



## Proposta de protocolo de avaliação e treinamento da musculatura do assoalho pélvico para atendimento à mulher com incontinência urinária


Proposal of a protocol for pelvic floor muscle evaluation and training to provide care to women with urinary incontinence

Propuesta de un protocolo de evaluación y entrenamiento de la musculatura del suelo pélvico para atender a mujeres con incontinencia urinaria

### Como citar este artigo:

Assis GM, Silva CPC, Martins G. Proposal of a protocol for pelvic floor muscle evaluation and training to provide care to women with urinary incontinence. Rev Esc Enferm USP. 2021;55:e03705. doi: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2019033503705>

 Gisela Maria Assis<sup>1,2</sup>

 Camilla Pinheiro Cristaldi da Silva<sup>2</sup>

 Gisele Martins<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Universidade de Brasília, Departamento de Enfermagem, Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Brasília, DF, Brasil.

<sup>2</sup> Universidade Federal do Paraná, Hospital de Clínicas, Curitiba, PR, Brasil.

### ABSTRACT

**Objective:** To present a proposal of a protocol for pelvic floor muscle evaluation and training to provide care to women with urinary incontinence. **Method:** Professional experience report, conducted in an outpatient facility for voiding dysfunctions in the Brazilian Unified Health System, conducted by an enterostomal therapist nurse. **Results:** Elaboration of a proposal of care protocol in nursing consultations based on a directed physical examination, nursing diagnoses of the International Classification for Nursing Practice, and the adaptation of a muscle training protocol as prescription. Steps: static observation, dynamic observation, and palpation to verify the tension and evaluation of strength, sustentation, relaxation, and muscle coordination, followed by prescriptions for relaxation, proprioception, training for strength, sustentation, abdominal and pelvic coordination, and maintenance, as per diagnosis. **Conclusion:** This protocol proposal intends to support the evaluation of the pelvic muscles of women with urinary incontinence or at risk for developing this condition by nurses of all levels of healthcare, especially as part of nursing consultations in primary care.

### DESCRIPTORS

Urinary Incontinence; Women's Health; Pelvic Floor; Nursing Process.

### Autor correspondente:

Camilla Pinheiro Cristaldi da Silva  
Rua Canadá, 225, Apto. 704, Bacacheri  
CEP 82510-290 – Curitiba, PR, Brasil  
[camilla.pcs@gmail.com](mailto:camilla.pcs@gmail.com)

Recebido: 18/10/2019  
Aprovado: 19/01/2021

## INTRODUÇÃO

A Incontinência Urinária (IU) é definida como toda queixa ou observação de perda de urina de maneira involuntária<sup>(1)</sup>. De acordo com a *International Continence Society* (ICS), ela pode ser classificada como: Incontinência Urinária de Esforço, de Urgência, Mista, Incontinência Urinária por Retenção, Enurese Noturna, Incontinência Urinária Contínua, Insensível, durante o coito e Incontinência Urinária por Disfunção Neurológica<sup>(1)</sup>.

Estudos de base populacional que obtêm estimativas de incidência e prevalência de IU não são uniformes quanto ao critério diagnóstico, o que gera estimativas inconsistentes. A publicação da ICS, baseada na revisão de estudos epidemiológicos para avaliação de taxas de IU, traz uma ideia dessa manifestação em nível mundial: quando considerados todos os tipos de incontinências, a prevalência varia de 25% a 45%, de acordo com a população estudada<sup>(1)</sup>.

Observando o cenário brasileiro, pesquisadores apontam uma taxa de prevalência preocupante. Um estudo transversal que avaliou 322 mulheres de 18 a 85 anos encontrou uma prevalência de 37,5% de IU e 57,8% de noctúria<sup>(2)</sup>. No âmbito de instituições de longa permanência para idosos, a prevalência de IU chega a mais de 50%, com associação à incontinência fecal em 37%<sup>(3)</sup>.

A predominância de mulheres entre as pessoas que vivenciam o quadro de IU é altamente documentada. O sexo feminino tem mais risco de desenvolver as disfunções miccionais por possuir fatores de risco intrínsecos como anatomia da pelve, gestações, partos e diminuição de estrogênio após menopausa. Além disso, fatores de risco como ansiedade, depressão e constipação intestinal funcional são mais prevalentes em mulheres<sup>(1,4)</sup>.

Fisicamente, a IU pode levar a quadros de Dermatite Associada à Incontinência (DAI), pelo contato constante da urina com a pele<sup>(5)</sup>. As disfunções miccionais relacionadas a sintomas de esvaziamento tendem a resultar em quadros recorrentes de Infecção do Trato Urinário (ITU), com risco de refluxo vesico-ureteral, espessamento da parede vesical e comprometimento da função renal<sup>(6)</sup>.

Além do comprometimento físico, o impacto da incontinência urinária na qualidade de vida é amplamente documentado. As disfunções miccionais são frequentemente associadas a alterações psicoemocionais e isolamento social em pacientes de todas as idades<sup>(7-9)</sup>.

Apesar de considerar a magnitude e impacto do problema no manual de atenção à mulher no climatério, o Ministério da Saúde não apresenta possibilidade de tratamento da IU na Atenção Básica, o que leva as mulheres com essas queixas a serem encaminhadas para filas de espera para consultas especializadas e procedimentos cirúrgicos na atenção terciária<sup>(10)</sup>.

O tratamento conservador é a primeira linha de tratamento para todos os tipos de IU. Um documento publicado pela *International Urogynecological Association* (IUGA) em parceria com a ICS descreve a aplicação de cada medida, entre elas: modificação do estilo de vida, micção programada, técnicas de controle, treinamento muscular, eletroterapia, terapia térmica e terapias manuais<sup>(11)</sup>.

O treinamento muscular está relacionado à reabilitação da musculatura do assoalho pélvico (MAP) quanto à força, resistência, relaxamento, alongamento e coordenação<sup>(11)</sup>. Esse é o tratamento de primeira escolha quando a IU decorre de disfunções da MAP. Nesses casos, é frequente a associação com alterações na função intestinal e sexual, pois a musculatura é comum a esses três sistemas<sup>(1,4,11)</sup>.

