

ATUAÇÃO FISIOTERAPÊUTICA NO TRATAMENTO DE INCONTINÊNCIA URINÁRIA PUERPERAL

Nathália Moraes de Araujo¹

Carolina Perez Campagnoli²

RESUMO

A incontinência urinária (IU) é caracterizada como qualquer perda involuntária de urina e afeta tanto os homens quanto as mulheres em todo o mundo. A multicausalidade desencadeia a predominância na população feminina e, no puerpério, a incontinência urinária de esforço é prevalente. Os tratamentos são desde intervenções comportamentais, medicamentosos, reabilitação com a fisioterapia a tratamento cirúrgico. Atualmente, a prioridade tem sido o tratamento clínico em razão de apresentar resultados positivos de forma não invasiva. O objetivo desse estudo foi identificar na literatura por meio de uma revisão sistemática as principais técnicas fisioterapêuticas para o tratamento da incontinência urinária puerperal. A pesquisa foi dividida em duas etapas, onde a primeira consiste em um levantamento de dados acerca da prevalência da IU em puérperas e suas causas, enquanto a segunda etapa se baseia em tratamentos fisioterapêuticos voltados à incontinência urinária prevalente. Dentre os tratamentos fisioterapêuticos utilizados ressalta o treinamento do assoalho pélvico (TMAP) como prioridade em todos os estudos observados. Ademais, associam-se terapias complementares como uso de eletroestimuladores, palpação vaginal, cones vaginais e cinesioterapia.

Palavras-chave: Incontinência urinária. Puerpério. Assoalho pelvico. Fisioterapia.

ABSTRACT

Urinary incontinence (UI) is characterized as any involuntary loss of urine and affects both men and women worldwide. Multicausality triggers the predominance in the female population and, in the puerperium, urinary stress incontinence is prevalent. Treatments range from behavioral interventions, medication, rehabilitation with physiotherapy to surgical treatment. Currently, the priority has been clinical treatment due to its positive results in a non-invasive way. The aim of this study was to identify the literature through a systematic review of the main physical therapy techniques for the treatment of puerperal urinary incontinence. The research was divided into two stages, where the first consists of a survey of data on the prevalence of UI in postpartum women and its causes, while the second stage is based on physical therapy treatments targeted at prevalent urinary incontinence. Among the physiotherapeutic treatments used, pelvic floor muscle training (PFMT) stands out as a priority in all the studies observed. Furthermore, complementary therapies are associated with the use of electrostimulators, vaginal palpation, vaginal cones and kinesiotherapy.

Keywords: Urinary incontinence. Puerperium. Pelvic Floor. Physiotherapy.

¹ Graduanda do Curso de Fisioterapia da Católica de Vitória Centro Universitário. E-mail: nathaliamoraes.araujo@hotmail.com

² Fisioterapeuta, Mestre em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local, Docente do Curso de Fisioterapia do Unisales Centro Universitário Salesiano. E-mail: ccampagnoli@unisales.br

1. INTRODUÇÃO

Incontinência urinária (IU) é caracterizada como qualquer perda involuntária de urina, de acordo com a Sociedade Internacional de Continência (ICS). A incontinência urinária passou a ser considerada doença a partir de 1998, constando assim nas Classificações Internacional de Doença (CID/OMS apud CRUZ; LISBOA, 2019).

A IU afeta tanto os homens quanto as mulheres em todo o mundo. Apresenta uma prevalência maior em mulheres atingindo 27,6% no sexo feminino e 10,5% no sexo masculino. A multicausalidade desencadeia a predominância nas mulheres sendo os principais fatores de risco a idade, multiparidade, tipo de parto, obesidade, sedentarismo, além do fator hereditário (MAGAJEWSKI; BECKHAUSER; GROT, 2013). A perda urinária é uma condição frequente durante o período puerperal com prevalência de 6 a 31% (LEROY; LÚCIO; LOPES, 2016).

A alteração da força muscular no assoalho pélvico é um agente que ocorre na gravidez e durante o puerpério. No decorrer da gestação e no trabalho de parto acontecem modificações biomecânicas no corpo, como mudanças na posição anatômica da pelve, alterações nas musculaturas pélvicas, viscerais e períneo. Todos esses processos fisiológicos tornam-se fatores lesivos para o suporte pélvico, sendo uma condição multifatorial para surgimento da incontinência urinária a curto ou em longo prazo (LOPES; PRAÇA, 2011).

No período gestacional há um aumento da pressão do útero sobre a bexiga e redução do espaço visceral, fatores que aumentam a probabilidade de causar perda de urina, afetando de maneira negativa as condições biopsicossociais. Estudos apontam os danos causados na qualidade de vida dessas mulheres sendo desfavorável proceder com as atividades de vida diária devido às limitações físicas causadas (MOCCELLIN; RETT; DRIUSSO, 2014).

De ora em diante ao diagnóstico de incontinência urinária se torna imprescindível iniciar o tratamento adequado. De acordo com a Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (2018) o tratamento pode ser tanto clínico quanto cirúrgico; sendo que o tratamento clínico está ganhando uma maior atenção nos últimos anos por apresentar resultados satisfatórios e menores efeitos colaterais em relação ao cirúrgico. Segundo a Sociedade Internacional de Continência (ICS), a recomendação é que a primeira linha de tratamento seja através do tratamento conservador como comportamental e fisioterapia (ICS apud FEBRASGO, 2018).

Por conseguinte, o acompanhamento multiprofissional torna-se fundamental para a atuação no tratamento da incontinência urinária em puérperas. A fisioterapia realiza inúmeras técnicas que promovem melhoria e bem estar nas mulheres gestantes e puérperas que sofrem com este diagnóstico (BARACHO, 2012). Assim, o objetivo desse estudo foi identificar na literatura as principais técnicas fisioterapêuticas para o tratamento de incontinência urinária no período puerperal, buscando analisar conhecimentos atuais a respeito das práticas baseadas em evidência científica.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 ANATOMIA DA PELVE FEMININA

O assoalho pélvico (AP) é constituído por músculos, ligamentos e fáscias. A musculatura do AP desempenha um importante papel no período puerperal dado que tem como função a sustentação de órgãos pélvicos, sobretudo o útero, bexiga e o reto. Na uretra e reto auxilia na ação esfíncteriana, além de participar do processo de micção, defecação, e, durante o nascimento, proporciona a passagem do feto. A ação gravitacional tal como o peso do útero gravídico sobre a musculatura do assoalho pélvico (MAP) favorece a sobrecarga nos tecidos conjuntivos e a redução do tônus muscular (BARACHO, 2012).

A cavidade pélvica é demarcada em sua porção inferior pelo diafragma pélvico. O diafragma da pelve é formado pelos músculos levantador do ânus - agrupado em três porções: puborretal, pubococcígeo e iliococcígeo - e coccígeo. Outros músculos formam o AP além do diafragma para que atuem em conjunto em suas funções. O períneo é a porção superficial do MAP, compostos pelos músculos isquiocavernoso, bulboesponjoso, músculos transversos superficiais e profundos do períneo e esfíncter da uretra (BARACHO, 2018).

