar as curvaturas espinhais e proeminências ósseas da pelve^{39, 40}.
- No tocante à mensuração de dados da inspeção, além da atenta observação do fisioterapeuta, podem ser utilizados *softwares* ou aplicativos para avaliação da amplitude de movimento, ou para análise do movimento, ou da postura após a teleconsulta, uma vez registradas as imagens ou vídeos (*off line*)^{31, 40}.

– ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE FISIOTERAPIA EM SAÚDE DA MULHER –

- A depender do objetivo e da região do corpo avaliada, testes especiais costumeiramente realizados com as mãos “*hands on*” podem ser adaptados para uso remoto “*hands off*”³⁹.

É importante avaliar se a paciente apresenta limitações ou dificuldades tecnológicas e/ou de compreensão de todos os detalhes. Portanto, embora existam evidências para utilização da inspeção estática e funcional, cautela deve ser adotada por parte do profissional^{31, 32, 39}.

Diante dos acometimentos funcionais mais frequentes atendidos por fisioterapeutas em ginecologia, recomenda-se avaliar com detalhes a mobilidade lombar e pélvica, observando a fluidez e simetria dos movimentos, bem como anotar se houve reprodução de alguma dor durante a realização dos movimentos (Tabela 1). Salienta-se que essa é uma sugestão que o profissional, de acordo com sua avaliação e percepção, poderá modificar inserindo novas avaliações e testes³⁹:

Tabela 1 – Testes funcionais sugeridos para avaliação da região pélvica e adjacências por teleconsulta.

Segmento avaliado	Testes funcionais sugeridos
Coluna lombar	Em posição ortostática, realizar flexão, extensão e lateralização da coluna lombar para avaliar mobilidade. Em posição ortostática, realizar flexão da coluna lombar e mensurar a distância do terceiro dedo ao chão para avaliar mobilidade. Deitada em pronação, realizar extensão da coluna lombar para verificar mobilidade.
Pelve e articulação sacroilíaca	Em posição ortostática, a mulher reproduz movimentos de anteversão, retroversão e lateralização pélvica para avaliação da mobilidade pélvica. Em posição deitada em supino ou sentada, solicitar a mulher que realize flexão do quadril, associada a abdução e rotação externa (<i>Faber test</i>), para avaliar dor na articulação sacroilíaca. Deitada em supino, próximo a extremidade de uma cama ou sofá, oriente a mulher que permita a queda de uma perna em extensão para provocar estresse na articulação sacroilíaca e reproduzir sintomas de dor.
Articulação Coxofemoral	Em posição supina, avaliar a amplitude de movimento do quadril em flexão solicitando movimento ativo com a perna esticada.

	<p>Deitada em supino, com o quadril e o joelho fletidos a 90°, realizar rotação interna e externa do quadril para avaliar a amplitude de movimento das rotações.</p> <p>Deitada em supino, a mulher é orientada a puxar para si a perna em flexão de quadril e direcionar o joelho para a crista ilíaca oposta, associando os movimentos de flexão, adução e rotação interna (<i>Fadir Test</i>) para verificar dor na articulação coxofemoral.</p> <p>Em posição ortostática, realizar agachamento bipodal e unipodal, se possível para avaliar força muscular e dor na articulação do quadril ou lombar. Verificar também compensações durante o movimento.</p>
--	---

*Em todos os testes observar amplitude do movimento, fluidez e reprodução de sintomas dolorosos, quando for o caso.

No que tange à avaliação do assoalho pélvico feminino, dois fatores devem ser considerados para a teleconsulta e telemonitoramento: a) as evidências existentes recomendam sua realização por profissional fisioterapeuta, de modo presencial⁴³ e b) a maioria das mulheres não tem boa percepção da auto contração do assoalho pélvico⁴⁴, portanto, não existem evidências que embasam referida avaliação de forma remota. Não obstante, a exposição da genitália externa em câmera, tanto em tempo real quanto em vídeos gravados pode levar a constrangimento e exposição desnecessária da mulher.

Nesse caso, recomenda-se a instrução da auto palpação dos músculos do assoalho pélvico nas mulheres que aceitem sua realização. Caso implementada, a mulher deverá receber todas as instruções necessárias e deverá fazê-lo em local privativo. Adicionalmente, o uso de *stop test* pode ser usado, apenas uma vez com objetivo de avaliar se é possível interromper o jato de urina, acompanhado de instrução assertiva para que não seja realizado com frequência^{45, 46} Para orientação da auto palpação, o fisioterapeuta poderá oferecer diferentes instruções considerando aspectos individuais e a aceitação de cada paciente pelo método proposto. Um método possível é a utilização de um modelo anatômico ou uma vulva de feltro. Diferentes formas de obter-se uma conscientização da contração dos músculos do assoalho pélvico incluem:

- (A) Visualização da contração utilizando espelho. A paciente precisará se posicionar sentada com as costas apoiadas em uma superfície mantendo

uma leve inclinação do tronco e deverá posicionar um espelho de forma a ver completamente a região vulvar e do centro perineal. A paciente deve ser instruída a realizar uma simulação de tentativa de “segurar” a urina e as fezes. Ela deverá ficar atenta ao movimento que ela visualiza na região (interno; externo; ausência) e quando ele ocorre (“segura” o xixi; relaxa; tosse).

(B) Palpação do corpo perineal (sobre ou sob a roupa íntima). A paciente deverá higienizar as mãos e poderá realizar a auto avaliação sentada com as costas apoiadas em uma superfície mantendo uma leve inclinação do tronco ou em decúbito dorsal. A paciente deverá realizar um formato de concha com uma das mãos, posicionando os ossos do carpo sobre a extremidade distal da sínfise púbica (arco púbico) o que permitirá que as pontas dos dedos (médio, indicador e anelar) fiquem próxima ao corpo perineal. A paciente poderá realizar a palpação do corpo perineal sobre ou sob a roupa íntima. A paciente deve ser instruída a realizar uma simulação de tentativa de “segurar” a urina e as fezes. Ela deverá ficar atenta ao movimento que ela sente ocorrer na região (interno; externo; ausência) e quando ele ocorre (“segura” o xixi; relaxa; tosse).

(C) Auto palpação. A paciente deverá higienizar as mãos e poderá realizar a auto avaliação sentada com as costas apoiadas em uma superfície mantendo uma leve inclinação do tronco, em decúbito dorsal ou em decúbito lateral. A paciente deverá introduzir um dedo (indicador ou anelar) no canal vaginal e realizará uma simulação de tentativa de “segurar” a urina e as fezes. Ela deverá ficar atenta ao movimento que ela sente ocorrer na região (interno; externo; ausência), a intensidade (pequena contração, sente apertar um pouco o dedo, sente apertar muito o dedo) e quando ele ocorre (“segura” o xixi; relaxa; tosse).

É importante destacar que essas sugestões de auto palpação não apresentam evidência científica sobre acurácia para diagnóstico da função muscular, trata-se de uma forma de promover o autoconhecimento e obter algumas informações para início do processo de reabilitação muscular quando não é possível uma avaliação física presencial. Ainda é importante destacar que o fisioterapeuta

precisa esclarecer que essas são sugestões e a paciente poderá realizar aquela que ela se sentir mais segura e confortável. Esse processo de auto palpação deverá ser realizado pela paciente sozinha em local privativo e horário que ela se sentir mais confortável, não sendo aconselhável a exposição da região vulvar durante o atendimento via chamada de vídeo.

A literatura sugere que para a teleconsulta sejam utilizadas tecnologias com sensores para mostrar e quantificar o movimento⁴⁷. Na reabilitação do assoalho pélvico dispomos dos equipamentos de *biofeedback* (BF) e de estimulação elétrica. Em relação à estimulação elétrica, a literatura demonstra que ela é mais eficaz na facilitação do aprendizado da contração quando comparada com as instruções verbais⁴⁵. Em relação aos equipamentos de BF não há um consenso na literatura. Alguns autores relatam ser difícil entender como um equipamento de BF poderia ensinar a paciente a contrair sem as técnicas manuais do terapeuta⁴⁸. A literatura demonstra por meio de revisões sistemáticas que a adição do BF ao treinamento muscular do assoalho pélvico não é superior quando comparada ao treinamento isolado^{49, 50} no tratamento da incontinência urinária. Outros autores relatam que o BF pode promover uma melhor coordenação e controle muscular quando utilizado no início do tratamento⁵¹. Assim como no atendimento ambulatorial, a recomendação destes recursos deve levar em conta a disponibilidade do recurso a ser utilizado, o custo-benefício e as preferências das pacientes.

A avaliação do edema presente na síndrome pré-menstrual tem sido feita em dois momentos: no período pré-menstrual entre o 21^o e 28^o dia do ciclo menstrual, e no período menstrual entre o 1^o e 3^o do ciclo. No exame físico, são coletados massa corporal (kg) e estatura (m) para calcular o índice de massa corporal (IMC; kg/m²). Não há na literatura evidências da realização do autoexame para a avaliação do edema nos transtornos do ciclo menstrual. Entretanto, para a modalidade de teleconsulta é possível tomar por base a literatura existente que indica que se deve considerar a auto percepção dos sinais clínicos nos distúrbios circulatórios⁴¹; e a inspeção dos segmentos corporais que poderá ser realizada em ortostatismo, com vestimenta adequada (roupa de banho). Os cuidados com posicionamento da câmera, para visualização de todos os segmentos corporais, e a privacidade do ambiente devem ser considerados para o exame.

- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE FISIOTERAPIA EM SAÚDE DA MULHER -

Para complementar a avaliação de fisioterapia em ginecologia, recomenda-se o uso de questionários e escalas validadas, específicas para cada situação (Tabela 2). Esses instrumentos permitem avaliar a percepção da mulher em relação à sua disfunção e evidenciam a influência do quadro na qualidade de vida e nas atividades de vida diária.

Tabela 2 – Ferramentas validadas para o português do Brasil que podem ser úteis para quantificar sintomas, facilitar o diagnóstico e avaliar severidade das disfunções atendidas pela Fisioterapia em ginecologia.

