



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ  
CAMPUS MINISTRO REIS VELOSO  
CLÍNICA ESCOLA DE FISIOTERAPIA



AVALIAÇÃO FISIOTERAPÊUTICA OBSTÉTRICA

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Prontuário: \_\_\_\_\_  
Nome: \_\_\_\_\_ DN \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Idade \_\_\_\_ Estado civil \_\_\_\_ Endereço: \_\_\_\_\_  
Cidade: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_  
Natural: \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_ Profissão: \_\_\_\_\_  
Escolaridade: ( ) Nenhuma ( ) 1º Grau ( ) 2º Grau ( ) Superior ( ) Pós Obs: ( ) Completo ( ) Incompleto  
Cor/Raça: ( ) Branca ( ) Negra ( ) Parda ( ) Indígena ( ) Amarela  
Peso: \_\_\_\_ Altura \_\_\_\_ IMC \_\_\_\_ PA \_\_\_\_ FC \_\_\_\_ FR \_\_\_\_

QP: \_\_\_\_\_  
HDA: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

ANTECEDENTES:

- FAMILIARES \_\_\_\_\_  
- CLÍNICOS \_\_\_\_\_  
- CIRÚRGICOS \_\_\_\_\_

PATOLOGIAS ASSOCIADAS: ( ) Diabetes ( ) Hipertensão arterial ( ) Obesidade ( ) Pneumopatias ( ) Infecção urinária ( )  
Cardiopatia ( ) Doença neurológica ( ) câncer Qual? \_\_\_\_\_ Outras: \_\_\_\_\_  
IU na gestação ( ) Sim ( ) Não Diabetes gestacional ( ) Sim ( ) Não HAS exclusiva da gestação ( ) Sim ( ) Não

MEDICAÇÃO EM USO: \_\_\_\_\_

DADOS GINECOLÓGICOS E OBSTÉTRICOS:

Histórico gestacional anterior: ( ) Não se aplica por: ( ) primigesta ( ) abortamento  
G: \_\_\_\_ PV \_\_\_\_ PC \_\_\_\_ A \_\_\_\_ Causas dos abortos: \_\_\_\_\_  
Nº/filhos: \_\_\_\_ Faz preventivo regularmente? ( ) Sim ( ) Não \_\_\_\_\_

DSTs \_\_\_\_\_ ( ) Corrimento vaginal com frequência ( ) miomatose ( ) Ovário policístico ( ) ITU frequente  
Maior tempo de TP \_\_\_\_\_ Esforço intenso em algum parto ( ) Sim ( ) Não Há quanto tempo? \_\_\_\_\_

Episiotomia ( ) Sim ( ) Não Fórceps ( ) Sim ( ) Não Maior peso RN \_\_\_\_\_

GESTACÃO ATUAL: Nº feto – ( ) Único ( ) Gemelar Sexo ( ) F ( ) M Nome \_\_\_\_\_

DUM \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ DPP \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Idade gestacional (semanas e dias) \_\_\_\_\_

Gravidez desejada? ( ) Sim ( ) Não Gravidez planejada? ( ) Sim ( ) Não Opção materna via de parto:  
( ) Vaginal ( ) Cesárea ( ) Indefinido Faz pré-natal? ( ) Sim ( ) Não Já fez quantas consultas? \_\_\_\_\_

HISTÓRIA SEXUAL: Vida sexual ( ) Inativa há \_\_\_\_ anos ( ) Ativa \_\_\_\_ anos

Durante a relação: ( ) Dispareunia ( ) Vaginismo ( ) Ardor ( ) Perda de urina ( ) Flatos

Apresenta desejo de urinar durante a relação? ( ) Sim ( ) Não

Vida sexual: ( ) Ótima ( ) Boa ( ) Ruim ( ) Péssima Sente vontade de ter relação sexual ( ) sempre ( ) as vezes ( ) nunca

HÁBITOS DE VIDA: Atividade física: ( ) Sim ( ) Não Qual? \_\_\_\_\_ Frequência: \_\_\_\_\_

Fumante: ( ) Sim ( ) Não Qtde/dia \_\_\_\_\_ Etilista: ( ) Sim ( ) Não Frequência \_\_\_\_\_

Atividades de vida diária: Evita fazer algo devido a perda de urina? ( ) Sim ( ) Não Evita o consumo de líquidos? ( ) Sim ( ) Não

HISTÓRIA CLÍNICA DE FUNÇÃO INTESTINAL/ANORRETAL:

Função intestinal: ( ) Normal ( ) Constipação ( ) Hemorróidas ( ) incontinência fecal

História de constipação: ( ) Sim ( ) Não Há quanto tempo? \_\_\_\_\_ Frequência evacuatória: \_\_\_\_x ao dia \_\_\_\_x por semana

Quanto tempo passa sem defecar habitualmente? \_\_\_\_\_ Fez dieta laxativa? ( ) Sim ( ) Não

Usa laxantes? ( ) Sim ( ) Não Qual? \_\_\_\_\_ Medicamento para defecar? ( ) Sim ( ) Não \_\_\_\_\_