2.1.1 Incontinência urinária

A sociedade Brasileira de Urologia (2020) caracteriza a incontinência urinária por qualquer perda de urina, podendo ser de maneira involuntária ou decorrente a esforços físicos. A incontinência urinária foi reconhecida através da Conferência Internacional de Incontinência como o terceiro maior problema de saúde, ficando atrás somente de problemas cardíacos e câncer. As mulheres são mais afetadas comparadas aos homens, sendo a multiparidade um dos fatores de risco para a prevalência no gênero feminino de diferentes idades (DERMELINDO et al., 2013).

Outros fatores são pertinentes como a perda da função esfíncteriana, fragilidade do assoalho pélvico, menor elasticidade e contratilidade da bexiga e traumas pélvicos (MOURÃO et al., 2017). Dentre as repercussões na qualidade de vida, destacam-se as limitações físicas que restringem desde afazeres domésticos às atividades profissionais e exercícios físicos, criando uma barreira social advindo pelo medo da perda de urina em público, além de possíveis odores e trocas de roupas constantes (RODRIGUES et al., 2016).

2.1.2 Tipos de incontinência urinária

O sistema nervoso autônomo é o responsável pelo controle de eliminação da urina, pode haver comprometimento da eliminação quando a musculatura dos esfíncteres

ou do MAP estiverem enfraquecidas em situações de período gestacional e puerperal (BIBLIOTECA VIRTUAL EM SAÚDE, 2018).

São classificados três tipos de incontinência urinária e suas características clínicas, sendo eles: incontinência urinária por esforço (IUE) quando há perda involuntária decorrente de esforço físico, como atividades físicas, tosse ou espirro, ocasionado devido ao aumento da pressão intra-abdominal; Incontinência urinária de urgência (IUU) caracterizada por uma vontade incontrolável de expelir urina transcorre em razão das alterações na complacência e sensibilidade vesical, tornando assim inevitável a espera para o deslocamento ao banheiro, e incontinência urinária mista (IUM) combinando os dois tipos de incontinência citados anteriormente (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE FISIOTERAPIA PÉLVICA, 2013). A incontinência urinária por esforço (IUE) é a mais frequente, sendo responsável por volta de 50-70% comparado a todos os tipos de IU (KOPANSKA et al., 2020).

2.1.3 Fisiologia da continência urinária

A bexiga possui função de armazenamento e capacidade de eliminação da urina sem qualquer tipo de esforço, dor e perda. Armazena um volume crescente de líquido em sua cavidade sem que haja elevação da pressão vesical. O músculo liso detrusor da bexiga constitui suas paredes. A musculatura do detrusor é bastante innervada pelo parassimpático. É exigido um controle neural de coordenação de impulsos sensitivos e motores da bexiga e uretra de maneira correspondida acerca dos mecanismos de micção (BARACHO, 2018).

O sistema nervoso simpático é o mediador do enchimento e armazenamento. Os neurotransmissores agem na estimulação uretral para abertura e fechamento, além do aumento e diminuição do tônus muscular vesical (BARACHO, 2018). O sistema nervoso parassimpático é o responsável pelo processo de esvaziamento. Para que tudo ocorra de maneira funcional, é necessário que todas as estruturas como a uretra, esfíncteres e inervações estejam de forma íntegra (CONCEIÇÃO, 2005).

A contração do MAP tem um importante papel na estabilidade e resistência ao realizar o movimento de micção (STAFNE et al., 2012). Diante ao enfraquecimento ou lesão dessas estruturas, a contração não será realizada de maneira efetiva originando assim possíveis alterações no controle da continência urinária. O MAP é constituído por 70% das fibras do tipo I de contração lenta, concedendo uma contração prolongada e contínua, e 30% das fibras do tipo II de contração rápida, permitindo contrações rápidas e fortes. Um programa de exercício para fortalecimento deve englobar ambos os tipos de fibra para obter melhores resultados (RODRIGUES et al., 2020).

2.1.4 Fisiopatologia da continência urinária

Para que a incontinência urinária não ocorra é fundamental que exista um funcionamento adequado do aparelho urinário inferior, onde estruturas anatômicas e vias nervosas estejam com a integridade preservada para que coordenem a ação da

musculatura lisa do aparelho urinário e estriada do pavimento pélvico (OLIVEIRA; GARCIA, 2011). Em tese, para que haja abertura e fechamento uretral é preciso que músculos, ligamentos e tecidos adjacentes atuem em conjunto gerando uma tensão. Essa tensão atua na contração involuntária do músculo detrusor, provocando o reflexo miccional (BARACHO, 2012).

O vazamento de urina é causado devido a uma pressão exercida na bexiga na presença de um aumento da pressão abdominal referente ao esforço físico. Essa reação acontece em razão de mecanismos fisiológicos estarem lesados, como deficiência na atuação do suporte uretral dos músculos do AP e deficiência esfinteriana intrínseca. A literatura cita que outros fatores são predisponentes na IU e precisam ser levados em consideração, como o número de partos, enfraquecimento muscular generalizado, deficiência hormonal e contrações involuntárias do músculo detrusor (RADZIMINSKA et al, 2018).

Ademais, a redução da complacência vesical também interfere nos sintomas urinários. A bexiga possui complacência alta em situações fisiológicas, sendo capaz de acumular uma quantidade grande de urina sem que altere sua pressão interna de maneira significativa. No entanto, quando esse espaço reduz, a pressão intravesical é aumentada e o desejo miccional é estimulado (CÂNDIDO et al., 2017).

2.1.5 Incontinência urinária no puerpério

O puerpério inicia ao final do parto, se estende por volta de seis a oito semanas e se finda quando os órgãos de reprodução voltam ao estado não gravídico. Nesse período ocorrem importantes modificações no corpo e algumas mulheres podem ter consequências danosas. Destacam-se entre as mudanças fisiológicas a recuperação uterina, alterações no períneo e parede abdominal, variações de peso e hábito urinário. No sistema urinário, as alterações morfológicas podem persistir por três meses após o parto. Dentre elas estão a dilatação da uretra, da pelve renal e dos ureteres, além do relaxamento da parede vesical (BARACHO, 2018).

Baracho (2018, p. 282) explica que:

Logo após o parto, a mucosa vesical apresenta edema, hiperemia e, às vezes, sangramento submucoso, causando hematúria, incapacidade de micção, ou incontinência urinária pós-parto. Estudos têm demonstrado que o parto, especialmente o vaginal, é o maior causador de desenvolvimento de incontinência urinária no pós parto imediato, em função de lesão da função muscular da uretra e dos tecidos adjacentes.