Característica avaliada	Nome da ferramenta	Descrição
Avaliação de quadros algícos	Escala visual analógica (EVA) ³⁸	Escala ordinal de dor, que pode incluir escala numericamente classificada (0–10) e escala visual analógica (EVA) de intensidade de dor. São multidimensionais e avaliam a intensidade da condição geral.
	Questionário de dor de McGill ⁵²	Avalia as dimensões da experiência dolorosa segundo 78 descritores, organizadas em 4 grandes grupos e 20 subgrupos que expressam os sintomas com magnitude crescente, os componentes sensitivo-discriminativos e têmporo-espaciais (subgrupos de 1 a 10), os afetivo-emocionais, neurovegetativos, punitivos (subgrupos de 11 a 15) e os avaliativos da situação geral da dor (subgrupo 16). O grupo miscelânea contém quatro grupos de expressões não aplicáveis aos subgrupos prévios. O índice de dor, obtido pela somatória dos valores dos descritores escolhidos e número de descritores escolhidos, possibilita quantificar a dor de maneira mais detalhada.

Avaliação da qualidade de vida geral	Medical Outcomes Study 36-item Short-Form Health Survey (SF-36) ⁵³	Avalia a qualidade de vida geral. Composto por 36 itens, agrupados em 8 dimensões que avaliam capacidade funcional, aspectos físicos, dor, estado geral de saúde, vitalidade, aspectos sociais, aspectos emocionais e saúde mental.
	World Health Organization Quality of Life Group (WHOQOL-bref) ⁵⁴	Avalia a qualidade de vida geral. Composto de 26 questões. Duas questões são gerais de qualidade de vida, e as demais representam cada uma das 24 facetas que compõem o instrumento original, avaliando os domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente.
Avaliação do impacto dos sintomas nas atividades laborais e sociais.	Work productivity and activity impairment: general health (WPAI-GH) ⁵⁵	Permite detectar o absenteísmo (dias ou horas de trabalho perdidas por problema de saúde) e o presenteísmo (redução da eficácia da pessoa no trabalho, por problema de saúde). A perda de produtividade e o comprometimento total do trabalho; e a soma do absenteísmo e do presenteísmo mede os efeitos da saúde em geral e de sintomas específicos na produtividade no trabalho e fora dele.
Avaliação da auto percepção da contração dos músculos do assoalho pélvico	Escala de Auto Eficácia para Prática de Exercícios do Assoalho Pélvico ⁵⁶	Para as pacientes que aceitarem a auto palpação dos músculos do assoalho pélvico pode-se avaliar auto eficácia e as expectativas de resultados.

Avaliações de sintomas associados	Pelvic Floor Impact Questionnaire (PFIQ-7) ⁵⁷	Questionário autoaplicável, com sete perguntas que avaliam o quanto as atividades, relacionamentos ou sentimentos têm sido afetados pelos sintomas ou condições da bexiga, intestino ou vagina da pessoa avaliada. Os resultados variam de 0 a 100, sendo que quanto maior for o escore obtido, pior será a qualidade de vida.
	Pelvic Floor Distress Inventory (PFDI-20) ⁵⁷	Avalia, em 20 perguntas, se a mulher possui sintomas relativos ao intestino, bexiga ou pelve e, em caso positivo, o quanto estes sintomas incomodam. Os resultados variam de 0 a 100, sendo que quanto maior for o escore obtido, pior será a qualidade de vida.
	Pelvic Floor Bother Questionnaire (PFBQ) ⁵⁸	Avalia em nove itens os sintomas e o grau de incômodo com as disfunções do assoalho pélvico.
	International Consultation on Incontinence Questionnaire - Urinary Incontinence Short Form (ICIQ-UI SF) ⁵⁹	É composto por quatro questões que avaliam a frequência, a gravidade e o impacto da incontinência urinária, além de um conjunto de oito itens de autodiagnóstico, relacionados às causas ou a situações de incontinência urinária vivenciadas pelas mulheres. Os escores variam de 0 a 100: quanto maior a pontuação obtida, pior é a qualidade de vida.

	Overactive Bladder V8 Questionnaire (OAB-V8) ⁶⁰	Esta escala inclui oito questões de avaliação da urgência, da incontinência, da noctúria e da frequência miccional referindo-se às quatro semanas anteriores. A pontuação para cada resposta varia de 0 (nada de incômodo) a 5 (muitíssimo incômodo), atingindo um total de 40 pontos, sendo considerado positivo para Síndrome da Bexiga Hiperativa quando o somatório das questões for igual ou superior a oito pontos.
Avaliação da função sexual	Female Sexual Function Index (FSFI) ⁶¹	Apresenta 19 questões que avaliam a função sexual em 6 domínios: desejo sexual, excitação sexual, lubrificação vaginal, orgasmo, satisfação sexual e dor.
	Quociente Sexual Feminino ⁶²	Questionário brasileiro, composto por 10 questões que abrangem os domínios: desejo, excitação, orgasmo e seus respectivos correlatos psicofísicos cujo escore varia de 0 a 100 e quanto maior, melhor a função sexual.
	Female Sexual Function 6 ⁶³	Versão reduzida do tradicional FSFI com apenas 6 questões.
	Pelvic Organ Prolapse/Urinary Incontinence Sexual Questionnaire (PISQ-12) ⁶⁴	Avalia os sintomas sexuais de mulheres com prolapso de órgãos pélvicos ou incontinência urinária.

Avaliação de sintomas específicos relacionados ao Climatério	Índice Menopausal de Blatt e Kupperman ⁶⁵	Quantifica os sintomas climatéricos de acordo com a intensidade. Para cada sintoma é estabelecido um peso diferente, de acordo com a intensidade. O escore total varia de leve e moderado a acentuado, de acordo com o índice obtido.
	Escala de Avaliação da Menopausa ⁶⁶	Avalia qualidade de vida e sintomas climatéricos por meio de 11 questões distribuídas em 3 subescalas: sintomas somato-vegetativos, psicológicos e urogenitais.
	Escala de Cervantes ⁶⁷	Avalia a qualidade de vida relacionada à mulher na perimenopausa e pós menopausa. Composto por 31 perguntas distribuídas em 4 domínios: menopausa e saúde, sexualidade, relação de casa e psíquico.
Avaliação de sintomas específicos de transtornos relacionados ao ciclo menstrual	Premenstrual symptoms screening tool (PSST) ⁶⁸	Identifica mulheres que sofrem com transtornos relacionados ao ciclo menstrual. É uma escala de auto aplicação, com 19 itens (14 de sintomas e 5 questões relacionadas às suas consequências) que mensura a severidade do acometimento.
	Daily Record of Severity of Problems (DRSP) ⁶⁹	Escala com 24 itens, distribuídos em 11 domínios, que avaliam ao longo de dois meses a gravidade dos sintomas da paciente. Devem ser avaliadas as respostas dos cinco dias pré-menstruais (fase lútea) e comparar com seis a 10 dias pós-menstruais (fase folicular).

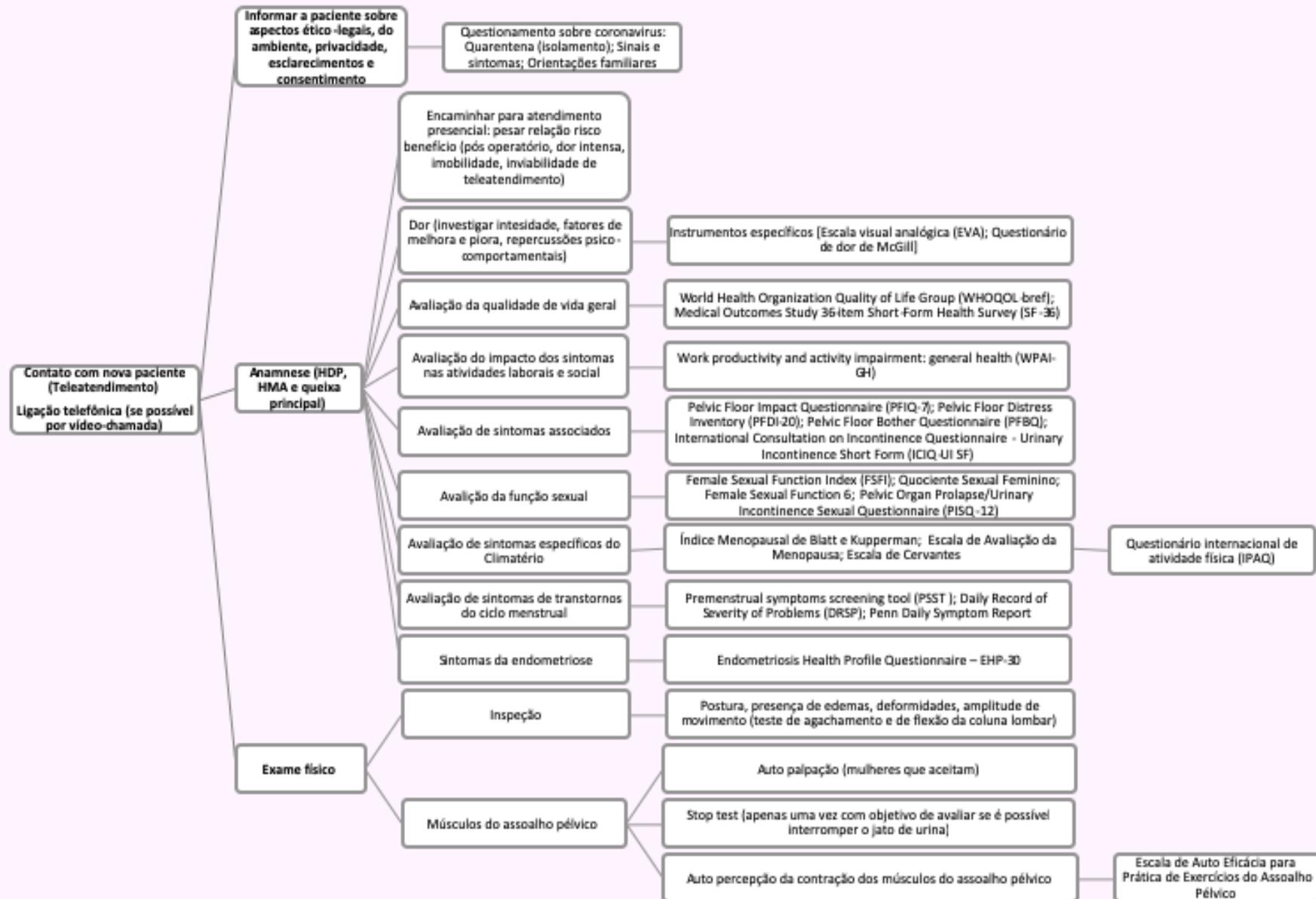
	Penn Daily Symptom Report ⁷⁰	Composto por 17 itens que listam os principais sintomas da síndrome pré-menstrual: irritabilidade, labilidade de humor, tensão nervosa, ansiedade, depressão, falta de controle emocional, diminuição da coordenação, confusão mental, insônia, choro fácil, fadiga, compulsão alimentar, sensibilidade mamária, inchaço, cólicas, dores generalizadas e dores de cabeça. Recomendado para investigar a resposta terapêutica diante dos sintomas físicos, emocionais e comportamentais.
Avaliação de sintomas relacionados à dor pélvica	Endometriosis Health Profile Questionnaire – EHP-30 ⁷¹	Específico para mulheres com endometriose. Composto por 30 itens que avaliam cinco dimensões: dor, controle e impotência, bem-estar emocional, apoio social e auto-imagem, e de um questionário modular com 23 itens distribuídos em seis escalas: relações sexuais, trabalho, profissão médica, infertilidade, relacionamento com filhos e tratamento. Cada escala é transformada em um escore de 0 a 100, onde o menor escore significa melhor qualidade de vida.

– ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE FISIOTERAPIA EM SAÚDE DA MULHER –

Avaliação do nível de atividade física	International Physical Activity Questionnaire – Short Form (IPAQ) ⁷²	Indicado caso o fisioterapeuta opte por utilizar exercícios como parte da terapia. Composto por 6 questões agrupadas em duplas, relacionadas a atividade de caminhada, atividade física moderada e atividade física vigorosa por pelo menos 10 minutos. Os resultados encontrados permitem classificar o indivíduo como muito ativo, ativo, irregularmente ativo e sedentário.
--	---	--

Com base nas informações apresentadas anteriormente, a ABRAFISM propõe um algoritmo para nortear o fisioterapeuta nas avaliações de ginecologia:

- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE FISIOTERAPIA EM SAÚDE DA MULHER -



VI. Recomendações para o tratamento

1. Dos transtornos do ciclo menstrual

Dentre as formas possíveis de se tratar os transtornos do ciclo menstrual pelos meios informáticos e telemáticos, podemos indicar os exercícios físicos, a acupressão, a termoterapia e a estimulação elétrica nervosa transcutânea (TENS).

A literatura investiga por meio de revisão sistemática com meta-análise o uso dos exercícios para tratar a dismenorreia primária. Os exercícios, sejam de baixa intensidade, como ioga, ou de alta intensidade, como aeróbico, podem proporcionar uma grande redução da dor menstrual, em comparação com a não realização de exercícios. Observa-se redução clinicamente significativa na intensidade da dor menstrual de cerca de 25 mm em uma escala visual analógica de 100 mm. Exercícios de baixa intensidade (ioga, tai chi, alongamento); de alta intensidade (exercícios aeróbicos, corrida); e exercício resistido (levantamento de peso) são recomendados^{73, 74}. Os benefícios serão observados com uma frequência mínima de três vezes por semana, com duração de 45 a 60 minutos⁷³. A baixa qualidade da evidência devido ao pequeno tamanho da amostra; a inconsistência nos resultados pela observação de resultados muito diferentes entre os estudos; e o risco de viés relacionado ao cegamento, em que os pesquisadores ou participantes sabiam qual tratamento estavam recebendo, fazem com que esses resultados sejam interpretados com cautela⁷³. Para a prescrição do exercício físico é importante avaliar o nível de atividade física da paciente. Este pode ser realizado por meio do questionário IPAQ que foi descrito na avaliação⁷².

A acupressão é a estimulação dos pontos de acupuntura por meio de pressão aplicada com os dedos e/ou polegares. Dentre os pontos que podem ser estimulados na abordagem da dismenorreia primária pela acupressão, a literatura cita o ponto Taichong (LIV3); os pontos 23 e 24 localizados na cintura; os pontos 3 e 4 localizados no abdômen; o ponto Shenmen; o ponto SP6; ponto auricular (Fígado C012, Rim CO10, Endócrino CO18, Shenmen, genitais endócrinos)^{74, 75}. Cautela na utilização desse recurso é necessária, uma vez que não há evidências

suficientes para demonstrar se a acupressão é ou não eficaz no tratamento da dismenorreia primária, apesar de não demonstrar efeitos colaterais^{74, 75}.

A dor presente na dismenorreia tem sido abordada com a utilização da TENS e da termoterapia. O efeito analgésico destes recursos pode ser explicado pela teoria das comportas de controle da dor, em que os estímulos da TENS ou da termoterapia são administrados à fibra nervosa A-beta. Em seguida, os sinais das fibras A-beta são transmitidos à medula espinhal, a qual bloqueia temporariamente o transporte das sensações de dor para o cérebro^{76, 77}.

Os equipamentos de TENS são portáteis e podem ser usados tanto em domicílio como em ambiente clínico. Desta forma, este pode ser um recurso a ser utilizado na modalidade de teleatendimento e telemonitoramento. A TENS foi utilizada em duas subcategorias na dismenorreia primária: alta e baixa frequência. A TENS de baixa frequência consiste em pulsos administrados entre 1 Hz a 4 Hz, em alta intensidade e largura de pulso longa, e TENS de alta frequência (TENS convencional) geralmente consiste em pulsos administrados entre 50 Hz e 120 Hz, em baixa intensidade. Os eletrodos podem ser colocados nos pontos de acupuntura ou no local da dor. A TENS de alta frequência é eficaz para o tratamento da dismenorreia, entretanto, não há evidências suficientes para determinar a eficácia da TENS de baixa frequência na redução da dismenorreia^{16, 74}.

A termoterapia é a aplicação de frio ou calor por meio de compressas, e tem sido descrita como um recurso prático e de baixo custo na dismenorreia⁷⁸. A literatura demonstra por meio de ensaio clínico randomizado uma redução significativa da percepção da dor avaliada pela escala analógica visual logo após 20 minutos da aplicação e depois de 30 minutos do término em relação ao momento anterior à intervenção; e redução da intensidade da dor foi maior com a utilização da compressa fria em ambos os momentos avaliados⁷⁹. A literatura também apresenta evidências sugestivas da eficácia da terapia de calor para dismenorreia primária, porém, estudos rigorosos de alta qualidade metodológica ainda são necessários para fornecer evidências robustas⁸⁰. A combinação da TENS e da termoterapia no alívio da dor da dismenorreia primária também tem sido utilizada. A intensidade e a duração da dor diminuíram significativamente após esta

combinação na comparação com o dispositivo sham⁸¹. A termoterapia é realizada na região abdominal inferior^{79, 81} e lombar⁷⁹. Apenas as temperaturas utilizadas com o calor foram descritas, e variaram entre 36°C a 41°C^{80,81}.

Síntese das recomendações para tratamento dos transtornos do ciclo menstrual

- Prescrever e incentivar a prática de exercícios de baixa intensidade (ioga, tai chi, alongamento), alta intensidade (exercícios aeróbicos, corrida) ou exercícios resistidos (levantamento de peso) com frequência mínima de três vezes por semana, pois promoveram diminuição clinicamente significativa da dor menstrual.
- Antes de prescrever, avaliar o nível anterior de atividade física da mulher com instrumento validado (ex: questionário IPAQ) e durante a prática dos exercícios, recomenda-se monitorar sua intensidade por meio da percepção subjetiva de esforço (ex: escala de Borg).
- Utilizar técnicas de massagem como a acupressão. Explicar à paciente como realizar estimulação de pontos de acupuntura específicos de analgesia e relaxamento por meio de pressão das polpas digitais.
- Caso a paciente tenha acesso, instruir acerca da utilização do TENS portátil domiciliar, que apresenta evidências para frequências altas (50 Hz e 120 Hz) e baixas (1 Hz a 4). Os eletrodos devem ser colocados nos pontos de acupuntura ou no local da dor.
- Utilizar aplicação de calor por meio de compressas ou bolsas apropriadas para esse fim (termoterapia), na região abdominal inferior e lombar, em temperaturas entre 36°C a 41°C.
- No caso da prescrição de terapias analgésicas, recomenda-se mensurar por meio de instrumento validado a intensidade da dor antes e após os procedimentos.

2. Da dor pélvica crônica

A abordagem da dor pélvica na modalidade de teleatendimento e telemonitoramento pode incluir os programas educacionais, para discussão dos

mecanismos centrais da dor e da anatomia pélvica; discussão da postura e do manejo da dor em momentos de exacerbação; encorajamento das mudanças posturais que ocorrem em resposta à dor, como de proteção e as consequências biomecânicas que podem estar associadas a essas mudanças^{82, 83}.

O exercício físico tem sido descrito para tratar mulheres com endometriose. Oito semanas de exercícios físicos prescritos de acordo com as diretrizes do *American College of Obstetricians and Gynecologists* para mulheres sedentárias diminui significativamente a intensidade da dor e o ângulo de cifose torácica pós intervenção nesta população⁸⁴. A prática de ioga realizada em domicílio uma hora por semana, durante seis semanas, auxilia no autogerenciamento da dor, melhora a qualidade de vida e a função sexual de mulheres com dor pélvica crônica⁸⁵. Exercícios físicos de baixa intensidade com foco no movimento consciente; seguidos de opções alternativas de exercícios, com o uso de bola terapêutica (quando a paciente tiver o recurso) e exercícios de Pilates, também podem ser recomendados na dor pélvica crônica⁸². Novamente, vale ressaltar a importância da avaliação da aptidão física da paciente, que poderá ser avaliada pelo IPAQ⁷².

Para abordagem dos pontos gatilhos e da limitação da amplitude de movimento, presentes na dor pélvica crônica, o auto alongamento e a técnica de contração-relaxamento muscular podem ser utilizados⁸⁵. Para prescrição desses recursos, uma atenção especial à mobilidade dos segmentos corporais é necessária.

A TENS também tem sido utilizada no manejo da dor pélvica crônica. A teoria de utilização é mesma descrita para o tratamento da dismenorreia primária^{76, 77}. A literatura mostra a utilização da TENS de baixa (<25Hz), média (25-75Hz) e alta (75-100Hz) frequência; com localização de eletrodo no dermatomo suprapúbico correspondente a T10; e amplitude máxima tolerada pela paciente (0-80mA). Melhores resultados nos escores de dor são encontrados com a utilização de alta e baixa frequência com intensidade forte, porém confortável⁸⁶. As unidades de TENS são seguras, econômicas e estão facilmente disponíveis no mercado^{81, 86}, o que nos faz pensar na possibilidade de indicação para a forma virtual. Para as pacientes que nunca experimentaram a estimulação elétrica, antes de indicar a terapêutica e

orientar a aquisição de um equipamento, é necessário investigar a tolerância da paciente ao recurso.

