



FACULDADE EDUFOR
COORDENAÇÃO DE FISIOTERAPIA
CURSO DE FISIOTERAPIA

SARA BEATRIZ DE OLIVEIRA DE SOUZA

ATUAÇÃO FISIOTERAPÊUTICA NOS IMPACTOS DA ENDOMETRIOSE NA SAÚDE DA MULHER: UM RELATO DE CASO

SÃO LUÍS

2024



SARA BEATRIZ DE OLIVEIRA DE SOUZA

ATUAÇÃO FISIOTERAPÊUTICA NOS IMPACTOS DA ENDOMETRIOSE NA SAÚDE DA MULHER: UM RELATO DE CASO

Trabalho de Conclusão de Curso de Bacharelado em Fisioterapia, submetido a disciplina de TCC para apreciação e aprovação como requisito de avaliação total da Faculdade EDUFOR.

Orientadora: Profa. Me. Leydianne dos Santos Sousa.

Coorientador: Prof. Dra. Fernanda Oliveira Sousa Araruna

SÃO LUÍS

2024

S729a Souza, Sara Beatriz de Oliveira de

Atuação fisioterapêutica nos impactos da endometriose na saúde da mulher: um relato de caso / Sara Beatriz de Oliveira de Souza — São Luís: Faculdade Edufor, 2024.

65 p.

Trabalho de Conclusão de Curso (FISIOTERAPIA) — Faculdade Edufor - São Luís, 2024.

Orientador(a) : Leydianne dos Santos Sousa

1. Endometriose. 2. Dor pélvica. 3. Qualidade de vida. I. Título.

FACULDADE EDUFOR SÃO LUÍS

CDU 615.8:618.14-002

SARA BEATRIZ DE OLIVEIRA DE SOUZA

**ATUAÇÃO FISIOTERAPÊUTICA NOS IMPACTOS DA ENDOMETRIOSE NA
SAÚDE DA MULHER**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado a Faculdade Edufor como requisito básico para obtenção de grau de Bacharel em Fisioterapia.

Aprovado em _____ de Junho de 2024.

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Me. Leydianne dos Santos Sousa (Orientadora)

Prof.^a Ma. Jerdianny Silva Serejo

Prof.^a Me. Manoel Gomes de Araújo Neto

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, pois sempre esteve ao meu lado, me ajudando em todos os momentos, mesmo aqueles que pensei em desistir, fazendo eu perceber que sem ele eu não conseguiria.

Aos meus pais, Benedito e Sameni, meu alicerce, por todos os esforços feitos em meio a essa trajetória, por sempre me apoiar, me incentivar e me proporcionar o melhor para mim, sendo eles a razão de toda minha dedicação. Sou muito grata a vocês pelo que sou hoje, e pelo que eu consegui até aqui.

Ao meu irmão, Breno, por sempre tentar procurar me ajudar e me apoiar no que foi preciso. Os meus familiares, Francidalva e Clovis, por todo apoio quando precisei me mudar para casa deles devido aos estudos, por se preocuparem, as palavras de conforto e incentivo, numa torcida cheia de energia positiva durante essa jornada. Com eles, sei que não percorri esse caminho sozinha.

A amiga que a faculdade me deu a chance de conhecer: Dayanne, que tenho admiração e carinho como ser humanos tanto quanto profissional de fisioterapia. Além dos colegas queridos da minha turma, pela parceria durante a graduação.

A todos os professores que me acompanharam nessa trajetória: Bruno Roberto, Angra Santos, Rosa Helena, Alessandra Mesquita, Fernanda Oliveira, Leydianne Sousa, Talita Medeiros e Jerdianny Serejo. Muito obrigada!

" O sucesso é a soma de pequenos esforços repetidos dia após dia. "

Robert Coller

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 - Teste de carnett.....	22
FIGURA 2 - Escala visual analógica (EVA).....	23
FIGURA 3 - Escala de new perfect	24
FIGURA 4 - Biofeedback eletromiográfico new miotooda miotec.....	24
FIGURA 5 - Tela inicial do biofeedback eletromiográfico com os filtros	25
FIGURA 6 - Posicionamento dos eletrodos de eletromiográfico para o músculo bulbocavernoso direito, corpo perineal e eletrodo intracavitário respectivamente	25
FIGURA 7 - Tela do eletromiográfico demonstrando hiperatividade em repouso no eletrodo intracavitário e o silêncio eletromiográfico em musculatura acessória	26
FIGURA 8 - Tela do eletromiográfico: treino de contração perineal em três tempos para conscientização perinea	27
FIGURA 9 - Tela de eletromiográfico: treino de contração perineal com ativação tônica e fásica, respectivamente	29
FIGURA 10 - Eletroestimulador com eletrodos em musculatura superficial do assoalho pélvico	29

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 - Tabela de descrição das características antropométricas, sociais e da doença do paciente	31
TABELA 2 – Resultados obtidos pré e pós intervenção	32
TABELA 3 - Escala de PERFECT pré e pós intervenção	34

ATUAÇÃO FISIOTERAPÊUTICA NOS IMPACTOS DA ENDOMETRIOSE NA SAÚDE DA MULHER: UM RELATO DE CASO

Sara Beatriz de Oliveira de Souza¹; Leydianne Dos Santos Sousa²; Fernanda Oliveira Sousa Araruna²;

¹ Graduanda do Curso de Fisioterapia da Faculdade EDUFOR

² Docente do Curso de Fisioterapia da Faculdade EDUFOR

RESUMO

Introdução: A endometriose é uma patologia de alta prevalência e atualmente sem cura, essa doença é descrita como o crescimento e implantação de células semelhantes às células das glândulas endometriais e do estroma encontradas fora do útero. **Objetivo:** Este estudo de caso busca evidenciar os benefícios da fisioterapia nos impactos negativos da endometriose na saúde da mulher. **Metodologia:** Foi realizada entrevista com a paciente, avaliação física e funcional do assoalho pélvico com biofeedback eletromiográfico por meio da escala *New PERFECT*, como também responderam ao questionário *Endometriosis Health Profile Questionnaire* (EHP-30). **Resultados:** A escala *new PERFECT* apresentou melhora em P (*Power-Força*), E (*Endurance-Sustentação*), R (*Repetition- Repetição*), F (*Fast- Contração Rápida*) e E (*Elevation- Elevação*), manteve a C (*Co-contração*) presente e T (*Timing-Contração Involuntária*). Demonstrou melhora em 8 pontos dolorosos e 9 em dores associadas a endometriose. **Discussão:** No estudo trouxemos embasamentos das técnicas utilizadas no protocolo das técnicas utilizadas no protocolo. **Conclusão:** O Estudo demonstrou grande efetividade da fisioterapia pélvica na melhora da sintomatologia dolorosa e funcionalidade muscular, o que afetou diretamente da qualidade de vida dessa paciente.

Palavras-chave: Endometriose; Dor pélvica; Qualidade de vida.

PHYSIOTHERAPEUTIC PERFORMANCE IN THE IMPACTS OF ENDOMETRIOSIS ON WOMEN'S HEALTH:A CASE REPORT

Sara Beatriz de Oliveira de Souza¹; Leydianne Dos Santos Sousa²; Fernanda Oliveira Sousa Araruna²;

¹ Graduanda do Curso de Fisioterapia da Faculdade EDUFOR

² Docente do Curso de Fisioterapia da Faculdade EDUFOR

ABSTRACT

Introduction: Endometriosis is a highly prevalent pathology that currently has no cure. This disease is described as the growth and implantation of cells similar to the cells of the endometrial glands and stroma found outside the uterus. **Objective:** This case study seeks to highlight the benefits of physiotherapy on the negative impacts of endometriosis on women's health. **Methodology:** An interview was conducted with the patient, physical and functional assessment of the pelvic floor with electromyographic biofeedback using the New PERFECT scale, as well as answering the Endometriosis Health Profile Questionnaire (EHP-30). **Results:** The new PERFECT scale showed improvement in P (Power-Force), E (Endurance-Sustenance), R (Repetition-Repetition), F (Fast- Fast Contraction) and E (Elevation- Elevation), kept C (Co-contraction) present and T (Timing- Involuntary Contraction). It showed improvement in 8 painful points and 9 in pain associated with endometriosis. **Discussion:** In the study, we provided information on the techniques used in the protocol and the techniques used in the protocol. **Conclusion:** The study showed that pelvic physiotherapy was very effective in improving pain symptoms and muscle functionality, which directly affected the patient's quality of life.

Keywords: Endometriosis; Pelvic pain; Quality of life.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	11
2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	13
2.1 Endometriose: aspectos conceituais, localização e epidemiologia	13
2.2 Fisiopatologia	14
2.3 Sintomas da Endometriose e Alterações psicossomáticas	16
2.4 Diagnóstico de Endometriose	17
2.5 Tratamento fisioterapêutico	17
3. METODOLOGIA	19
3.1 Tipo de estudo.....	19
3.2 Local da pesquisa	19
3.3 Definição da amostra	19
3.4 Equipe executora	19
3.5 Comitê de ética	20
3.6 Critérios de inclusão.....	20
3.7 Critérios de exclusão	20
3.8 Coleta de dados	20
3.9 Metodologia da avaliação física	22
4. RESULTADOS	31
5. DISCUSSÕES.....	35
6. CONCLUSÃO	41
REFERÊNCIAS.....	42
APÊNDICES	48
ANEXOS	62

1 INTRODUÇÃO

A endometriose é uma patologia de alta prevalência e atualmente sem cura, essa doença é descrita como o crescimento e implantação de células semelhantes às células das glândulas endometriais e do estroma encontradas fora do útero (Sieberg; Lunde; Borsook, 2020).

A origem da fisiopatologia da endometriose ainda não é bem compreendida. Presume-se que a possível patogênese da endometriose envolva menstruação retrógrada, a proliferação de células-tronco uterinas e do epitélio somático. Os dados mostram que de 10 a 15% das mulheres em idade reprodutiva em todo o mundo são acometidas pela patologia (Smolarz; Szyłło; Romanowicz, 2021).

Estudos mais recentes apontam a endometriose como a patologia que atinge mais da metade das mulheres em idade reprodutiva, com dores pélvicas e mulheres com infertilidade, levando em consideração que a sintomatologia dificulta o diagnóstico. Embora a endometriose seja de origem benigna, pode ser associada a patologias neoplásicas. (Febrasgo, 2021).

Classifica-se a endometriose (EM) como lesão superficial peritoneal, endometriose infiltrativa profunda e cistos endometriais ovarianos, também denominados endometriomas. Contudo, pode apresentar sintomatologia variadas, desde casos assintomáticos até aqueles que causam com dor gênito pélvica, disquesia, dor pélvica intensa e até infertilidade (Saunders; Horne, 2021).

Além disso, dor associada à endometriose afeta negativamente a qualidade de vida da paciente acometida. As atividades de vida diárias, relacionamentos, bem-estar sexual, mental e emocional ficam prejudicados devido ao complexo mecanismo de dor (Rossi *et al.*, 2021; Della corte *et al.*, 2020).

O tratamento precoce é mais eficaz melhorando a qualidade de vida da paciente acometida. O difícil diagnóstico tem sido uma complicação frequente devido aos sintomas poderem estar relacionados a várias patologias nessa região anatômica, confundindo os especialistas quanto a origem da dor (Torres *et al.*, 2021).

Logo, fisioterapia pélvica tem ganhado destaque devido a sua efetividade na diminuição e/ou controle da dor, intervenções não fatigantes por apresentarem melhorias em certos aspectos ligados à sensibilização central, como a regulação inibitória da dor e a excitabilidade neuronal no corno dorsal da medula, na dor crônica (Arribas-Romano *et al.*, 2020; Muñoz-Gómez *et al.*, 2023). Os recursos utilizados de

grande eficácia são cinesioterapia, eletroterapia, biofeedback e terapia manual (Wójcik, 2022).

Observa-se um alto índice de 68% de predominância dos casos de EM encontrados no Maranhão, região metropolitana de São Luís que corresponde à aproximadamente 23% da população do Estado do Maranhão no período de 2017 a 2021 (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2022).

Diante do alto índice, este estudo de caso busca evidenciar os benefícios da fisioterapia nos impactos negativos da endometriose na saúde da mulher.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 Endometriose: conceito, localização e epidemiologia

A endometriose é caracterizada como uma doença inflamatória crônica, hormônio-dependente, determinada pela presença de focos de tecido endometrial fora da cavidade uterina. Encontra-se principalmente na região pélvica na cavidade uterina, mas pode ser identificada nos ovários (onde os óvulos são produzidos), trompas de falópio (que liga ovário a útero), cólon sigmóide, apêndice, abdômen superior, entre outros (Bulun *et al.*, 2019; Macer; Taylor, 2012). A EM é uma doença ginecológica benigna, correlacionada a outros sintomas como dismenorreia, dor pélvica crônica, dispareunia, infertilidade, com queixas intestinais e urinárias recorrentes (Zondervan; Becker; Missmer, 2020).

Além disso, Sampson obteve a teoria mais aceita até no momento, que ocorre aderência de tecido endometrial pós-menstrual na cavidade peritoneal e/ou órgãos ao redor, decorrente fluxo tubário retrógrado. Aproximadamente 90% das mulheres com tubas uterinas pervias apresentam fluxo retrógrado, porém somente 10% delas apresentariam endometriose. Sendo assim, outros fatores associados a tal fluxo seriam capazes de permitir a implantação de tecido endometrial fora da cavidade uterina. A metaplasia de células da linhagem peritoneal explica a endometriose em homens, em pré-púberes e em mulheres que nunca menstruam, a presença de lesões em sítios atípicos, como cavidade pleural e meninges (Rosa *et al.*, 2021).

No mundo a prevalência é de 70 milhões de mulheres afetadas pela EM. Segundo o Ministério de Saúde (MS) estima-se que cerca de 7 milhões de brasileiras sejam afetadas, acometendo 10% das mulheres de 15 a 45 anos, gerando um percentual de 70% de mulheres com histórico de nuliparidade, pois mulheres com essa condição têm 20 vezes mais probabilidade de serem inférteis (Scheck; Paterson; Henry, 2022).

Em seguida, a dor endometriótica situa-se na área hipogástrica e fossa ilíaca, com irradiação frequente para região da coluna lombar. A irradiação para a superfície anterior e interna da coxa indica envolvimento ovariano, enquanto a irradiação perineal é um indício de envolvimento do cólon nos últimos 20 cm (Nacul; Spritzer, 2010) (Amro *et al.*, 2022).

A EM é uma patologia heterogênea classificada com três fenótipos: Lesão Superficial Peritoneal (LSP) é quando lesões endometriais ocorrem no peritônio (tecido que reveste a cavidade pélvica), Endometriomas Ovarianos (EM) são massas

císticas que surgem do tecido endometrial ectópico e cresce dentro do ovário. Endometriose Infiltrativa Profunda (EIP) é o fenótipo mais grave, definido como lesões subperitoneais que entram no tecido mais profundo que 5mm sob o peritônio de superfície (ligamentos uterossacrais) ou como lesões que se infiltram na musculatura dos órgãos que cercam o útero, como: a bexiga, intestino com ou sem oclusão e ureter com ou sem ureterohidronefrose (França; Lontra; Fernandes, 2022).

2.2 Fisiopatologia

A fisiopatologia da doença ainda não é totalmente compreendida, porém os antecedentes endócrinos e inflamatórios estão bem definidos, reconhecendo uma dependência de estrogênio e uma resistência à progesterona. A menstruação retrograda, disseminação vascular e linfática e/ou metaplasia/células-tronco são os principais mecanismos envolvidos na localização ectópica das células endometriais.