2.2 TRATAMENTOS

Diante ao diagnóstico de incontinência urinária torna-se necessário entrar com as intervenções a fim de realizar os tratamentos, levando em conta os riscos e benefícios. As terapêuticas são desde intervenções comportamentais, medicamentosas, reabilitações com a fisioterapia a tratamento cirúrgico. Por muitos

anos o tratamento foi seguido de modo cirúrgico. Atualmente, a prioridade tem sido o tratamento clínico (FREITAS et al., 2011).

A respeito do tratamento cirúrgico, de acordo com Feuser e colaboradores (2011), “a cirurgia [...] proporciona bons resultados, porém de alto custo, principalmente com relação à aquisição do material e necessidade de cirurgiões habilitados. Assim, essa técnica ainda não é a mais utilizada como recurso de primeira escolha [...]”. Além disso, estudos comprovam que a cirurgia não produz função muscular satisfatória, tendo em vista que a fraqueza da musculatura do assoalho pélvico (AP) está diretamente relacionada ao surgimento de incontinências urinárias. Sendo assim, entende-se que o fortalecimento da musculatura do AP se torna indispensável (FEUSER et al., 2011).

Em relação ao tratamento medicamentoso, os efeitos colaterais causados fazem com que algumas mulheres optem por não realizá-lo. Entre eles estão variações de temperatura corporal e retenção hídrica. Pesquisas apontam que o tratamento clínico possui maiores benefícios, menor custo e é pouco invasivo (PRADO et al., 2015).

As modalidades clínicas empregam técnicas comportamentais e tratamento fisioterapêutico. A terapia comportamental é definida por modificações comportamentais que foram adquiridas com os anos. Nela, a paciente é reeducada com hábitos que influenciam no controle miccional (GIRÃO et al., 2015). Como por exemplo, o uso de um diário miccional para controle do hábito urinário, educação ao paciente, formação de estratégias para controle do desejo urinário, ou seja, um conjunto de técnicas com intuito de minimizar os sintomas da IU a partir de estratégias educacionais (MESQUITA et al., 2010). Já o tratamento fisioterapêutico apresenta bons resultados por atuar diretamente no fortalecimento da musculatura do assoalho pélvico (PRADO et al., 2015).

2.3 FISIOTERAPIA

A fisioterapia em Saúde da Mulher é uma especialidade regulamentada pelo COFFITO (Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional) desde 2009 em virtude de sua importância e evidência científica. Segundo o ABRAFISM (Associação Brasileira de Fisioterapia em Saúde da Mulher), no decorrer da gestação e puerpério o corpo feminino sofre alterações biomecânicas que englobam vários sistemas ocasionando dores e desconfortos que comprometem a qualidade funcional do organismo (ABRAFISM apud COFFITO, 2020).

O fisioterapeuta possui conhecimentos e habilidades para atuar na área de saúde da mulher com objetivo de promover melhorias funcionais e bem-estar global com condutas que visam avaliar, prevenir e amenizar variados sintomas resultantes do pós-parto, elaborando estratégias de tratamento no intuito de minimizar desconfortos, prescrevendo e supervisionando programas de exercícios terapêuticos seguros, como o treinamento dos músculos do assoalho pélvico (TMAP). Quando um programa de treinamento dos músculos do assoalho pélvico é bem dirigido, pode prevenir e tratar a incontinência urinária (COFFITO, 2020).

Além do tratamento, a fisioterapia abrange também a prevenção da incontinência urinária através da educação miccional, informações acerca do uso da musculatura

do assoalho pélvico, tal como aprendizado de técnicas e exercícios para fortalecimento e relaxamento muscular, dado que na presença de incontinência urinária, independentemente de suas características clínicas, ocorre redução da força muscular (OLIVEIRA; GARCIA, 2011).

A integridade muscular do assoalho pélvico e estruturas adjacentes comportam uma função importante para a manutenção da continência. Na presença de disfunções ocorrem perdas de suporte para estas musculaturas. Com o treinamento do assoalho pélvico (TMAP) as fibras musculares ficarão hipertróficas e serão recrutados neurônios motores ativos, fazendo com que haja um melhor suporte visceral na pelve (CAMILLATO; BARRA; SILVA JR, 2012).

O TMAP pode ser realizado em conjunto a outras terapêuticas como técnicas de eletroestimulação muscular, além disso, podem-se associar técnicas comportamentais, terapias com cones vaginais e biofeedback baseados na propriocepção (PRIMO; CORRÊA; BRASILEIRO, 2017).

O uso do biofeedback com eletromiografia (EMG) é necessário para o controle da forma correta da contração muscular e sua qualidade de contração. O dispositivo pode ser introduzido na vagina ou utilizado eletrodos na porção inferior do abdômen com a intenção de registrar atividades musculares pélvicas por meio de sinais sonoros e visuais. O aparelho captura a tensão do MAP e envia informações para que seja possível monitorar a qualidade das contrações (KOPANSKA et al., 2020). A eletroestimulação neuromuscular (EENM) consiste em uma aplicação de corrente elétrica para estimular a inervação visceral pélvica ou suprir a sua inervação. Seu intuito é induzir uma resposta terapêutica com contração muscular passiva (OLIVEIRA; GARCIA, 2011).

Estudos realizados apontam os benefícios da eletroestimulação do nervo tibial posterior associado à cinesioterapia na diminuição da frequência urinária. O nervo tibial posterior possui fibras que se nos originam mesmos segmentos espinhas que os nervos da bexiga, L4-S3, sendo assim, pesquisas indicam que a modulação periférica é uma alternativa pouco invasiva e com resultados positivos ao tratamento fisioterapêutico da IU quando correlacionado a exercícios de fortalecimento (MEYER; GARCEZ; ANNA, 2020).

Os cones vaginais auxiliam na melhora do tônus muscular pélvico. São introduzidos no canal vaginal para exercitar a musculatura, atuando diretamente na contração pélvica. Seu tempo de uso é indicado por aproximadamente 20 minutos. Os pesos variam entre 25g a 75g, e o critério de aumento será de acordo com a evolução da paciente. Os cones ativam as fibras do tipo I e tipo II, melhorando assim a força dos músculos e a propriocepção. É importante que não seja realizado a manobra de Valsava durante o procedimento para que não ocorram riscos de eliminação (RODAS; PERDOMO, 2018).

A cinesioterapia se faz importante para um melhor controle da contenção urinária. Além do MAP, músculos como glúteos, adutores e abdominais também precisam ser trabalhados para um resultado positivo (BRANDENBURG et al., 2017). Ademais, para o tratamento da IU pode-se utilizar também exercícios específico como os exercícios de Kegel que tem como finalidade trabalhar a musculatura do períneo e tratar a hipotonia do assoalho pélvico. Seu objetivo é atuar no reforço da resistência da uretra e melhorar a sustentação dos órgãos pélvicos (OLIVEIRA; GARCIA, 2011).