Síntese das recomendações para tratamento da dor pélvica crônica

- Prescrever exercícios físicos de baixa intensidade com foco no movimento consciente; seguidos de opções alternativas de exercícios, com o uso de bola terapêutica (quando a paciente tiver o recurso) ou exercícios de Pilates.
- Em caso de prescrição de exercícios, avaliar o nível anterior de atividade física da mulher com instrumento validado (ex: questionário IPAQ) e monitorar a intensidade do exercício por meio da percepção subjetiva de esforço (ex: escala de Borg).
- Ensinar o auto alongamento e a técnica de contração-relaxamento muscular para alívio dos sintomas de dor. Contudo, para prescrição individualizada desses recursos, recomenda-se avaliar a mobilidade dos segmentos corporais.
- Instruir a utilização da TENS de baixa (<25Hz) ou alta (75-100Hz) frequência, com amplitude máxima tolerada pela paciente (0-80mA). Recomenda-se a localização dos eletrodos no dermatomo suprapúbico correspondente a T10. Para as pacientes que nunca experimentaram a estimulação elétrica, antes de indicar a terapêutica e orientar a aquisição de um equipamento, é necessário investigar a tolerância da paciente ao recurso.
- Em todas as prescrições de terapias analgésicas, recomenda-se mensurar por meio de instrumento validado a intensidade da dor antes e após os procedimentos.

3. Das Disfunções Sexuais femininas

De posse das informações da avaliação e do exame físico possível de ser realizado por teleatendimento, no que tange a musculatura do assoalho pélvico, o fisioterapeuta pode objetivar duas coisas diferentes: a) fortalecer esses músculos, por acreditar que os mesmos estejam fracos ou que exista necessidade de melhorar vascularização na região perineal^{87, 88}, ou b) promover relaxamento dessa

musculatura, por acreditar que esteja excessivamente tensa, dificultando ou impedindo a penetração vaginal^{13, 89}.

Todavia, independentemente do objetivo e antes de iniciar a intervenção muscular, o tratamento para as disfunções sexuais femininas por teleatendimento ou telemonitoramento se inicia pela educação em saúde^{90, 91}. É importante que a mulher seja instruída quanto à anatomia e função do seu assoalho pélvico, enfatizar que o controle dos músculos do assoalho pélvico é, fisiologicamente, voluntário e que é possível treinar para conseguir relaxar e contrair essa musculatura^{13, 91}. Para esse trabalho o fisioterapeuta poderá lançar mão de modelos anatômicos ou imagens do assoalho pélvico e fornecer explicações sobre o controle mental muscular, utilizando analogias com outros músculos naturalmente tensos, como, por exemplo, o trapézio superior^{13, 89}.

No que diz respeito aos casos em que o fisioterapeuta acredite que os músculos do assoalho pélvico estão tensos, as recomendações para teleatendimento abrangem alongamentos globais, automassagem e autoliberação miofascial, exercícios respiratórios, dessensibilização da região vulvo-vaginal e treinamento muscular com foco em relaxamento^{13, 89-93}. Para orientação da autoliberação e automassagem, recomenda-se que o fisioterapeuta simule previamente o que está sendo proposto em uma vulva de feltro ou modelo anatômico. O fisioterapeuta deverá orientar que a paciente realize a técnica sozinha em local privativo e horário que ela se sentir mais confortável, não sendo aconselhável a exposição da região vulvar durante o atendimento via chamada de vídeo. Recomenda-se a orientação da autoliberação externa e da massagem perineal.

Os alongamentos globais são indicados pois acredita-se que a tensão dos músculos do assoalho pélvico possa desencadear a tensão de outros grupos musculares nas adjacências como adutores, abdominais e glúteos^{13, 89, 92}. Nesse sentido, o auto alongamento prioritariamente desses músculos é recomendado e possível de ser instruído por teleatendimento^{31, 39}.

Adicionalmente, técnicas como massagem abdominal⁹² e auto liberação miofascial manual (quando possível) ou com auxílio de rolos específicos (*foam*

rollers) também são recomendados^{13, 90}. As vantagens na utilização do rolo são a possibilidade de alcance de regiões corporais que a mão não consegue e a pressão contínua e uniforme ocasionada pelo mesmo, porém, o custo se apresenta como desvantagem⁹⁴. A automassagem também é indicada em cicatrizes de cirurgias pélvicas ou perineais anteriores, como, por exemplo, em cirurgias de acesso aberto na pelve e na região de episiotomias e lacerações^{89, 92}.

Para os músculos do assoalho pélvico que estão tensos são recomendados exercícios respiratórios para treinamento diário, e também antes e durante as tentativas de penetração vaginal, com o objetivo de facilitar o controle da ansiedade inerente a esse momento. Nesse sentido, respirações diafragmáticas lentas e profundas são utilizadas para melhorar o autocontrole na atividade do assoalho pélvico e estimular o relaxamento muscular^{13, 95}.

No tocante à dessensibilização da região vulvar e vaginal, o uso de dilatadores vaginais é recomendado. São utilizados dilatadores de silicone com diâmetro progressivo^{13, 91}. A mulher insere o dilatador de menor diâmetro previamente lubrificado na cavidade vaginal, observa a sensação de desconforto e trabalha com exercícios respiratórios e o autocontrole muscular para tentar diminuir a tensão muscular. Quando acreditar que aquele diâmetro já não causa muito desconforto, utiliza o dilatador subsequente e repete o processo, até que tenha conseguido passar pela dessensibilização com todos os dilatadores^{13, 93}. Ainda em relação a essa técnica, é preciso pontuar que o profissional orienta a forma como deve ser utilizado, mas a mulher realiza o tratamento em local privativo e sem filmar ou fotografar a região perineal.

O treinamento dos músculos do assoalho pélvico com ênfase no relaxamento muscular (*downtraining*) também demonstrou eficácia para o tratamento do assoalho pélvico hipertônico quando associado a tratamento multimodal^{91, 96}. O programa de exercícios envolve contração máxima, seguida de relaxamento máximo. Acredita-se que o treinamento melhore o controle voluntário da musculatura, facilitando o relaxamento no momento da penetração vaginal, e incrementa a vascularização local, o que também melhora a sensibilidade da região^{13, 23, 93, 96}.

Por outro lado, após a avaliação detalhada, pode ser que o fisioterapeuta acredite que o assoalho pélvico não está hipertônico, mas enfraquecido e toma a decisão de realizar trabalho de fortalecimento muscular para melhorar a função sexual. Já está descrito na literatura que mulheres com melhor força muscular apresentam melhor função sexual em diferentes populações femininas: mulheres com e sem disfunção do assoalho pélvico e pós-menopausadas^{87, 88, 97}.

As justificativas para a relação da função sexual com a força dos músculos do assoalho pélvico envolvem: a) melhora do fluxo sanguíneo para a região da pelve que resultaria em maior sensibilidade clitoriana; b) que o aumento da força dos músculos ligados ao corpo cavernoso do clitóris pode levar à contração involuntária mais forte e melhor resposta no orgasmo, c) mulheres com músculo do assoalho pélvico treinado apresentariam melhor controle muscular, sensação de vagina mais apertada, melhor consciência perineal e mais autoconfiança^{87, 88, 97}.

Diante disso, a recomendação é de que os exercícios sejam prescritos por telemonitoramento somente após anamnese detalhada, o trabalho de educação em saúde já descrito e, quando indicado, a auto palpação para identificar a contração muscular e o *stop-test*. O protocolo de exercícios que apresenta maior evidência na literatura envolve exercícios em três séries diárias de 8 a 12 contrações musculares, cada contração deverá ser mantida por cinco segundos e então acrescenta-se três contrações rápidas antes do relaxamento. As séries desse treinamento deverão ser praticadas nas posições sentada, deitada e ortostática^{88, 97}.

Síntese das recomendações para tratamento das disfunções sexuais femininas

- Instruir a mulher quanto à anatomia e função do seu assoalho pélvico, enfatizar que o controle da musculatura perineal é, fisiologicamente, voluntário e que é possível treinar para conseguir tanto contrair quanto relaxar essa musculatura. Recomenda-se o uso de modelos anatômicos ou imagens do assoalho pélvico.
- Caso o objetivo fisioterapêutico seja relaxar um assoalho pélvico que se acredita estar tenso, recomenda-se:

– ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE FISIOTERAPIA EM SAÚDE DA MULHER –

- Instruir o auto alongamento prioritariamente músculos adutores, abdominais e glúteos por sua íntima relação com o assoalho pélvico;
- Utilizar técnicas de massagem abdominal e auto liberação miofascial manual ou com auxílio de rolos específicos (*foam rollers*) em toda a região corporal. A massagem também deve ser instruída em cicatrizes de cirurgias pélvicas ou perineais anteriores com as polpas digitais;
- Realizar exercícios respiratórios, tanto para treinamento diário quanto antes e durante as tentativas de penetração vaginal, com o objetivo de facilitar o controle da ansiedade inerente a esse momento. Explicar sobre o autocontrole do assoalho pélvico, e instruir respirações diafragmáticas lentas e profundas para estimular o relaxamento muscular, utilizando analogias com outros músculos corporais naturalmente tensos;
- Promover a dessensibilização da região vaginal com o uso de dilatadores de silicone com diâmetro progressivo. A paciente deverá ser instruída a utilizá-lo em local privativo. Inicialmente é necessário lubrificar o dilatador e em seguida inserir lentamente na cavidade vaginal. Ela observa a sensação de desconforto durante o uso e trabalha com exercícios respiratórios e o autocontrole muscular para tentar diminuir a tensão muscular. Importante reforçar que não é recomendado fotografar ou filmar a região perineal. A mulher deve ser corretamente instruída, realizar a terapia em local privativo e apontar as dificuldades e evoluções ao fisioterapeuta em momento posterior;
- O treinamento dos músculos do assoalho pélvico com ênfase no relaxamento muscular deve ser incentivado associado a terapia multimodal. O programa de exercícios envolve contração máxima, seguida de relaxamento máximo para melhorar o controle voluntário da musculatura, a vascularização local e a sensibilidade da região.
- Quando o objetivo fisioterapêutico é fortalecer o assoalho pélvico que se acredita estar fraco, é recomendado:
 - Que a paciente realize exercícios em diversas posições corporais, respeitando os níveis de aprendizado motor e evoluindo de posturas gravitacionais para antigravitacionais para aumentar a sobrecarga;

- Que realize a auto palpação vaginal em local privativo, para avaliar o próprio assoalho e perceber a própria contração melhorando assim sua conscientização perineal.