Na literatura existem diferentes protocolos de avaliação da MAP<sup>(12-13)</sup>, bem como diferentes protocolos de treinamento muscular<sup>(14-16)</sup>, majoritariamente internacionais e desenvolvidos por profissionais da fisioterapia pélvica, que necessitam de comparecimento regular às consultas e nível cognitivo preservado dos pacientes. Este relato busca apresentar uma proposta de protocolo de avaliação e treinamento da musculatura do assoalho pélvico (TMAP) para atendimento à mulher com incontinência urinária na atenção primária em saúde. Este protocolo foi resultado de adaptações realizadas ao longo dos anos de atendimento, com base na impossibilidade de avaliação das pacientes em intervalos curtos de consultas e na incompreensão das pacientes em relação a alguns comandos dados para o TMAP.

Portanto, trata-se de um relato de experiência profissional conduzido por enfermeira estomaterapeuta e realizado em um ambulatório de disfunções miccionais do Sistema Único de Saúde (SUS). Adicionalmente, esta proposta de protocolo traz uma maneira sistemática e simplificada de avaliação e TMAP, passível de ser conduzida por enfermeiros, com a possibilidade de disseminação deste protocolo para avaliação e tratamento de primeira linha da IU em todos os âmbitos de assistência à saúde no país.

## MÉTODO

### TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um relato de experiência que apresenta uma proposta de protocolo de avaliação e TMAP para atendimento à mulher com incontinência urinária. O relato de experiência pode ser visto como uma narrativa que fundamenta a experiência como fenômeno científico<sup>(17)</sup>. Decidiu-se relatar a experiência vivenciada com a adaptação de um protocolo de TMAP previamente utilizado por uma das autoras<sup>(18-19)</sup>, cuja sequência original das fases e adaptação se encontram descritas nos resultados, bem como a aplicação de uma sequência de avaliação funcional pélvica que direciona o TMAP de acordo com a função muscular alterada, por exemplo: medidas de relaxamento em caso de relaxamento alterado, treino de força para contrações fracas (Oxford 01 ou 02), treino de sustentação para sustentação <10 segundos. Buscou-se também apresentar os diagnósticos de enfermagem adotados para cada um dos achados de forma a facilitar sua sistematização e aplicação na prática clínica do enfermeiro que atua em atenção primária em saúde.

### CENÁRIO

Esta proposta de protocolo se baseou na experiência profissional de uma enfermeira estomaterapeuta no oferecimento de consultas de enfermagem a mulheres com IU de esforço, IU

de urgência e IU mista em um ambulatório de disfunções miccionais da rede pública federal. O ambulatório funciona desde 2014, com atendimento a pacientes com disfunções miccionais. A paciente é atendida em todas as consultas por enfermeira estomaterapeuta ou enfermeiros capacitados, é submetida a anamnese e exame físico, incluindo a avaliação funcional da MAP, e recebe orientações de treinamento muscular, de acordo com a avaliação pélvica, e de medidas comportamentais, de acordo com os sintomas urinários e diário miccional. As consultas duram em média 40 minutos e os retornos são quinzenais, mensais ou bimestrais. O ambulatório conta com uma demanda aproximada de 160 pacientes mensalmente. São atendidos pacientes a partir de 18 anos, de ambos os sexos, encaminhados pelas especialidades de urologia ou ginecologia ao apresentar queixas de sintomas urinários, evacuatórios ou sexuais. Há predominância do sexo feminino, de pacientes com idade superior a 60 anos e com histórico de multiparidade.

### APLICAÇÃO E ADAPTAÇÃO DOS PROTOCOLOS

Esta proposta de protocolo foi estruturada para ser utilizada durante a consulta de enfermagem, embasada no processo de enfermagem aplicado em ambientes ambulatoriais e de consultório, como é o caso do cenário deste relato<sup>(20)</sup>.

O processo de enfermagem consiste em cinco etapas sequenciadas: Coleta de dados, composta por anamnese e exame físico; Diagnósticos de enfermagem, privativos do enfermeiro e elencados após a coleta; Planejamento de enfermagem, que são as prescrições dos cuidados e resultados esperados; Implementação, que pode ser feita pela equipe de enfermagem ou pelo próprio paciente; e Avaliação, que corresponde à verificação das mudanças após a implementação das prescrições; na consulta de enfermagem, essa etapa é feita nas consultas de seguimento<sup>(20)</sup>.

Para a estruturação da proposta de protocolo, portanto, utilizaram-se as etapas de anamnese, exame físico focal, diagnósticos de enfermagem e prescrições para cada diagnóstico. A anamnese não está detalhada neste material e são trazidas apenas sugestões de itens a serem inseridos na investigação clínica. O exame físico focal proposto recomenda a avaliação de força e sustentação proposta no esquema PERFECT, acrescido da avaliação de tensão e qualidade de relaxamento, tendo como objetivo identificar funções musculares alteradas e direcionar a melhor fase do TMAP<sup>(21)</sup>. Os diagnósticos de enfermagem específicos foram construídos a partir da Classificação Internacional de Práticas de Enfermagem (CIPE)<sup>(22)</sup>. Por fim, as prescrições de cuidados e reabilitação pélvica foram adaptadas do protocolo de Miller e Sampselle<sup>(18-19)</sup>.

Diante da proposta de protocolo de TMAP e das funções musculares por ele trabalhadas, adotou-se uma forma de avaliação que contempla a tensão, contração (força), relaxamento, sustentação e coordenação das contrações do assoalho pélvico. Foi definida uma meta para cada critério avaliado, a fim de guiar a escolha das séries de treinamento muscular.