Conforme estudos científicos realizados, a fisioterapia no fortalecimento do assoalho pélvico apresentou resultados positivos na redução das perdas urinárias e na

qualidade de vida fazendo com que seja considerado o melhor protocolo para tratamento (OLIVEIRA et al., 2017).

3. METODOLOGIA DA PESQUISA

Foi elaborado um estudo de revisão sistemática de literatura buscando analisar as evidências científicas acerca da atuação fisioterapêutica no tratamento da incontinência urinária puerperal. As bases utilizadas para as buscas foram as plataformas LILACS (Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), PubMed (National Library of Medicine), SciELO (Scientific Eletronic Library Online), Google Acadêmico e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS).

O presente estudo foi dividido em duas etapas, onde a primeira consiste em um levantamento de dados no que concerne à prevalência da incontinência urinária no puerpério e suas causas, além de identificar o tipo de incontinência urinária assíduo no período puerperal. Já a segunda etapa consiste em uma pesquisa sobre os tratamentos fisioterapêuticos utilizados para a IU prevalente. Os artigos selecionados foram agrupados em tabela para a discussão.

Os descritores utilizados para ambas as fases foram, em português: incontinência urinária, puerpério, assoalho pélvico e fisioterapia. E, em inglês: urinary incontinence, puerperium, pelvic floor and physiotherapy. Os critérios de inclusão foram textos disponíveis na íntegra, artigos com idiomas tanto em português quanto em inglês e publicações entre 2013 a 2021. Os artigos que não cumpriram com os critérios de inclusão, foram descartados.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Na primeira fase do estudo foram encontrados 16 artigos que abordavam a prevalência e as causas da incontinência urinária em puérperas. Dentre as publicações selecionadas, foram escolhidos 7 artigos que se enquadraram nos critérios de inclusão, nas plataformas PubMed, Scielo, Google Acadêmico e Biblioteca Virtual em Saúde entre os anos 2013 e 2020.

Baseado nas estratégias de pesquisa e seleção para a construção da segunda etapa, foram elegidos 6 artigos científicos publicados entre os anos de 2017 a 2020. Durante as buscas houve limitação para encontrar artigos que abordassem de forma intrínseca o tratamento fisioterapêutico da incontinência urinária de esforço dado que há insuficiência de estudos recentes que correspondem às datas referidas. As plataformas utilizadas foram PubMed, Scielo e Google Acadêmico.

4.1 PREVALÊNCIA DE INCONTINÊNCIA URINÁRIA NO PUERPÉRIO E SUAS CAUSAS

Tabela 1: Prevalência e suas causas

Autor e Ano	Objetivo	Metodologia	Conclusão
Magajewski e colaboradores (2013)	Este artigo objetiva estabelecer a prevalência de incontinência urinária em primigestas internadas em um hospital no sul do Brasil e o impacto na qualidade de vida dessa população.	Trata-se de um estudo transversal com 144 primigestas internadas no Hospital Nossa Senhora da Conceição– Tubarão/SC no ano de 2012. As pacientes foram submetidas a dois questionários, o “International Consultation on Incontinence Question naire – Short Form –ICIQ-SF”, instrument validado para a língua portuguesa, além de uma pergunta adicional foi incluída pelos pesquisadores, buscando informações sobre sintomas prévios referentes à incontinência urinária antes gestação.	Este estudo permitiu-nos concluir que é alta a prevalência da IU em primigestas internadas, que existe associação entre a idade e os sintomas apresentados e também entre a idade e o impacto na QV das mulheres acometidas. A maioria das pacientes que referiram os sintomas não apresentava sintomas prévios da doença antes do início da gravidez, indicando uma possível relação entre a gestação e o desenvolvimento da IU.
Barbosa e colaboradores (2013)	O objetivo deste estudo foi avaliar a prevalência de incontinência urinária e disfunção da musculatura do assoalho pélvico em dois anos de pós-parto e os fatores responsáveis por elas.	Foram selecionadas 220 mulheres dois anos após parto cesáreo eletivo ou parto vaginal. Foram avaliados sintomas de incontinência urinária e disfunção muscular do assoalho pélvico por palpação digital e perineômetro.	Incontinência urinária gestacional foi um precursor crucial de incontinência urinária pós-parto. O ganho de peso durante a gestação aumentou o risco posterior de disfunção muscular do assoalho pélvico e o parto cesárea eletivo não foi uma ação de prevenção para a incontinência urinária.

Leroy colaboradores (2016)	e	Investigar os fatores de risco para incontinência urinária (IU) pós-parto e suas características.	Este foi um estudo de caso-controle com 344 puérperas (77 casos e 267 controles) com até 90 dias pós-parto. Em uma única sessão, os participantes receberam um questionário com dados sócio demográficos e clínicos e outros dois que avaliaram vazamento de urina, situações de vazamento e tipo de IU.	Na maioria das vezes, a IU apareceu pela primeira vez durante a gravidez e permaneceu durante o período pós-parto. Incontinência urinária durante a gravidez, multiparidade, idade gestacional ao nascimento maior ou igual a 37 semanas, e constipação foram apresentados como fatores de risco. Dentro do grupo estudado, a IU de esforço foi mais frequente.
Rocha colaboradores (2017)	e	Este estudo foi criado com a fonte de identificar e avaliar a prevalência e fatores de risco para incontinência urinária durante o terceiro trimestre da gravidez e de três meses após o parto.	Estudo observacional e transversal. A população do estudo incluiu 268 puérperas, que tiveram parto no Centro Hospitalar Tâmega e Sousa, em 2013 e 2014. Foram avaliados durante o período de internamento após o parto. Como parturientes foram convidadas a preencher um questionário adaptado, Questionário de Consulta Internacional sobre Incontinência - Short Form, para investigação da incontinência urinária no terceiro trimestre da gravidez, para o qual deu consentimento. Três meses após o parto, foram contactadas telefonicamente e convidadas a responder as questões acerca da incontinência urinária no pós parto.	A multiparidade e a ocorrência de incontinência urinária na gravidez surgem como fatores possíveis de risco no aparecimento da incontinência urinária.
Lin e colaboradores (2018)		O estudo foi investigar a prevalência e os fatores de risco da incontinência urinária de esforço (IUE) e seu impacto na qualidade de vida durante a gravidez e 12 meses após o parto	866 mulheres em um hospital terciário foram recrutadas. Todas as mulheres foram solicitadas a preencher vários questionários, incluindo dados demográficos e obstétricos, questionário de saúde Short Form 12 (SF-12), Urogenital Distress Inventory Short Form (UDI-6) e Incontinence Impact Questionnaire Short Form (IIQ-7). Todas as mulheres foram entrevistadas por telefone para responder aos mesmos questionários 12 meses após o parto.	A IUE persistente é mais prevalente no grupo de parto vaginal do que no grupo de cesariana. Tanto a IUE durante a gravidez quanto após o parto têm impacto negativo na qualidade de vida das mulheres que realizam parto vaginal.
Donoso colaboradores (2020)	e	Identificar principais fatores que favorecem o	O referencial metodológico adotado foi a Revisão Integrativa de Literatura. A estratégia de busca foi	A incontinência urinária gestacional foi um precursor

