

**Fisioterapia Aplicada à Saúde da Mulher**  
**Avaliação das Disfunções dos Músculos do Assoalho Pélvico Feminino**

Data: \_\_/\_\_/\_\_

Nome: \_\_\_\_\_  
Idade: \_\_\_\_\_ Data de Nascimento: \_\_/\_\_/\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_ Profissão: \_\_\_\_\_  
Endereço: \_\_\_\_\_ Escolaridade: \_\_\_\_\_  
Telefones: \_\_\_\_\_  
Clínica Solicitante: \_\_\_\_\_  
Diagnóstico médico: \_\_\_\_\_

**1. ANTECEDENTES GINECOLÓGICOS:**

- Estado reprodutivo: ( ) Menacme ( ) Climatério ( ) Pós-menopausa
- Menarca: \_\_\_\_\_ DUM: \_\_/\_\_/\_\_\_\_ TH: ( ) Sim ( ) Não Tempo: \_\_\_\_\_
- Ciclos menstruais: Intervalo: \_\_\_\_\_ Duração: \_\_\_\_\_ Quantidade: \_\_\_\_\_
- Sintomas menstruais: Dismenoréia: \_\_\_\_\_ Medicação? \_\_\_\_\_
- Uso de métodos contraceptivos: ( ) Sim ( ) Não Qual? \_\_\_\_\_

**2. ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS:**

- G\_\_P\_\_A\_\_C\_\_ Uso de fórceps? \_\_\_\_\_ DUP \_\_/\_\_/\_\_
- Peso do maior RN: \_\_\_\_\_
- Complicações no Puerpério: \_\_\_\_\_

**3. HISTÓRIA DA MOLÉTTIA ATUAL:**

- Queixa principal, início, duração, evolução, limitações funcionais/ participação social: \_\_\_\_\_



EVA: \_\_\_\_\_

**4. HÁBITOS DE VIDA E ANTECEDENTES CLÍNICOS E CIRURGICOS**

- Antecedentes familiares: \_\_\_\_\_
- Antecedentes pessoais: \_\_\_\_\_
- Medicamentos em uso: \_\_\_\_\_

- Hábitos de vida: ( ) Tabagismo Quanto tempo? \_\_\_\_\_  
( ) Etilismo Quanto tempo? \_\_\_\_\_  
( ) Obesidade  
( ) Atividade Física Qual? \_\_\_\_\_ Frequência: \_\_\_\_\_

- Doenças do SNC: ( ) Sim ( ) Não Qual? \_\_\_\_\_
- Radioterapia pélvica: ( ) Sim ( ) Não Quando/Sessões? \_\_\_\_\_
- Cirurgias pélvicas prévias: ( ) Sim ( ) Não Qual? \_\_\_\_\_
- HTV / HTA: ( ) Sim ( ) Não Data \_\_/\_\_/\_\_\_\_
- Cirurgia para IU: ( ) Sim ( ) Não Data \_\_/\_\_/\_\_\_\_

## 5. SINTOMAS DO TRATO URINÁRIO INFERIOR (TUI)

- Apresenta IU:: ( ) Sim ( ) Não
- Essas perdas são: ( ) Frequentes ( ) Ocasionais
- Urgência: ( ) Sim ( ) Não
- Por quanto tempo consegue retardar a micção: ( ) Não ( ) 1' ( ) 3' ( ) 5' ( ) ou mais
- Aumento da frequência diária ( ) Sim ( ) Não Estimativa do nº diário \_\_\_\_\_
- Noctúria: ( ) Sim ( ) Não Estimativa do nº diário \_\_\_\_\_
- Enurese noturna: ( ) Sim ( ) Não Último episódio: \_\_\_\_\_
- Dificuldade para iniciar a micção: ( ) Sim ( ) Não
- Sensação de esvaziamento incompleto: ( ) Sim ( ) Não
- Necessidade de esforço para completar a micção: ( ) Sim ( ) Não
- Adoção de novas posturas para a micção: ( ) Sim ( ) Não
- Atividades/Situações que desencadeiam a IU: ( ) Tossir ( ) Espirrar ( ) Rir  
( ) Lavar as mãos ( ) Andar ( ) Correr ( ) Levantar-se  
( ) Pegar peso ( ) Outros: \_\_\_\_\_
- Quantidade de urina perdida: ( ) Pequena ( ) Moderada ( ) Grande  
( ) Em jatos ( ) Em gotas
- Início ou agravamento após o parto: ( ) Sim ( ) Não  
Quanto tempo após o parto: \_\_\_\_\_
- Esvaziamento vesical sem desejo (profilaxia): ( ) Sim ( ) Não
- Incontinência urinária insensível: ( ) Sim ( ) Não
- Uso de proteção: ( ) Sim ( ) Não Nº de trocas: \_\_\_\_\_  
Tipo: ( ) Papel ( ) Absorvente ( ) Fralda  
Trocas: ( ) Secos ( ) Úmidos ( ) Molhados
- Mobilidade/Acesso ao banheiro limitada ( ) Sim ( ) Não Motivo: \_\_\_\_\_
- ITU: ( ) Sim ( ) Não Último episódio: \_\_\_\_\_
- Outros Sintomas e Observações TUI: \_\_\_\_\_

