



EFETIVIDADE DA FISIOTERAPIA EM MULHERES COM INCONTINÊNCIA URINÁRIA NO PUERPÉRIO: UMA REVISÃO NARRATIVA

TAÍSA PEREIRA SANTOS; MÁRCIO GETIRANA MOTA; LEILA FERNANDA DOS SANTOS;
PABLO RODRIGO SANTOS PINTO; WESCLAY JOSÉ DE ANDRADE SANTOS

RESUMO

Introdução: A incontinência urinária (IU) é definida pela Sociedade Internacional de Incontinência (ICS) como uma queixa de perda involuntária de urina podendo ser classificada como IU de esforço (IUE), IU de urgência (IUU) e IU mista (IUM). A gravidez, o parto e o puerpério provocam inúmeras mudanças na mulher que podem culminar no desenvolvimento de disfunções no assoalho pélvico e no aparecimento de sintomas urinários no pós-parto, como a incontinência urinária. **Objetivo:** O objetivo deste trabalho é verificar a efetividade das abordagens fisioterapêuticas em mulheres com incontinência urinária no puerpério. **Desenvolvimento:** Observou-se que dentre os recursos mais utilizados para o tratamento da IU estão o treinamento dos músculos do assoalho pélvico (TMAP), os cones vaginais, o biofeedback e a eletroestimulação intravaginal. **Comentários:** O TMAP foi o tratamento de primeira escolha de todos os artigos selecionados e apresentaram resultados positivos mesmo nas pacientes que realizaram o tratamento de forma domiciliar, sem acompanhamento ou após um longo período do parto. Alguns autores associaram o treinamento perineal à exercícios de estabilização de tronco e/ou fortalecimento abdominal, o que não demonstrou tantos resultados. Outros associaram o TMAP à terapia com cones vaginais e sugeriram que as técnicas em conjunto apresentam uma maior efetividade. Observou-se a ausência de estudos que utilizassem a eletroestimulação na população pós-parto, além de estudos que analisem isoladamente a efetividade dos cones e do biofeedback. Apesar dos bons resultados evidenciados, algumas inconsistências metodológicas foram notadas em vários estudos, havendo a necessidade da realização de novos ensaios clínicos para comprovar o real efeito da fisioterapia. **Palavras-Chave:** Incontinência Urinária; Pós-parto. Exercício; Músculos do Assoalho Pélvico; Fisioterapia.

ABSTRACT

Introduction: Urinary incontinence (UI) is defined by the International Incontinence Society (ICS) as a complaint of involuntary leakage of urine and can be classified as stress UI (SUI), urge UI (UII) and mixed UI (MUI). Pregnancy, childbirth and the puerperium cause numerous changes in women that can culminate in the development of pelvic floor dysfunctions and the appearance of postpartum urinary symptoms, such as urinary incontinence. **Objective:** The objective of this study is to verify the effectiveness of physiotherapeutic approaches in women with urinary incontinence in the puerperium. **Development:** It was observed that among the most used resources for the treatment of UI are the training of the pelvic floor muscles (PFM), the pelvic techniques, biofeedback and intravaginal electrostimulation. **Comments:** TMAP was the first-choice treatment of all selected articles and showed positive results even in patients who underwent treatment at home, without follow-up or after a long period of delivery. Some authors have associated perineal training with trunk stabilization exercises and/or abdominal strengthening, which has not shown so many results. Others associated TMAP with vaginal cone therapy and

suggested that the techniques together are more effective. There was a lack of studies that used electrical stimulation in the postpartum population, in addition to studies that analyzed separately the effectiveness of cones and biofeedback. Despite the good results evidenced, some methodological inconsistencies were noted in several studies, with the need to carry out new clinical trials to prove the real effect of physical therapy.

Keywords: Urinary Incontinence; Post childbirth. Exercise; Pelvic Floor Muscles; Physiotherapy.

1 INTRODUÇÃO

A incontinência urinária (IU) é definida pela Sociedade Internacional de Incontinência (ICS) como uma queixa de perda involuntária de urina¹ podendo ser classificada como IU de esforço (IUE), IU de urgência (IUU) e IU mista (IUM). Na IUE as perdas acontecem simultaneamente a um esforço físico, onde se verifica um aumento da pressão intra-abdominal. A IUU ocorre quando há uma vontade súbita e repentina de urinar e a pessoa não consegue postergar essa ação. Já a IUM trata-se de uma associação entre os dois tipos de IU descritas anteriormente².

A gravidez, o parto e o puerpério provocam inúmeras mudanças na musculatura do assoalho pélvico (MAP) e no trato genital e urinário da mulher, o que pode culminar no desenvolvimento de disfunções no local.