O principal fator etiopatogênico da endometriose é a teoria da menstruação retrograda. Precisamente com essa teoria, outros fatores etiológicos têm sido associados ao desenvolvimento da EM, com disfunção imunológica, predisposição genética, fatores ambientais (dioxina e bifenil policlorado) e fatores de risco relacionados ao estilo de vida, incluindo álcool e cafeína (Anastasiu *et al.*, 2020; Vannuccini *et al.*, 2022; Corte *et al.*, 2020).

Logo, o estrogênio possui um papel fundamental na sobrevivência celular, proliferação e resposta inflamatória, esses fatores agravam no desenvolvimento da endometriose. Além disso, pode regular a influência dos receptores de estrógeno por meio da interferência dos receptores da progesterona que atua de forma negativa nos mecanismos regulados pelo estrógeno, por tanto é importante na regulação da neovascularização e neogênese, impossibilitando a progressão da endometriose (Brichant *et al.*, 2021).

Algumas teorias existentes explicam a endometriose, porém as mais aceitas são: Teoria da metaplasia celômica defende a ideia de que tanto as células endometriais quanto as peritoneais origina-se da mesma superfície. A segunda teoria defende que, o transporte linfático ou vascular, moveriam células endometriais uterinas para as demais regiões como disseminação iatrogênica e a menstruação retrógrada proposta por Sampson. A terceira da indução combinada com as duas teorias já citadas, defendendo a dissipação de substâncias desconhecidas do

endométrio podendo induzir a preparação de tecido endometrial através de células mesenquimais indiferenciadas (Cacciatori; Medeiros, 2016; Zondervan *et al.*, 2020).

Porém, a alteração imunológica é outra teoria em que a resposta inadequada desse mecanismo significa um fator facilitador para o desenvolvimento da endometriose. Esse fator tem sido bastante estudado, apesar de não ter sido relatado aumento na desordem imunológica em pacientes com endometriose (Abrão, 2000; Ushach *et al.*, 2018).

As principais células aliadas ao desenvolvimento e perpetuação da endometriose são denominadas monocítico-macrofágico, das quais os efeitos adversos podem ser de citotoxicidade para as células endometriais ou de proliferação. Na endometriose ocorre a produção de diversas citocinas, sendo fatores solúveis na função imunoreguladora, ativadora ou supressora (Wu; Ho, 2003) (Zhou *et al.*, 2019).

Dentre as principais citocinas incluídas na patogênese da endometriose e que apresentam concentração elevada no soro ou no líquido peritoneal de portadoras da doença podemos apontar: o fator de necrose tumoral(TNF- α), as interleucinas(IL), o fator de crescimento endotelial vascular (VEGF), as metaloproteases da matriz extracelular(MMP), a proteína quimiotática dos macrófagos(MCP-1), o fator inibidor de migração de macrófagos(MIF), o peptídeo epitelial ativador de neutrófilos (ENA-78) e a leptina (Wu; Hu, 2003); (Zhou *et al.*, 2019).

Segundo Guterres *et al* (2017), entre todas as teorias, a que mais foi aceita é a do transporte de células endometriais. Em cerca de 10% das mulheres em período reprodutivo está presente a endometriose, como resultado de várias funções executadas pelas mulheres atualmente, tende a diminuir o número de gestação, e postergá-las, desse modo resulta em um número maior de menstruação consequentemente deixando-as mais expostas a essa ocorrência. Portanto, uma característica que mais chama atenção nessa teoria é que 70 a 90% das mulheres apresentam menstruação retrógrada, mas apenas uma minoria desenvolve EM, influenciando na ocorrência da doença nas mulheres (Nácul; Spritzer, 2010; Bricou; Batt; Chapron, 2008).

Por via de regra, todo mês há um ciclo reprodutivo nas mulheres, preparando o corpo para uma possível gravidez. Quando essa fecundação não ocorre as paredes uterinas tendem a passar por um processo de descamação no qual o endométrio se desprende ocorrendo o sangramento. O processo ocorre em média de 28 dias, havendo algumas variações desse período (Da Silva *et al.*, 2017).

2.3 Sintomas da Endometriose e Alterações psicossomáticas

Pacientes com EM podem ser assintomáticas, mas a maioria apresenta dismenorreia, dor pélvica crônica, infertilidade, dispareunia de profundidade durante o ato sexual, sintomas intestinais e urinários cíclicos, como dor, sangramentos ao evacuar ou urinar durante o período menstrual (Mendes *et al.*, 2013) (Della Corte *et al.*, 2020) (Smolarz; Szyłło; Romanowicz, 2021).

Em estudos foi relatado fadiga, distensão abdominal, náuseas, dores abdominais e lombares, sendo a dismenorreia (dor menstrual) e problemas de fertilidade relatados como os mais angustiantes. Além disso, um sintoma frequente das doenças inflamatórias é a fadiga, a sua correlação entre as citocinas inflamatórias, indicam um sistema imunológico com altas citocinas pode influenciar a fadiga (Van Niekerk *et al.*, 2022) (Sinaii *et al.*, 2002).

As mulheres com endometriose têm maior prevalência de doenças atópicas, como: asma, rinite alérgica e fibromialgia. Em comparação com aquelas sem a condição (Matalliotakis *et al.*, 2012).

Algumas evidências mostram que o estresse oxidativo está diretamente relacionado ao desenvolvimento e evolução da endometriose, sendo influenciado por fatores genéticos, ambientais e o estilo de vida (Parazzini *et al.*, 2013).

A dor na endometriose resulta de processos inflamatórios e nociceptivos em locais iniciais, podendo durar devido a sensibilização periférica, central e cruzada, com influência de fatores psicossociais (McNamara; Frawley; Donoghue, 2021).

Diante disso, dor crônica afeta todos os aspectos da vida das mulheres, nas atividades cotidianas, nas relações interpessoais, na vida familiar, social e profissional das mulheres. Considerar aspectos biopsicossociais ao planejar tratamento para garantir o bem-estar das pacientes. Além de que a dor crônica afeta a homeostase, levando a comprometimento funcional, sofrimento, incapacidade e custos socioeconômicos elevados (Rodrigues *et al.*, 2022) (Martinez *et al.*, 2004).

Contudo, a dor está ligada diretamente a alterações como redução da inervação do sistema nervoso simpático, aumento da inervação sensorial e alterações nos marcadores inflamatórios no fluido peritoneal (Coxon; Horne; Vincent, 2018). As inervações das lesões endometrióticas executam um papel importante na dor pélvica crônica dessas pacientes. Devido a esse processo algico reconhece estímulos nocivos ao nível das fibras nervosas periféricas (nociceptores) e transmite à medula

espinhal e ao cérebro. Lesões endometrióticas ectópicas disseminadas na cavidade peritoneal não possuem suprimento nervoso intrínseco, o que indica que novas fibras nervosas precisam se formar para transmitir a dor da lesão (Asante; Taylor, 2011).

Os focos endometrióticos são vias de inflamação, citocinas, fatores angiogênicos e fatores de crescimento nervoso (Colgrave *et al*, 2021).

Logo, a dor miofascial é comum, afetando músculos e tecido conjuntivo. É subdiagnosticada e muitas vezes esquecida, com prevalência de 85%. O diagnóstico pode ocorrer por pontos de gatilho hiperirritáveis em músculos esqueléticos contraídos (Simons; Travell; Simons, 1999) Pontos de gatilho são dolorosos ativos ou latentes, causando dor em padrões previsíveis. Esses pontos podem causar distúrbios motores, autonômicos e afetando órgãos viscerais (Stratton *et al*, 2015).

2.4 Diagnóstico de Endometriose

Apesar da alta estimativa numérica de endometriose, há dificuldades persistentes no diagnóstico da doença. Em parte, devido à banalização da dor durante o período menstrual. O diagnóstico tardio, em média após 6,7 anos do início dos sintomas, agrava a saúde das mulheres e reduz sua qualidade de vida (Silva *et al*, 2021).

Sendo assim, a realização de exames de imagem como ultrassonografia ou ressonância magnética é ideal na investigação da endometriose, porém é importante lembrar que um resultado negativo não descarta a doença, especialmente a forma peritoneal superficial (Bazot *et al.*, 2009; Manganaro *et al.*, 2012; Guerriero *et al.*, 2014; Thomeer *et al.*, 2014; Nisenblat *et al.*, 2016b; Moura *et al.*, 2019). O GUIDELINE(GDL) recomenda que médicos considerem a laparoscopia para diagnosticar e tratar endometriose em mulheres com resultados negativos ou tratamentos ineficazes (Becker *et al.*, 2022).

2.5 Tratamento fisioterapêutico

A Atuação fisioterapêutica na EM abrange diferentes áreas, como: fisioterapia pré-operatória, fisioterapia pós-operatória, terapia cicatricial e fisioterapia com foco no assoalho pélvico (fisioterapia uroginecológica). No tratamento da EM são mais utilizados a cinesioterapia, terapia manual direcionada à região lombo-pélvica e terapia visceral. Vale ressaltar que a prática de exercícios é crucial para mulheres com

endometriose, autoterapia e do auto relaxamento também são muito importantes (Wójcik *et al.*, 2022).

Desse modo, a fisioterapia do assoalho pélvico é uma aliada no tratamento da dor pélvica crônica, mesmo com benefícios para diagnóstico e tratamento. O encaminhamento deve ser considerado com sensibilidade no assoalho pélvico. Estudos mostram resultados favoráveis, mas revisão sistemática aponta limitações na base de evidências para orientar a prática (Fitzgerald *et al.*, 2013; Loving *et al.*, 2014).

O tratamento da dor pélvica crônica é melhorar a qualidade de vida e a funcionalidade do paciente. No entanto, a terapia baseada em evidências é limitada para esse tipo de dor e muitas vezes se concentra no alívio dos sintomas (Cheong; Smotra; Williams, 2014).

Portanto, as técnicas de fisioterapia mais aplicadas em mulheres com endometriose incluem eletroterapia, fototerapia e técnicas de liberação miofascial do assoalho pélvico, podem ser usadas para desativar esses pontos-gatilho (Wójcik *et al.*, 2022).

Acredita-se que biofeedback é recomendado para dor pélvica crônica, ajudando as pacientes a reconhecerem a atuação dos músculos do assoalho pélvico, proporcionando mais alívio da dor do que a eletroestimulação ou massagem (Engeler; Baranowski; Borovicka, 2015).

Estudos mostram a importância dos fisioterapeutas em equipes multidisciplinares visto que as intervenções beneficiam as mulheres com EM, diminuindo sintomas associado a dores e desequilíbrios osteomusculares, fortalecendo o assoalho pélvico e melhorando a qualidade de vida desse público-alvo (Ribeiro; Fornari, 2017).

3 METODOLOGIA

3.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo de caso com caráter descritivo.

Neste tipo de pesquisa descritiva, os pesquisadores dispõem de um vasto conhecimento do objeto de estudo, devido os resultados gerados por outras pesquisas (Gil, 1999; Cervo; Bervian, 2002).

3.2 Local da pesquisa

A pesquisa foi desenvolvida na Clínica Escola de Fisioterapia da Faculdade Anhanguera Unidade Turu 1, na Clínica Fisioáudio e no Instituto Dr. Alisson Chianca, em São Luis – MA. Ressalta-se que a paciente concedeu anuência e possuem infraestrutura adequada para a pesquisa, com um ambulatório de Uroginecologia (ANEXO 1).

Este trabalho é resultado de um estudo maior que compõe a tese de doutorado da Prof^a. Orientadora Leydianne Dos Santos Sousa, orientadora principal da pesquisa, com orientação da Prof^a Dra. Maria do Socorro de Sousa Cartagenes (UFMA), e co-orientador Prof^o Dr. João Batista Santos Garcia (UFMA).

3.3 Definição da Amostra

O presente estudo contou com uma paciente com diagnóstico comprovado de endometriose por videolaparoscopia com biópsia ou exames de imagem com preparo intestinal.

3.4 Equipe executora

- Sara Beatriz de Oliveira de Souza, Acadêmica de fisioterapia, atuou na tabulação dos dados e organização do artigo;
- Leydianne dos Santos Sousa, fisioterapeuta, Responsável pelo estudo;
- Prof. Fernanda Araruna Oliveira, fisioterapeuta, co-orientadora;

O trabalho foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética da UFMA, sob o parecer de número: 140074/2019 (ANEXO 1). A participante assinou o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A), consentindo a sua

participação no estudo, bem como a publicação dos dados coletados, preservando-se a sua identidade. O estudo foi seguido de uma avaliação fisioterapêutica contendo dados pessoais, anamnese e exame físico.

3.5 Comitê de ética

O projeto de pesquisa do candidato faz parte de um projeto maior intitulado: HÁBITOS ALIMENTARES, PREVALÊNCIA DE FIBROMIALGIA E QUALIDADE DE VIDA EM MULHERES COM ENDOMETRIOSE; o qual é financiado pelo órgão de fomento CADPROD-05197/17 e Apoio da Faculdade Pitágoras São Luís – MA. Esse projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética da instituição, sob o parecer de número: 140074/2019 (ANEXO 1).

3.6 Critério de inclusão

Paciente do sexo feminino entre 20 e 40 anos de idade, tendo assinado o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE)(APÊNDICE A), com diagnóstico comprovado de endometriose, casada, com histórico familiar de endometriose, nuliparidade, tendo apresentado aborto, relato de dores incapacitantes na região pélvica, e em diversas áreas do corpo, cólicas menstruais, fadiga e cansaço, irritabilidade ou nervosismo, fazendo uso de medicação para endometriose e medicação para dor, com sintomas intestinais associados.

3.7 Critério de não inclusão

Foi excluída da pesquisa a paciente que apresentava algum tipo de transtorno cognitivo, que impossibilitava na compreensão e resposta aos questionamentos da pesquisa, pacientes gestantes ou com quadros oncológicos.

3.8 Coleta de dados

Os dados foram coletados pela pesquisadora responsável do presente projeto. A paciente compareceu à Clínica Escola de Fisioterapia da Faculdade Pitágoras, Instituto Alisson Chianca e Clínica Físioáudio no período de janeiro de 2021 a dezembro de 2023 e que se encaixou nos critérios de seleção desta pesquisa recebeu informações e foi convidada a participar do estudo.

Aquela que atendeu aos critérios de inclusão e assinou o TCLE e foi submetida a uma avaliação com os seguintes itens:

- Entrevista: A entrevista contemplou perguntas gerais de identificação: dados sociodemográficos (nome, ocupação e renda), diagnóstico clínico, histórico patológico, medicamentos em uso e questões específicas sobre dor no corpo (APÊNDICE B);
- Avaliação da qualidade de vida: Como instrumento foi utilizado o questionário Endometriosis Health Profile Questionnaire (EHP-30) (ANEXO 2), já validado em português, para avaliação da qualidade de vida da paciente com endometriose.

O EHP-30 é um instrumento de autorrelato desenhado para avaliar qualidade de vida relacionada à saúde, específico para endometriose, com tópicos desenvolvidos com base de avaliação com a paciente e com perfil psicométrico estabelecido. Esse questionário é por duas etapas (Grundström et al., 2020): uma etapa central do questionário de 30 tópicos, aplicável a paciente com endometriose, abrange cinco subescalas (11 tópicos de dor, 6 de controle e impotência, 6 de emoções, 4 de apoio social e 3 de autoimagem) e uma segunda, o questionário modular de 23 tópicos contém seis subescalas (5 tópicos sobre vida profissional, 2 sobre relacionamento com filhos, 5 sobre relação sexual, 4 sobre profissão médica, 3 sobre tratamento e 4 sobre infertilidade).