A avaliação de contração (força) e sustentação é realizada conforme os passos P (*power*) e E (*endurance*) do esquema PERFECT<sup>(21)</sup>, que consiste na avaliação de contração, sustentação, contrações rápidas e repetição de contrações da MAP. Sabendo-se da necessidade de um relaxamento efetivo

para maior amplitude das contrações e que uma musculatura espástica precisa de foco no relaxamento anteriormente a um trabalho de ganho de força, sustentação ou coordenação<sup>(23-24)</sup>, optou-se por inserir nos passos da avaliação funcional a avaliação de tensão e relaxamento. A descrição da avaliação de cada função se encontra detalhada nos resultados deste relato.

Para os diagnósticos de enfermagem específicos, utilizou-se o *browser* do site do Conselho Internacional de Enfermagem (ICN)<sup>(22)</sup>. Todos foram criados com base nas causas da queixa urinária, obtidas pela anamnese e avaliação da musculatura perineal. Buscou-se a associação dos diagnósticos da CIPE com as terminologias da *International Continence Society* (ICS) para possibilitar a utilização do protocolo por outros profissionais de saúde.

Para o treinamento muscular do assoalho pélvico, adotou-se o protocolo de Miller e Sampselle<sup>(18-19)</sup>, que conta com cinco fases de progressão e uma de manutenção. O treino é diário e composto por cinco séries de dez contrações. A primeira fase é de contração forte e relaxamento rápido. A segunda fase é de contração, sustentação e relaxamento, sendo que a sustentação começa em dois segundos, acrescida de mais dois a cada reavaliação, até atingir sustentação por 10 segundos. A terceira fase é de contração em três níveis de força. A quarta fase também o é; porém, com sustentação de três segundos em cada nível. Finalmente, a fase cinco é de sustentação de cinco segundos no máximo da força, relaxamento na metade e relaxamento completo<sup>(18-19)</sup>. Para a aplicação integral do protocolo<sup>(18-19)</sup>, algumas especificidades se fazem necessárias por parte do serviço e por parte da população atendida: o número de consultas deve ser superior a nove para progressão assistida de cada série do treinamento.

No entanto, no serviço estudado, muitas altas se dão a partir da terceira consulta, o que favorece a rotatividade de pacientes. O retorno precisa ser em um intervalo curto, especialmente na fase dois, na qual há progressão de dois segundos de sustentação a cada avaliação; entretanto, não existem vagas para consultas semanais no serviço devido à grande demanda. Exigem-se das pacientes bom nível cognitivo e de coordenação e boa capacidade muscular para as fases três e quatro, sendo necessárias percepção e coordenação que permitam contrair a MAP em três níveis distintos, desafio poucas vezes atingido. Além disso, as fases quatro e cinco exigem uma sustentação superior a nove segundos, sendo que muitas vezes as pacientes recebiam alta sem perda urinária com tempos inferiores. Diante das dificuldades mencionadas, as fases do protocolo foram sendo adaptadas para a realidade local visando a reduzir o número de consultas, facilitar o entendimento e respeitar o limite de progressão de cada paciente.

Observou-se ainda que muitas pacientes evoluíam perfeitamente no treino muscular, com ganho expressivo de força e sustentação muscular, mas permaneciam com perda urinária ao fazer esforço. Tal dado demonstra que, embora a função muscular estivesse reestabelecida a ponto de evitar a perda urinária, não havia coordenação entre a contração de assoalho pélvico e o aumento da pressão intra-abdominal. Criou-se, assim, uma série de exercícios com base no treino de sustentação, nos quais se simulava o aumento da pressão



intra-abdominal por meio de um sopro forte, resgatando assim a ideia da pré-contração<sup>(25)</sup>.

## ASPECTOS ÉTICOS

Por se tratar de um relato de experiência e não apresentar nenhum dado referente ao serviço ou às pacientes, o projeto não precisou ser submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos.

## RESULTADOS

Os resultados serão apresentados conforme as etapas do processo de enfermagem, com foco nas adaptações do esquema de avaliação, diagnósticos de enfermagem e prescrições de treinamento muscular alcançadas pelo processo detalhado na seção do método.

## ANAMNESE

Antes de se iniciar o exame físico da pelve, a anamnese precisa ser realizada, focando a queixa principal da paciente, tratamentos já realizados para o problema e fatores de risco para disfunções do assoalho pélvico. Em seguida, procede-se à investigação para elencar características definidoras para cada diagnóstico de enfermagem.

## EXAME FÍSICO FOCAL – AVALIAÇÃO DO ASSOALHO PÉLVICO

Posicionar a paciente em decúbito dorsal, pernas dobradas, pés apoiados unidos, próximo aos glúteos, joelhos afastados;

Inspeção estática: Afastar pequenos lábios, observar presença de cicatrizes, de Dermatite Associada à Incontinência, de secreção vaginal e de prolapso em repouso; Avaliar umidade e elasticidade da mucosa vaginal;

Inspeção dinâmica: Solicitar teste de força por meio da manobra de Valsalva (força de evacuação), observar estabilidade de introito vaginal e progressão de prolapso (projeção de órgão pelo canal vaginal); Ensinar a contração de assoalho pélvico (relaxar o corpo, focar a região anal e puxar para dentro como se precisasse segurar gases), observar movimento;

Palpação: Realizar toque vaginal bidigital (unidigital se atrofia com desconforto ou ardência ao toque) com dedos na horizontal, de forma que as laterais dos dedos toquem as paredes vaginais laterais; Perceber se há rigidez muscular ao toque;

Avaliação da função: Ainda com o toque vaginal, reorientar a contração de assoalho pélvico sem contração de abdômen, glúteos e coxas e sem pausar o movimento respiratório; Avaliar propriocepção (percepção da musculatura correta a ser trabalhada); Avaliar força muscular (pela escala de Oxford\* em contração máxima); Oxford 0 – ausência de atividade muscular, Oxford 1 – esboço de contração, Oxford 2 – contração fraca, Oxford 3 – contração que comprime os dedos, Oxford 4 – contração que comprime e puxa os dedos em direção à sínfise púbica<sup>(21)</sup>.