## 6. SINTOMAS INTESTINAIS

- Necessidade de manobras para completar a evacuação: ( ) Sim ( ) Não
- Adoção de novas posturas para a evacuação ( ) Sim ( ) Não
- Uso de enemas, lavagens e supositórios: ( ) Sim ( ) Não Quantidade: \_\_\_\_\_
- Sensação de esvaziamento incompleto: ( ) Sim ( ) Não
- Perda insensível de fezes: ( ) Sim ( ) Não
- Percepção de prolapso: ( ) Sim ( ) Não
- Urgência: ( ) Sim ( ) Não  
Tempo de aviso: \_\_\_\_\_
- Incontinência (por urgência) ( ) Sim ( ) Não
- Perda de fezes / flatos aos esforços: ( ) Tosse ( ) Espirro ( ) Rir  
( ) Andar ( ) Correr ( ) Levantar-se  
( ) Pegar peso ( ) Mudança de posição  
( ) Outros: \_\_\_\_\_
- Quantidade de fezes/flatos perdida: ( ) Pequena ( ) Moderada ( ) Grande
- Uso de proteção: ( ) Sim ( ) Não Nº de trocas: \_\_\_\_\_  
Tipo: ( ) Papel ( ) Absorvente ( ) Fralda  
Trocas: ( ) Limpos ( ) Sujos
- Consistência das fezes: ( ) Líquidas ( ) Sólidas ( ) Pastosas
- Percepção (desejo de defecação e distinção de fezes/gases): \_\_\_\_\_
- Cronologia em relação às refeições: \_\_\_\_\_
- Sintomas associados: ( ) Dor ( ) Esforço ( ) Diarréia  
( ) Fecaloma ( ) Sangramento ( ) Flatulência  
( ) Urgência ( ) Soiling ( ) Constipação

**Continence Grading Scale (Índice de Incontinência ou Escala de Wexner):**

TIPO DE INCONTINÊNCIA	FREQUÊNCIA
Sólido	( ) Nunca ( ) Raramente ( ) Às vezes ( ) Frequentemente ( ) Sempre
Líquido	( ) Nunca ( ) Raramente ( ) Às vezes ( ) Frequentemente ( ) Sempre
Gases	( ) Nunca ( ) Raramente ( ) Às vezes ( ) Frequentemente ( ) Sempre
Uso de fraldas/absorventes	( ) Nunca ( ) Raramente ( ) Às vezes ( ) Frequentemente ( ) Sempre
Alteração no estilo de vida	( ) Nunca ( ) Raramente ( ) Às vezes ( ) Frequentemente ( ) Sempre

0 = Perfeito

20 = Completa incontinência

Nunca= 0 (Nota: 0)

Raramente = Menor que uma vez por mês (Nota: 1)

Às vezes = Menor que uma vez por semana e maior ou igual a uma vez por mês (Nota: 2)

Frequentemente = Menor que uma vez por dia e maior ou igual a uma vez por semana (Nota: 3)

Sempre = Maior ou igual a uma vez por dia (Nota: 4)

**7. SINTOMAS VAGINAIS**

- Percepção de prolapso: ( ) Sim ( ) Não

- Outros Sintomas/ Observações: \_\_\_\_\_

**8. FUNÇÃO SEXUAL**

- Atividade sexual: ( ) Sim ( ) Não ( ) Não se aplica

- Frequência do coito: \_\_\_\_\_

- Libido: \_\_\_\_\_ Orgasmo: \_\_\_\_\_

- Dispareunia: \_\_\_\_\_ Em que momento: \_\_\_\_\_

- Problemas relacionados ao Parceiro: \_\_\_\_\_

- Outros

sintomas/Observações: \_\_\_\_\_

**9. DOR**

- Dor pélvica crônica: ( ) Sim ( ) Não

- Sintomas: \_\_\_\_\_

- Horário de agravamento / limitações de atividades / Fatores que agravam ou diminuem a dor: \_\_\_\_\_

- Exames complementares e testes especiais: \_\_\_\_\_

**10. EXAMES COMPLEMENTARES EM UROLOGIA/UROGINECOLOGIA**

- Diagnóstico Urodinâmico: \_\_\_\_\_

\* Considerações do exame urodinâmico: \_\_\_\_\_

\* Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_

- Cistoscopia: \_\_\_\_\_

\* Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_

Outros Exames: \_\_\_\_\_

**11. EXAMES COMPLEMENTARES EM PROCTOLOGIA**

- Manometria Anorretal: \_\_\_\_\_

\* Considerações: \_\_\_\_\_

\* Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_

Outros Exames: \_\_\_\_\_

## EXAME FÍSICO

A paciente foi esclarecida e orientada com relação aos procedimentos intravaginais e intra-anais que serão realizados no exame físico? ( ) Sim ( ) Não