A parte modular do EHP-30 não se aplica necessariamente a todas as pacientes com endometriose, somente aquelas que tem filhos. As categorias de resposta são classificadas em uma escala Likert de cinco pontos (0-4), e os itens dentro de cada subescala são somados para criar uma pontuação bruta de 30 itens que avaliam 5 dimensões: dor, controle e impotência, bem-estar emocional, apoio social e autoimagem, e de um questionário modular com 23 itens distribuídos em seis escalas: relações sexuais, trabalho, profissão médica, infertilidade, relacionamento com filhos e tratamento.

As respostas são graduadas em nunca (1), raramente (2), algumas vezes (3), muitas vezes (4) e sempre (5). O cálculo é efetuado utilizando a pontuação máxima de 5 pontos para cada item da escala (cada questão), dividido pelo escore total bruto possível multiplicado por 100. O escore obtido aponta que quanto melhor a qualidade de vida menor o escore total, ou seja, escore zero indica melhor qualidade de vida e escore 100 indica pior qualidade de vida (Grundström et al., 2020). Este instrumento

foi validado para o português em uma amostra de 54 pacientes com diagnóstico de endometriose (Mengarda et al., 2008).

3.9 Metodologia da avaliação física

A avaliação física da paciente inclui avaliação postural estática na posição ortostática lateral, ortostática pósterio-anterior e ortostática ântero-posterior, ou seja, de lado, de frente e de costas, depois a avaliação da marcha de forma dinâmica.

Além disso, o objetivo do exame físico é identificar o dermatomo, tecidos, nervos, músculos e órgãos que reproduzem os sintomas de dor do paciente na tentativa de ajustar a causa subjacente. Em mulheres com dor pélvica crônica, os achados raramente são normais, sendo frequentemente inespecíficos e inconclusivos.

O exame físico, pode ser utilizado um exame com espéculo, deve ser executado com cautela para limitar a exacerbação da dor. O abdômen e a pelve devem ser avaliados em busca de pontos-gatilho, cicatrizes cirúrgicas. Um exame da pelve e do abdome com uma só mão, realizando a palpação, ponta plana do dedo indicador da mão dominante, pode ser útil para identificar as estruturas associados à sensibilidade focal. Alternativamente, um cotonete pode ser usado.

Deve-se avaliar a genitália externa para condições dermatológicas inflamatórias. O exame da musculatura do assoalho pélvico pode identificar hipertonicidade, sensibilidade ou pontos-gatilho. A sensibilidade à palpação na parte inferior das costas, articulações sacroilíacas ou sínfise púbica pode indicar dor de origem musculoesquelética. O teste de Carnett pode distinguir dor visceral de dor na parede abdominal (Figura 1).

FIGURA 1 – Teste de Carnett

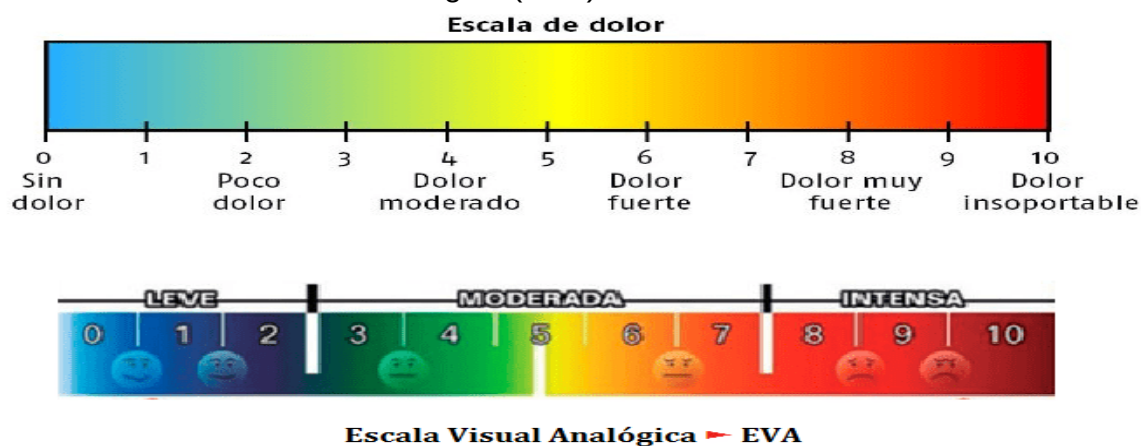


Fonte: Lamvu et al. (2021).

O exame neuromusculoesquelético avalia os dermatômos, esclerôtomos e miótomos para investigar locais de dor generalizada, sensibilização e disfunção miofascial (Aredo et al., 2017). Os dermatômos do segmento cervical-2 até o sacro-2 serão avaliados de cefálico a caudal para alodinia e hiperalgesia bilateralmente, aproximadamente 2,5 cm lateral ao processo espinhoso.

O limiar de dor à pressão, a quantidade mínima de pressão que provoca dor (Simão et al., 2017), foi medido sobre os ligamentos interespinhosos de cervical-1 a sacral-1, aplicando a escala de Escala Visual Analógica (EVA) (figura 2). Um baixo limiar de dor à pressão para ligamentos interespinhosos será definido com escala de EVA de 1 à 4 (Pereira et al., 2019; Wolfe et al., 1990).

FIGURA 2 – Escala Visual Analógica (EVA)



Fonte: Adaptado de Simão et al. (2017).

Os miótomos foram examinados para pontos-gatilho miofasciais nos treze músculos pareados (26 regiões avaliadas), avaliados frequentemente em paciente submetidos à avaliação para fibromialgia. Os critérios usados para constatar os pontos-gatilho miofasciais são locais palpáveis, discretos e hiper irritáveis dentro de uma faixa tensa do músculo esquelético (Fernandez-de-Las-Penas; Dommerholt, 2018; Simons; Travell; Simons, 2005).

A avaliação do assoalho pélvico de forma funcional, foi avaliada com a escala New Perfect (figura 3 e ANEXO C) e por meio de Eletromiógrafo New Miotool da marca Miotec®. Durante o treinamento de feedback eletromiográfico usou-se o software Biotrainer com dispositivo USB (figura 5). O equipamento possui oito canais, porém foram usados 02 sensores, sensores conectados ativos diferenciais, com resolução

de 16 bits, 2Khz frequência de amostragem, filtro passa-baixa de 20 Hz, passa-alta de 500 Hz filtro, entalhe de 60 Hz, uma conexão de braçadeira e um eletrodo de referência (chão). Para captar o sinal elétrico, utilizamos o mesmo dispositivo com eletrodos duplos, com dimensões de 44 mm de comprimento, 21 mm de largura.

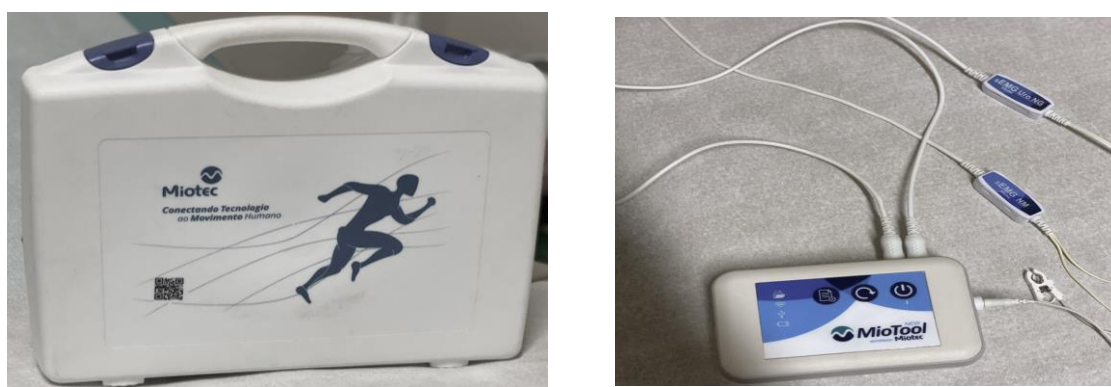
A referência eletrodo (terra) foi posicionada sobre a espinha ilíaca ântero-superior. Utilizamos 02 tipos de eletrodos, um intracavitário de uso individual, e 1 par de eletrodos de superfície na região abdominal. As áreas onde foi colocado o cabo de referência e os eletrodos abdominais foram esterilizados com algodão embebido em clorexidina alcoólica 5% antes da colocação dos eletrodos para todas as sessões quando biofeedback eletromiográfico foi empregado (figura 5).

FIGURA 3 – Escala de New Perfect

P	Power	Contração voluntária máxima	Oxford 0 a 5
E	Endurance	Resistência: refere-se ao tempo em que se consegue manter o grau de função muscular alcançado em P	Até 10 segundos
R	Repetitions	Número de repetições em que se consegue manter o grau em P durante o tempo registrado em E. Com intervalos de 4 seg de repouso entre cada contração.	Até 10 repetições
F	Fast	Contrair e relaxar MAP de maneira vigorosa e rápida com o grau em P	Até 10 contrações
E	Elevation	Elevação da parede vaginal durante uma contração voluntária máxima	Presente/ausente
C	Co-contraction	Co-contração dos músculos acessórios durante uma contração voluntária máxima	Presente/ausente
T	Timing	Contração involuntária MAP durante a tosse	Presente/ausente

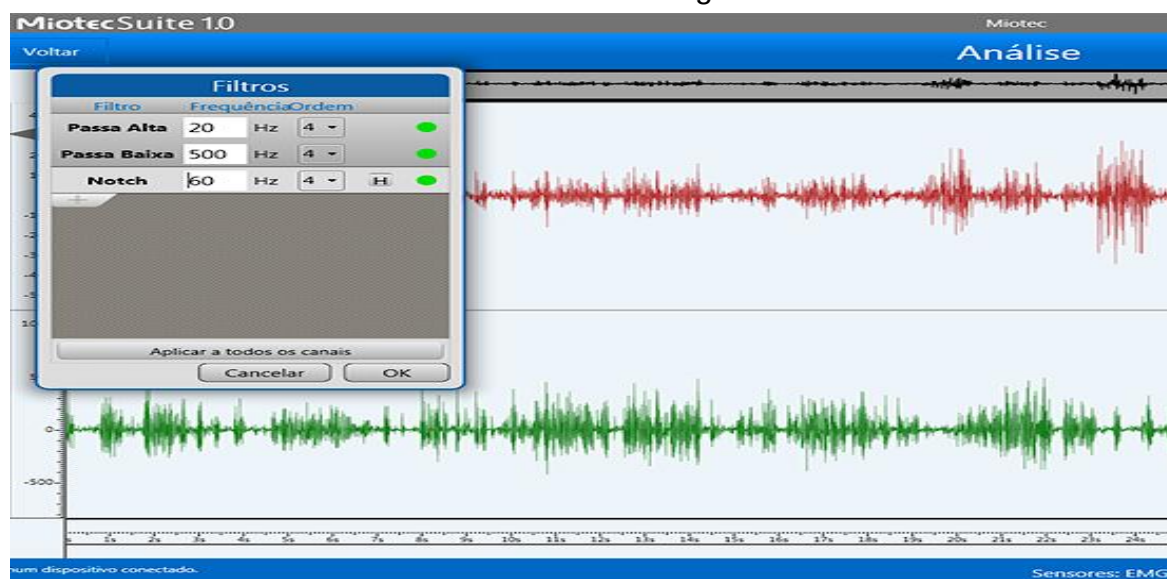
Fonte: Esquema New PERFECT. Adaptado de Driusso & Beleza (2018).

FIGURA 4 – Biofeedback eletromiográfico New Miotoo da Miotec



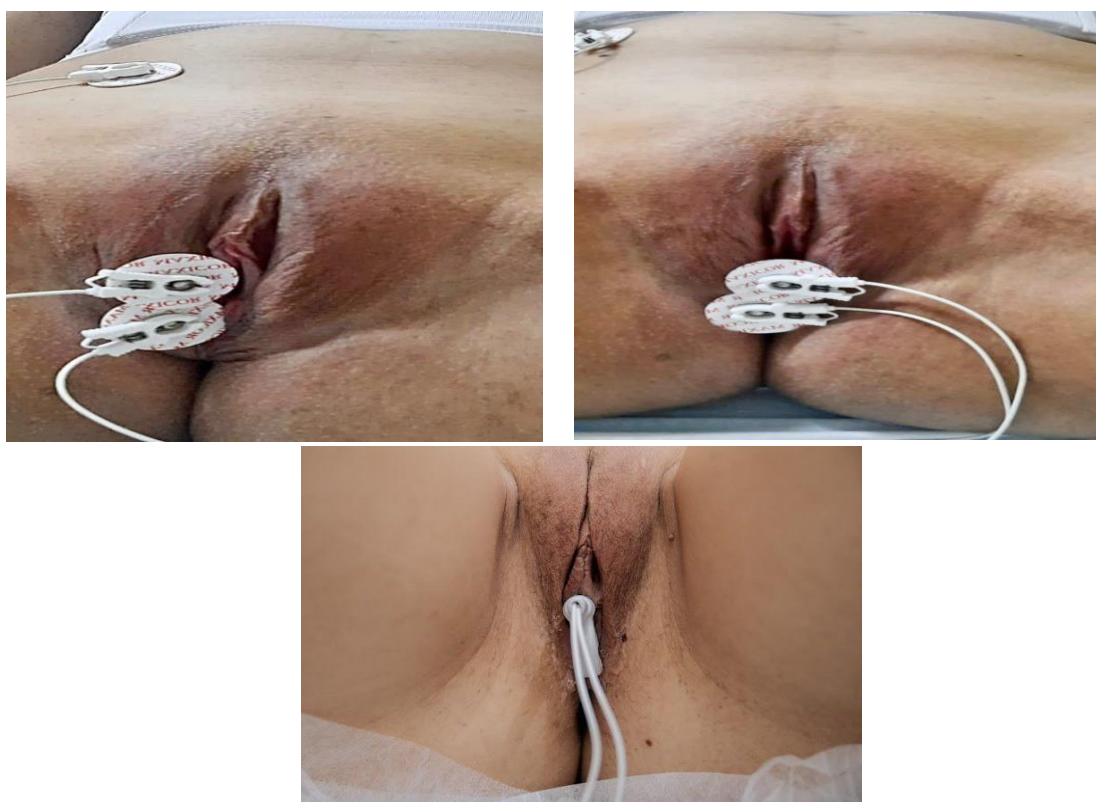
Fonte: Acervo pessoal de Leydianne Sousa (2024).

FIGURA 5 – Tela inicial do Biofeedback eletromiográfico com os filtros



Fonte: Acervo pessoal de Leydianne Sousa (2024).

FIGURA 6 – Posicionamento dos eletrodos do eletromiográfico para o músculo bulbocavernoso direito, corpo perineal e eletrodo intracavitário respectivamente



Fonte: Acervo pessoal de Leydianne Sousa (2024).

Segundo Laycock 2008, A Escala *New Perfect* foi descrita como um teste que avalia a funcionalidade do assoalho pélvico através da palpação intra-vaginal bidigital, sendo executado conforme a sequência abaixo descrita:

P-(Power): graduada de zero a cinco, avaliando a presença e a intensidade da contração muscular voluntária máxima, de acordo com a classificação de Oxford adaptada e graduada de 0-5 (0-ausência de contração;1-esboço de contração não sustentada; 2- contração fraca sustentada; 3- contração moderada; 4- contração satisfatória; 5- contração forte).