O sistema musculoesquelético sofre alterações que acarretam na alteração da posição anatômica da pelve, sendo a mais comum a anteversão pélvica, acompanhada ou não de uma hiperlordose lombar que levam a uma tendência de horizontalização do osso sacro. Essa mudança de posicionamento acaba levando a uma alteração o angulo de inserção dos músculos abdominais e pélvicos³, resultando em uma distensão muscular excessiva e prejuízo do vetor de força e da contração desses músculos⁴.

O assoalho pélvico (AP) pode permanecer hipotônico e distendido pela ação hormonal, sobrecarga do bebê e possíveis traumas durante o trabalho de parto, podendo ocasionar incontinência urinária (IU) durante a gravidez ou no puerpério⁵. Além disso, há evidências na literatura de que o trauma obstétrico pode causar vários graus de lesões nas estruturas neuromusculares do assoalho pélvico⁶. Dentre essas lesões podemos citar a lesão isquêmica do nervo pudendo, com subsequente denervação da musculatura estriada periuretral, ocasionando uma diminuição da pressão intra-uretral e podendo determinar a ocorrência de Sintomas Urinários Irritativos (SUI) após o parto⁷.

O tratamento para a IUE pode ser cirúrgico ou conservador. As abordagens cirúrgicas se utilizam de procedimentos invasivos, com alto custo e que pode levar a complicações, sendo geralmente indicadas para casos graves ou na falha do tratamento conservador. A abordagem fisioterapêutica, por ser uma intervenção simples, de baixo custo e de baixo risco, tem sido recomendada como uma forma de tratamento inicial e apresentando resultados promissores, melhorando em até 85% os sintomas urinários⁸.

Dentre os recursos mais utilizados para o tratamento da IU estão o treinamento dos músculos do assoalho pélvico (TMAP), os cones vaginais, o biofeedback e a eletroestimulação intravaginal,

Com o intuito de investigar as abordagens fisioterapêuticas que estão sendo mais utilizadas para o tratamento da incontinência urinária no puerperio e verificar sua efetividade, o objetivo deste trabalho é revisar os trabalhos científicos e com a síntese das evidências disponíveis direcionar decisões clínicas mais seguras e precisas. Trata-se de uma revisão bibliográfica, do tipo narrativa, realizada entre março e abril de 2021 através de uma pesquisa computadorizada.

2 DESENVOLVIMENTO

Um dos principais objetivos do tratamento fisioterapêutico na incontinência urinária é restaurar a força e a função da musculatura de assoalho pélvico, favorecendo uma contração consciente e efetiva nos momentos de aumento da pressão intra-abdominal e evitando as perdas involuntárias de urina⁸. Para tanto, o treinamento da musculatura do assoalho pélvico vem mostrando bons resultados, entretanto não podemos esquecer de outras técnicas habitualmente usadas e auxiliares no tratamento como a eletroestimulação, a terapia com cones vaginas e o biofeedback.

2.1 Eletroestimulação

A utilização dessa técnica tem por objetivo propiciar a contração passiva da musculatura perineal, o que favorece a conscientização da contração desta musculatura em pacientes que têm dificuldade de reconhecê-la. Sua execução pode ser por meio de eletrodos endovaginais interligados a um gerador de impulsos elétricos, que possibilitam a contração do períneo⁹ e alguns efeitos colaterais são descritos como a irritação vaginal, dor e infecção urinária¹⁰.

Acredita-se que o estímulo elétrico seja capaz de aumentar a pressão intra-uretral (por meio da estimulação direta dos nervos eferentes para a musculatura periuretral), de aumentar o fluxo sanguíneo para os músculos da uretra e do assoalho pélvico, restabelecer as conexões neuromusculares, além de melhorar a função da fibra muscular, levando a uma hipertrofia e modificando o seu padrão de ação, com o acréscimo do número de fibras musculares rápidas¹⁰. Segundo Yamanishi e Yasuda (1998)¹⁰, as taxas de cura com esse tratamento variam de 30 a 50% e as de melhora clínica entre 6 e 90%, o que pode estar relacionado aos diversos critérios de avaliação, assim como aos diferentes parâmetros para eletroestimulação.

2.2 Cones Vaginais

Segundo Santos et al (2009)¹¹, os cones vaginais retratam uma maneira simples e prática de identificar e fortalecer a musculatura do assoalho pélvico, empregando os princípios do biofeedback. Foram recomendados por Plevnik, em 1985, que comprovou às pacientes ser possível compreenderem e executarem a contração da musculatura do assoalho pélvico por meio da retenção de cones vaginais com pesos progressivos (que variam entre 20 e 100 gramas)¹².