A paciente autorizou a realização dos procedimentos? ( ) Sim ( ) Não

- Exame físico geral:

PA: \_\_\_\_\_ FC: \_\_\_\_\_ FR: \_\_\_\_\_  
Estatura: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_ IMC: \_\_\_\_\_

- Exame físico especial – Inspeção

Aparelho respiratório (tipo de respiração): \_\_\_\_\_  
ABDOME: (estrias, cicatrizes, pigmentação, hérnia, palpação): \_\_\_\_\_  
PERÍNEO: (roturas, tumorações, cicatrizes): \_\_\_\_\_  
ÂNUS: (esfíncter, fístulas, mucosa retal, tumorações, hemorróidas): \_\_\_\_\_

### PROLAPSO DOS ÓRGÃOS PÉLVICOS: (Escala de Baden e Walker)

- Prolapso de parede vaginal anterior ( ) Não ( ) Sim: ( ) I ( ) II ( ) III ( ) IV  
- Prolapso de parede vaginal posterior ( ) Não ( ) Sim: ( ) Leve ( ) Moderada ( ) Grave  
- Prolapso de cúpula vaginal ou uterino ( ) Não ( ) Sim: ( ) I ( ) II ( ) III

### EXAME DA SENSIBILIDADE:

#### REFLEXOS PERINEAIS

- Reflexo Clitoriano: ( ) Presente ( ) Ausente  
- Reflexo Anocutâneo: ( ) Presente ( ) Ausente

#### AVALIAÇÃO FUNCIONAL DO ASSOALHO PÉLVICO:

- Movimento interno do períneo: ( ) Sim (algum movimento no sentido interno é percebido no períneo)  
( ) Não (nenhum movimento no sentido interno é percebido no períneo)  
( ) Paradoxal (movimento de “descida” do períneo é percebido)  
- Reflexo contrátil à tosse: ( ) Sim (contração reflexa do assoalho pélvico junto à tosse)  
( ) Não (contração reflexa ausente, nenhum movimento)  
( ) Paradoxal (movimentação de “descida” do períneo à tosse)

- Estimativa da Função dos MAP:

- ( ) Unidigital ( ) Bidigital  
( ) Vaginal ( ) Anal

#### Escala de Oxford Modificada

##### GRAU

##### PALPAÇÃO

- ( ) 0 Ausência de contração dos músculos perineais  
( ) 1 Esboço de contração muscular não sustentada  
( ) 2 Presença de contração de pequena intensidade, mas que se sustenta  
( ) 3 Contração sentida com um aumento da pressão intravaginal que comprime os dedos do examinador com pequena elevação da parede vaginal posterior  
( ) 4 Contração satisfatória que aperta os dedos do examinador com elevação da parede vaginal posterior em direção à sínfise púbica  
( ) 5 Contração forte, compressão firme dos dedos do examinador com movimento positivo em relação à sínfise púbica

#### Contração voluntária - Escala ICS

- 3 - ( ) Forte (forte força de oclusão e elevação palpável)  
2 - ( ) Normal (oclusão e elevação palpáveis)  
1 - ( ) Fraca (contração curta sem oclusão palpável)  
0 - ( ) Ausente (sem contração)

- *Coativação*: ( ) Não  
( ) Sim: ( ) Glúteos ( ) Adutores ( ) Abdominais
- *Relaxamento*: ( ) Sim (relaxamento visível diretamente após instrução)  
( ) Não (ausência, hesitação ou relaxamento parcial após instrução)
- *Endurance (tempo de sustentação)*: \_\_\_\_\_ segundos
- *Contrações rápidas*: \_\_\_\_\_ (número de contrações rápidas realizadas com período de descanso anterior às contrações de 2 minutos – máx. 10 repetições)
- *Palpação dolorosa*: ( ) Não ( ) Sim
- \* Local e achado: \_\_\_\_\_

- *Simetria direta-esquerda*: ( ) Sim ( ) Não: \_\_\_\_\_

- *Simetria anteroposterior*: ( ) Sim ( ) Não:

- *Teste de esforço (+)*: ( ) Deitada ( ) Em pé

- Outros testes específicos (Perineometria, Pad test, EMG): \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**ESTIMATIVA DE DESCONFORTO DA PACIENTE AO EXAME DO ASSOALHO PÉLVICO**



**ESCALA VISUAL ANALÓGICA - EVA**

Diagnóstico Fisioterapêutico da condição do AP: \_\_\_\_\_