E-(Endurance): manutenção da contração com sustentação em até 10 segundos;

R-(Repetition): repetição das contrações mantidas com sustentações satisfatórias Dois minutos de repouso 39;

F-(Fast): número de contrações rápidas até 10 repetições;

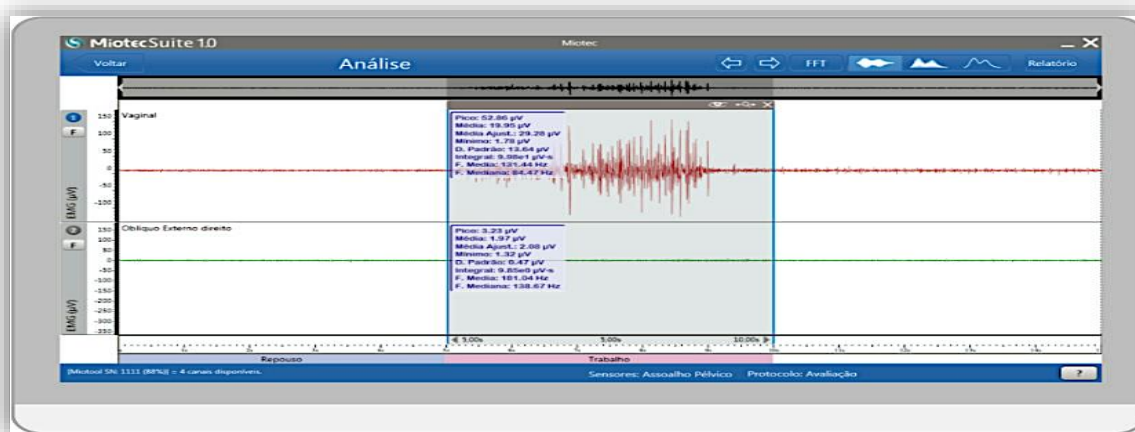
E-(Elevation): Elevação da parede posterior da vagina;

C-(Co-Contraction): Contração abdominal durante o recrutamento da musculatura do assoalho pélvico;

T- (Timing): Contração da musculatura do assoalho pélvico durante um esforço, por exemplo, durante a tosse (Kari *et al.*, 2005).

Alem disso, foi avaliado por meio de eletromiografia, a hiperatividade muscular em repouso, e a utilização de musculatura acessória para contrair o assoalho pélvico (figura 7).

FIGURA 7 – Tela do eletromiográfico demonstrando hiperatividade em repouso no eletrodo intracavitário e o silêncio eletromiográfico em musculatura acessória



Fonte: Acervo pessoal de Leydianne Sousa (2024).

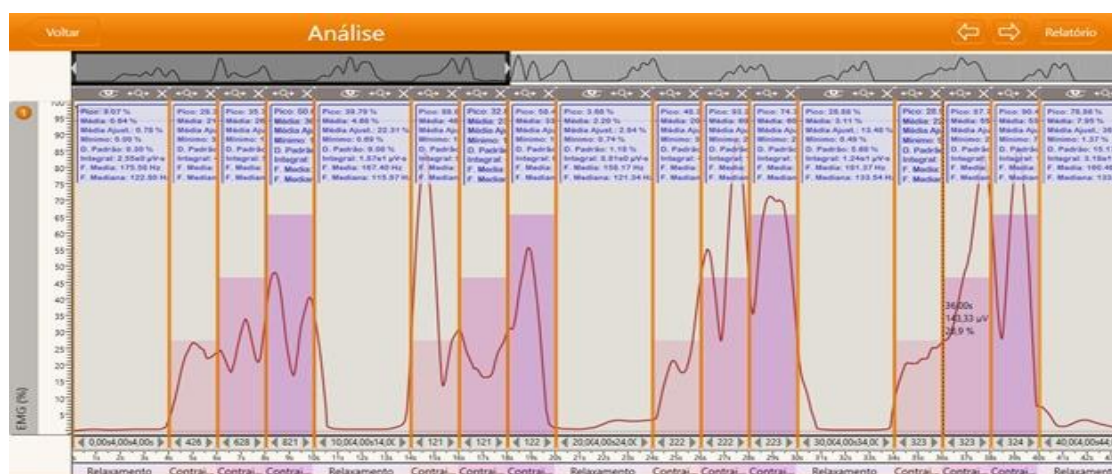
Posteriormente a avaliação já descrita, a paciente foi conduzida a 10 atendimentos de Fisioterapia Pélvica, com a realização de 05 (cinco) fases de reabilitação:

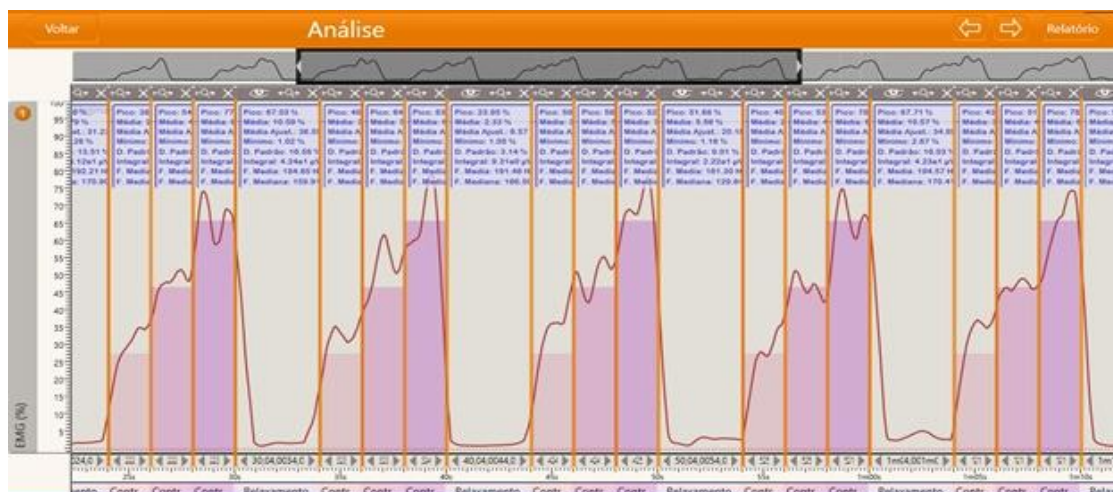
Fase A: A paciente recebeu as informações anatômicas necessárias no início do treinamento da musculatura do assoalho pélvico (TMAP). O protocolo foi iniciado com readequação postural com alongamentos de membros superiores e inferiores, mobilização sacral e pélvica com abordagem mais específica para o músculo psoas, glúteo máximo, médio e mínimo e treinamento dos movimentos de inclinação anterior, posterior e lateral.

Fase B: Eletroanalgesia com corrente elétrica bifásica alternada e assimétrica com frequência de 5 (cinco)hz e duração de pulso de 500 microssegundos, para máxima liberação de opioides endógenos objetivando bloqueio analgésico temporário, sendo a intensidade variável em virtude da personalização do protocolo, sendo utilizado 02 tipos de eletrodos: intracavitário e superficial. Eletrodo intracavitário posicionado em região intra-vaginal e os superficiais em região paraperineal e abdominal inferior.

Fase C: Intervenção pélvica extra e intracavitária com liberação miofascial das musculaturas superficiais: bulbocavernoso, isquiocavernoso, transverso do períneo e esfínter anal externo e das musculaturas profundas: pubovaginal, puboperineal, puboanal, puboreal e os coccígeos. Conscientização perineal com abordagem desde o autoconhecimento até o ato correto de contrair e relaxar com auxílio de biofeedback eletromiográfico (figura 8). A evolução de fase só foi realidade depois de completada a fase B.

FIGURA 8 – Tela do eletromiográfico: Treino de contração perineal em três tempos para conscientização perineal





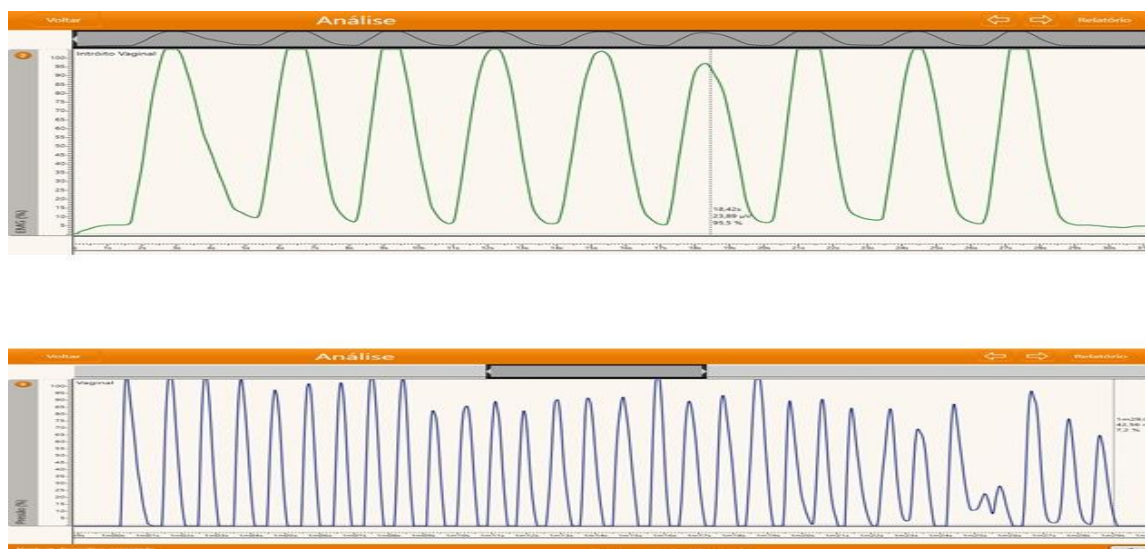
Fonte: Acervo pessoal de Leydianne Sousa (2024).

Fase D: Para a Intervenção de fortalecimento do assoalho pélvico com evolução de fase tônica (contração lenta) para fase fásica (contração rápida) para endurance e resistência utilizando biofeedback eletromiográfico (Figura 16), eletroestimuladores com eletrodos superficiais (Figura 10) com evolução frequência, duração de pulso e intensidade contrátil visualmente.

A paciente foi solicitada a esvaziar a bexiga antes do treinamento. Era posicionada em decúbito dorsal com os joelhos levemente flexionados e a cabeça levemente elevada. Sonda EMG de superfície foram colocada no músculo reto abdominal, e uma sonda intracavitária foi posicionada na cavidade vaginal, e o cabo referência posicionado na espinha ilíaca ântero-superior. A paciente foi solicitada apenas a contrair os músculos do assoalho pélvico, e não os músculos abdominais. Ela também foi solicitada para acompanhar a contração e o relaxamento dos músculos do assoalho pélvico em um monitor e a certificar-se de que estavam contraindo o grupo muscular correto; permitindo assim a participação ativa no programa educacional.

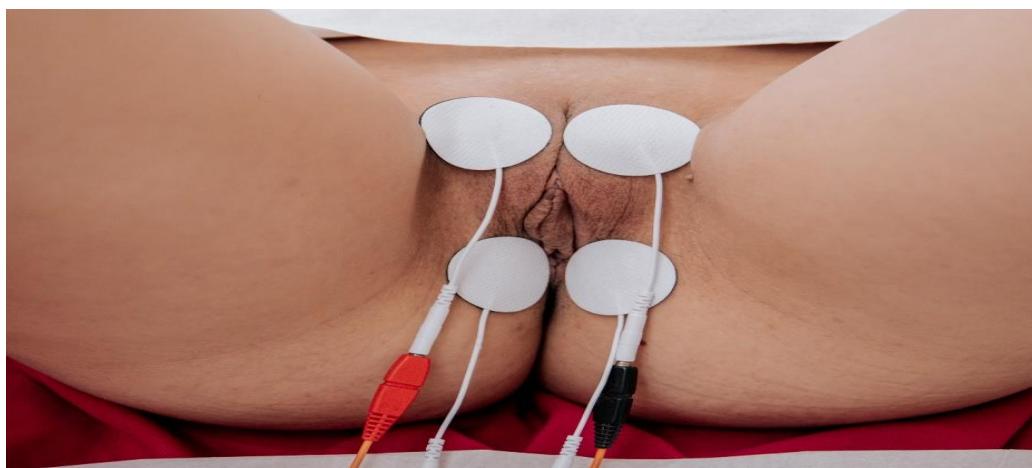
Dessa forma, a paciente foi ensinada a identificar os músculos do assoalho pélvico e a usar os músculos do assoalho pélvico seletivamente, sem usar os músculos abdominais. A paciente foi inscrita em sessões de TMAP assistidas por biofeedback duas vezes por semana (um total de 60 minutos, com cada sessão durando em média 20 minutos) durante 5 semanas.

FIGURA 9 – Tela do eletromiográfico: Treino de contração perineal com ativação tônica e fásica, respectivamente



Fonte: Acervo pessoal de Leydianne Sousa (2024).

FIGURA10 – Eletroestimulador com eletrodos em musculatura superficial do assoalho pélvico



Fonte: Acervo pessoal de Leydianne Sousa (2024).

Fase E: Orientações comportamentais com a manutenção dos treinos de movimentos pós alta e fase de reeducação da higiene íntima, higiene do sono, importância do controle alimentar anti-inflamatório, antioxidante e que seja favorável para microbiota intestinal.

A reavaliação aconteceu após os 10 atendimentos, levando em consideração todos os dados avaliados no primeiro contato, incluindo avaliação da qualidade de vida por meio do EHP-30.

4 RESULTADOS

A Tabela 1 descreve as principais características da paciente.

TABELA 1 – Tabela de descrição das características antropométricas, sociais e da doença do paciente.

Características Antropométricas	Resultados
Idade (anos)	26
Massa (kg)	67
Estatura (cm)	1,6
IMC (kg/cm²)	26,8
Tempo Diagnóstico	6
Número de Laparoscopias	1
Características Sociais	Resultados
Estado Marital	Casada
Renda Familiar	Acima de 2 até 3
Emprego	Não
Características da Doença	Resultados
Estadiamento da Endometriose	I
Endometriose na família	Sim
Gestações	Nenhuma
Abortos	2 abortos
Fibromialgia	Sim
Fisioterapia pélvica	Sim

Fonte: Leydianne Sousa (2024).

A faixa etária da paciente é 26 anos, estatura 1,58. Encontra-se estado marital casada, tempo de diagnóstico de 6 meses. Paciente possui o diagnóstico de

endometriose com exame de laparoscopia. Relatou que existe caso na família, a mãe possui a patologia.

Na tabela 02, verificou-se que a paciente realiza atividade física duas vezes na semana. Adepta da Musculação.

TABELA 2 – Resultados obtidos Pré e Pós Intervenção.