O uso de um perineômetro pode contribuir com a avaliação do aumento da pressão intravaginal produzido pela contração dos MAP, informando valores mais precisos; recomenda-se sua aquisição caso o serviço tenha condições para tal. Avaliar tempo de sustentação em segundos (em força

submáxima), contar o tempo de contração estável; avaliar capacidade de relaxamento: a mesma amplitude de contração precisa ser sentida no relaxamento (capacidade de soltar tudo o que contraiu, na mesma velocidade); avaliar coordenação: capacidade de contrair quando solicitada e relaxar quando solicitada ou contrair em diferentes níveis de força.

## DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM

Para cada achado possível na avaliação pélvica proposta, foi construído um Diagnóstico de Enfermagem correspondente. Esses diagnósticos estão apresentados com o achado correspondente entre parênteses, como são usualmente descritos, facilitando a compreensão e permitindo o uso por profissionais da equipe multiprofissional.

Foram seis diagnósticos da CIPE formulados para disfunções da musculatura do assoalho pélvico: Espasticidade do músculo perineal, Atividade psicomotora do músculo perineal prejudicada, Fraqueza do músculo perineal, Resistência do músculo perineal prejudicada, Reflexo do músculo perineal prejudicado e Recuperação do músculo perineal.

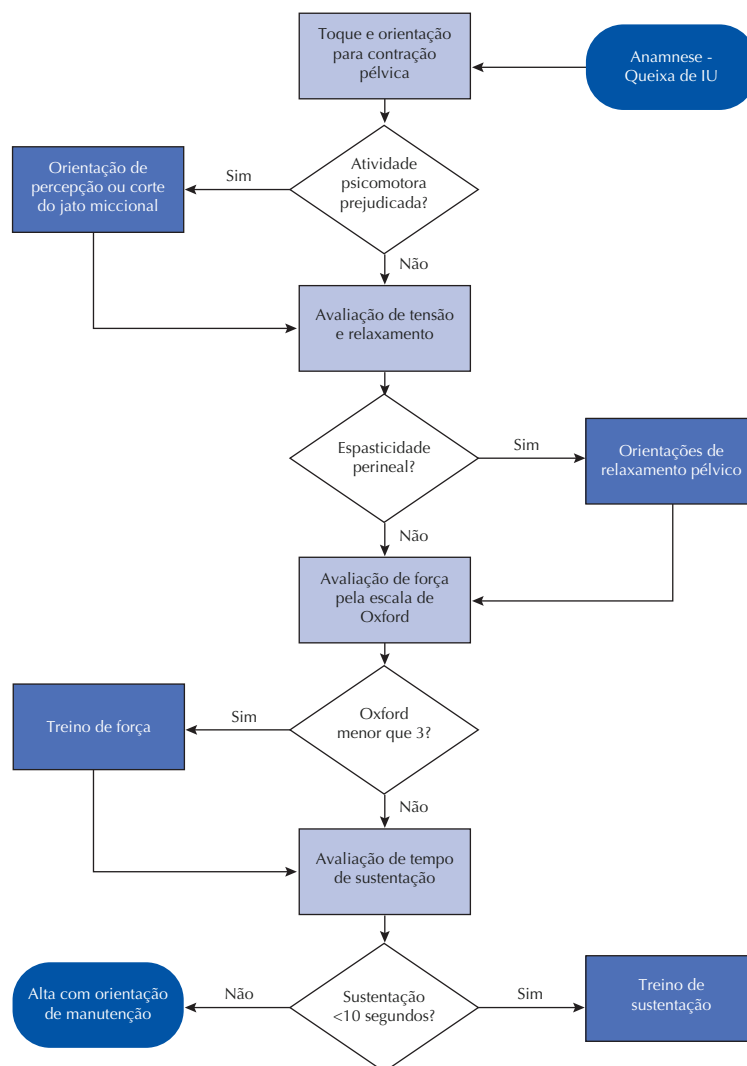
No Quadro 1, encontram-se os diagnósticos de enfermagem e suas características definidoras, que são os achados clínicos, sinais e sintomas de cada um deles.

**Quadro 1** – Diagnósticos de enfermagem específicos para disfunções do assoalho pélvico – Curitiba, PR, Brasil, 2020.

Diagnósticos de enfermagem	Características Definidoras
Espasticidade do músculo perineal (hiperatividade do assoalho pélvico)	Sintomas: Perda urinária, perda de gases ou fezes, hesitação do jato miccional, jato fraco ou intermitente, sensação de esvaziamento incompleto, esforço evacuatório, dor na relação sexual. Sinais: Tensão muscular e/ou relaxamento ineficaz que se apresenta como um relaxamento lento, incompleto, descoordenado ou não percebido.
Atividade psicomotora do músculo perineal prejudicada (ausência de propriocepção pélvica)	Sintomas: Perda urinária, perda de gases ou fezes, prolapso de órgão pélvicos, redução do prazer na relação sexual. Sinais: Oxford 0, associado à propriocepção prejudicada, dificuldade de compreender qual a musculatura correta a ser trabalhada.
Fraqueza do músculo perineal (alteração de força da MAP)	Sintomas: Perda urinária, perda de gases ou fezes, prolapso de órgão pélvicos, redução do prazer na relação sexual. Sinais: Força muscular menor que Oxford 3.
Resistência do músculo perineal prejudicada (alteração de sustentação da MAP)	Sintomas: Perda urinária, perda de gases ou fezes, prolapso de órgão pélvicos, redução do prazer na relação sexual. Sinais: Sustentação da contração menor que 10 segundos.
Reflexo do músculo perineal prejudicado (incoordenação entre aumento da pressão intra-abdominal e contração da MAP)	Sintomas: Perda urinária aos esforços. Achados: Boa função muscular (Oxford maior que 2, sustentação de 10 segundos e relaxamento efetivo).
Recuperação do músculo perineal (boa função da MAP)	Sintomas: Melhora ou ausência de perda urinária. Achados: Boa função muscular (Oxford maior que 2, sustentação de 10 segundos e relaxamento efetivo) e coordenação abdomino-pélvica.