	desenvolvimento de incontinência urinária em mulheres no período pós-parto.	realizada nas bases Medline, IBECS e Lilacs, em abril de 2017. Os critérios de inclusão foram: artigos resultantes de pesquisa primária, quantitativos, nos idiomas português, inglês ou espanhol, publicados entre o período de 2012 a 2017 e que contemplassem aspectos relacionados à incontinência urinária no puerpério. Foram selecionados 18 artigos, por atenderem os critérios de inclusão desta pesquisa.	crucial da incontinência urinária pós-parto. O ganho de peso durante a gravidez aumentou o risco subsequente de disfunção dos músculos do assoalho pélvico, e a cesariana eletiva não evitou a incontinência urinária.
Wesnes e colaboradores (2020)	O objetivo deste estudo foi revisar a literatura para identificar estudos que relatam a associação do alto peso ao nascer com a incontinência urinária após todas as modalidades de parto e realizar metanálises sobre a associação do alto peso ao nascer com a IU após o parto.	As pesquisas foram realizadas no Medline, Embase, Svemed +, Clinical Trials gov, Cochrane e Cinahl em agosto de 2016. Verificação de referência adicional foi realizada. Os artigos incluídos avaliaram o peso ao nascer como possível fator de risco para IU materna. Incluímos artigos apresentados em norueguês, dinamarquês, sueco ou inglês. Dois revisores independentes extraíram os dados e os analisaram usando o software Review Manage.	Concluímos que o peso ao nascer parece ser um fator de risco para IU após o parto. Uma relação causal entre peso ao nascer e IU é biologicamente plausível. As estratégias de prevenção da IU no pós-parto devem ser direcionadas a mulheres com alto risco, como mulheres que dão à luz a bebês com alto peso ao nascer.

Barbosa e colaboradores (2013) relatam que não há dessemelhança entre partos normais e cesarianas no que diz respeito à incidência da incontinência urinária ou disfunções do MAP, sendo assim, a via de parto não foi considerado um fator de risco para IU. Contudo, relacionou-se o aumento do ganho de peso na gravidez com as disfunções apresentadas no assoalho pélvico em até dois anos pós parto, favorecendo os sintomas urinários persistentes.

Em contrapartida a Barbosa e colaboradores (2013), Leroy e colaboradores (2016) declaram que mulheres submetidas ao parto normal apresentam maiores chances de prevalência da IU comparado ao parto cesária, além da multiparidade se enquadrar também como fator de risco. Ambos os autores Magajewski e colaboradores (2013) e Leroy e colaboradores (2016) concordam em suas pesquisas que a incontinência urinária de esforço é a mais frequente. Outra semelhança aos estudos anteriores é a associação entre o início da IU no terceiro trimestre de gestação com o aumento do risco e permanência da IU no puerpério.

Rocha e colaboradores (2017) apontam que o peso do recém nascido e a laceração perineal não estão associados ao surgimento de IU. Apesar disso, Lin e colaboradores (2018) destacam que as alterações mecânicas e hormonais induzem a IUE e o parto vaginal torna-se o principal fator de risco, possivelmente em razão de surgimento de lesões nos músculos pélvicos. Ademais, segundo Danoso e colaboradores (2020) a escolha da via de parto não deve ser um critério decisivo

para prevenção de incontinência urinária, uma vez que a gravidez em si já provoca alteração na força muscular do AP.

Os dados apresentados por Wesnes e colaboradores (2020) se contrapõem aos retratados por Rocha e colaboradores (2017) quando revelam que o peso do bebê intervém no surgimento da IU. De acordo com os autores, o peso ao nascer maior que 4000 gramas pode levar a incontinência urinária puerperal tanto em primíparas quanto em múltiparas, sendo necessário criar estratégias preventivas.

4.2 TRATAMENTO FISIOTERAPÊUTICO NA INCONTINÊNCIA URINÁRIA DE ESFORÇO

Tabela 2: Tratamento fisioterapêutico

Autor e Ano	Objetivo	Metodologia	Conclusão
Oliveira e colaboradores (2017)	Identificar o protocolo e / ou parâmetros de treinamento mais eficazes em o tratamento da IUE feminina.	Uma pesquisa bibliográfica foi realizada no PubMed, Cochrane Library, PEDro, Bases de dados Web of Science e Lilacs, com datas de publicação desde janeiro de 1992 a março de 2014. Os artigos incluídos consistiam em estudos experimentais de língua inglesa estudos nos quais o SEPFM foi comparado com o tratamento com placebo (usual ou não tratado). A amostra possuía diagnóstico de IUE e a idade variou entre 18 e 65 anos. A avaliação da qualidade metodológica foi realizada com base na escala PEDro.	O protocolo de treinamento mais eficaz consiste em SEPFM por digital palpação combinada com monitoramento de biofeedback e cones vaginais, incluindo Parâmetros de treinamento de 12 semanas e dez repetições por série em diferentes posições em comparação com SEPFM sozinho ou com a falta de tratamento.
Saboia e colaboradores (2017)	Analisar a eficácia das intervenções realizadas no pós-parto para prevenção da incontinência urinária.	Revisão sistemática de estudos randomizados controlados realizada nas bases de dados MEDLINE, Cochrane, Scopus e Biblioteca Virtual em Saude - BVS.	Há evidências de que programas de exercícios da musculatura do assoalho pélvico realizados tanto no pós-parto imediato quanto no tardio resultam em aumento significativo da força muscular e contribuem para a prevenção da IU.