Categorias de Avaliação	Pré- Intervenção	Pós- Intervenção
Dor pélvica	Sim	Sim
Dor à palpação abdominal	Sim	Não
Dor associada cintura escapular	Sim	Não
Dor associada braço	Não	Não
Dor associada antebraço	Não	Não
Dor associada quadril	Não	Não
Dor associada perna	Não	Não
Dor associada mandíbula	Sim	Não
Dor associada tórax	Não	Não
Dor associada abdômen	Não	Não
Dor associada torácica	Não	Não
Dor associada lombar	Sim	Não
Medicações para endometriose	Sim	Sim
Medicações para dor	Sim	Não
Sintomas urinários associados	Não	Não
Sintomas intestinais associados	Sim	Não
Dispareunia	Sim	Hipotrofia
Pontos dolorosos occipital	Presente	Ausente

Pontos dolorosos trapézio	Presente	Ausente
Pontos dolorosos supra espinhoso	Presente	Ausente
Pontos dolorosos glúteos	Presente	Ausente
Pontos dolorosos trocânter maior	Presente	Ausente
Pontos dolorosos vértebra c5 a c7	Ausente	Ausente
Pontos dolorosos junção 2 costelas	Ausente	Ausente
Pontos dolorosos epicôndilo lateral	Ausente	Ausente
Pontos dolorosos joelho	Presente	Ausente
Pontos dolorosos Abdômen	Presente	Ausente
Coordenação	Ausente	Normal
Pontos dolorosos intracavitários	Presente	Ausente
Reflexos	Diminuído	Presente
Fadiga / cansaço durante a última semana	Severa	Severa
Frequência de fadiga/ cansaço	Sempre	Frequentemente
Frequência preocupada/ irritada ou nervosa	Sempre	Frequentemente
Abertura vulvo vaginal	0 cm	1cm
Trofismo membro inferior	Hipotrofia	Normal
Tônus do corpo perineal	Hipertônico	Hipertônico
Tônus do esfíncter anal externo	Hipertônico	Normal
Tônus de membro inferior	Hipotônico	Hipertônico
Sensibilidade	Diminuída	Normal

Fonte: Leydianne Sousa (2024).

A dor pélvica aparece na avaliação inicial e pós-intervenção, apresenta melhora na qualidade de vida, para dor pélvica também houve resultado significativo para dispareunia (dor na relação sexual). Em relação aos pontos dolorosos na avaliação inicial, paciente relatou possuir pontos com dores na região do trapézio, occipital,

supra espinhoso, quadrante externo do glúteo, trocãter maior, joelho, abdomen, intracavitário, assim como dor à palpação abdominal. Ademais, cabe destacar outros dados algícos em virtude da mudança com relação a pós intervenção: dor associada à cintura escapular; dor associada a mandíbula; dor associada a região lombar; dor associada ao trocãter maior; pontos dolorosos no joelho mostrou resultados positivos. As demais regiões podem ser observadas na Tabela 2.

Além disso, percebe-se que a paciente utiliza medicação específica para endometriose. Dentre os sintomas associados a endometriose, a paciente estudada na avaliação inicial apresentaram sintomas intestinais, entretanto, a mesma afirma não possuir sintomas urinários. Já na pós-intervenção houve queda dos sintomas, no caso de sintomas intestinais, com grande efeito.

Os pontos dolorosos intracavitários foram unanimidade na avaliação intestinal, com pós intervenção da paciente, apresentavam o assoalho pélvico descoordenado, sendo que na pós-intervenção houve efetividade na intervenção da paciente gerando resultados positivos, conforme tabela 02.

A fadiga/cansaço foi considerada frequente. Na inspeção do assoalho pélvico apresentando grau 0 de abertura vaginal, com níveis zerados na pós-intervenção com grau 1 com valor de grande efeito como visto na tabela 2. hiperatividade do esfíncter anal externo foi um achado relevante com alteração pós intervenção para Normal. Assim como, a sensibilidade apresentou-se diminuída na avaliação inicial, já na pós-intervenção apresentou sensibilidade normal.

Tabela 3 – Resultados da escala de PERFECT Pré e Pós Intervenção.

ESCALA	PRÉ	PÓS
PERFECT P (FORÇA)	0	3
PERFECT E (ENDURANCE)	3	7
PERFECT R (REPETIÇÃO)	2	5
PERFECT F (FAST)	2	8
PERFECT E (ELEVAÇÃO)	Ausente	Presente
PERFECT C (CO-CONTRAÇÃO)	Presente	Presente
PERFECT T (CONTRAÇÃO INVOLUNTÁRIA)	Presente	Ausente

5 DISCUSSÃO

Este estudo avaliou uma paciente com endometriose através de avaliação funcional do assoalho pélvico e qualidade de vida. Após cinco semanas de fisioterapia, a paciente foi reavaliada. O objetivo era determinar os benefícios de um programa personalizado para a qualidade de vida de pacientes com endometriose. Mesmo sem estudos comparativos, observou-se impacto positivo dessa abordagem fisioterapêutica em pacientes com sintomas semelhantes. (Lozano-Lozano et al., 2021; Park *et al.*, 2016).

A paciente do estudo está na média de faixa etária, Ruszala *et al.* (2022) trouxeram um estudo com a incidência maior em mulheres de 25 a 29. Zondervan *et al.* (2020) afirmaram que a endometriose afeta cerca de 190 milhões de meninas e mulheres em idade fértil no mundo. Os pesquisadores concordam com esses dados mesmo sem etiologia definida a endometriose possui público alvo específico com relação à idade (Zondervan *et al.*, 2020).

O índice de massa corpórea também foi mensurado, com média de IMC 26,83 kg/m² considerada como sobrepeso segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) que classifica o IMC de acordo com 5 faixas (Duarte *et al.*, 2019). O estudo mostrou que o sobrepeso está relacionado com menor qualidade de vida e autoestima em mulheres, assim como um IMC muito baixo. Isso está de acordo com outros estudos que também encontraram essa associação (Bién *et al.*, 2020).

Acredita-se na importância da manutenção do peso para evitar a sobrecarga no assoalho pélvico das pacientes com endometrioses, pois pacientes obesos podem desenvolver aumento da pressão abdominal, que força os músculos do assoalho pélvico para baixo, resultando em fraqueza e posterior hiperatividade muscular devido à sobrecarga.

Além disso, no estudo foi identificado a infertilidade como um sintoma clássico da endometriose, justificando a presença de nuliparidade. Fadiga, irritação e preocupação também foi frequente e severa. DiBenedetti *et al.*, (2020) Fadiga pode estar ligada a dores menstruais, stress e hemorragias irregular em paciente com endometriose. Pokrzywinski *et al.*, (2020) afirmam que o cansaço, fadiga e irritabilidade estão presentes em mais de 60% das mulheres e 40% delas apresentam algum tipo de incapacidade na realização de suas atividades sociais, sendo a dor a

principal causa desses sintomas, ratificando os dados do nosso estudo em que a paciente afirma sempre estar nervosa ou irritada.

Logo, a correlação entre fadiga crônica e endometriose é complexa. Vários fatores como desequilíbrio hormonal, sistema imunológico fraco, dores, abalo emocional e sono irregular contribuem para a exaustão da paciente.

A paciente apresentava problemas intestinais, entretanto, afirma não possuir sintomas urinários, estando de acordo com Jiang *et al.*, (2021), a inflamação intestinal é apresentada como um sintoma característico da endometriose, no entanto Kössi *et al.*, (2013), Os sintomas da endometriose intestinal, como dores abdominais, constipação, sensação de pressão ao evacuar, dor, sangramento e estenose intestinal, muitas vezes são confundidos com outras doenças devido à sua semelhança. Isso pode causar atrasos no diagnóstico, mesmo que os sintomas sejam persistentes e severos.

Existem inúmeras vias de ligação entre a endometriose e as alterações intestinais, a primeira é a muscular, devido a musculatura profunda do assoalho pélvico, e principalmente os elevadores do ânus e pubo retal apresentam hiperatividade clássica na endometriose, o que facilita os episódios de constipação. Além disso, tem-se as aderências abdominais e pontos de gatilhos, principalmente em psoas e até mesmo no diafragma o que também altera fluxo intestinal.

Febbraio (2005), Atividade física regular pode ter um efeito positivo na imunidade de mulheres com endometriose, que sofrem de alterações imunológicas. Os sintomas da endometriose são causados por inflamação local no peritônio, devido aos implantes endometriais ectópicos. Estudos mostram que a atividade física pode aumentar os níveis de citocinas antiinflamatórias no organismo.

Tennfjord *et al.*, (2021), afirma que a prática de atividade física melhora a dor, como os níveis de stress e bem-estar ou autoimagem das pacientes com dor pélvica crônica.

Cabe destacar, que a dor pélvica é o sintoma mais frequente na portadora de endometriose, a paciente estudada apresenta dor pélvica e cólica menstrual, sendo um fator debilitante em suas atividades diárias, constata os autores Zondervan *et al.*, (2020), que evidenciam que esses sintomas ocorrem devido a um processo inflamatório prolongado dos implantes endometrióticos, gerando a formação de aderências a cicatrizes.

Carbone *et al.*, (2021), afirmaram que dor pélvica crônica pode ou não estar ligada à menstruação, sendo incessante na região por pelo menos seis meses e a paciente incapacitada. Muitas vezes requer cuidados médicos e até cirurgia. O impacto da dor é subjetivo e diferente entre as mulheres, que dá a entender que é afetada pela personalidade, emoções, comportamentos, e crenças de cada pessoa, o que influencia a sua duração, intensidade e tolerância.

De acordo com, Chmaj-Wierzchowska *et al.* (2020), o grau de dor relatado pela mulher não é proporcional à gravidade da doença. Isto, porque a presença de pequenos focos de endometriose peritoneal pode significar dores fortes, enquanto os grandes não necessariamente podem causar queixa significativa.

Telles *et al.* (2017) apontaram a importante associação das algias pélvicas com doenças como a depressão, fibromialgia e a síndrome da fadiga crônica vêm sendo relatadas em alguns estudos, semelhante ao que foi encontrado na pesquisa a paciente com diagnóstico associado de endometriose e fibromialgia.

Outro resultado que chama atenção é o fato de que a paciente da pesquisa apresentar incoordenação da musculatura do assoalho pélvico e dor à palpação abdominal. Garcia *et al.* (2006), relatam que a dor à palpação abdominal é um achado comum dos casos de endometriose intestinal.

Logo, no início da avaliação a paciente na escala *New Perfect* e por meio do biofeedback eletromiográfico observou-se comprometimento importante na musculatura do assoalho pélvico.

Em relação a escala *New Perfect* e resistência dos MAP, ou seja, o tempo de sustentação da contração, nas pesquisas não foram encontrados estudos com avaliação de mulheres com endometriose, mas para Fitzgerald e Kotarinos (2003), essas mulheres possuem fraqueza dessa musculatura e não conseguem sustentar a contração, pois seus MAP entram em fadiga mais rápido. Outra justificativa é que os MAP de mulheres com DPC por abrigarem pontos gatilhos, são encurtados e geram menor força de contração e consequentemente menor resistência muscular.

Cabe destacar que o assoalho pélvico também é musculatura estriada esquelética, composto por 70% de fibras tônicas e 30% de fibras fásicas, sendo assim, essa musculatura quando está comprometida com pontos de gatilhos ou hipertonia acaba não conseguindo desempenhar contração e relaxamento de forma efetiva.

O protocolo de tratamento fisioterapêutico de 05 (cinco) fases do estudo mostrou resultados significativos na pós intervenção, apresentou melhora na escala

New *Perfect* em todos os quesitos, assim como no questionário EHP apresentou melhora em todos os seus índices após o tratamento.

Apesar de não encontrar estudo similar publicado para fomentar a discussão, trouxemos embasamentos das técnicas utilizadas no protocolo.

De acordo com Oliveira *et al.* (2017), a fisioterapia é o tratamento conservador mais indicado para a DPC. O objetivo dessa abordagem é o de alívio da sintomatologia dolorosa e melhorar a qualidade de vida. É importante que o profissional de saúde saiba reconhecer as estruturas musculoesqueléticas do pavimento.

O fisioterapeuta desempenha um papel importante nos sintomas funcionais como a DPC, podendo de minimizar os sinais e sintomas da doença como a melhora ou minimização da dor, realizar o desfecho do ciclo “tensão-dor-tensão”, relaxar a musculatura da pelve, melhorar a mobilidade pélvica e a percepção corporal, reduzir posturas antálgicas, prevenir contraturas musculares, melhorar a resposta imunológica da mulher. Essas intervenções resultam em uma melhora significativa na saúde e bem-estar da paciente afetada por essa condição (Nascimento, 2017).

Neste sentido, a fisioterapia especializada no tratamento da dor crônica pode complementar os cuidados médicos tradicionais, levando a um melhor controle da dor e redução de custos diretos e/ou indiretos da endometriose.

A massagem perineal é uma técnica utilizada no tratamento da DPC, que consiste em aumentar a flexibilidade dos músculos e reduzir a resistência muscular, fazendo o alongamento da região perineal, promovendo relaxamento dessa musculatura. Inicialmente feita pelo fisioterapeuta pode iniciar a massagem perineal através do toque unidigital, evoluindo para o bidigital, são feitos movimentos em forma de “U”, para cima, lateralmente na vagina, com pressão para baixo, estirando o períneo, de um lado para o outro. O tempo de aplicação da técnica varia de acordo com o fisioterapeuta e o relaxamento da musculatura. Com a evolução da paciente a técnica pode ser executada pela paciente, como forma de auxílio em seu tratamento.

Em seguida, o TENS é uma técnica terapêuticas de fácil aplicação e manuseio, utilizada para alívio da dor sintomática tornando uma das técnicas mais utilizadas na área da eletroterapia para endometriose, o objetivo principal do uso desta abordagem terapêutica é de promover analgesia na paciente, sendo uma alternativa eficaz e principalmente segura para reduzir o uso de medicamentos. Além da analgesia, o TENS possui outros efeitos fisiológicos como: estimulação muscular, vasodilatação, redução de edema, diminuição da inibição reflexa, entre outros (Reis;

Souza; Bueno, 2016). Seus mecanismos de ação estimulam a liberação de endorfinas, sendo uma possível solução de alívio da dor sofrem com a cólica menstrual e que não conseguem por outro meio de tratamento (Ferreira; Azanki, 2010; Paulino; Teles; Lordêlo, 2014).

Além disso, utilizando a abordagem da cinesioterapia é possível observar a sintomatologia da paciente e melhorar essas sintomas através de várias técnicas que envolvem exercícios com mobilizações globais, exercícios passivos, alongamento muscular global, exercícios para fortalecimento muscular, coordenação motora, equilíbrio, série de Willians para alongamento e estabilização da região toraco-lombar, exercícios para fortalecimento do assoalho pélvico, melhorando dessa forma todo o pavimento pélvico (Nascimento; Kraievski, 2017).

A conscientização perineal é essencial antes de iniciar qualquer tratamento fisioterapêutico para o assoalho pélvico, e o biofeedback pode ser usado para auxiliar nessa abordagem. A cinesioterapia através do toque bidigital do fisioterapeuta é outra técnica utilizada com essa finalidade, associado à escala *New Perfect*. A evolução dos exercícios intracavitários como series de contração rápidas e lentas, reflexo miotático de estiramento associado a contrações feitas pelo paciente, contrações resistidas com o biofeedback ou toque bidigital, reforça a resistência uretral e melhora os elementos de sustentação dos órgãos pélvicos, melhorando a força da musculatura do assoalho pélvico, hipertrofiando principalmente as fibras musculares estriadas tipo II dos diafragmas urogenital e pélvico (Marcon; Santos, 2021).