Ingesta de Líquidos? ( ) Sim ( ) Não Quanto ml/dia? \_\_\_\_\_ ou Copos/dia: ( ) 1 – 3 ( ) 4 – 6 ( ) 7 ou mais

Sente dor ao defecar? ( ) Sim ( ) Não /Frequência? ( ) Sempre ( ) Às vezes

Necessita de manobras manuais para evacuar? ( ) Sim ( ) Não Uso de forro/proteção: ( ) Sim ( ) Não

Presença de Soiling? ( ) Sim ( ) Não Sensação de Empaixamento? ( ) Sim ( ) Não Frequência? ( ) Sempre ( ) Às vezes

Dificuldade de conter flatos: ( ) Sim ( ) Não Situação: \_\_\_\_\_

INVESTIGAÇÕES COMPLEMENTARES:

Eletromiografia \_\_\_\_\_








Manometria anorretal \_\_\_\_\_

Outros \_\_\_\_\_

Critérios de Roma II	S/N
Fezes endurecidas ou Fragmentadas	
Evacuações infrequentes (> 3 x semana)	
Necessidade de esforço	
Sensação de evacuação Incompleta	
Tempo excessivo/sensação de obstrução anorretal	
Manobras manuais	

2 ou mais respostas positivas indica constipação

### Bristol Stool Chart

Type 1		Pequenas bolinhas duras, separadas como coquinhos (difíceis de sair).
Type 2		Formato de linguiça encaroçada, com pequenas bolinhas arredadas.
Type 3		Formato de linguiça com rachaduras na superfície.
Type 4		Alongada com formato de salsicha ou cobra, lisa e macia.
Type 5		Pedaços macios e separados, com bordas bem definidas (fáceis de sair).
Type 6		Massa pastosa e fofa, com bordas irregulares.
Type 7		Totalmente lisa, sem pedaços sólidos.

TIPO DAS FEZES USUALMENTE:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### PARÂMETRO UROLÓGICO SOBRE A INCONTINÊNCIA URINÁRIA:

**Perda involuntária de urina:** ( ) Sim ( ) Não **Início:** \_\_\_\_\_ **Frequência:** Dia \_\_\_\_\_ Noite(madrugada) \_\_\_\_\_

**Quantidade de perda:** ( ) em gotas ( ) em jato ( ) contínua **Como você urina:** ( ) sentada no vaso sanitário ( ) em pé

**Sintomas urinários:** **Enchimento:** ( ) Urgência ( ) Urge-incontinência ( ) Enurese ( ) Noctúria ( ) IUE ( ) Polaciúria

**Esvaziamento:** ( ) Hesitação ( ) Esforço miccional ( ) Interrupções ( ) Jato fraco ( ) Disúria ( ) Gotejamento pós-micção

**Pós-miccional:** ( ) Sensação de esvaziamento incompleto ( ) Gotejamento pós-miccional

**Você perde urina aos?** ( ) Grandes Esforços – ( ) Salto ( ) Tosse ( ) Espirito ( ) Levantar pesos

( ) Esforço Moderado – ( ) Corrida ( ) Ginástica ( ) Dança ( ) Riso ( ) Agachar, cócoras

( ) Pequenos Esforços – ( ) Andar/caminhar ( ) Troca De Posição ( ) Contato com água

( ) Relações Sexuais – ( ) Sim ( ) Não ( ) Outros \_\_\_\_\_

**Uso de forro/absorvente:** ( ) Sim ( ) Não Quantos por dia: \_\_\_\_\_ Qual tipo? \_\_\_\_\_

### EXAMES COMPLEMENTARES:

Urocultura: \_\_\_\_\_

Estudo urodinâmico: \_\_\_\_\_

Eletroneuromiografia: \_\_\_\_\_

Pad-test: Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Peso inicial \_\_\_\_\_ Peso final \_\_\_\_\_ Diário miccional: \_\_\_\_\_

### QUEIXAS RELACIONADAS A GESTAÇÃO:

**Queixa algica** ( ) Não ( ) Sim **Local** \_\_\_\_\_

**Descrição da dor** \_\_\_\_\_ EVA (0 - 10) \_\_\_\_\_

**Postura que piora a dor:** ( ) Sentada ( ) Deitada ( ) Em pé ( ) Após longo tempo em uma mesma postura

( ) Em movimento ( ) Após caminhada ( ) Durante trocas posturais \_\_\_\_\_

**Fatores de melhora da dor** \_\_\_\_\_

**Qual período do dia sente mais dor:** ( ) Manhã ( ) Tarde ( ) Noite

Queixas na gestação	S	N	Período Gestacional Início	Qual/local
Alterações gástricas(enjoo, vômito azia)				
Dispneia				
Edema de MMSS				
Edema MMII				
Varizes				
Síndrome do túnel do carpo				
Frequência urinária aumentada				
IU gestação				
Diabetes gestacional				