Radzimińska colaboradores (2018)	e	O objetivo desta revisão foi avaliar a eficácia do treinamento muscular do assoalho pélvico (TMAP) no tratamento da incontinência urinária (IU) em mulheres, com um foco particular no impacto desta forma de terapia na qualidade de vida dos pacientes (QoL).	As seguintes bases de dados eletrônicas foram pesquisadas: PubMed, Embase e Cochrane Library (artigos apenas em inglês, 1990–2017). Os termos de pesquisa foram os seguintes: incontinência urinária, treinamento dos músculos do assoalho pélvico, exercícios do assoalho pélvico, qualidade de vida. Os métodos de revisão sistemática foram baseados na declaração PRISMA (itens de relatório preferidos para revisões sistemáticas e meta-análises).	O TMAP é uma intervenção fisioterapêutica eficaz no tratamento de IU em mulheres uma vez que influencia positivamente na QV dessas mulheres e consequentemente melhora o funcionamento físico, mental e social.
Ptak colaboradores (2019)	e	O objetivo deste estudo foi avaliar o impacto de exercícios de PFM isolados e do treinamento combinado de PFM e m.transversus. músculo abdominal (TrA) na QV de pacientes com IUE em relação ao número de partos vaginais.	137 mulheres com IUE foram qualificadas para análise. Para avaliar a eficácia do questionário de QV de treinamento de PFM foi usado (ICIQ-LUTS qol). O treinamento PFM para os grupos A (PFM + TrA) e B (PFM) foi planejado para 12 semanas.	Tanto o treinamento combinado do PFM quanto o sinérgico Músculo (TrA), e os exercícios isolados de MAP melhoram o QV de mulheres com IUE. No entanto, o PFM combinado e a fisioterapia muscular TrA é mais eficaz. Os exercícios para o PFM e o músculo sinérgico dão melhores resultados em mulheres que deram à luz menos de três vezes do que exercícios isolados de PFM.
Sánchez colaboradores (2019)	e	Os objetivos eram analisar a efetividade do treinamento muscular do assoalho pélvico em mulheres com IUE e determinar qual carga de treinamento produz as maiores adaptações para diminuir a perda de urina.	A pesquisa foi realizada em três bases de dados desde o início até 1º de janeiro e não foram aplicadas restrições por datas. As seguintes bases de dados eletrônicas foram pesquisadas: PubMed, Web of Science e Cochrane (Cochrane Database of Systematic Reviews, Cochrane Central Register of Controlled Trials e Cochrane Library). Estudos de pesquisa foram incluídos se fossem ensaios clínicos randomizados (RCTs), tratamentos de IUE e tratamentos clínicos publicados em inglês. Os estudos foram escolhidos se os participantes fossem mulheres que tinham diagnóstico urodinâmico de IUE ou sintomas de IUE.	O treinamento dos músculos do assoalho pélvico pode ser uma terapia eficaz para reduzir a perda de urina em mulheres com incontinência urinária de esforço. Além disso, os resultados sugerem que PFMT usando sessões curtas (10-45 min) e com frequência de 3 e 7 dias por semana pode evocar as maiores alterações nas mulheres com IU.

Bialy e colaboradores (2020)	O objetivo deste trabalho é uma revisão sistemática mostrando a possibilidades de utilização de técnicas fisioterapêuticas no tratamento da IU em mulheres com atenção às técnicas de ativação de PFM. Evidência da eficácia do bem conhecido (por exemplo, treinamento de PFM, biofeedback e eletroestimulação) e menos conhecidos (por exemplo, magneto estimulação, treinamento de vibração) técnicas serão apresentadas aqui em relação ao tratamento de sintomas de incontinência urinária nas mulheres.	A revisão da literatura foi realizada na base de dados Medline-PubMed. Palavras-chave variadas dependendo da terapia: treinamento de FP e incontinência urinária; eletroterapia E urinária incontinência; incontinência urinária E estimulação magnética OU Inervação magnética extracorpórea; vibração de corpo inteiro OU vibração OU vibração OU estimulação perineal OU vibratória intravaginal E incontinência urinária.	A fisioterapia melhora significativamente a qualidade de vida de mulheres com IU; no entanto, para atingir os efeitos terapêuticos ideais, às vezes é benéfico para usar uma combinação de várias técnicas fisioterapêuticas.
------------------------------	---	---	---

Em sua pesquisa, Oliveira e colaboradores (2017) descrevem que a reabilitação dos músculos do assoalho pélvico (MAP) pode ser realizada de maneira ativa ou passiva, porém a reeducação dependerá da contração muscular voluntária. Segundo o estudo, foi árduo apontar um protocolo específico eficaz no tratamento da IUE, visto que existe heterogeneidade de programas, dificultando a identificação de um único protocolo mais eficaz. No entanto, relatam que na maioria das buscas incluídas na revisão foram encontrados programas de treinamento de PFM que abrangem terapias com palpação digital e cones vaginais, alcançando taxas de cura em até 70% dos casos. Para um melhor resultado, a literatura consultada cita que é recomendado que seja feito um programa de treinamento de força durante 12 semanas com 10 repetições por série.

Sánchez e colaboradores (2019) afirmam que mulheres que treinam por um período superior a 12 semanas atingem uma maior diminuição da perda urinária, correspondendo assim de maneira semelhante aos estudos realizados por Oliveira e Colaboradores (2017). Todavia, as pesquisas de Sánchez e colaboradores (2019) argumentam que sessões mais curtas de 10 a 45 minutos são suficientes para atingir os objetivos desejados, realizando combinações entre contrações lentas de até 10 segundos e rápidas sustentando até 3 segundos. Informam também que o uso de complementos como cones vaginais de diferentes pesos auxilia na eficácia do tratamento, pois melhora o controle sobre as contrações musculares.

Quanto à frequência do TMAP, Saboia e colaboradores (2017) explicam que pode haver variações e recomendam contrações musculares máximas e mantidas, lentas

e rápidas, com duração de até 10 segundos, se aproximando das informações encontradas na pesquisa de Sánchez e colaboradores (2019). Ptak e colaboradores (2019) também destacam os métodos de primeira escolha sendo exercícios para MAP. Eles descrevem que os exercícios aumentam a massa muscular fazendo com que haja uma estabilização da uretra. Ademais, retratam que exercícios de fortalecimento do músculo transverso abdominal associado aos músculos do assoalho pélvico trazem melhores resultados na qualidade de vida de mulheres que já tiverem ao menos três partos normais.

Já em seus estudos, Radzimińska e colaboradores (2018) apontam que o programa de fortalecimento para o assoalho pélvico foi eficaz em um grupo supervisionado por fisioterapeutas quando aplicado por no mínimo 6 semanas, com sessões de 45 minutos durante 3 vezes semanais. Considerando que houve melhora no fator biopsicossocial das mulheres, se torna uma opção segura de tratamento.

Assim como todos os autores citados anteriormente, Bialy e colaboradores (2020) declaram que o treinamento dos músculos do assoalho pélvico (TMAP) é o método mais recomendado como tratamento conservador. Além disso, consideram válidas outras técnicas fisioterapêuticas complementares. Segundo eles, até 40% das mulheres não realizam a contração muscular correta da MAP, podendo chegar a 70% na presença de disfunção do AP. Logo, outras técnicas auxiliam na contração voluntária, sendo elas eletroestimulação e palpação vaginal, havendo maiores benefícios quando supervisionados por fisioterapeutas.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Portanto, através desse estudo pode-se concluir que a fisioterapia se faz importante e essencial no processo de prevenção e tratamento da incontinência urinária, sendo a IUE prevalente ao longo do puerpério. Embora o tratamento fisioterapêutico seja voltado para que o sistema urinário tenha um bom funcionamento fisiológico, fatores biopsicossociais também são beneficiados levando em consideração a melhora da qualidade de vida das puérperas.

Sendo assim, a fisioterapia é vista como primeira opção de tratamento conservador por apresentar bons resultados com as terapêuticas utilizadas e intervenções complementares ao fortalecimento da musculatura do assoalho pélvico, como uso de eletroestimuladores, palpação vaginal, cones vaginais e cinesioterapia.