4. Dos sintomas relacionados ao climatério

O fisioterapeuta no atendimento à mulher climatérica e pós-menopausada trabalha com manejo dos sintomas, principalmente os vasomotores e gênito urinários.

No que concerne ao tratamento dos sintomas vasomotores com medidas não farmacológicas, está amplamente descrito na literatura a eficácia da atividade física^{6, 24}. Exercícios combinados, com componentes aeróbios e resistidos apresentaram melhores resultados para diminuição dos sintomas vasomotores, melhora do humor e da função cognitiva, diminuição de sintomas depressivos e melhora da qualidade do sono^{6, 98}. Assim, a recomendação é que o nível de atividade física da mulher seja avaliado previamente por instrumentos validados, como, por exemplo, o questionário IPAQ e que exercícios sejam prescritos e telemonitorados pelo fisioterapeuta. A intensidade deve ser moderada e a melhor maneira de monitorar de maneira remota é utilizando a escala de auto percepção de esforço de Borg⁹⁹.

No tocante ao tratamento da Síndrome Genitourinária na Menopausa, estudos recentes melhoraram as evidências da atuação fisioterapêutica e embasaram essa recomendação^{5, 23, 100, 101}. O treinamento dos músculos do assoalho pélvico se mostrou eficaz, pois levou à melhora do fluxo sanguíneo para os tecidos vulvovaginais e auxiliou na sua elasticidade. Adicionalmente, os exercícios também melhoram a força e a capacidade de relaxamento dos músculos perineais e levaram à diminuição de sintomas de perda urinária aos esforços em mulheres pós-menopausadas^{5, 23}. Adicionalmente, a atividade física, comentada anteriormente para os sintomas vasomotores, também foi sugerida como

coadjuvante na melhora da função sexual de mulheres na peri e pós menopausa, e assim contribui para diminuição dos sintomas da Síndrome Genitourinária na Menopausa como um todo¹⁰¹.

No caso do treinamento dos músculos do assoalho pélvico, são sugeridos exercícios que trabalhem força, *endurance* e coordenação e exercícios funcionais⁵. O protocolo que apresentou melhores resultados para essa população foi aplicado por 12 semanas, com três séries de 10 contrações máximas voluntárias mantidas por 6 segundos seguidas por 5 contrações rápidas antes do relaxamento nas posições deitada em decúbito lateral, sentada, quadrúpede e em ortostatismo¹⁰⁰. Embora os estudos supracitados tenham realizado atendimento supervisionado presencial, a recomendação é para que os exercícios sejam igualmente supervisionados, mas de forma remota.

Com o objetivo de fortalecer os músculos do assoalho pélvico, além dos exercícios perineais, a eletroestimulação pode ser utilizada. Para o uso de forma domiciliar, é necessário um equipamento gerador de correntes terapêuticas, que consiga emitir a corrente Eletroestimulação Funcional (FES). Embora os eletrodos intracavitários sejam muito comuns, é possível realizar a eletroestimulação por meio de eletrodos posicionados externamente, na superfície da região perineal^{102, 103}. Serão necessários dois canais, cada um com dois eletrodos. Os quatro eletrodos devem ser posicionados nas regiões suprapúbica e medial a tuberosidade isquiática dos dois lados, de maneira cruzada. Os parâmetros devem ser ajustados em 700 μ s de duração do pulso (ou período) e 50 Hz de frequência, com tempo de repouso (*T off*) o dobro do tempo de passagem da corrente (*T on*), intensidade máxima tolerada e tempo total de 20 minutos de aplicação¹⁰³. Os resultados dessa forma de aplicação tanto para diminuição dos sintomas de incontinência quanto para fortalecimento muscular foram semelhantes aos da técnica intracavitária, porém, com menor desconforto¹⁰³.

No que tange aos sintomas vesicais como aumento da frequência urinária, urge-incontinência e noctúria, também frequentes na Síndrome Genitourinária da Menopausa, a eletroestimulação do nervo tibial posterior é recomendada^{104, 105}

associada ao treinamento dos músculos do assoalho pélvico, que demonstrou redução na incontinência urinária de urgência e na frequência urinária¹⁰⁶. Para realizar a eletroestimulação é necessário que a mulher tenha em casa à disposição um equipamento gerador de corrente tipo TENS (neuroestimulação elétrica transcutânea). Serão necessários dois eletrodos conectados a um canal. O fisioterapeuta instrui a mulher por telemonitoramento qual o posicionamento adequado dos eletrodos (o primeiro atrás do maléolo medial e o segundo 10 cm acima em linha reta), e se possível posicionar mais dois eletrodos no outro membro inferior. O fisioterapeuta explica como ligar o equipamento e selecionar os parâmetros adequados. Os parâmetros que apresentaram maior sucesso na literatura envolvem duração do pulso de 200 μ s e frequência de 8 a 12 Hz com intensidade abaixo do limiar motor por um tempo total de aplicação de 30 minutos^{104,105}.

É importante ressaltar que embora apresente bons resultados, a aplicação da eletroestimulação do nervo tibial posterior para sintomas de Síndrome da Bexiga Hiperativa, ou da eletroestimulação com eletrodos posicionados na vulva para fortalecimento do assoalho pélvico envolve o custo de adquirir o equipamento, e a capacidade cognitiva de seguir orientações para o correto posicionamento dos eletrodos e manuseio do aparato. Se não for acessível para a mulher, ainda é possível realizar os exercícios de treinamento dos músculos do assoalho pélvico que são de baixo custo e não possuem contraindicações.

Síntese das recomendações para tratamento dos sintomas relacionados ao climatério

- Prescrever exercícios combinados, com componentes aeróbios e resistidos, pois promovem melhores resultados para diminuição dos sintomas vasomotores, melhora do humor e da função cognitiva, diminuição de sintomas depressivos e melhora da qualidade do sono;
- Em caso de prescrição de exercícios, avaliar o nível anterior de atividade física da mulher com instrumento validado (ex: questionário IPAQ) e

monitorar a intensidade do exercício por meio da percepção subjetiva de esforço (ex: escala de Borg);

- Para o tratamento dos sintomas gênito urinários, que incluem queixas urinárias e sexuais próprias do período, recomenda-se o uso do treinamento dos músculos do assoalho pélvico, pois se mostrou eficaz para melhora do fluxo sanguíneo para os tecidos vulvovaginais e melhora da elasticidade vaginal, além de incremento na força e na capacidade de relaxamento do assoalho pélvico de mulheres pós-menopausadas.;
- Ao prescrever o treinamento dos músculos do assoalho pélvico, as melhores evidências apontam para a combinação de exercícios específicos para força, resistência (*endurance*) e coordenação muscular em diferentes posições corporais;
- É possível a utilização de eletroestimulação superficial perineal para fortalecimento do assoalho pélvico e melhora dos sintomas de incontinência desde que a mulher possua o equipamento em casa;
- A eletroestimulação do tibial posterior pode ser utilizada para manejo dos sintomas como aumento da frequência, urgência e urgeincontinência miccional e noctúria e, de modo semelhante, é necessário que a mulher tenha o equipamento em seu domicílio.

VII. Violência doméstica

A maioria dos atos de violência contra a mulher, incluindo o mais grave deles, que é o feminicídio (morte), acontece dentro de sua residência. A pandemia da COVID-19 levou a população ao isolamento social e gerou intenso desemprego e dificuldades econômicas, fatores que levaram a um aumento substancial da violência contra a mulher (conforme nota técnica elaborada pelo Núcleo de Gênero do Centro de Apoio Operacional Criminal do Ministério Público de São Paulo)¹⁰⁷. O atendimento da mulher vítima de violência ocorre por meio de programas e/ou serviços especializados no atendimento social, psicológico e jurídico às mulheres em situação de violência, disponíveis em cada município. Quando esses serviços não estiverem disponíveis, o apoio e orientação podem ser procurados nas

Unidades Básicas de Saúde (UBS), Centros de Referência da Assistência Social (CRAS) ou nos Centros de Referência Especializados de Assistência Social (CREAS). Em situações de emergência, a Casa da Mulher Brasileira, localizada na cidade de São Paulo/SP, e aberta 24 horas por dia, atende mulheres de todo o Brasil e reúne diversos serviços, como Delegacia da Mulher, Defensoria Pública, Ministério Público e Tribunal de Justiça, entre outros serviços. No Estado de São Paulo, existem serviços gratuitos especializados no atendimento à mulher, tais como os Centros de Referência da Mulher (CRMs), Centros de Defesa e Convivência da Mulher e os Centros de Cidadania da Mulher (CCMs). Uma cartilha denominada “Mulher, vire a página... ..e seja protagonista de um final feliz!” traz informações e orientações sobre o ciclo e as formas de violência, teste de identificação de risco, além de informações sobre medidas protetivas e onde a mulher vítima de violência pode encontrar ajuda (cartilha elaborada pela Promotoria de Justiça de Enfrentamento à Violência Doméstica, 2020)¹⁰⁸.

VIII. Segurança no retorno aos atendimentos presenciais

Outras recomendações da ABRAFISM^{8-10, 109} podem ser consultadas a respeito da segurança no retorno dos atendimentos presenciais. Apesar das recomendações serem relacionadas a outras áreas de atuação da Fisioterapia na Saúde da Mulher, elas são aplicáveis aos atendimentos de Fisioterapia em ginecologia.

IX. Considerações finais

Este documento apresenta recomendações para auxiliar os fisioterapeutas no atendimento seguro em ginecologia antes e após a pandemia da COVID-19. As limitações do documento incluem a escassez da literatura especificamente relacionada ao atendimento de fisioterapia neste período de pandemia. Entretanto, foi feito um amplo levantamento da literatura mundial a respeito de temas correlatos, incluindo artigos originais, revisões sistemáticas de literatura e diretrizes para teleatendimento e atendimentos em tempos de pandemia. Outra limitação refere-se

ao fato de o levantamento bibliográfico ter sido realizado rapidamente e do documento ter sido produzido com celeridade para que pudesse ser divulgado em tempo hábil para ser útil aos profissionais e pacientes. Diante de tais limitações, os profissionais devem ponderar sobre a utilidade de cada recomendação em cada contexto de atendimento, considerando a situação epidemiológica loco-regional e as características de cada caso atendido.