HAS gestacional				
Obstipação intestinal				
Hemorroida				
Lombalgia				
Surgimento de estrias				
Sensação de cansaço				
Dor ou desconforto nas mamas				
Sangramento nas gengivas				
Excesso de salivação				
Câimbras frequentes				
Aparecimento de manchas na pele				
Infecção urinária				
Sangramento uterino				
Outro				

**Apresenta dificuldade para realizar tarefas em função da gestação:**

( ) Profissional - Qual? \_\_\_\_\_ ( ) Sono – Qual? \_\_\_\_\_  
 ( ) Pessoais - Qual? \_\_\_\_\_ ( ) Lazer - Qual? \_\_\_\_\_  
 ( ) Domésticas - Qual? \_\_\_\_\_

**Considerações sobre a gestação atual informadas pela paciente:** \_\_\_\_\_

**EXAME FÍSICO:**

**Postura:** \_\_\_\_\_ **Timpanismo abdominal:** ( ) Sim ( ) Não

Mamilos ( ) Simétricos ( ) Assimétricos **Tipos de mamilo** ( ) Protuso ( ) Invertido ( ) Plano ( ) Semi-protuso

**Padrão respiratório** ( ) Diafragmático ( ) Costal ( ) Misto **Edema em MMSS** ( ) Sim ( ) Não **MMII** ( ) Sim ( ) Não

**Pele:** \_\_\_\_\_

**Encurtamento muscular:** \_\_\_\_\_

**Palpação** – Diástase abdominal- \_\_\_\_\_ cm superior (supra umbilical) e \_\_\_\_\_ cm inferior (infra umbilical)

**Pontos dolorosos:** \_\_\_\_\_

**Testes:** **Laségue:** ( ) Negativo ( ) Positivo á D ( ) Positivo á E

**Provocação da dor pélvica posterior:** ( ) Negativo ( ) Positivo á D ( ) Positivo á E

**Genitália externa:** ( ) Sem Alterações ( ) Dermatites ( ) Irritação ( ) Inflamação ( ) Corrimentos Obs: \_\_\_\_\_

**Cicatriz:** ( ) Sim ( ) Não Local: \_\_\_\_\_ **Tônus do corpo perineal:** ( ) normal ( ) Hipotônico ( ) Hipertônico

**Prolapsos:** ( ) ausente ( ) presente Grau \_\_\_\_\_ Qual: \_\_\_\_\_

**Avaliação Sensorial** (dermatomo lombo-sacro): ( ) Presente ( ) Ausente, qual? \_\_\_\_\_

**Integridade motora do nervo pudendo:**

Reflexo bulbocavernoso: ( ) Presente ( ) Ausente

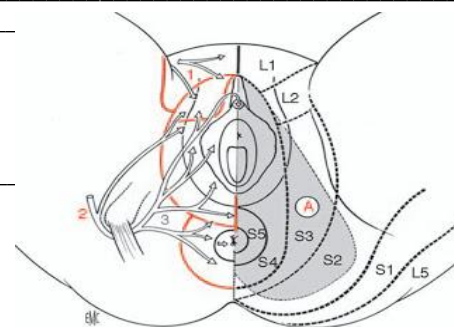
Reflexo cutâneo-anal: ( ) Presente ( ) Ausente

Reflexo da tosse: ( ) Presente ( ) Ausente

**Pontos de tensão:** ( ) Sim ( ) Não Local: \_\_\_\_\_

**Percepção cinestésica de MAP:** ( ) Sim ( ) Não

**Controle motor ao comando verbal:** ( ) presente ( ) ausente



**Teste PERFECT:**

**P=** Força muscular:

Musculatura vaginal/ Musculatura Anal – *Escala Oxford modificada*:

( ) / ( ) 0 - ausência de resposta muscular

( ) / ( ) 1 – esboço de contração muscular não sustentada

( ) / ( ) 2 – presença de contração de pequena intensidade, mas que se sustenta

( ) / ( ) 3 – contração moderada, sentida com aumento da pressão intra-vaginal, que comprime os dedos do examinador com pequena elevação cranial da parede vaginal

( ) / ( ) 4 – contração satisfatória, aperta o dedo do examinador com elevação da parede vaginal em direção a sínfise púbica

( ) / ( ) 5 – contração forte, compressão firme do dedo do examinador com movimento positivo em direção a sínfise púbica.

**E =** Endurance: ( ) / ( ) segundos

**R =** Repetição das contrações mantidas: ( ) / ( )

**F =** Número de contrações rápidas: ( ) / ( )

Coordenação: ( ) / ( ) relaxamento parcial / lento

( ) / ( ) relaxamento total / rápido

( ) / ( ) dissociação abdome / períneo

**Contração voluntária dos MAP:** ( ) simétrica ( ) assimétrica

**Uso da musculatura acessória:** ( ) Sim ( ) Não Qual(is)? \_\_\_\_\_

**Faz apneia:** ( ) Sim ( ) Não

OBSERVAÇÕES:

OBJETIVOS DA FISIOTERAPIA:

CONDUTAS DA FISIOTERAPIA:

DISCENTE RESPONSÁVEL: \_\_\_\_\_  
DOCENTE RESPONSÁVEL: \_\_\_\_\_