No entanto, o tratamento fisioterapêutico pode ser realizado com alta tecnologia com a técnica do Biofeedback eletromiográfico, na qual utiliza-se o aparelho eletrônico que envia sinais contínuos e instantâneos, consiste na colocação de eletrodos de superfície no períneo que emitem informações visuais ou sonoras sobre a contração do períneo através de um programa de computador, é frequentemente utilizada pela fisioterapia para orientar a respeito do relaxamento, contração e coordenação do assoalho pélvico, que possibilita evidenciar os acontecimentos fisiológicos. Tendo com efetividade o fortalecimento, recuperação e consciência da mulher no que diz ao conhecimento da força que seu assoalho pélvico possui (Hoga; Mendes, 2017; Reis, 2015).

Sendo importante citar, que é a única técnica capaz de avaliar a musculatura do assoalho pélvico em repouso. A técnica proporciona à paciente com endometriose um tratamento completo e efetivo.

A conscientização perineal de forma correta, contração e relaxamento, são de extrema importância para qualificar o assoalho pélvico da paciente com endometriose. Da mesma forma que o fortalecimento da musculatura do assoalho pélvico é uma das principais modalidades de tratamento para pacientes com endometriose. Buscando a conscientização das pacientes quanto à forma eficaz de realizar os exercícios.

A Fisioterapia Pélvica tem se destacado no tratamento da endometriose e principalmente nas dores pélvicas, que visa reduzir os sintomas dolorosos e melhorar a qualidade de vida da paciente. Atua no pré, durante e pós cirúrgico, terapia comportamental, prevenção e reabilitação. Tem como objetivo melhorar da função do assoalho pélvico, permitindo a paciente realizar atividades diárias.

6 CONCLUSÃO

Os resultados do estudo através da aplicação da escala New PERFECT pré e pós intervenção evidenciaram resultados positivos com tratamento da fisioterapia. Após 10 atendimentos a paciente foi reavaliada, demonstrou que a dor pélvica não desapareceu durante o tratamento mas houve melhora da sintomatologia, corroborou que a endometriose prejudica a qualidade de vida das mulheres, afetando aspectos psicológicos, físicos e sociais, incluindo comprometimento osteomuscular de vários segmentos.

Houve uma melhora significativa nos oito pontos dolorosos e nove em dores associada a endometriose, abertura vulvo vaginal 1cm, tônus do esfíncter anal externo e de MMII normal, trofismo de MMII normal. Além disso, nos resultados pós intervenção da escala PERFECT demonstrou efetividade no tratamento com grandes resultados, a força 3, resistência 7, repetições 5 e de números de contrações rápidas 8, elevação e co-contração presente e contração involuntária ausente. Cabe destacar que com uso da eletronalgesia a paciente suspendeu a medicação para dor.

A fisioterapia Pélvica tem um papel importante de minimizar os sinais e sintomas da doença, assim promovendo o alívio da sintomatologia dolorosa e melhorar a qualidade de vida dessa paciente.

REFERÊNCIAS

Abrão, Mauricio Simões. Endometriose: Uma revisão contemporânea. Rio de Janeiro: **Revinter**; 2000.

Amro, Bedayah et al. New understanding of diagnosis, treatment and prevention of endometriosis. **International journal of environmental research and public health**, v. 19, n. 11, p. 6725, 2022.

Anastasiu, Costin Vlad et al. Biomarkers for the noninvasive diagnosis of endometriosis: state of the art and future perspectives. **International journal of molecular sciences**, v. 21, n. 5, p. 1750, 2020.

Arribas-Romano, Alberto et al. Efficacy of physical therapy on nociceptive pain processing alterations in patients with chronic musculoskeletal pain: a systematic review and meta-analysis. **Pain Medicine**, v. 21, n. 10, p. 2502-2517, 2020.

Asante, Albert; Taylor, Robert N. Endometriosis: the role of neuroangiogenesis. **Annual review of physiology**, v. 73, n. 1, p. 163-182, 2011.

Bazot, Marc et al. Diagnostic accuracy of physical examination, transvaginal sonography, rectal endoscopic sonography, and magnetic resonance imaging to diagnose deep infiltrating endometriosis. **Fertility and sterility**, v. 92, n. 6, p. 1825-1833, 2009.

Bricou, Alexandre; Batt, Ronald E.; Chapron, Charles. Peritoneal fluid flow influences anatomical distribution of endometriotic lesions: why Sampson seems to be right. **European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology**, v. 138, n. 2, p. 127-134, 2008.

Bień, Agnieszka et al. Quality of life in women with endometriosis: a cross-sectional survey. **Quality of Life Research**, v. 29, p. 2669-2677, 2020.

Bower, Julianne E. Cancer-related fatigue: links with inflammation in cancer patients and survivors. **Brain, behavior, and immunity**, v. 21, n. 7, p. 863-871, 2007.

Bulun, S. E. *et al.* Endometriosis. **Endocrine Reviews**, v. 40, n. 4, p. 1048-79, 2019.

Brichant, Geraldine et al. New therapeutics in endometriosis: a review of hormonal, non-hormonal, and non-coding RNA treatments. **International journal of molecular sciences**, v. 22, n. 19, p. 10498, 2021.

Cacciatori, Felipe Antônio; Medeiros, João Pedro Ferri. Endometriose: uma revisão da literatura. **Revista de Iniciação Científica**, v. 13, n. 1, 2015.

Carbone, Manuel Glaucio et al. The importance of a multi-disciplinary approach to the endometriotic patients: the relationship between endometriosis and psychic vulnerability. **Journal of Clinical Medicine**, v. 10, n. 8, p. 1616, 2021.

Chapron, Charles. et al. Repensando mecanismos, diagnóstico e manejo da endometriose. **Avaliações da natureza. Endocrinologia**, v. 15, n. 11, pág. 666–682, 2019.

Colgrave, Eliza M. et al. Comparing endometriotic lesions with eutopic endometrium: time to shift focus?. **Human Reproduction**, v. 36, n. 11, p. 2814-2823, 2021.

Coxon, Lydia; HORNE, Andrew W.; VINCENT, Katy. Pathophysiology of endometriosis-associated pain: A review of pelvic and central nervous system mechanisms. **Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology**, v. 51, p. 53-67, 2018.

Cheong, Ying C.; SMOTRA, Grisham; DE C WILLIAMS, Amanda C. Non-surgical interventions for the management of chronic pelvic pain. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, n. 3, 2014.

Della corte, Luigi et al. The burden of endometriosis on women's lifespan: a narrative overview on quality of life and psychosocial wellbeing. **International journal of environmental research and public health**, v. 17, n. 13, p. 4683, 2020.

Da Silva, A. G. et al. tratamento fisioterapêutico na endometriose. **Revista Conexão Eletrônica**, v. 14, n. 1, p. 1-6, 2017.

Da Silva, Ana Daniela Rodrigues Lima. Endometriose e infertilidade: o papel do tratamento cirúrgico prévio a ciclos de procriação medicamente assistida (Dissertação de Mestrado) Universidade do Porto. Porto, Portugal.. 2012.

Disponível

em: https://sigarra.up.pt/icbas/pt/pub_geral.pub_view?pi_pub_base_id=30741

Fall, Magnus. et al. **DIRETRIZES SOBRE DOR PÉLVICA CRÔNICA (atualização limitada do texto em abril 2010)**. Disponível em:

<http://www.sbu.org.br/pdf/guidelines_EAU/dor-pelvica.pdf>.

Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO). Endometriose. São Paulo: **FEBRASGO**, 2021 (Protocolo FEBRASGO-Ginecologia, n. 78/Comissão Nacional Especializada em Endometriose).

Febbraio, Mark A.; PEDERSEN, Bente K. Contraction-induced myokine production and release: is skeletal muscle an endocrine organ?. **Exercise and sport sciences reviews**, v. 33, n. 3, p. 114-119, 2005.

França, Patricia Ribeiro de Carvalho; LONTRA, Anna Carolina Pereira; FERNANDES, Patricia Dias. Endometriosis: a disease with few direct treatment options. **Molecules**, v. 27, n. 13, p. 4034, 2022.

Guterres, Diogo Barros et al. Endometriose umbilical primária: Relato de caso. **Revista de Saúde**, v. 8, n. 1 S1, p. 118-118, 2017.

Garcia, Ademar et al. Endometriose colônica simulando câncer colorretal: relato de dois casos. **Revista Brasileira de Coloproctologia**, v. 26, p. 316-320, 2006.

Grandi, Giovanni et al. Hormonal contraception in women with endometriosis: a systematic review. **The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care**, v. 24, n. 1, p. 61-70, 2019.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2022). Projeção da população do Brasil e das Unidades da Federação, **IBGE**.
<https://www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao/index.html>.

Jiang, Irene et al. Intricate connections between the microbiota and endometriosis. **International Journal of Molecular Sciences**, v. 22, n. 11, p. 5644, 2021.

Kendler, Kenneth S.; Karkowski, Laura M.; Prescott, Carol A. Causal relationship between stressful life events and the onset of major depression. **American journal of psychiatry**, v. 156, n. 6, p. 837-841, 1999.

Kössi, J. et al. Quality of life and sexual function 1 year after laparoscopic rectosigmoid resection for endometriosis. **Colorectal Disease**, v. 15, n. 1, p. 102-108, 2013.

Lazzeri, Lucia et al. Endometriosis and perceived stress: impact of surgical and medical treatment. **Gynecologic and obstetric investigation**, v. 79, n. 4, p. 229-233, 2015.

Louati, Karine; Berenbaum, Francis. Fatigue in chronic inflammation-a link to pain pathways. **Arthritis research & therapy**, v. 17, p. 1-10, 2015.

Loving, Sys. et al. Pelvic floor muscle dysfunctions are prevalent in female chronic pelvic pain: a cross-sectional population-based study. **European journal of pain**, v. 18, n. 9, p. 1259-1270, 2014.

Lozano-Lozano, M. et al. Limitations in activities of daily living among spanish women diagnosed with endometriosis. **The American Journal of Occupational Therapy**, v. 75, n. 6, 2021.

Macer, Matthew. L.; Taylor, Hugh. S. Endometriosis and Infertility. **Obstetrics and Gynecology Clinics of North America**, v. 39, n. 4, p. 535–549, dez. 2012.

Marcon, Larissa Carla Santiago; Dos Santos, Máira Daniéla. Recursos fisioterapêuticos como tratamento coadjuvante da endometriose. **ANAIS DO FÓRUM DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA DO UNIFUNEC**, v. 12, n. 12, 2021.

Margatho, Deborah; Carvalho, Nelsilene Mota; Bahamondes, Luis. Endometriosis-associated pain scores and biomarkers in users of the etonogestrel-releasing subdermal implant or the 52-mg levonorgestrel-releasing intrauterine system for up to 24 months. **The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care**, v. 25, n. 2, p. 133-140, 2020.

Marques, Marcos. R. et al. **Endometriose e infertilidade: revisão sistemática da literatura e relato de casos**. Monografia (Trabalho de Conclusão de Curso) – Curso

de Graduação em Medicina, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2004.

Marqui, Alessandra Bernadete Trovó de. Endometriose: do diagnóstico ao tratamento. **Rev. enferm. atenção saúde**, p. 97-105, 2014.

Martinez, José Eduardo et al. Perfil clínico e demográfico dos pacientes com dor músculo-esquelética crônica acompanhados nos três níveis de atendimento de saúde de Sorocaba. **Acta fisiátrica**, v. 11, n. 2, p. 67-71, 2004.

Matalliotakis, I. et al. High rate of allergies among women with endometriosis. **Journal of obstetrics and gynaecology**, v. 32, n. 3, p. 291-293, 2012.

Mcnamara, Helen C. et al. Peripheral, central, and cross sensitization in endometriosis-associated pain and comorbid pain syndromes. **Frontiers in Reproductive Health**, v. 3, p. 729642, 2021.

Mendes, Evanda O. et al. Endometriose. **Revista da Faculdade de Santa Cruz**, v. 9, n. 1, p. 17-22, 2013.

Muñoz-Gómez, Elena et al. Effectiveness of a manual therapy protocol in women with pelvic pain due to endometriosis: a randomized clinical trial. **Journal of Clinical Medicine**, v. 12, n. 9, p. 3310, 2023.

Nácul, Andrea Prestes; SPRITZER, Poli Mara. Aspectos atuais do diagnóstico e tratamento da endometriose. **Revista Brasileira de ginecologia e obstetrícia**, v. 32, p. 298-307, 2010.

Nascimento, Leticia. Z. R.; Kraievski, Elaine. S. Endometriose: Fisioterapia e a Doença. **Rev. Conexão Eletrônica**, Mato Grosso do Sul, v. 14, n. 1, 2017.

Nogueira, Ariane Costa Rivelli et al. Tratamento da endometriose pélvica: uma revisão sistemática. **Revista Científica UNIFAGOC-Saúde**, v. 3, n. 2, p. 38-43, 2018.

Nothnick, Warren B. Treating endometriosis as an autoimmune disease. **Fertility and sterility**, v. 76, n. 2, p. 223-231, 2001.

Oliveira, Marco Aurelio Pinho et al. How to use CA-125 more effectively in the diagnosis of deep endometriosis. **BioMed Research International**, v. 2017, n. 1, p. 9857196, 2017.

Pokrzywinski, Robin M. et al. Documenting the journey of patients with eosinophilic esophagitis and the impact of the disease on patients and their caregivers: a cross-sectional, qualitative research study. **Advances in Therapy**, v. 37, p. 4458-4478, 2020.

Parazzini, Fabio et al. Diet and endometriosis risk: a literature review. **Reproductive biomedicine online**, v. 26, n. 4, p. 323-336, 2013.

Reis, A. M.; Souza, E. S.; Bueno, M. A. F. **A Importância da Fisioterapia no Tratamento da Dismenorreia Primária**: Estudo Comparativo. 2016. 69 f. TCC (Graduação) - Curso de Fisioterapia, Centro Universitário Católico Salesiano Auxilium Lins, 2016.

Ribeiro, Larissa Lolyta Pereira; Fornari, Cristiane Carboni. A IMPORTÂNCIA DA FISIOTERAPIA NA DOR PÉLVICA CRÔNICA MIOFASCIAL: UMA REVISÃO DE LITERATURA. **BIOMOTRIZ**, v. 11, n. 3, 2017.

Rodrigues, Luciana Abrantes et al. Analysis of the influence of endometriosis on quality of life. **Fisioterapia em Movimento**, v. 35, p. e35124, 2022.

Rossi, Valentina et al. Endometriosis-associated pain: a review of quality of life, sexual health and couple relationship. **Minerva Obstetrics and Gynecology**, v. 73, n. 5, p. 536-552, 2021.

Rosa, Julio. et al. Endometriose Aspectos clínicos do diagnóstico ao tratamento. **FEMINA**, v. 49, n. 3, p. 134–175, 2021.

Saunders, Philippa TK; Horne, Andrew W. Endometriosis: Etiology, pathobiology, and therapeutic prospects. **Cell**, v. 184, n. 11, p. 2807-2824, 2021.

Scheck, Simon; Paterson, Emily SJ; Henry, Claire E. A promising future for endometriosis diagnosis and therapy: extracellular vesicles-a systematic review. **Reproductive Biology and Endocrinology**, v. 20, n. 1, p. 174, 2022.

Sieberg, Christine B.; Lunde, Claire E.; Borsook, David. Endometriosis and pain in the adolescent-striking early to limit suffering: A narrative review. **Neuroscience & Biobehavioral Reviews**, v. 108, p. 866-876, 2020.

Silva, Carla Marins et al. Experiências das mulheres quanto às suas trajetórias até o diagnóstico de endometriose. **Escola Anna Nery**, v. 25, p. e20200374, 2021.