X. Referências

1. Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO). Resolução nº 372/2009 – Reconhece a Saúde da Mulher como especialidade do profissional Fisioterapeuta e dá outras providências. <https://www.coffito.gov.br/nsite/?p=3135> [acessado em 13 de agosto de 2020].
2. Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO). Resolução nº 401/2011 – Reconhece a Saúde da Mulher como especialidade do profissional Fisioterapeuta e dá outras providências. <https://www.coffito.gov.br/nsite/?p=3164> [acessado em 13 de agosto de 2020].
3. Lee AC. COVID-19 and the Advancement of Digital Physical Therapist Practice and Telehealth. *Phys Ther.* 2020;100(7):1054-1057. doi:10.1093/ptj/pzaa079
4. RESOLUÇÃO No 516, DE 20 DE MARÇO DE 2020 – Teleconsulta, Telemonitoramento e Teleconsultoria [Internet]. <https://www.coffito.gov.br/nsite/?p=15825> [acessado em 13 de agosto de 2020].
5. Mercier J, Morin M, Zaki D, et al. Pelvic floor muscle training as a treatment for genitourinary syndrome of menopause: A single-arm feasibility study. *Maturitas.* 2019;125:57-62. doi:10.1016/j.maturitas.2019.03.002
6. Costa JG, Giolo JS, Mariano IM, et al. Combined exercise training reduces climacteric symptoms without the additive effects of isoflavone supplementation: A clinical, controlled, randomised, double-blind study. *Nutr Health.* 2017;23(4):271-279. doi:10.1177/0260106017727359

7. Piassarolli VP, Hardy E, Andrade NF, Ferreira Nde O, Osis MJ. Treinamento dos músculos do assoalho pélvico nas disfunções sexuais femininas [Pelvic floor muscle training in female sexual dysfunctions]. Rev Bras Ginecol Obstet. 2010;32(5):234-240. doi:10.1590/s0100-72032010000500006
8. Associação Brasileira de Fisioterapia em Saúde da Mulher (ABRAFISM). Recomendação Geral. Fisioterapia por meio digital/teleconsulta e telemonitoramento na fisioterapia em saúde da mulher e uro-proctologia. Ribeirão Preto, 2020. <https://img1.wsimg.com/blobby/go/5fd0b5a6-04fa-4f9f-bd18-972cd09451f1/downloads/RECOMENDAÇÃO%20GERAL%20da%20ABRAFISM%20-%20maio2020.pdf?ver=1598629453636> [acessado em 13 de agosto de 2020].
9. 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 <https://img1.wsimg.com/blobby/go/5fd0b5a6-04fa-4f9f-bd18-972cd09451f1/downloads/Recomendações%20ABRAFISM%20-%20FISIOTERAPIA%20EM%20UROGI.pdf?ver=1597239048356> [acessado em 13 de agosto de 2020].
10. Associação Brasileira de Fisioterapia em Saúde da Mulher (ABRAFISM). Recomendações para o atendimento fisioterapêutico a gestantes, parturientes e puérperas em tempos de COVID-19. Junho de 2020. ISBN no 978-65-991500-1-2. <https://img1.wsimg.com/blobby/go/5fd0b5a6-04fa-4f9f-bd18-972cd09451f1/downloads/Recomendacoes%20fisioterapia%20gravidez%20co-vid-19%20v.pdf?ver=1598629453636> [acessado em 13 de agosto de 2020].
11. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais [recurso eletrônico]: DSM-5 / [American Psychiatric Association; tradução: Maria Inês Corrêa Nascimento ... et al.]; revisão técnica: Aristides Volpato Cordioli ... [et al.]. – 5. ed. – Dados eletrônicos. – Porto Alegre: Artmed, 2014.

12. Abdo CHN, Oliveira Jr WM, Moreira Jr, ED; Fittipaldi, JAS. Perfil Sexual da População Brasileira: Resultados do Estudo do Comportamento Sexual do Brasileiro. *Revista Brasileira de Medicina*. 2002;59(4):250-257.
13. Berghmans B. Physiotherapy for pelvic pain and female sexual dysfunction: an untapped resource. *Int Urogynecol J*. 2018;29(5):631-638. doi:10.1007/s00192-017-3536-8
14. Goldfinger C, Pukall CF, Gentilcore-Saulnier E, McLean L, Chamberlain S. A prospective study of pelvic floor physical therapy: pain and psychosexual outcomes in provoked vestibulodynia. *J Sex Med*. 2009;6(7):1955-1968. doi:10.1111/j.1743-6109.2009.01304.x
15. Petta CA, Osis MJ, de Pádua KS, Bahamondes L, Makuch MY. Premenstrual syndrome as reported by Brazilian women. *Int J Gynaecol Obstet*. 2010;108(1):40-43. doi:10.1016/j.ijgo.2009.07.041
16. Proctor M, Farquhar C. Diagnosis and management of dysmenorrhoea. *BMJ*. 2006;332(7550):1134-1138. doi:10.1136/bmj.332.7550.1134
17. Kopelman A, Schor E. Quadro clínico e diagnóstico. In: Girão MJBC, Baracat EC, de Lima GR, editores associados Nazário ACP, Facina G, Sartori MGF, Di Bella ZIKJ. *Tratado de Ginecologia*. 1 ed.-Rio de Janeiro: Atheneu, 2017. p 719-724.
18. International Association for Study of Pain (IASP); <https://s3.amazonaws.com/rdcms-iasp/files/production/public/Content/ContentFolders/Publications2/FreeBooks/Classification-of-Chronic-Pain.pdf> [acessado em 13 de Agosto de 2020].
19. Silva GP, Nascimento AL, Michelazzo D, et al. High prevalence of chronic pelvic pain in women in Ribeirão Preto, Brazil and direct association with abdominal surgery. *Clinics (São Paulo)*. 2011;66(8):1307-1312. doi:10.1590/s1807-59322011000800001
20. Gamergorodski G, Kopelman A. Causas Ginecológicas. In: Girão MJBC, Baracat EC, de Lima GR, editores associados Nazário ACP, Facina G, Sartori MGF, Di Bella ZIKJ. *Tratado de Ginecologia*. 1 ed.-Rio de Janeiro: Atheneu, 2017. p 649-653.

21. Martins SB, Sartori MGF. Causas Uroginecológicas. In: Girão MJBC, Baracat EC, de Lima GR, editores associados Nazário ACP, Facina G, Sartori MGF, Di Bella ZIKJ. Tratado de Ginecologia. 1 ed.-Rio de Janeiro: Atheneu, 2017. p 649-653.
22. Polesello GC, de Queiroz MC, Jr. Ricioli W. In: Causas Ortopédicas. In: Girão MJBC, Baracat EC, de Lima GR, editores associados Nazário ACP, Facina G, Sartori MGF, Di Bella ZIKJ. Tratado de Ginecologia. 1 ed.-Rio de Janeiro: Atheneu, 2017. p 659-667.
23. Mercier J, Morin M, Tang A, et al. Pelvic floor muscle training: mechanisms of action for the improvement of genitourinary syndrome of menopause [published online ahead of print, 2020 Feb 27]. Climacteric. 2020;1-6. doi:10.1080/13697137.2020.1724942
24. O'Neill S, Eden J. The pathophysiology of menopausal symptoms. Obstet Gynaecol Reprod Med 2014;24:349–56.
25. Gandhi J, Chen A, Dagur G, Suh Y, Smith N, Cali B, Khan SA. Genitourinary syndrome of menopause: an overview of clinical manifestations, pathophysiology, etiology, evaluation, and management. Am J Obstet Gynecol. 2016 Dec;215(6):704-711. doi: 10.1016/j.ajog.2016.07.045.
26. DiBonaventura M, Luo X, Moffatt M, Bushmakina AG, Kumar M, Bobula J. The association between vulvovaginal atrophy symptoms and quality of life among postmenopausal women in the United States and Western Europe. J Womens Health (Larchmt) 2015; 24:713-22. doi: 10.1089/jwh.2014.5177.
27. Pedro AO, Pinto-Neto AM, Costa-Paiva LH, Osis MJ, Hardy EE. Síndrome do climatério: inquérito populacional domiciliar em Campinas, SP [Climacteric syndrome: a population-based study in Campinas, SP, Brazil]. Rev Saude Publica. 2003;37(6):735-742. doi:10.1590/s0034-89102003000600008
28. Silva RT, Câmara SM, Moreira MA, et al. Correlation of Menopausal Symptoms and Quality of Life with Physical Performance in Middle-Aged Women. Rev Bras Ginecol Obstet. 2016;38(6):266-272. doi:10.1055/s-0036-1584238
29. Lui-Filho JF, Pedro AO, Baccaro LF, Costa-Paiva L. Risk factors associated with intensity of climacteric symptoms in Brazilian middle-aged women: a population-

- based household survey. *Menopause*. 2018;25(4):415-422. doi:10.1097/GME.0000000000001022
30. Fontvieille A, Dionne IJ, Riesco E. Long-term exercise training and soy isoflavones to improve quality of life and climacteric symptoms. *Climacteric*. 2017;20(3):233-239. doi:10.1080/13697137.2017.1294153
31. Cottrell MA, Russell TG. Telehealth for musculoskeletal physiotherapy. *Musculoskelet Sci Pract*. 2020;48:102193. doi:10.1016/j.msksp.2020.102193
32. Mani S, Sharma S, Omar B, Paungmali A, Joseph L. Validity and reliability of Internet-based physiotherapy assessment for musculoskeletal disorders: a systematic review. *J Telemed Telecare*. 2017;23(3):379-391. doi:10.1177/1357633X16642369
33. Huis in 't Veld MH, van Dijk H, Hermens HJ, Vollenbroek-Hutten MM. A systematic review of the methodology of telemedicine evaluation in patients with postural and movement disorders. *J Telemed Telecare*. 2006;12(6):289-297. doi:10.1258/135763306778558178
34. Pastore EA, Katzman WB. Recognizing myofascial pelvic pain in the female patient with chronic pelvic pain. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2012;41(5):680-691. doi:10.1111/j.1552-6909.2012.01404.x
35. Rosenbaum TY. Physiotherapy Treatment of Sexual Pain Disorders, *Journal of Sex & Marital Therapy*, 2005, 31:4, 329-340, DOI: 10.1080/00926230590950235
36. Lin TY, Teixeira MJ, Romano MA, Greve JMDA, Kaziyama HS. Avaliação funcional do doente com dor crônica. *Rev. Med. (São Paulo)*, 80(ed. esp. pt.2):443-73, 2001.
37. Wijma AJ, van Wilgen CP, Meeus M, Nijs J. Clinical biopsychosocial physiotherapy assessment of patients with chronic pain: The first step in pain neuroscience education. *Physiother Theory Pract*. 2016;32(5):368-384. doi:10.1080/09593985.2016.1194651
38. Alfonsin MM, Chapon R, de Souza CAB, Genro VK, Mattia MMC, Cunha-Filho JS. Correlations among algometry, the visual analogue scale, and the numeric rating scale to assess chronic pelvic pain in women. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol X*. 2019;3:100037. doi:10.1016/j.eurox.2019.100037