A Figura 1 apresenta o fluxograma da sequência de avaliação funcional pélvica e TMAP baseado na avaliação, desde a orientação para melhora da propriocepção até para ganho de sustentação. A avaliação de coordenação não está inserida nesse fluxograma por não ser aplicada para todas as pacientes. Ela é preconizada quando se opta por preservar

os exercícios de coordenação de força e sustentação, que são aplicados quando a mulher está progredindo no ganho funcional e ainda tem perda urinária. O treino de coordenação abdomino-pélvica é aplicado apenas quando a MAP atingiu a função desejada, mas a mulher ainda tem perda aos esforços por dificuldades no reflexo de contração perineal.



**Figura 1** – Fluxograma simplificado de avaliação e TMAP para mulheres com incontinência urinária – Curitiba, PR, Brasil, 2020.

## LISTA DE PRESCRIÇÕES DE ACORDO COM CADA DIAGNÓSTICO

### ESPASTICIDADE DO MÚSCULO PERINEAL (HIPERATIVIDADE DO ASSOALHO PÉLVICO):

O treinamento inicial deve focar atividades de relaxamento. Nesses casos, orientar a paciente para realização das seguintes medidas: realizar massagem intravaginal durante o banho, na posição agachada ou em pé com um dos pés apoiados em um banco ou apoio, ou deitada na cama; tocar com o polegar direito a parede lateral esquerda do canal vaginal, sentir os pontos de rigidez e massagear em movimentos circulares ou lineares até sentir relaxamento do ponto de tensão; repetir o movimento com o polegar esquerdo e

parede vaginal direita; realizar banho de assento com água morna, por 15 a 20 minutos, uma a três vezes ao dia; se houver dor associada, pode-se optar por fazer o banho com chá de camomila; realizar aplicação de calor seco com bolsa de água quente, bolsa de gel ou sementes. Sentar-se sobre a bolsa de escolha por 20 a 30 minutos, de uma a três vezes ao dia; realizar exercícios de contração das MAP de forma rápida e forte e relaxamento completo, com foco no relaxamento. Repetir séries de 10, três vezes ao dia.

### ATIVIDADE PSICOMOTORA DO MÚSCULO PERINEAL PREJUDICADA (AUSÊNCIA DE PROPRIOCEPÇÃO PÉLVICA):

A paciente deve ser orientada a relaxar o corpo, respirar profundamente, focar a região anal e puxar o ânus para dentro

(contrair e puxar para dentro) como se precisasse segurar o escape de gases. Os músculos abdominais, dos glúteos e das coxas não devem ser contraídos durante o movimento nem se deve prender a respiração durante a contração. A orientação de se concentrar no ânus facilita a identificação da região pélvica para grande parte das mulheres por já terem contraído essa região ao longo da vida. Em caso de dificuldade de entendimento dessa orientação, pode-se ajustar para uma linguagem de melhor compreensão para a pessoa que está sendo atendida, como “tenta apertar a vagina” ou “tenta movimentar a região como se precisasse cortar o xixi”.

É importante que a paciente saiba que, contraindo o ânus, ela está movimentando o complexo levantador do ânus, musculatura responsável pela abertura e fechamento dos orifícios pélvicos (uretra, vagina e ânus) e pela sustentação dos órgãos pélvicos (bexiga, útero e reto). Caso o profissional precise verbalizar a orientação de “movimentar como se fosse cortar o jato de urina”, é necessário frisar que o jato urinário real nunca deve ser cortado como forma de exercício, pois essa ação pode levar à cessação da contração detrusora com consequente resíduo pós-miccional elevado.

Se mesmo com as orientações a paciente não conseguir realizar o movimento correto (mesmo que seja só um esboço de contração no local correto), ela deve ser encaminhada para serviços especializados, onde provavelmente terá acesso a tratamento com *biofeedback* e/ou eletroestimulação.

#### FRAQUEZA DO MÚSCULO PERINEAL (ALTERAÇÃO DE FORÇA DA MAP):

Deve-se iniciar o treino de força — Protocolo Miller e Sampsel: fase 01<sup>(18,19)</sup>: contrair MAP no máximo da força e relaxar completamente, repetir 10 contrações e realizar cinco séries por dia.

É importante ressaltar que, sempre que houver perda urinária aos esforços, a paciente deve ser orientada a realizar a manobra Knack<sup>(25)</sup>, também chamada de pré-contratação, que consiste em contrair o assoalho pélvico antes de qualquer esforço abdominal.

#### RESISTÊNCIA DO MÚSCULO PERINEAL PREJUDICADA (ALTERAÇÃO DE SUSTENTAÇÃO DA MAP):

Deve-se iniciar treino de sustentação — Protocolo Miller e Sampsel: fase 02 adaptada<sup>(18-19)</sup>: contrair MAP em contração submáxima, sustentar a contração pelo tempo em que for possível fazê-lo sem instabilidade, repetir 10 contrações, realizar cinco séries por dia e aumentar um a dois segundos de sustentação a cada duas semanas até sustentar 10 segundos.

#### REFLEXO DO MÚSCULO PERINEAL PREJUDICADO (INCOORDENAÇÃO ENTRE AUMENTO DA PRESSÃO INTRA-ABDOMINAL E CONTRAÇÃO DA MAP):

Deve-se iniciar treino de coordenação abdomino-pélvica<sup>(25)</sup>, buscando recuperar o reflexo de contração perineal às mudanças pressóricas intra-abdominais: contrair MAP na força máxima, manter contraído; proceder a um sopro forte, usando a musculatura abdominal; relaxar o assoalho pélvico; repetir 10 contrações; e realizar cinco séries por dia.

#### RECUPERAÇÃO DO MÚSCULO PERINEAL (BOA FUNÇÃO DA MAP):

Depois de a paciente ter passado pelo treino de força e sustentação, deve-se proceder à progressão dos exercícios com foco em aprimorar força e sustentação, associadas à coordenação.

Treinamento de coordenação/força (Miller e Sampsel: fase 3 adaptada)<sup>(18-19)</sup>:

Contrair MAP na metade da força de contração, aumentar para a contração máxima e relaxar, repetir 10 contrações e Realizar cinco séries por dia.