Silva, Maria Paula Custódio; DE MARQUI, Alessandra Bernadete Trovó. Qualidade de vida em pacientes com endometriose: um estudo de revisão. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 27, n. 3, p. 413-421, 2014.

Simons, David G; Travell Janet; Simons Lois. S. **Myofascial pain and dysfunction: the trigger point manual**. v. 1. ed. 2. Nova York: LWW, 1999.

Sinaii, Ninet et al. High rates of autoimmune and endocrine disorders, fibromyalgia, chronic fatigue syndrome and atopic diseases among women with endometriosis: a survey analysis. **Human reproduction**, v. 17, n. 10, p. 2715-2724, 2002.

Smolarz, Beata; Szyłło, Krzysztof; Romanowicz, Hanna. Endometriosis: Epidemiology, Classification, Pathogenesis, Treatment and Genetics (Review of Literature). **International Journal of Molecular Sciences**, v. 22, n. 19, p. 10554, 29 set. 2021.

Stratton, Pamela et al. Association of chronic pelvic pain and endometriosis with signs of sensitization and myofascial pain. **Obstetrics & Gynecology**, v. 125, n. 3, p. 719-728, 2015.

Tennfjord, Merete Kolberg; Gabrielsen, Rakel; Tellum, Tina. Effect of physical activity and exercise on endometriosis-associated symptoms: a systematic review. **BMC women's health**, v. 21, p. 1-10, 2021.

Torres, Juliana Ilky da Silva Lima et al. Endometriose, dificuldades no diagnóstico precoce e a infertilidade feminina: Uma Revisão. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 6, p. e6010615661-e6010615661, 2021.

Ushach, Irina et al. Meteorin-like/Meteorin- β is a novel immunoregulatory cytokine associated with inflammation. **The Journal of Immunology**, v. 201, n. 12, p. 3669-3676, 2018.

VPG, M. S. et al. ESHRE guideline: Endometriosis. **Human Reproduction Open**, v. 2022, n. 2, 2022.

Vannuccini, Silvia et al. Hormonal treatments for endometriosis: The endocrine background. **Reviews in Endocrine and Metabolic Disorders**, v. 23, n. 3, p. 333-355, 2022.

Vinkers, Christiaan H. et al. Stress exposure across the life span cumulatively increases depression risk and is moderated by neuroticism. **Depression and anxiety**, v. 31, n. 9, p. 737-745, 2014.

Wójcik, Małgorzata; Szczepaniak, Renata; Placek, Katarzyna. Physiotherapy management in endometriosis. **International journal of environmental research and public health**, v. 19, n. 23, p. 16148, 2022.

Wu, Ming-Yih; HO, Hong-Nerng. The role of cytokines in endometriosis. **American Journal of Reproductive Immunology**, v. 49, n. 5, p. 285-296, 2003.

Yela, Daniela Angerame; QUAGLIATO, Iuri de Paula; BENETTI-PINTO, Cristina Laguna. Quality of life in women with deep endometriosis: a cross-sectional study. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 42, p. 90-95, 2020.

Zondervan, Krina. T.; BECKER, Christian. M.; MISSMER, Stecey. A. Endometriosis. **New England Journal of Medicine**, v. 382, n. 13, p. 1244–1256, 26 mar. 2020.

Zhou, Wen-Jie. et al. Anti-inflammatory cytokines in endometriosis. **Cellular and Molecular Life Sciences**, v. 76, n. 11, p. 2111–2132, 2 mar. 2019.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO – UFMA
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIA DA SAÚDE**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado, como voluntário, para participar da pesquisa **“IMPACTO NA QUALIDADE DE VIDA RELACIONADO À DOR E A DISFUNÇÃO MUSCULAR NO ASSOALHO PÉLVICO DE PACIENTES COM ENDOMETRIOSE”**.

Você foi selecionado, pois possui diagnóstico funcional de dor pélvica e dispareunia, com ou sem diagnóstico clínico de endometriose, mas a sua participação não é obrigatória. A qualquer momento, você poderá desistir de participar e retirar seu consentimento, sem que para isto sofra qualquer penalidade ou prejuízo na continuidade do seu acompanhamento. O objetivo principal deste estudo consiste em avaliar a qualidade de vida relacionada à dor e a disfunção muscular no assoalho pélvico das pacientes com endometriose; Caso você aceite participar da pesquisa, a mesma acontecerá da seguinte forma: Uma entrevista para fornecer informações desde a sua identificação, até os aspectos relacionados à endometriose, responderá o questionário *Endometriosis Health Profile Questionnaire* (EHP-30), já validado em português, para avaliação da qualidade de vida da paciente com endometriose e será submetida à uma avaliação física e intracavitária.

Os riscos se remetem a possibilidade de divulgação das informações de maneira indevida, a ponto de quebrar o sigilo das pacientes de endometriose, por tal motivo os dados serão arquivados pelas responsáveis da pesquisa e sendo mantidos por um período de cinco anos e posteriormente destruídos (incinerados).

A pesquisa poderá provocar nas pacientes a sensação de desconforto emocional ou constrangimentos por lembrarem, durante a pesquisa, situações que as entristecem, trazendo como consequência uma possível evasão das mesmas da

pesquisa e, exacerbação dos sintomas de depressão. Os quais serão minimizados proporcionando no momento da entrevista, se assim for possível, pois se trata de ambiente ambulatorial, uma relação confortável e acolhedora, sendo que a entrevistadora, nesta ocasião, não poderá emitir opiniões que possam influenciar ou intimidar o participante em suas respostas. Mas caso ache necessário, poderá interromper a entrevista a qualquer momento ou mesmo deixar de responder às perguntas, caso isso traga algum constrangimento ou prejudique a sua integridade. Se houver exacerbação dos sintomas de depressão, os riscos poderão ser minimizados com a solicitação de assistência psicológica.

Os benefícios esperados dizem respeito à possibilidade de melhorar a qualidade de vida das pacientes com endometriose, e verificar os impactos da endometriose no assoalho pélvico. Assim, será possível orientar de forma preventiva essas pacientes com o intuito de contribuir para evitar o agravamento da doença.

As informações obtidas através dessa pesquisa serão confidenciais e asseguramos o sigilo sobre sua participação. Os dados não serão divulgados de forma a possibilitar sua identificação, pois o instrumento para registro dos dados será identificado por números.

Este termo é impresso em duas vias, rubricadas em todas as suas páginas e assinadas, ao seu término, por você, ou por seu representante legal, assim como pela pesquisadora responsável, ou pela(s) pessoa(s) por ele delegada(s). Você receberá uma via onde consta o telefone e o endereço institucional do pesquisador principal, do orientador e do Comitê de Ética em Pesquisa, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Os Comitês de Ética em Pesquisa são colegiados interdisciplinares e independentes, de relevância pública, de caráter consultivo, deliberativo e educativo, criados para garantir a proteção dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos.

Em caso de concordância com as informações que lhe foram expostas e aceitação de sua participação na pesquisa rubrique todas as folhas e assine abaixo.

Pesquisador Responsável:

Prof. Prof^a Dra. Maria do Socorro de Sousa Cartagenes/ Telefone para contato: (98) 98864- 6465

Pesquisadora Assistente:

Leydianne dos Santos Sousa/ Telefone para contato: (98) 99126- 0525

COMITÊ DE ETICA: Avenida dos Portugueses, 1966 CEB Velho
Bloco C, Sala 7, Comitê de Ética
UF: MA Município: SÃO LUIS
Fax: (98)3272-8708

CLÍNICA ESCOLA DE FISIOTERAPIA FACULDADE PITÁGORAS: Avenida São
Luís Rei de França, 32 Turu- Jardim de Fátima, São Luís-MA
CEP: 65065-470
FONE: (98)99126-0525

Pesquisador responsável

Participante da pesquisa

APÊNDICE B – FICHA DE AVALIAÇÃO E EXAME FÍSICO

1. Nome: _____
2. Data de Nascimento: ____/____/____. 3. Idade: _____.
4. Sexo: _____.
5. Endereço: _____
6. Telefone: _____.
7. Cidade: _____.
8. Renda Familiar (somando todos os moradores da residência)
Emprego: ()SIM _____ ()NÃO
()Até 1 salário ()De 1 salário à 2 salários ()De 2 salários à 3 salários
()Acima de 3 salários.
9. HDA: _____

10. HPP: _____

11. Idade: |__| |__|
12. Diagnóstico de Endometriose: (1) sim (2) não
13. Tempo do diagnóstico de Endometriose; _____
14. Tem histórico de endometriose na sua família? (1) sim (2) não
Caso sim, qual o grau de parentesco? _____
15. Quantas vezes a Sra. já ficou grávida? |__| |__|
16. Quantos filhos a Sra. teve? |__| |__| [] NENHUM
17. Quantos partos foram normais? |__| |__| [] NENHUM
18. Quantos partos foram cesareas? |__| |__| [] NENHUM
19. Quantos abortos teve? |__| |__| [] NENHUM
20. Você está grávida? (1) sim (2) não
21. Estado marital: |__| em união |__| separada |__| solteira |__| viúva
22. Dor pélvica: leve(1) moderada(2) forte(3)
23. Cólica menstrual: : (1) sim (2) não
24. Qual a duração da cólica menstrual: () 1 dia () 2 dias () 3 dias () Mais.

25. Dor pélvica: leve(1) moderada(2) forte(3)

26. Dores associadas: ☐ cintura escapular direita ☐ cintura escapular direita ☐
☐ braço direito ☐ braço esquerdo ☐ antebraço direito ☐ antebraço esquerdo ☐ quadril
☐ direito (nádega e trocânter) ☐ quadril esquerdo (nádega e trocânter) ☐ coxa direita ☐
☐ coxa esquerda ☐ perna direita ☐ perna esquerda ☐ mandíbula direita ☐ mandíbula
☐ esquerda ☐ tórax ☐ abdômen ☐ região superior das costas ☐ região inferior das
☐ costas ☐ Pescoço.

27. Indique o nível de severidade da fadiga/cansaço durante a última semana:

☐ nunca ☐ leve

☐ moderada. ☐ grave

28. Com que frequência se sente cansada?

[1] sempre [2] frequentemente [3] raramente [4] nunca

29. Com que frequência se sente preocupada, irritada ou nervosa?

[1] sempre [2] frequentemente [3] raramente [4] nunca

30. Medicação p/ Endometriose: (1) sim (2) não

Caso sim, quais?

Frequência de Uso: _____

31 Medicação p/ Dor: (1) sim (2) não

Caso sim, quais? _____

Frequência de Uso:

32. Sintomas Urinários Associados: (1) sim (2) não

Frequência Urinária Diurna:

Frequência Urinária Noturna:

Aspecto da Urina:

INCONTINÊNCIA DE ESFORÇO

Coloração:

Proteções: () Absorvente feminino () Fraldas () Protetor diário () Fralda geriátrica ()

Quantos por dia:

Motivos da troca: necessidade ou higiene?

SINTOMAS DE ARMAZENAMENTO:

() Urgência

() Urge-incontinência

☐ Noctúria

SINTOMAS DE ESVAZIAMENTO:

☐ IUE

☐ Enurese

☐ Esforço

☐ Jato fraco

☐ Interrupções

☐ Disúria

☐ Hesitação

☐ Distúrbios de Sensação Vesical (vontade espontânea de ir ao banheiro)

☐ Gotejamento pós-miccional (Goteja na calcinha?)

☐ Gotejamento terminal – goteja ainda no vaso logo depois que termina de urinar.

Pode estar associado à disfunção do detrusor, SNParassimpático não é inibido

☐ Sensação de esvaziamento incompleto

☐ Desejo pós miccional

Com

☐ Constipação

SITUAÇÕES DE PERDAS:

☐ Espontâneas ☐ Tosse ☐ Espirro ☐ Agachar ☐ Erguer Peso ☐ Riso ☐

Caminhada ☐ Mudança de posição ☐ Relação sexual ☐ Mudar de decúbito ☐

Subir/descer escadas ☐ Outros:

Qualidade da perda: ☐ em gotas ☐ em jatos ☐ contínuas

Qual a frequência dessas perdas?

Quando iniciou essas perdas?

PERDAS ASSOCIADAS À URGEINCONTINÊNCIA:

☐ Aumento ou perdas ao contato com a água

☐ Aumento da vontade em ambientes frios

OUTROS SINTOMAS DOS MAP'S:

☐ Nenhum

Dor do lado direito

☐ Perda de flatos vaginais

- () Sensação de peso vaginal
 () Sensação de bola na vagina

Caso sim, quais? _____

33. Sintomas Intestinais Associados: (1) sim (2) não

Como você se sente? () Normal () Constipação () Soiling

Frequência evacuatória: /semana (Melhora da frequência

- () Esforço evacuatório
 () Fezes endurecidas
 () Manobras evacuatórias:
 () Sensação de bloqueio fecal
 () Vaso entope com frequência – sinal de constipação pelos critérios de Roma IV
 () Sensação de esvaziamento incompleto
 () Perda de flatos
 () Hemorróidas
 () Plicomas
 () Incontinência Anal



Escala de Bristol:

INTOLERÂNCIA A LACTOSE MAIS PARA CONSTIPAÇÃO

Percepção (desejo de evacuação e distinção fezes/gases)? () Sim () Não

SITUAÇÕES DE PERDA FECAL:

() Espontâneas () Tosse () Espirro () Agachar () Erguer Peso () Riso () Caminhada () Mudança de posição () Relação sexual () Mudar de decúbito () Subir/descer escadas.

Qual a frequência dessas perdas?

Proteções: () Absorvente feminino () Fraldas () Protetor diário () Fralda geriátrica

Quanto por dia:

Cirurgia colorretal?

Medicamento para evacuar?