39. Laskowski ER, Johnson SE, Shelerud RA, et al. The Telemedicine Musculoskeletal Examination. *Mayo Clin Proc.* 2020;95(8):1715-1731. doi:10.1016/j.mayocp.2020.05.026
40. Keogh JW, Cox A, Anderson S, et al. Reliability and validity of clinically accessible smartphone applications to measure joint range of motion: A systematic review. *PLoS One.* 2019;14(5):e0215806. Published 2019 May 8. doi:10.1371/journal.pone.0215806
41. Svensson BJ, Dylke ES, Ward LC, Black DA, Kilbreath SL. Screening for breast cancer-related lymphoedema: self-assessment of symptoms and signs. *Support Care Cancer.* 2020;28(7):3073-3080. doi:10.1007/s00520-019-05083-7
42. Lee AC, Davenport TE, Randall K. Telehealth Physical Therapy in Musculoskeletal Practice. *J Orthop Sports Phys Ther.* 2018;48(10):736-739. doi:10.2519/jospt.2018.0613
43. Bø K, Frawley HC, Haylen BT, 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.* 2017;28(2):191-213. doi:10.1007/s00192-016-3123-4
44. Uechi N, Fernandes ACNL, Bø K, et al. Do women have an accurate perception of their pelvic floor muscle contraction? A cross-sectional study. *Neurourol Urodyn.* 2020;39(1):361-366. doi:10.1002/nau.24214
45. 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.* 2020;34(6):420–32. <https://doi.org/10.1080/09593985.2017.1419520>
46. 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.
47. Russell TG. Telerehabilitation: a coming of age. *Aust J Physiother.* 2009;55(1):5-6. doi:10.1016/s0004-9514(09)70054-6

48. Mørkved S, Bø K, Fjørtoft T. Effect of adding biofeedback to pelvic floor muscle training to treat urodynamic stress incontinence. *Obstet Gynecol.* 2002 Oct;100(4):730-9. doi: 10.1016/s0029-7844(02)02160-9.
49. Nunes EFC, Sampaio LMM, Biasotto-Gonzalez DA, Nagano RCDR, Lucareli PRG, Politti F. Biofeedback for pelvic floor muscle training in women with stress urinary incontinence: a systematic review with meta-analysis. *Physiotherapy.* 2019 Mar;105(1):10-23. doi: 10.1016/j.physio.2018.07.012.
50. Fitz FF, Resende AP, Stüpp L, Sartori MG, Girão MJ, Castro RA. Biofeedback for the treatment of female pelvic floor muscle dysfunction: a systematic review and meta-analysis. *Int Urogynecol J.* 2012 Nov;23(11):1495-516. doi: 10.1007/s00192-012-1707-1.
51. Berghmans LC, Frederiks CM, de Bie RA, Weil EH, Smeets LW, van Waalwijk van Doorn ES, Janknegt RA. Efficacy of biofeedback, when included with pelvic floor muscle exercise treatment, for genuine stress incontinence. *Neurourol Urodyn.* 1996;15(1):37-52. doi: 10.1002/(SICI)1520-6777(1996)15:1<37::AID-NAU4>3.0.CO;2-G.
52. Pimenta CA, Teixeira MJ. Questionário de dor McGill: proposta de adaptação para a língua Portuguesa [Proposal to adapt the McGill Pain Questionnaire into Portuguese]. *Rev Esc Enferm USP.* 1996;30(3):473-483.
53. Ciconelli RM, Ferraz MB, Santos W, Meinão I, Quaresma MR. Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36). *Revista Brasileira Reumatologia.* 1999;39(3):143-150.
54. Fleck MP, Louzada S, Xavier M, et al. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-bref" [Application of the Portuguese version of the abbreviated instrument of quality life WHOQOL-bref]. *Rev Saude Publica.* 2000;34(2):178-183. doi:10.1590/s0034-89102000000200012
55. Ciconelli RM, Soárez PC, Kowalski CC, Ferraz MB. The Brazilian Portuguese version of the Work Productivity and Activity Impairment: General Health (WPAI-GH) Questionnaire [published correction appears in *Sao Paulo Med J.* 2007 May

- 3;125(3):199]. Sao Paulo Med J. 2006;124(6):325-332. doi:10.1590/s1516-31802006000600005
56. Sacomori C, Cardoso FL, Porto IP, Negri NB. The development and psychometric evaluation of a self-efficacy scale for practicing pelvic floor exercises. Braz J Phys Ther. 2013;17(4):336-342. doi:10.1590/S1413-35552013005000104
57. Arouca MA, Duarte TB, Lott DA, et al. Validation and cultural translation for Brazilian Portuguese version of the Pelvic Floor Impact Questionnaire (PFIQ-7) and Pelvic Floor Distress Inventory (PFDI-20). Int Urogynecol J. 2016;27(7):1097-1106. doi:10.1007/s00192-015-2938-8
58. Peterson TV, Pinto RA, Davila GW, Nahas SC, Baracat EC, Haddad JM. Validation of the Brazilian Portuguese version of the pelvic floor bother questionnaire. Int Urogynecol J. 2018:1-8. doi:10.1007/s00192-018-3627-1.
59. Tamanini JT, Dambros M, D'Ancona CA, Palma PC, Rodrigues Netto N Jr. Validação para o português do "International Consultation on Incontinence Questionnaire -- Short Form" (ICIQ-SF) [Validation of the "International Consultation on Incontinence Questionnaire -- Short Form" (ICIQ-SF) for Portuguese]. Rev Saude Publica. 2004;38(3):438-444. doi:10.1590/s0034-89102004000300015
60. Acquadro C, Kopp Z, Coyne KS, Corcos J, Tubaro A, Choo MS, et al. Translating overactive bladder questionnaires in 14 languages. Urology 2005;67(3):536-40.
61. Hentschel H, Alberton DL, Capp E, Goldim JR, Passos EP. Validação do female sexual function index (FSFI) para uso em língua portuguesa. Rev HCPA. 2007;27:10–14.
62. Abdo CHN. Quociente sexual feminino: um questionário brasileiro para avaliar a atividade sexual da mulher. Diagn Tratamento. 2009;14(2):89-1.
63. Dall'Agno ML, Ferreira CF, Ferreira FV, Pérez-López FR, Wender MCO. Validation of the Six-item Female Sexual Function Index in Middle-Aged Brazilian Women. Validação do índice de funcionamento sexual feminino-6 em mulheres brasileiras de meia-idade. Rev Bras Ginecol Obstet. 2019;41(7):432-439. doi:10.1055/s-0039-1692694

64. Santana GW, Aoki T, Auge AP. The Portuguese validation of the short form of the Pelvic Organ Prolapse/Urinary Incontinence Sexual Questionnaire (PISQ-12). *Int Urogynecol J.* 2012;23(1):117-121. doi:10.1007/s00192-011-1505-1
65. Sousa RL, Sousa ESS, Silva JCB, Filizola RG. Fidedignidade do Teste-reteste na Aplicação do Índice Menopausal de Blatt e Kupperman. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.* 2000;22(8):481-487. <https://dx.doi.org/10.1590/S0100-72032000000800003>
66. Heinemann K, Ruebig A, Potthoff P, Schneider HP, Strelow F, Heinemann LA, Thai DM, The Menopause Rating Scale (MRS) scale: A methodological review, *Health Qual. Life Outcomes.* 2 (2004) 45. doi:10.1186/1477-7525-2-45.
67. Lima JE, Palacios S, Wender MC. Quality of life in menopausal women: a Brazilian Portuguese version of the Cervantes Scale. *Scientific World Journal.* 2012;2012:620519. doi:10.1100/2012/620519
68. Câmara RA, Köhler CA, Frey BN, Hyphantis TN, Carvalho AF. Validation of the Brazilian Portuguese version of the Premenstrual Symptoms Screening Tool (PSST) and association of PSST scores with health-related quality of life. *Braz J Psychiatry.* 2017;39(2):140-146. doi:10.1590/1516-4446-2016-1953
69. Endicott J, Nee J, Harrison W. Daily Record of Severity of Problems (DRSP): reliability and validity. *Arch Womens Ment Health.* 2006;9(1):41-49. doi:10.1007/s00737-005-0103-y
70. Tavares MGS, Cruz AM, Cruz PT, Pizzichini E. Tradução e adaptação cultural para a língua portuguesa falada no Brasil da escala de sintomas diários da universidade da Pensilvânia (“Penn Daily Symptom Report”). *Rev Bras Med.* 2013;70:2-9.
71. Mengarda CV, Passos EP, Picon P, Costa AF, Picon PD. Validação de versão para o português de questionário sobre qualidade de vida para mulher com endometriose (Endometriosis Health Profile Questionnaire--EHP-30) [Validation of Brazilian Portuguese version of quality of life questionnaire for women with endometriosis (Endometriosis Health Profile Questionnaire--EHP-30)]. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2008;30(8):384-392. doi:10.1590/s0100-72032008000800003