Treinamento de coordenação/sustentação (Miller e Sampsel: fase 4 adaptada)<sup>(18-19)</sup>:

Contrair MAP na metade da força de contração; sustentar pela metade do tempo adquirido na fase 02; aumentar para a contração máxima; sustentar por tempo igual à contração média (metade da força) e relaxar; repetir 10 contrações; e realizar cinco séries por dia.

Treinamento de coordenação/sustentação (Miller e Sampsel: fase 5 adaptada)<sup>(18-19)</sup>:

Contrair MAP no máximo da força de contração; sustentar pela metade do tempo adquirido na fase 02; reduzir para a contração média; sustentar pelo tempo igual à contração máxima e relaxar; repetir 10 contrações; e realizar cinco séries por dia.

As pacientes não precisam obrigatoriamente passar por todas as fases dos exercícios. O foco é a satisfação com o volume e frequência de perda urinária. Quando a paciente estiver satisfeita, pode-se dar alta, orientando-a que os exercícios devem ser realizados todos os dias, ao longo de toda a vida.

#### TREINAMENTO DE MANUTENÇÃO DA FUNÇÃO DA MAP

Para o período de manutenção após a alta, pode-se orientar a alternância entre treinos de força e sustentação (no tempo máximo alcançado), que podem ser realizados três vezes ao dia. Dessa forma, garante-se o trabalho com as fibras de Tipo 1 (contração lenta) e Tipo 2 (contração rápida), em frequência suficiente para manter progressão de função.

#### DISCUSSÃO

Embora o protocolo de TMAP proposto seja uma adaptação de um protocolo prévio<sup>(18-19)</sup>, encaixa-se nos parâmetros utilizados em protocolos publicados recentemente em diferentes países, que apresentaram bons resultados funcionais e sintomáticos<sup>(14-16)</sup>. Uma revisão Cochrane publicada em 2019 sintetiza os protocolos utilizados nos 31 artigos incluídos: o número de contrações por série variou de 05 a 100, com predominância de 08 a 10 contrações, sendo que o presente protocolo sugere 10 contrações; os protocolos mencionados nos artigos sugerem associação de contrações rápidas e sustentadas e este protocolo trabalha com alternância dessas duas modalidades; o tempo de sustentação aplicado nos estudos foi de 02 a 59 segundos, com predominância de 05 a 10 segundos, enquanto o presente protocolo trabalha com o tempo de contração já existente, chegando no máximo a 10 segundos; o tempo de relaxamento encontrado nos estudos foi igual ou o dobro do tempo de sustentação, o que igualmente

é sugerido no presente protocolo; o número de séries variou de duas vezes por semana a dez vezes por dia, ao passo que o protocolo proposto trabalha com três a cinco séries por dia<sup>(14)</sup>.

Esta proposta de protocolo apresenta-se num momento oportuno, tendo em vista as limitações de oferta de consultas especializadas no SUS<sup>(10)</sup>. Ele permite que a paciente seja reavaliada em um intervalo que varia de 15 a 60 dias, de acordo com a sua compreensão do exercício e seu perfil de adesão.

No sistema de saúde público brasileiro, não existe um protocolo de manejo e tratamento da incontinência urinária na atenção primária. Pacientes com tais queixas são encaminhados para filas de consultas com médico especialista, o qual indicará terapia medicamentosa ou indicação cirúrgica, com algumas exceções de serviços secundários ou terciários que possuem profissionais capacitados para aplicação de medidas conservadoras, as quais deveriam ser a primeira linha de tratamento<sup>(10,26-27)</sup>.

Havendo profissional habilitado na instituição para aplicação de medidas comportamentais com TMAP, este comumente segue os protocolos publicados, que indicam a necessidade de sessões presenciais e reavaliações frequentes<sup>(19,28)</sup>. Não se pode questionar o ganho de efetividade quando o paciente é avaliado com frequência ou quando faz sessões na presença do profissional<sup>(29-30)</sup>. Entretanto, essa necessidade extrapola a capacidade de atendimento no contexto de saúde pública, pois, enquanto um pequeno número de pacientes ocupa as agendas de atendimentos semanais, novos pacientes chegam às filas e nelas permanecem por anos, sem nenhum tipo de intervenção.

Com a proposta deste protocolo, pretende-se apoiar a decisão de agendamento de retornos mais espaçados, para pacientes com boa compreensão dos exercícios de TMAP e bom perfil de adesão. Assim, abrem-se vagas em agenda para atendimento de maior número de pacientes, que passam a ter o direito, minimamente, a uma consulta inicial para orientação de medidas comportamentais simples, capazes de resolver ou mesmo reduzir a severidade do problema vivenciado, e não mais serem privados de tal conhecimento devido ao crescimento exponencial da fila, somado à carência de profissionais capacitados.

Esta proposta de protocolo foi construída e ajustada de acordo com dificuldades e questionamentos das pacientes

atendidas no serviço, o que a tornou mais simples e aplicável para pacientes com diferentes perfis sociais e cognitivos.

A aplicação deste protocolo tem demonstrado boa aceitação pelas pacientes e fácil aplicação pelos profissionais, mesmo para aqueles sem grande conhecimento prévio na área. Sabe-se da necessidade de realização de ensaios clínicos que comparem este protocolo a outros já existentes para sua validação. Contudo, este relato de experiência tem a intenção de compartilhar e disseminar esse conhecimento, permitindo sua testagem em diferentes regiões e populações, não somente onde foi desenvolvido, incluindo pesquisas de delineamentos metodológicos mais robustos.

Acredita-se que a aplicação desta proposta de protocolo de avaliação e TMAP extrapola a atuação do especialista, estendendo-se à sua aplicação por parte do enfermeiro generalista, ainda na atenção básica, incluindo a avaliação da MAP em consulta de enfermagem e indicando os exercícios para detecção de mulheres com queixa ou risco para IU e perfil para o programa de TMAP<sup>(19,27)</sup>.