A avaliação consiste em identificar qual cone a paciente consegue reter na vagina durante um minuto, com ou sem contração voluntária dos músculos do assoalho pélvico (cone ativo ou cone passivo)¹² e o tratamento consiste em aumentar gradualmente o peso do cone desde que a paciente consiga permanecer mais de 3 dias sem a perda do cone de peso anterior¹³.

Na contração voluntária da MAP para manter o cone, a paciente consegue distinguir com mais facilidade a contração da musculatura do assoalho pélvico dos músculos abdominais e/ou de glúteo máximo, o que representa uma grande vantagem já que algumas mulheres não são capazes de executar corretamente a contração da MAP sem compensações. Além disso, o tempo de aprendizado para o uso dos cones vaginais é de aproximadamente um terço do necessário em comparação com o TMAP, o que representa importante diminuição nos custos do tratamento¹².

2.3 Biofeedback

Segundo Fitz el al (2012)¹⁴, o biofeedback é recomendado como técnica auxiliar na obtenção da capacidade de contrair corretamente a MAP, melhorando o controle desses músculos, uma vez que, através dos estímulos visuais ou auditivos, a paciente consegue identificar a musculatura que está sendo solicitada, desempenhando desta forma uma contração mais efetiva.

Dois tipos de biofeedback são comumente utilizados: o eletromiográfico e o de pressão. O primeiro dispõe de um sensor que detecta a atividade elétrica liberada pelos músculos quando estes se contraem, amplificando o sinal e o processando de forma visual ou sonora para a paciente. Já o biofeedback de pressão emprega uma sonda inflável utilizada no interior da vagina ou do ânus para registrar a variação de pressão imposta pela paciente, sendo vantajoso para melhorar a visão cinestésica da região e otimizar o treinamento¹⁵.

2.5 Exercício Perineal ou Treinamento da musculatura do assoalho pélvico (TMAP)

Segundo Delgado, Ferreira e Sousa (2015)¹¹, o treinamento da musculatura do assoalho pélvico tem papel fundamental no tratamento da IU já que preconiza a reorganização e reeducação dos MAP, mediante contrações isoladas associadas ao posicionamento adequado da pelve e à correta respiração. Podendo, por meio de diferentes posturas, recrutar de forma mais fácil os músculos específicos, aumentando o controle e a consciência da puérpera.

Nos exercícios, as pacientes adquirem a consciência de contrair ou pré-contrair o assoalho pélvico antes e/ou durante a realização de algum esforço físico que aumente a pressão abdominal, promovendo um fortalecimento dessa musculatura, aumentando o volume muscular e melhorando o apoio estrutural do assoalho pélvico¹⁶.

Newman e Wein (2013)¹ afirmam que os protocolos de TMAP podem ter variações em frequência e quantidade e recomendam de 40 a 60 exercícios ao dia. Relatam ainda, o uso de dois tipos de contrações musculares: a rápida, que dura em média dois segundos e a lenta, também conhecida como máxima e mantida, com duração média de até dez segundos, concluindo que o protocolo ideal ainda não foi determinado.

Em 2019, Moosdorff-Steinhauser et al¹⁸ investigaram se os exercícios de pré-parto (MOTHERFIT1) e pós-parto (MOTHERFIT2) realizados de modo intensivo e supervisionados, reduziram IU e foram mais eficazes 18 meses em relação aos exercícios standard (cuidados simples como de costume). As participantes com IUE alocadas nos grupos standart, recebiam os conselhos normais dos profissionais e eram livres para escolher se participariam de qualquer tipo de curso relacionado à gravidez, visita a um médico ou terapeuta. Já as participantes alocadas nos grupos MOTHERFIT receberiam instruções sobre a anatomia do assoalho pélvico e como contrair, relaxar e treinar os MAPs corretamente, associado a sessões de terapia em grupo de 60 minutos cada, instruídas e supervisionadas. Após avaliação, os autores concluíram que os exercícios do MOTHERFIT se mostraram mais eficazes, eficientes e menos dispendiosos. O que corrobora com as recomendações da ICS da utilização de exercícios dos MAP como forma de prevenir e tratar as disfunções do AP por serem menos invasivos ou até não invasivos e com menos complicações futuras, constituindo a terapia conservadora mais recomendada para grávidas com IUE¹⁹.

Na tabela (tabela 1) abaixo estão descritos alguns estudos considerados relevantes na temática, que fazem associação de técnicas de tratamento ou investigam a necessidade de supervisão durante os exercícios ou ainda propõem formas mais baratas de avaliação e de biofeedback, direcionando o tratamento da IU pós-parto.