REFERÊNCIAS

BARACHO, Elza. **Fisioterapia aplicada à saúde da mulher**. 5 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012.

BARACHO, Elza. **Fisioterapia aplicada à saúde da mulher**. 6 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2018.

BARBOSA, A. et al. Prevalence of urinary incontinence and pelvic floor muscle dysfunction in primiparae two years after cesarean section: cross-sectional study. **São Paulo Medical Journal**, São Paulo, v.131, n.2, p. 95-99, 2013. Disponível em:

<https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S15163180201300020009. Acesso em: 01 Mai. 2021.

BIALY, A. et al. Urinary Incontinence in Women: Modern Methods of Physiotherapy as a Support for Surgical Treatment or Independent Therapy. **Journal of Clinical Medicine**, Polônia, v. 9, n. 1211, p. 1-32, Abr. 2020. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32340194/>>. Acesso em: 19 Abr. 2021.

BRANDENBURG, C. et al. Cinesioterapia e eletroestimulação na incontinência urinária feminina. **Revista científica em Ciências da Saúde**, v. 16, n.3, p. 1-7, Out. 2017. Disponível: <<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-967656>>. Acesso em: 09 Jun. 2021.

CAMILLATO, E. S; BARRA, A. A; SILVA JUNIOR, A. L. Incontinência urinária de esforço: fisioterapia versus tratamento cirúrgico. **Femina**, Belo Horizonte, v. 40, n. 4, p.187-194, Ago. 2012. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2012/v40n4/a3373.pdf>>. Acesso em: 27 Fev. 2021.

CÂNDIDO, F. et al. Incontinência urinária em mulheres: breve revisão de fisiopatologia, avaliação e tratamento. **Visão Acadêmica**, Curitiba, v.18 n.3, Jul.2017. Disponível em: <<https://revistas.ufpr.br/academica/article/view/54506/33509>>. Acesso em: 17 Mai. 2021.

CONCEIÇÃO, José. **Ginecologia fundamental**. 1 ed. São Paulo: Atheneu, 2005.

CRUZ, JEFERSON M.; LISBOA, LILIAN L. O impacto da incontinência urinária sobre a qualidade de vida e sua relação com a sintomatologia depressiva e ansiedade em mulheres. **Revista de Salud Pública**, Rio Grande do Norte, v. 21, n.4, p. 1-8, Jan. 2019. Disponível: <http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S012400642019000401101&lang=pt>. Acesso em: 05 Nov. 2020.

DONOSO, M. et al. Principais aspectos que favorecem o desenvolvimento de incontinência urinária em puérperas. **Revista de Enfermagem e atenção à saúde**, Minas Gerais, v. 9, n. 1, p. 144-159, Jul. 2020. Disponível em: <<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1118085>>. Acesso em: 02 Mai. 2021.

DELARMELINDO, R. C. et al. Estratégias de enfrentamento da incontinência urinária por mulheres. **Revista escola de enfermagem da USP**, São Paulo, v. 47, n. 2, p. 296-303, Abr. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S008062342013000200004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 13 Fev. 2021.

FEUSER, M. R. et al. Comportamento da continência urinária após tratamento cirúrgico com faixa sintética (sling): um estudo de sete casos. **Arquivos Catarinenses De Medicina**, v.40, n.2, p.41-46, 2011. Disponível em: <<http://www.acm.org.br/revista/pdf/artigos/861.pdf>>. Acesso em: 12 Fev. 2021.

Fisioterapeutas contribuem para saúde funcional e qualidade de vida das gestantes e puérperas. **COFFITO**, 14 Ago. 2020. Disponível em: <<https://www.coffito.gov.br/nsite/?p=16924>>. Acesso em: 17 Mai. 2021.

FREITAS, F. et al. **Rotinas em ginecologia**. 6 ed. Porto Alegre: Manole, 2011.

GIRÃO, M. et al. **Tratado de uroginecologia e disfunções do assoalho pélvico**. 1 ed. São Paulo: Barueri, 2015.

Incontinência urinária. **Associação Brasileira de Fisioterapia Pélvica (ABFP)**. Dez. 2013. Disponível em: <<http://www.abfp.org.br/incontinencia-urinaria/>>. Acesso em: 07 Dez. 2020.

KOPANSKA, M. et al. Urinary incontinence in women: biofeedback as an innovative treatment method. **Therapeutic advances in urology**, v. 12, n. 10, p. 1-12. Mai. 2020. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32647538/>>. Acesso em: 09 Jun. 2021.

LEROY, Lígia S.; LÚCIO, Adélia; LOPES, Maria H. Fatores de risco para incontinência urinária no puerpério. **Revista Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 50, n. 2, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S008062342016000200200&script=sci_arttext&tlng=pt#aff6>. Acesso em: 30 Mar. 2021.

LIN, Y. et al. Persistent stress urinary incontinence during pregnancy and one year after delivery; its prevalence, risk factors and impact on quality of life in Taiwanese women: An observational cohort study. **Taiwanese Journal of Obstetrics & Gynecology**, Taiwan, v. 57, p. 340-345, Mar. 2018. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29880161/>>. Acesso em: 15 Mai. 2021.

LOPES, Daniela B.; PRAÇA, Neide S. Prevalência de incontinência urinária autorreferida no pós-parto e fatores relacionados. **Acta paulista de enfermagem**, São Paulo, v. 25, n. 4, p. 574-80, 2012. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/ape/v25n4/15.pdf>>. Acesso em: 30 Mar. 2021.

MAGAJEWSKI, Flávio R.; BECKHAUSER, Mayara T.; GROTT, Yara. Prevalência de incontinência urinária em primigestas em um hospital no sul do Brasil. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, Santa Catarina, v. 42, n. 3, p. 54-58, Set. 2013. Disponível em: <<http://www.acm.org.br/revista/pdf/artigos/1244.pdf>>. Acesso em: 30 Mar. 2021.

MESQUITA, L. et al. Terapia comportamental na abordagem primária da hiperatividade do detrusor. **Femina**, v.38, n. 1, p. 24-29, Jan. 2010. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2010/v38n1/a004.pdf>>. Acesso em: 08 Jun. 2021.

MEYER, Felipe P; GARCEZ, Anderson; ANNA; Patrícia C. Uso da cinesioterapia e eletroestimulação do nervo tibial posterior como tratamento para a incontinência urinária em mulheres. **Revista Kairás-Gerontologia**, v. 23, n.1, p. 361-376, 2020. Disponível em: <<https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/50584/33030>>. Acesso em: 01 Jun. 2021.

MOCCELLIN, ANA S.; RETT, MARIANA T.; DRIUSSO, PATRÍCIA. Incontinência urinária na gestação: implicações na qualidade de vida. **Revista Brasileira de Saúde Materna Infantil**, São Paulo, v.14, n.2, p. 147-154, Jun. 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151938292014000200147&lang=pt>. Acesso em: 01 Nov. 2020.