A construção e adaptação deste protocolo se deu por enfermeira estomaterapeuta, ressaltando que o enfermeiro especialista possui uma responsabilidade que vai além da atenção direta e que abrange disseminar o conhecimento adquirido e construído em sua área de especialização<sup>(27)</sup>. O enfermeiro estomaterapeuta possui formação nas áreas de feridas, estomias e incontinências e não existe no país uma quantidade suficiente de estomaterapeutas para atender a toda a população que possui tais demandas. Logo, passa a ser sua responsabilidade trabalhar de forma colaborativa com o enfermeiro generalista para atuar de forma assertiva na atenção primária, encaminhando para o especialista apenas os casos complexos ou recorrentes.

## CONCLUSÃO

Este relato apresentou um protocolo de avaliação e TMAP para tratamento da IU de mulheres atendidas no Sistema Único de Saúde, com base no processo de enfermagem. Espera-se estimular seu uso com vistas a aumentar o número de pacientes atendidas e a resolução dos sintomas ainda nos primeiros níveis de atenção à saúde, com consequente redução de filas para especialistas e custos desnecessários para o sistema de saúde e, principalmente, para as mulheres acometidas por IU.

## RESUMO

**Objetivo:** Apresentar uma proposta de protocolo de avaliação e treinamento da musculatura do assoalho pélvico para atendimento à mulher com incontinência urinária. **Método:** Relato de experiência profissional realizado em ambulatório de disfunções miccionais do Sistema Único de Saúde, conduzido por enfermeira estomaterapeuta. **Resultados:** Elaboração de uma proposta de protocolo de atendimento em consulta de enfermagem baseada em exame físico direcionado, diagnósticos de enfermagem da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem e adaptação de um protocolo de treinamento muscular como prescrição. Etapas: inspeção estática, inspeção dinâmica e palpação para verificação de tensão, avaliação de força, sustentação, relaxamento e coordenação muscular; seguidos de prescrições para relaxamento, propriocepção, treino de força, de sustentação, de coordenação abdomino-pélvica e de manutenção, conforme o diagnóstico. **Conclusão:** Esta proposta de protocolo pretende subsidiar a avaliação, por enfermeiros de todos os níveis de atenção à saúde, da musculatura pélvica de mulheres com incontinência urinária ou em risco de desenvolvimento, especialmente como parte da consulta de enfermagem na atenção primária.

## DESCRIPTORIOS

Incontinência Urinária; Saúde da Mulher; Diafragma da Pelve; Processo de Enfermagem.



## RESUMEN

**Objetivo:** Presentar una propuesta de protocolo de evaluación y entrenamiento de la musculatura del suelo pélvico para atender a mujeres con incontinencia urinaria. **Método:** Relato de experiencia profesional realizado en un centro ambulatorio de disfunciones miccionales del Sistema Único de Salud de Brasil, conducido por enfermera estomaterapeuta. **Resultados:** Elaboración de una propuesta de protocolo de atención en consulta de enfermería basada en el examen físico dirigido, los diagnósticos de enfermería de la Clasificación Internacional de la Práctica de Enfermería y la adaptación de un protocolo de entrenamiento muscular como prescripción. Etapas: inspección estática, inspección dinámica y palpación para comprobar la tensión, evaluación de la fuerza, sustentación, relajación y coordinación muscular; seguidas de prescripciones de relajación, propiocepción, entrenamiento de fuerza, sustentación, coordinación abdomino-pélvica y mantenimiento, según el diagnóstico. **Conclusión:** Esta propuesta de protocolo pretende apoyar la evaluación de la musculatura pélvica en mujeres con incontinencia urinaria o con riesgo de desarrollarla por parte de los enfermeros de todos los niveles atención a la salud, especialmente como parte de la consulta de enfermería en atención primaria.

## DESCRIPTORES

Incontinencia Urinária; Salud de la Mujer; Diafragma Pélvico; Proceso de Enfermería.