Tabela 1. Evidência científica da fisioterapia na IU pós-parto (GC: Grupo Controle / GE: Grupo

Experimental)

AUTOR/ ANO	OBJETIVO	AMOSTRA	INTERVENÇÃO	RESULTADOS
Wilson Herbison (1998)	Avaliar a eficácia de um programa de tratamento reforçado de exercícios para os músculos do assoalho pélvico (PFME) na redução da incontinência 1 ano após o parto	230 mulheres 3 meses pós- parto GC:117 GE: 113 (EMPP (n=39); Cones (n=36) e EMPP + Cones (n=38))	O GE consultou um fisioterapeuta para instrução e foi dividido em 3 grupos que realizaram diferentes tipos de exercício enquanto que o GC realizava apenas os exercícios Standard (dados obrigatoriamente pela obstetra a todos os indivíduos).	A prevalência de incontinência foi significativamente menor no GE do que no GC. Não houve diferenças significativas entre os grupos em relação à satisfação sexual, medidas de perineometria ou resultados do teste do absorvente.
Morkved e Bo (2000)	Avaliar o efeito a longo prazo de um programa de treinamento dos músculos do assoalho pélvico de oito semanas na prevenção e tratamento da incontinência urinária no período pós-parto imediato	162 mulheres GC: 81 GE: 81	As puérperas do GC receberam por escrito as orientações habituais oferecidas pelo hospital. Já as do GE realizavam exercícios supervisionados em sessões grupais, acrescido de exercícios individuais, diários e domiciliares sem a supervisão de um profissional.	Mais mulheres do GC relataram IUE e/ou apresentaram perda urinária no teste do absorvente. Em relação à força da MAP, o GE apresentou um aumento significativamente maior do que GC. Os benefícios do treinamento ainda estavam presentes um ano após o parto.

Dumoulin et al (2010)	Identificar os preditores de sucesso do tratamento da fisioterapia em mulheres com incontinência urinária de esforço no pós-parto	57 mulheres com IUE com 3 meses ou mais de pós-parto. GE1:29 (TMAP + treinamento abdominal) GE:28 (TMAP somente)	As participantes de cada grupo seguiram um programa específico de exercícios em casa 1x/dia, 5 dias/sem, e 1 dia com supervisão do fisioterapeuta. Sendo esta composta por: 25 min de TMAP com biofeedback + 15 min de eletroestimulação e (acrescido de 30 min de treinamento da musculatura profunda abdominal somente no GE1)	Após as 8 semanas, houve uma melhoria no Pad test nos GE e GC. Quarenta e duas mulheres (74%) foram classificadas como bem-sucedidas no tratamento e 15 (26%) não.
Kim, Kim e Oh (2011)	Identificar a eficácia do TMAP utilizando a estabilização do tronco para o tratamento da IUE, e comparar os resultados terapêuticos do treinamento com e sem a supervisão de um fisioterapeuta.	18 mulheres com incontinência urinária pós-parto GC (Não supervisionado): 9 GE (supervisionado): 9	O GE realizou sessões de TMAP utilizando exercício de estabilização do tronco, por 1 hora, 3x/sem durante 8 semanas com supervisão pelo fisioterapeuta. O GC seguiu o mesmo protocolo de exercícios do grupo supervisionado, mas feito em domicílio, sendo realizado apenas uma sessão de demonstração na primeira semana.	As mulheres, que realizaram o treino supervisionado, apresentaram diferenças significativas para todas as variáveis, enquanto o grupo não supervisionado apresentou diferenças significativas somente para a pontuação dos sintomas urinários, pontuação total e tempo de espera entre o pré e pós resultados do teste.
Ahlund et al (2013)	Avaliar o efeito de um programa domiciliar de treinamento muscular do assoalho pélvico na força dos MAP em mulheres com IUE entre o 3º	82 Mulheres com IU pós-parto vaginal único a termo, recrutadas de 10-16 semanas pós-parto GC: 42	As participantes realizaram um programa de exercícios de contração e relaxamento dos MPP, 7 dias/sem. O GC recebeu instruções escritas e o GE recebeu uma palestra, sendo que a cada 6 semanas visitavam o fisioterapeuta para	A contração voluntária máxima, a resistência média dos MAP e a força muscular do assoalho pélvico aumentam significativamente em ambos os grupos, o que indica que o TMAP domiciliar é eficaz e que as instruções de treinamento por escrito foram tão eficientes quanto o treinamento em