Outras observações:

Caso sim,

quais? _____

34. Tem realizado, nos últimos 6 meses, ao menos 2 vezes semanais por pelo menos 30 minutos, algum tipo de exercício? (1)sim (2)não

35. Se sim, qual? (1) caminhada (3) ginástica localizada (5) alongamento
(2) corrida (4) natação Outra: _____

36. Dados do diagnóstico:

36.1 Data do último diagnóstico ou estadiamento: ____ / ____ / ____

36.2 Estadiamento da endometriose: Estádio I () II () III () IV () IGN ()

36.3 Número de laparoscopias/laparotomias realizadas na vida |____|____|

36.4 Dispareunia: antes: Presente () Ausente () após: Presente () Ausente ()

37. Você tem diagnóstico médico de fibromialgia? (1) sim (2) não

HISTÓRIA SEXUAL

- () Ativo / Qual a frequência? Semanalmente
- () Inativo / Há quanto tempo? Há 10 anos
- Tem vontade de ter relação sexual? () sempre () ocasionalmente () nunca
- () Lubrificação
- () Ereção Clitoridiana (Múltiplas)
- () Prática masturbatória (não tem)
- Tem orgasmo? (x) sempre () ocasionalmente () nunca
- () Perda de flatos vaginais
- () Dispareunia / Em alguma posição específica?
- EVA:
- Descrição da Dor:
- Tem perda de urina na relação? () Durante a penetração () Durante o orgasmo () urina
- Urina antes da relação com medo de perder? () sim () não
- Existe algo que piora os sintomas de perda? (álcool, alimentos etc.)
- Utiliza alguma estratégia para diminuir as perdas

AVALIAÇÃO ABDOMINAL E DO ASSOALHO PÉLVICO

INSPEÇÃO ABDOMINAL

Abdome (presença de cicatriz, impactação fecal...):

- () Sensibilidade
- () Pontos dolorosos
- () Cicatriz () Cicatriz Hipertófica () Cicatriz com Quelóide
- () Ferida () Tecido fibroso () Aderência () Edema
- Diástase abdominal: () Sim () Não
- DIR: Supraumbilical: /Circunferência
- Umbilical: /Circunferência
- Infraumbilical: /Circunferência
- Método: () Unidigital () Bidigital
- Temperatura (Há calor?): () Sim () Não

CONSCIÊNCIA PERINEAL:

- () Presente () Ausente () Dificuldade
- () Cicatriz () Episiotomia () Laceração () Fístula () Queloide
- () Ferida () Tecido fibroso () Assadura () Aderência () Fissuras
- () Secreção vaginal () Odor () Processo infeccioso () Inflamação () Varizes pélvicas
- Abertura vulvo-vaginal: () 0 () + () ++ () +++
- Coloração da pele: () Rosácea () Esbranquiçada () Hiperêmica () Escura () Úmida () Seca () Brilhante
- POP: () Sim () Não
- Hemorróida: () Sim () Não
Se sim: () interna () externa () mista
- Atrofia vulvar: () Sim () Não

INSPEÇÃO MAP

1. MUSCULATURA SUPERFICIAIS – ATIVIDADE VOLUNTÁRIA: (CIF b7608)

- Bulbocavernosos (pequena junção- piscada): () presente () ausente
- Isquiocavernosos (testa para baixo): () presente () ausente
- Transverso Perineal: () presente () ausente
- Esfincter Anal Externo: () presente () ausente

2. MUSCULATURA PROFUNDA – ATIVIDADE VOLUNTARIA: (CIF b7608)

- Movimento Cranial: () Presente () Ausente () Caudal
- Movimento Caudal: () Presente () Ausente () Cranial
- Co- contrações: () Respiratórios (apneia) () Abdominais
() Adutores () Glúteos () Ausente

3. REFLEXOS (ATIVIDADE INVOLUNTARIA):

- Tosse: () Cranial () Ausente () Caudal
() Antes () Durante () Depois
- Vassalva: () Cranial () Ausente () Caudal
() Antes () Durante () Depois
- Abertura (expulsão): () Caudal () Cranial
() Presente () Ausente

4. INCONTINÊNCIA INTRA TESTE:

- Tosse: () Urinária () Anal
- Vassalva: () Urinária () Anal
- Abertura (expulsão): () Urinária () Anal

PALPAÇÃO:

1. SENSIBILIDADE

- Quadriceps: () D>E () Normal () E>D
- Adutores: () D>E () Normal () E>D
- Isquiotibiais: () D>E () Normal () E>D
- Cutaneo Femoral: () D>E () Normal () E>D
- Ilioinguinal: () D>E () Normal () E>D
- Iliohipogastrico: () D>E () Normal () E>D

2. ATIVIDADE REFLEXA

- Clitoridiano: () Presente () Ausente () Aumentado () Diminuído

- Anu cutâneo: () Presente () Ausente () Aumentado () Diminuído
- Cremasterico: () Presente () Ausente () Aumentado () Diminuído
- Levantadores: () Presente () Ausente () Aumentado () Diminuído

3. DOR E PONTOS GATILHO (CIF b28018)

() presente () ausente

() Pontos gatilho

() Desconforto à palpação

EVA:

Quais os pontos (músculos/nervo podendo)?

4. Função proprioceptiva - (CIF b260)

Parede anterior: () presente () ausente

Parede posterior: () presente () ausente

Lateral direita: () presente () ausente

Lateral esquerda: () presente () ausente

PALPAÇÃO DINÂMICA

1. ATIVIDADE VOLUNTARIA: MOVIMENTO: (CIF b7608)

() Completo () Pvs e Pr () Pvs () Ausente

2. FORÇA (PRESSÃO) - ESCALA DE OXFORD

Posição em Litotomia

0	Ausência de contração	()
1	Esboço de contração	()
2	Contração fraca, com sustentação	()
3	Contração moderada com elevação da parede vaginal posterior	()
4	Contração normal com elevação em direção à Sínfise púbica	()
5	Contração forte	()

Método () Unidigital () Bidigital

LAYCOCK: JERWOOD, 2001.

3. RELAXAMENTO

() Completo () Parcial () Retardado () Ausente

Escala de NEW PERFECT

P	Contração voluntária máxima-Oxford	F.	POTÊNCIA	ENDURANCE
E	Resistência – tempo	Seg.	0- < 15	0->10 S
R	Repetição de contrações mantidas	Nº	1-14 A 11	1-9 A 7S
F	Número de contrações rápidas	Nº	2-10 A 6	2-6 A 4 S
E	Elevação da parede vaginal posterior?	() Sim () Não	3- 5 A 1	3-3 A 1S
C			4-ZERO	4-ZERO
T	Co-contração de abdome inferior?	() Sim () Não		
	Presença de reflexo na tosse?	() Sim () Não		

LAYCOCK; JERWOOD, 2001

DIAGNÓSTICO FISIOTERAPÊUTICO

SUPERFICIAIS	LEVANTADORES	OBTURADORES	PIRIFORMES
() Hiperativo	() Hiperativo	() Hiperativo	() Hiperativo
() Normal	() Normal	() Normal	() Normal
() Hipoativo	() Hipoativo	() Hipoativo	() Hipoativo
	() Incoordenado		
	() Desprogramado		

ANEXOS

ANEXO 1 – TERMO DE ANUÊNCIA INSTITUCIONAL

São Luís, 28 de outubro de 2019

TERMO DE ANUÊNCIA INSTITUCIONAL - TAI

Eu, Marlla Souza da Silva, coordenadora do curso de Fisioterapia da Faculdade Pitágoras- Unidade São Luís-MA (Turu1), estou ciente, de acordo e autorizo a execução da pesquisa intitulada “ Hábitos alimentares e nutracêuticos: Qualidade de vida em mulheres com endometriose”, coordenada pela pesquisadora Leydianne dos Santos Sousa.

Declaro conhecer e cumprir a Resolução 466/2012 do CNS: afirmo o compromisso institucional de apoiar o desenvolvimento deste estudo e sinalizo que esta instituição está ciente de suas responsabilidades, de seu compromisso no resguardo da segurança/bem-estar dos sujeitos da pesquisa nela recrutados, dispondo de infraestrutura necessária para garantia de tais condições, por meio do setor de Uroginecologia e Obstetrícia da Clínica Escola de Fisioterapia da Faculdade Pitágoras.

Marlla Souza da Silva
Coordenadora do Curso de Fisioterapia
marlla.silva@pitagoras.com.br
(98) 98416-9492

Marlla Souza da Silva
Marlla Souza da Silva

Coordenadora do Curso de Fisioterapia da Faculdade Pitágoras Unidade São Luís-MA

Faculdade Pitágoras- Unidade São Luís-MA (Turu1)
Avenida São Luís Rei de França, 32 Turu - Jardim de Fátima, São Luís - MA, CEP 65065-470

ANEXO 2 – QUESTIONÁRIO EHP 30

Questionário de Qualidade de Vida em Endometriose

- Este questionário foi desenvolvido para medir o efeito da endometriose sobre a qualidade de vida da mulher.
- Por favor responda todas as questões
- Nós sabemos que você pode ter endometriose há algum tempo. Nós também entendemos que como você se sente agora pode ser diferente de como você se sentia no passado. Entretanto, você poderia, por favor, responder as questões somente em relação ao efeito que a endometriose tem tido em sua vida durante as últimas 4 semanas.
- Não há respostas corretas ou erradas, então selecione a opção que melhor represente seus sentimentos e experiências.
- Devido à natureza pessoal de algumas questões, entenda que você não tem de responder qualquer questão se você preferir que não.
- A informação e as respostas que você dará serão consideradas extremamente confidenciais.
- Se você tiver qualquer problema ou precisar de qualquer ajuda para completar este questionário por favor pergunte que ficaremos satisfeitos em lhe ajudar.

Parte 1: Questionário Central

Durante as últimas 4 semanas, com que frequência devido a endometriose você:

	Nunca	Raramente	Algumas vezes	Muitas vezes	Sempre
1. Foi incapaz de ir a eventos sociais devido à dor?	☐	☐	☐	☐	☐
2. Foi incapaz de fazer os serviços domésticos devido à dor?	☐	☐	☐	☐	☐
3. Achou difícil ficar em pé devido à dor?	☐	☐	☐	☐	☐
4. Achou difícil sentar devido à dor?	☐	☐	☐	☐	☐
5. Achou difícil caminhar devido à dor?	☐	☐	☐	☐	☐
6. Achou difícil se exercitar ou fazer atividades de lazer que você gosta devido à dor?	☐	☐	☐	☐	☐
7. Ficou sem apetite ou ficou incapaz de comer devido à dor?	☐	☐	☐	☐	☐
8. Foi incapaz de dormir adequadamente devido à dor?	☐	☐	☐	☐	☐

	Nunca	Raramente	Algumas vezes	Muitas vezes	Sempre
9. Teve que ir para cama ou deitar-se devido à dor?	☐	☐	☐	☐	☐
10. Foi incapaz de fazer as coisas que você queria devido à dor?	☐	☐	☐	☐	☐
11. Sentiu-se incapaz de lidar com a dor?	☐	☐	☐	☐	☐
12. Sentiu-se mal de maneira geral?	☐	☐	☐	☐	☐
13. Sentiu-se frustrada por que seus sintomas não estão melhorando?	☐	☐	☐	☐	☐
14. Sentiu-se frustrada por não conseguir controlar os seus sintomas?	☐	☐	☐	☐	☐
15. Sentiu-se incapaz de esquecer os seus sintomas?	☐	☐	☐	☐	☐
16. Sentiu como se os seus sintomas estivessem controlando sua vida?	☐	☐	☐	☐	☐
17. Sentiu como se seus sintomas estivessem prejudicando sua vida?	☐	☐	☐	☐	☐
18. Sentiu-se deprimida?	☐	☐	☐	☐	☐
19. Sentiu-se chorosa ou com vontade de chorar?	☐	☐	☐	☐	☐
20. Sentiu-se muito infeliz?	☐	☐	☐	☐	☐
21. Teve mudanças de humor?	☐	☐	☐	☐	☐
22. Sentiu-se mau-humorada ou irritou-se facilmente?	☐	☐	☐	☐	☐
23. Sentiu-se violenta ou agressiva?	☐	☐	☐	☐	☐
24. Sentiu-se incapaz de falar com as pessoas sobre como está se sentindo?	☐	☐	☐	☐	☐
25. Sentiu que os outros não entendem o que você está passando?	☐	☐	☐	☐	☐
26. Sentiu que as outras pessoas acham que você está reclamando demais?	☐	☐	☐	☐	☐
27. Sentiu-se sozinha?	☐	☐	☐	☐	☐
28. Sentiu-se frustrada por nem sempre poder usar roupas que gostaria?	☐	☐	☐	☐	☐
29. Sentiu que sua aparência foi afetada?	☐	☐	☐	☐	☐
30. Perdeu a auto-confiança?	☐	☐	☐	☐	☐

Seção A: Estas perguntas se referem ao efeito da endometriose no seu trabalho. Nas últimas 4 semanas com que frequência você:

Se você não esteve empregada nas últimas 4 semanas marque aqui ☐ e siga para a **seção B**.

	Nunca	Raramente	Algumas vezes	Muitas vezes	Sempre
1. Teve que se ausentar do trabalho temporariamente devido a dor?	☐	☐	☐	☐	☐
2. Sentiu-se incapaz de fazer suas tarefas no trabalho por causa da dor?	☐	☐	☐	☐	☐
3. Sentiu-se envergonhada devido aos sintomas?	☐	☐	☐	☐	☐
4. Sentiu-se culpada por faltar ao trabalho?	☐	☐	☐	☐	☐
5. Sentiu-se preocupada em não ser capaz de fazer seu trabalho?	☐	☐	☐	☐	☐

Seção B: Estas perguntas se referem ao efeito da endometriose na sua relação com seus filhos. Nas últimas 4 semanas com que frequência você:

Se você não tem filhos, por favor, marque aqui ☐ e siga para a **seção C**.

	Nunca	Raramente	Algumas vezes	Muitas vezes	Sempre
1. Sentiu dificuldade de cuidar de seu/ seus filho/ filhos?	☐	☐	☐	☐	☐
2. Sentiu-se incapaz de brincar com seu/ seus filho/ filhos?	☐	☐	☐	☐	☐

Seção C: Estas perguntas se referem ao efeito da endometriose nas suas relações sexuais. Nas últimas 4 semanas com que frequência você:

Se isso não for importante marque aqui ☐

	Nunca	Raramente	Algumas vezes	Muitas vezes	Sempre
1. Sentiu dor durante ou depois das relações sexuais?	☐	☐	☐	☐	☐
2. Sentiu-se preocupada em ter relações sexuais devido a dor?	☐	☐	☐	☐	☐
3. Evitou ter relações sexuais devido a dor?	☐	☐	☐	☐	☐
4. Sentiu-se culpada em não querer ter relações sexuais?	☐	☐	☐	☐	☐
5. Sentiu-se frustrada por não ter prazer nas relações sexuais?	☐	☐	☐	☐	☐

ANEXO 3 – ESCALA NEW PERFECT

new PERFECT

P	Contração voluntária máxima, avaliada de acordo com a escala Orford modificada ou a escala da ICS.	Aqui, devemos solicitar a contração perineal máxima, observando se é executada corretamente e percebendo a graduação pelas escalas validadas. Anote, pois esse achado será referência para as demais observações a serem realizadas.
E	Tempo em que a paciente consegue manter o grau alcançado na avaliação de P.	Aqui, devemos solicitar a contração perineal máxima, observando se é executada corretamente e percebendo por quanto tempo será mantida com qualidade observada em P. Se em P foi 4, agora você irá perceber quanto tempo foi mantido em 4, sem cair pra 3 ou 2.
R	Número de repetições em que a mulher consegue manter o grau de contração voluntária máxima (P), durante os segundos registrados em E. Observar intervalo e relaxamento.	Aqui você irá quantificar o número de repetições que a paciente consegue executar, usando as informações coletadas em P e E. Ou seja, se P4 e E6, quantas repetições serão realizadas? Conseguiu realizar 2 e logo P reduziu? ou... Conseguiu realizar 5 e logo E reduziu? Observe e anote.
F	Contração vigorosa e rápida, com o grau de contração da etapa P. Registrar qual o número de repetições sem perda de função.	Neste momento solicitaremos contrações rápidas, atingindo o achado de P, mas sem manutenção. Observe e anote quantas repetições são realizadas, mantendo o achado de P. Por exemplo, se P4, quantas vezes consegue repetir sequencialmente P4, observando sempre se o relaxamento entre as contrações ocorre de maneira satisfatória.
E	Elevação da parede vaginal posterior durante a contração máxima voluntária	Você percebe durante a contração máxima voluntária, que ocorre a elevação da parede vaginal? Aqui, a observação é de presente ou ausente.
C	Cocontração os músculos abdominais inferiores durante a contração voluntária máxima	Você percebe que durante a contração máxima voluntária, ocorre uma cocontração dos músculos abdominais? Aqui, a observação é de presente ou ausente.
T	Contração involuntária da musculatura do assoalho pélvico durante tosse	Você percebe que durante um aumento de pressão IA, ocorre uma contração involuntária do assoalho pélvico? Aqui, a observação é de presente ou ausente.