## REFERÊNCIAS

1. Abrams P, Cardozo L, Wagg A, Wein A. Incontinence. 6<sup>th</sup> ed. Tokyo: ICUD; 2017.
2. Oria MOB, Mitchell EM, Vasconcelos CTM, Oliveira TDA, Lopes LG, Menezes PR, et al. Prevalence of lower urinary tract symptoms and social determinants in primary care users in Brazil. *Int Urogynecol J*. 2018;29(12):1825-32. doi: <https://doi.org/10.1007/s00192-018-3635-1>
3. Silva MA, Aguiar ESS, Matos SD de O, Lima J de O, Costa MML, Soares MJGO. Prevalence of urinary and fecal incontinence in the elderly: a study in long-term senior care facilities. *Estud Interdiscip Envelhec [Internet]*. 2016;21(1):249-61. Available from: <http://seer.ufrgs.br/index.php/RevEnvelhecer/article/view/46484/40727>
4. Arruda GT, Campo GS, Braz MM. Incontinência urinária e disfunções sexuais em mulheres climatéricas de um grupo de promoção à saúde. *Fisioter Bras*. 2018;19(3):324-8. doi: <http://dx.doi.org/10.33233/fb.v19i3.2428>
5. Nascimento DC, Cunha CV, Penna LHG, Souza NVDO, Marques GS. Dermatite Associada à Incontinência na população idosa: uma revisão integrativa. *Rev Hosp Univ Pedro Ernesto*. 2016;15(1):37-42. doi: <https://doi.org/10.12957/rhupe.2016.22840>
6. Otsuki EN, Araujo Junior E, Oliveira E, Sartori MGF, Giraio MJBC, Bella ZIKJ. Ultrasound thickness of bladder wall in continent and incontinent women and its correlation with cystometry. *Sci World J*. 2014;2014:684671. doi: <http://dx.doi.org/10.1155/2014/684671>
7. Faria CA, Moraes JR, Monnerat BRD, Verediano KA, Haverroth PAMM, Fonseca SC. Effect of the type of urinary incontinence on the quality of life of patients in the public healthcare system in Southeast. *Rev Bras Ginecol Obstetr*. 2015;37(8):374-80. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/SO100-720320150005394>
8. Padilha JF, Silva AC, Mazo GZ, Marques CMG. Investigação da qualidade de vida de mulheres com incontinência urinária. *Arq Ciênc Saúde UNIPAR*. 2018;22(1):43-48. doi: <https://doi.org/10.25110/arqsaude.v22i1.2018.6302>
9. Silva SCS, Reis Júnior GC, Almeida CC, Gouveia SSV, Gouveia GPM. Análise eletromiográfica e da qualidade de vida na incontinência urinária. *Fisioter Bras*. 2017;18(5):608-15. doi: <http://dx.doi.org/10.33233/fb.v18i5.1558>
10. Brito FA, Gentilli RML. Inattention to incontinent woman in primary care unit. *Fisioter Bras*. 2017;18(2):205-13. doi: <http://dx.doi.org/10.33233/fb.v18i2.799>
11. Bo K, Frawley HC, Haylen BT, Abramov Y, Almeida FG, Berghmans B, et al. An International Urogynecological Association (IUGA)/International Continence Society (ICS) joint report on the terminology for the conservative and nonpharmacological management of female pelvic floor dysfunction. *Int Urogynecol J*. 2017;28(2):191-213. doi: <https://doi.org/10.1002/nau.23107>
12. Ortiz OC, Coya NF, Ibanez G. Evaluación funcional del piso pelvianofemenino (clasificación funcional). *Soc Latinoam Uroginecol Cir Vaginal*. 1996;1:5-9. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-51502011000100005>
13. Messelink B, Benson T, Berghmans T. Standardization of terminology of pelvic floor muscle function and dysfunction: report from the Pelvic Floor Clinical Assessment Group of the International Continence Society. *Neurourol Urodyn*. 2005;24:374-80. doi: 10.1002/nau.20144
14. Cacciari LP, Dumoulin C, Hay-Smith EJ. Pelvic floor muscle training versus no treatment, or inactive control treatments, for urinary incontinence in women: a cochrane systematic review abridged republication. *Braz J Phys Therapy*. 2019;23(2):93-107. doi: 10.1016/j.bjpt.2019.01.002
15. Oliveira M, Ferreira M, Azevedo MJ, Firmino-Machado J, Santos PC. Pelvic floor muscle training protocol for stress urinary incontinence in women: a systematic review. *Rev Assoc Med Bras*. 2017; 63(7):642-50. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1806-9282.63.07.642>
16. Alves FK, Adami DBV, Marques J, Pereira LC, Riccetto C, Botelho S. Insertion of a pelvic floor muscle training program for postmenopausal women in Primary Health Care. *Fisioter Bras*. 2016;17(2):131-9. doi: <http://dx.doi.org/10.33233/fb.v17i2>
17. Daltro MR, Faria AA. Relato de experiência: uma narrativa científica na pós modernidade. *Revispi*. 2019;19(1). doi: <https://doi.org/10.12957/epp.2019.43015>
18. Doughty D. Urinary & fecal incontinence: current management concepts. 3<sup>rd</sup> ed. Paris: Mosby; 2005.
19. Miller JM. Criteria for therapeutic use of pelvic floor muscle training in women. *J Wound Ostomy Continence Nurs*. 2002;29(6):301-11. doi: 10.1067/mjw.2002.129076
20. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução n. 358, de 15 de outubro de 2009. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências. Brasília: COFEn; 2009.



21. Laycock J, Jerwood D. Pelvic floor muscle assessment: the PERFECT Scheme. *Physiotherapy*. 2001;87(12):631-42. doi: 10.1016/S0031-9406(05)61108-X
22. International Council of Nurses. The International Classification for Nursing Practice Browser. Geneva: ICN; 2019.
23. Kuo T, Ng LG, Chapple CR. Pelvic floor spasm as a cause of voiding dysfunction. *Curr Opin Urol*. 2015;25:311-6. doi: 10.1097/MOU.0000000000000174
24. Masterson TA, Masterson JM, Azzinaro J, Manderson L, Swain S, Ramasamy R. Comprehensive pelvic floor physical therapy program for men with idiopathic chronic pelvic pain syndrome: A prospective study. *Transl Androl Urol*. 2017;6(5):910-5. doi: <http://dx.doi.org/10.21037/tau.2017.08.17>
25. Miller JM, Sampsel CM, Ashton-Miller JA, Hong GRS, De Lancey JOL. Clarification and confirmation of the effect of volitional pelvic floor muscle contraction to preempt urine loss (The Knack Maneuver) in stress incontinent women. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct*. 2008;19(6):773-82. doi: 10.1007/s00192-007-0525-3
26. Assis GM. Atuação do enfermeiro na área de incontinências: podemos fazer mais [editorial]. *Estima*. 2019;17:e0719. doi: <https://doi.org/10.30886/estima.v.17.761.PT>
27. Holtzer-Goor KM, Gaultney JG, van Houten P, Wagg AS, Huygens SA, Nielen MM, et al. Cost-effectiveness of including a nurse specialist in the treatment of urinary incontinence in primary care in the Netherlands. *PLoS One*. 2015;10(10):e0138225. doi: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0138225>
28. Oliveira M, Ferreira M, Azevedo MJ, Firmino-Machado J, Santos PC. Pelvic floor muscle training protocol for stress urinary incontinence in women: a systematic review. *Rev Assoc Med Bras*. 2017;6(7):64250. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1806-9282.63.07.642>
29. Costa AALF, Vasconcellos IM, Pacheco RL, Bella ZIKJ, Riera R. What do Cochrane systematic reviews say about non-surgical interventions for urinary incontinence in women? *São Paulo Med J*. 2018;136(1):73-83. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1516-3180.2017.039420122017>
30. Moroni RM, Magnani PS, Haddad JM, Castro R de A, Brito LGO. Conservative treatment of stress urinary incontinence: a systematic review with meta-analysis of randomized controlled trials. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2016;38(2):97-111. doi: 10.1055/s-0035-1571252



Este é um artigo em acesso aberto, distribuído sob os termos da Licença Creative Commons.