72. Matsudo S, Araújo T, Matsudo V, Andrade D, Andrade E, Oliveira LC, Braggion G. Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ): estudo de validade e reprodutibilidade no Brasil. Rev Bras Ativ Fís Saúde [Internet]. 15º de outubro de 2012 [citado 22º de agosto de 2020];6(2):5-18. Disponível em: <https://rbafs.org.br/RBAFS/article/view/931>
73. Armour M, Ee CC, Naidoo D, et al. Exercise for dysmenorrhoea. Cochrane Database Syst Rev. 2019;9(9):CD004142. Published 2019 Sep 20. doi:10.1002/14651858.CD004142.pub4
74. Kannan P, Claydon LS. Some physiotherapy treatments may relieve menstrual pain in women with primary dysmenorrhea: a systematic review. J Physiother. 2014;60(1):13-21. doi:10.1016/j.jphys.2013.12.003
75. Smith CA, Armour M, Zhu X, Li X, Lu ZY, Song J. Acupuncture for dysmenorrhoea. Cochrane Database Syst Rev. 2016;4:CD007854. Published 2016 Apr 18. doi:10.1002/14651858.CD007854.pub3
76. Akin MD, Weingand KW, Hengehold DA, Goodale MB, Hinkle RT, Smith RP. Continuous low-level topical heat in the treatment of dysmenorrhea. Obstet Gynecol. 2001;97(3):343-349. doi:10.1016/s0029-7844(00)01163-7
77. Akin M, Price W, Rodriguez G Jr, Erasala G, Hurley G, Smith RP. Continuous, low-level, topical heat wrap therapy as compared to acetaminophen for primary dysmenorrhea. J Reprod Med. 2004;49(9):739-745.
78. Gerzson LR, Padilha JF, Braz MM, Gasparetto A. Physiotherapy in primary dysmenorrhea: literature review. Rev Dor. 2014;15(4):290-5.
79. dos-Santos GKA, Silva NCOV, Alfieri FM. Effects of cold versus hot compress on pain in university students with primary dysmenorrhea. BrJP. 2020;3(1):25-28.
80. Jo J, Lee SH. Heat therapy for primary dysmenorrhea: A systematic review and meta-analysis of its effects on pain relief and quality of life. Sci Rep. 2018;8(1):16252. Published 2018 Nov 2. doi:10.1038/s41598-018-34303-z
81. Lee B, Hong SH, Kim K, et al. Efficacy of the device combining high-frequency transcutaneous electrical nerve stimulation and thermotherapy for relieving primary dysmenorrhea: a randomized, single-blind, placebo-controlled trial. Eur

- J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2015;194:58-63.
doi:10.1016/j.ejogrb.2015.08.020
82. Twiddy H, Lane N, Chawla R, et al. The development and delivery of a female chronic pelvic pain management programme: a specialised interdisciplinary approach. *Br J Pain*. 2015;9(4):233-240. doi:10.1177/2049463715584408
83. Nijs J, Paul van Wilgen C, Van Oosterwijck J, van Ittersum M, Meeus M. How to explain central sensitization to patients with 'unexplained' chronic musculoskeletal pain: practice guidelines. *Man Ther*. 2011;16(5):413-418. doi:10.1016/j.math.2011.04.005
84. Awad E, Ahmed HAH, Yousef A, Abbas R. Efficacy of exercise on pelvic pain and posture associated with endometriosis: within subject design. *J Phys Ther Sci*. 2017;29(12):2112-2115. doi:10.1589/jpts.29.2112
85. Travell JG, Simons DG. Músculo glúteo máximo. In: Travell JG, Simons DG. *Dor e disfunção myofascial: manual dos pontos-gatilho. Volume 2 - Membros inferiores*. Porto Alegre: Artmed, 2006, p. 129-144.
86. Sharma N, Rekha K, Srinivasan JK. Efficacy of transcutaneous electrical nerve stimulation in the treatment of chronic pelvic pain. *J Midlife Health*. 2017;8(1):36-39. doi:10.4103/jmh.JMH_60_16
87. Ferreira CH, Dwyer PL, Davidson M, De Souza A, Ugarte JA, Frawley HC. Does pelvic floor muscle training improve female sexual function? A systematic review *Int Urogynecol J*. 2015 Dec;26(12):1735-50.
88. de Menezes Franco M, Driusso P, Bø K, Carvalho de Abreu DC, da Silva Lara LA, de Sá Rosa E Silva ACJ, Ferreira CHJ. Relationship between pelvic floor muscle strength and sexual dysfunction in postmenopausal women: a cross-sectional study *Int Urogynecol J*. 2017 Jun;28(6):931-936.
89. Rosenbaum TY. Physiotherapy treatment of sexual pain disorders. *J Sex Marital Ther*. 2005;31(4):329-340. doi:10.1080/00926230590950235
90. Goldstein AT, Pukall CF, Brown C, PharmD BS, Stein A, Kellogg- Spadt S. Vulvodynia: assessment and treatment. *J Sex Med*. 2016;13:572–90.

91. Goldfinger C, Pukall CF, Thibault-Gagnon S, McLean L, Chamberlain S. Effectiveness of cognitive-behavioral therapy and physical therapy for provoked vestibulodynia: a randomized pilot study. *J Sex Med.* 2016;13:88–94.
92. Stein A, Sauder SK, Reale J. The Role of Physical Therapy in Sexual Health in Men and Women: Evaluation and Treatment. *Sex Med Rev* 2018;:-1e11.
93. Spoelstra SK, Dijkstra JR, van Driel MF, Weijmar-Schultz WCM. Long-Term Results of an Individualized, Multifaceted, and Multidisciplinary Therapeutic Approach to Provoked Vestibulodynia *J Sex Med* 2011;8:489–496.
94. Yoshimura A, Inami T, Schleip R, Mineta S, Shudo K, Hirose N. Effects of Self-myofascial Release Using a Foam Roller on Range of Motion and Morphological Changes in Muscle: A Crossover Study. *J Strength Cond Res.* 2019 May 24. doi: 10.1519/JSC.00000000000003196
95. Fisher KA. Management of dyspareunia and associated levator ani muscle overactivity. *Phys Ther.* 2007;87(7):935-941. doi:10.2522/ptj.20060168
96. Ghaderi F, Bastani P, Hajebrahimi S, Jafarabadi MA, Berghmans B. Pelvic floor rehabilitation in the treatment of women with dyspareunia: a randomized controlled clinical trial *Int Urogynecol J.* 2019 Nov;30(11):1849-1855.
97. Braekken IH, MajidaM, Ellström Engh M, BøK (2015) Can Pelvic Floor Muscle Training Improve Sexual Function in Women with Pelvic Organ Prolapse? A Randomized Controlled Trial. *J SexMed* 12:470–480.
98. Mendoza N, De Teresa C, Cano A, et al. Benefits of physical exercise in postmenopausal women. *Maturitas.* 2016, 93: 83–88.
99. Borg G, Ljunggren L, Ceci R. The increase of perceived exertion, aches and pain in the legs, heart rate and blood lactate during exercise on a bicycle ergometer. *Eur J Appl Physiol.* 1985, 54:343-49.
100. Ignácio Antônio F, Herbert RD, Bø K, et al. Pelvic floor muscle training increases pelvic floor muscle strength more in post-menopausal women who are not using hormone therapy than in women who are using hormone therapy: a randomised trial [published correction appears in *J Physiother.* 2020 Jan;66(1):7-8]. *J Physiother.* 2018;64(3):166-171. doi:10.1016/j.jphys.2018.05.002

101. Carcelén-Fraile MDC, Aibar-Almazán A, Martínez-Amat A, Cruz-Díaz D, Díaz-Mohedo E, Redecillas-Peiró MT, Hita-Contreras F. Effects of Physical Exercise on Sexual Function and Quality of Sexual Life Related to Menopausal Symptoms in Peri- and Postmenopausal Women: A Systematic Review. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2020, 17, 2680; doi:10.3390/ijerph17082680
102. Dumoulin C, Seaborne DE, Quirion-DeGirardi C, Sullivan JS. Stimulation of the pelvic-floor musculature in pelvic-floor rehabilitation, Part 1: Comparison of two surface electrode placements during stimulation of the pelvic-floor musculature in women who are continent using bipolar interferential currents. *Phys Ther.* 1995;75:1067–74.
103. Correia GN, Pereira VS, Hirakawa HS, Driusso P. Effects of surface and intravaginal electrical stimulation in the treatment of women with stress urinary incontinence: randomized controlled trial. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2014;173:113-8. doi: 10.1016/j.ejogrb.2013.11.023
104. Bhide AA, Tailor V, Fernando R, Khullar V, Digesu GA. Posterior tibial nerve stimulation for overactive bladder-techniques and efficacy. *Int Urogynecol J.* 2020 May;31(5):865-870. doi: 10.1007/s00192-019-04186-3
105. Souto SC, Reis LO, Palma T, Palma P, Denardi F. Prospective and randomized comparison of electrical stimulation of the posterior tibial nerve versus oxybutynin versus their combination for treatment of women with overactive bladder syndrome. *World J Urol.* 2014;32(1):179–84. doi: 10.1007/s00345-013-1112-5
106. Bø 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 Mar;106:65-76. doi: 10.1016/j.physio.2019.08.011
107. Núcleo de Gênero Centro de Apoio Operacional Criminal. Nota Técnica. RAIO X da violência doméstica durante isolamento Um retrato de São Paulo. 12 de abril de 2020. Ministério Público do Estado de São Paulo, http://www.mpsp.mp.br/portal/page/portal/documentacao_e_divulgacao/doc_biblioteca/bibli_servicos_produtos/BibliotecaDigital/Publicacoes_MP/Todas_publicacoes/NotaTecnica_Raio-X-violencia-domestica.PDF [Acessado 03.10.20].

– ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE FISIOTERAPIA EM SAÚDE DA MULHER –

108. Promotoria de Justiça de Enfrentamento à Violência Doméstica (GEVID). Ministério Público do Estado de São Paulo. Mulher vire a página... ..e seja protagonista de um final feliz!
http://www.mpsp.mp.br/portal/page/portal/Cartilhas/vire_a_pagina.pdf
[Acessado 03.10.20].
109. Associação Brasileira de Fisioterapia em Saúde da Mulher (ABRAFISM). Recomendações da ABRAFISM sobre Fisioterapia em Mastologia e Ginecologia Oncológica em tempos de COVID-19. Ribeirão Preto, 2020.
<https://img1.wsimg.com/blobby/go/5fd0b5a6-04fa-4f9f-bd18-972cd09451f1/downloads/RECOMENDAÇÕES%20DA%20ABRAFISM%20-%20FISIOTERAPIA%20EM%20.pdf?ver=1602261075238> [Acessado 14.10.2020].



ABRAFISM

Associação Brasileira de
Fisioterapia em Saúde da Mulher

**RECOMENDAÇÕES
DA ABRAFISM SOBRE
FISIOTERAPIA EM GINECOLOGIA
E DISFUNÇÕES SEXUAIS
EM TEMPOS DE COVID-19**

DEPARTAMENTO CIENTÍFICO DA ABRAFISM