MOURÃO, L. et al. Caracterização e Fatores de Risco de Incontinência Urinária em Mulheres Atendidas em uma Clínica Ginecológica. **Estima**, Fortaleza, v. 15, n. 2, p. 1-11, Jun. 2017. Disponível em: <https://www.researchgate.net/profile/Antonio-Dean-Markes/publication/317288551_Caracterizacao_e_fatores_de_risco_de_incontinencia_urinaria_em_mulheres_atendidas_em_uma_clinica_ginecologica/links/5ffcba024>

[5851553a039f34e/Caracterizacao-e-fatores-de-risco-de-incontinencia-urinaria-em-mulheres-atendidas-em-uma-clinica-ginecologica.pdf](https://www.scielo.br/5851553a039f34e/Caracterizacao-e-fatores-de-risco-de-incontinencia-urinaria-em-mulheres-atendidas-em-uma-clinica-ginecologica.pdf)>. Acesso em: 30 Mar. 2021.

OLIVEIRA, A. et al. Contribuições da fisioterapia na incontinência urinária no climatério. **Revista de ciências médicas**, Campinas, v. 26, n. 3, 2017. Disponível em: < <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-948386>>. Acesso em: 30 Mar. 2021.

OLIVEIRA, Cláudia. **Efeitos da cinesioterapia no assoalho pélvico durante o ciclo gravídico-puerperal**. São Paulo, 2006, 99 p. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo.

OLIVEIRA, Jaqueline R.; GARCIA, Rosamaria R. Cinesioterapia no tratamento da incontinência urinária em mulheres idosas. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 14, n.2, p. 343- 351, 2011. Disponível em: < <https://www.scielo.br/j/rbagg/a/rh7nrLFwsdLL4pmsTJcMXmG/?lang=pt> >. Acesso em: 09 Mai. 2021.

OLIVEIRA, M. et al. Pelvic floor muscle training protocol for stress urinary incontinence in women: A systematic review. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 63, n. 7, p. 642-650, Jul. 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302017000700642>. Acesso em: 19 Abr. 2021.

PRADO, N. F. et al. Contribuição da Assistência Fisioterapêutica na Correção da Incontinência Urinária: Uma Revisão Bibliográfica. **Revista Faculdade Montes Belos**, Monte Belo, v. 8, n.3, p.113-179, 2015. Disponível em: <<http://revista.fmb.edu.br/index.php/fmb/article/download/193/182>>. Acesso em: 25 Mar. 2021.

PRIMO, Waquíria Q.; CORRÊA, Frederico J.; BRASILEIRO, Jean P. **Manual de Ginecologia da Sociedade de Ginecologia e Obstetrícia de Brasília**. 2 ed. Brasília: Luan comunicação, 2017.

PTAK, M. et al. The Effect of Pelvic Floor Muscles Exercise on Quality of Life in Women with Stress Urinary Incontinence and Its Relation ship with Vaginal Deliveries: A Randomized Trial. **BioMed Research International**, v. 2019, p. 1-7, Jan. 2019. Disponível em: <<https://www.hindawi.com/journals/bmri/2019/5321864/>>. Acesso em: 10 Mai. 2021.

RADZIMINSKA, A. et al. The impact of pelvic floor muscle training on the quality of life of women with urinary incontinence: a systematic literature review. **Clinical Interventions in Aging**, Polônia, v. 13, p. 957–965, Mai. 2018. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29844662/>>. Acesso em: 01 Mai. 2021.

ROCHA, J. et al. Avaliação da Incontinência Urinária na Gravidez e no Pós-Parto: Estudo Observacional. **Revista Científica da Ordem dos Médicos**, Penafiel, v. 30, n. 7, p. 568-572, Jul. 2017. Disponível em:<<https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:nql2r93xMZ8J:https://www.actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/download/7371/5107+&cd=1&hl=pt-PT&ct=clnk&gl=br>>. Acesso em: 10 Mai. 2021.

RODAS, María C.; PERDOMO, Herney A.; From Kegel exercises to pelvic floor rehabilitation: A physiotherapeutic perspective. **Revista Mexicana de Urologia**, v. 75, n. 5, p. 402-411, Set. 2018. Disponível em: <<https://www.medigraphic.com/cgi->

bin/new/resumenI.cgi?IDREVISTA=85&IDARTICULO=83296&IDPUBLICACION=8005>. Acesso em: 07 Jun. 2021.

RODRIGUES, M. et al. Atuação fisioterapêutica frente ao enfraquecimento dos músculos do assoalho pélvico em puérperas. **Revista científica da Faculdade Quirinópolis**, Rio Verde, v. 3, n. 10, p. 45-75, 2020. Disponível em: <<http://recifaqui.faqui.edu.br/index.php/recifaqui/article/view/42/36>>. Acesso em: 08 Jun. 2021.

RODRIGUES, M. et al. Perfil das pacientes do ambulatório de uroginecologia de um Hospital Público de Porto Alegre com relação à incontinência urinária e à qualidade de vida. **Clinical biomedical research**, Porto Alegre, v. 36, n. 3, p. 135-141, 2016. Disponível em: <<https://seer.ufrgs.br/hcpa/article/view/64817>>. Acesso em: 30 Mar. 2021.

SABOIA, D. et al. Eficácia das intervenções realizadas no pós-parto para prevenir incontinência urinária: revisão sistemática. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Fortaleza, v. 71, n. 3, p. 1544-1552, Set. 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/reben/v71s3/pt_0034-7167-reben-71-s3-1460.pdf>. Acesso em: 09 Mai. 2021.

SÁNCHEZ, E. et al. What Pelvic Floor Muscle Training Load is Optimal in Minimizing Urine Loss in Women with Stress Urinary Incontinence? A Systematic Review and Meta-Analysis. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, Madrid, v. 16, n. 22, p. 1-15, Nov. 2019. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31717291/>>. Acesso em: 04 abr. 2021.

STEFNE, S. et al. Does regular exercise including pelvic floor muscle training prevent urinary and anal incontinence during pregnancy? A randomised controlled Trial. **BJOG An International Journal of Obstetrics and Gynaecology**, Noruega, v. 119, n. 10, Jul. 2012. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22804796/>>. Acesso em: 01 Nov. 2020.

Tratamento clínico não farmacológico e a incontinência urinária. **Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO)**, Fev. 2018. Disponível em: <<https://www.febrasgo.org.br/pt/noticias/item/332-tratamento-clinico-naofarmacologico-e-a-incontinencia-urinaria>>. Acesso em: 05 Dez. 2020.

WESNES, Stian L.; SEIM, Elin. Birthweight and urinary incontinence after childbirth: a systematic review and meta-analysis. **European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology**: X. Norway, v. 8, p. 1-14, Ago. 2020. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2590161320300090>>. Acesso em: 06 Abr. 2021.