	e o 9º mês de pós-parto	GE: 40	acompanhamento e incentivo aos exercícios.	casa, com visitas de acompanhamento a cada seis semanas.
	Avaliar o efeito de um programa individualizado e supervisionado de TMAP no pós-parto de múltiparas e verificar a correlação	23 puérperas, múltiparas e com idade entre 18 e 35 anos	As puérperas do GC não receberam orientação quanto à prática de exercícios. Já as puérperas do GE participaram de um programa de exercícios para os	O programa de exercícios resultou em aumento significativo da força dos MAP. Verificou-se boa correlação entre a palpação vaginal digital e o perineômetro, indicando que a palpação vaginal pode ser utilizada na prática
Assis et al (2013)	entre dois métodos de medida de força dos MAP	GC: 12 GE: 11	MAP durante oito semanas, com frequência de duas vezes por semana.	clínica por ser um método de baixo custo e que demonstrou uma correlação significativa com o perineômetro

3 COMENTÁRIOS

O treinamento da musculatura do assoalho pélvico foi o tratamento de primeira escolha de todos os artigos selecionados, corroborando com o que foi encontrado na literatura, onde o TMAP é considerado o padrão-ouro para o tratamento de IU. Todos os artigos analisados tiveram resultados semelhantes, como uma melhora nos sinais e sintomas das IUE, na funcionalidade dos MAPs e na qualidade de vida das indivíduos, mesmo nas pacientes que realizaram o tratamento de forma domiciliar, sem acompanhamento de um fisioterapeuta ou após um longo período do parto.

Os estudos de Assis et al (2013)²⁰ e Morkved e Bo (2000)²¹ descreveram com mais detalhes as características do programa de TMAP utilizado. Contudo, o programa que mais se aproximou das recomendações de Newman e Wein (2013)¹⁷ foi o de Assis et al (2013)²⁰ que usou mais séries de repetições, com mais contrações e maior tempo de sustentação da contração quando comparado ao programa de Morkved e Bo (2000)²¹ e encontrou menores taxas de incidência de sintomas urinários no GE quando comparado ao GC, mostrando que os treinamentos mais intensivos parecem obter melhores resultados.

No estudo de Åhlund et al (2013)²², os autores avaliaram o efeito do treino dos MAP na força muscular na IU em mulheres primíparas submetidas a um programa de treino entre 3 a 9 meses depois do parto. Comparando os dois grupos, o GE que, durante 6 meses, realizou um programa de exercícios de contração e relaxamento dos MPP, 7 dias por semana e recebeu uma pequena aula de sobre a anatomia e fisiologia dos MPP, sendo avaliados a cada 6 semanas, enquanto o GC apenas recebeu um programa de exercícios por escrito e foi avaliado apenas no final do estudo. Como resultados, o estudo obteve aumento significativo da contração voluntária máxima, da resistência média dos MAP e da força muscular do assoalho pélvico em ambos os grupos. No final, 12% ainda não conseguia contrair corretamente os MAP e 88% conseguia, podendo assim aferir que esta técnica pode ser eficaz.

Kim et al (2011)²³, além do TMAP, utilizaram a estabilização de tronco no tratamento, sendo um grupo supervisionado por um fisioterapeuta e outro grupo tendo recebido instruções e realizado os exercícios de forma domiciliar, sem supervisão. Por meio dos resultados, os autores concluíram que ambos os grupos tiveram bons resultados, mas os do grupo supervisionado foram melhores, já que o acompanhamento com o fisioterapeuta ajuda no estímulo e na correta execução dos exercícios. A influência dos exercícios de estabilização do tronco não foi devidamente avaliada e descrita. Já Dumoulin et al (2010)²⁴, além do TMAP, também incluíram um treinamento abdominal no grupo 1, enquanto o grupo 2 seguiu somente com TMAP. Como resultado, 73% das participantes tiveram uma melhoria após

o tratamento, podendo aferir que as diferenças nos resultados em ambos os grupos não foram muito significativas, o que nos leva a concluir que a introdução de um treino dos músculos abdominais demonstra pouca efetividade para a prevalência de IU nas mulheres pós-parto.

No estudo de Wilson e Herbison (1998)²⁵, os autores observaram que, depois de um ano, a prevalência de IU no GE que realizou TMAP foi de 47%, no GE que utilizou os cones vaginais foi de 48% e no GE que realizou TMAP + cones vaginais foi de 57%, o que foi menor que o GC com 76%. De acordo com Moore et al (2012)²⁶ não é possível dizer se os cones vaginais são realmente mais eficazes em comparação com os exercícios dos MAP ou eletroestimulação, mas, vários autores sugerem que as técnicas em conjunto apresentam uma maior efetividade em comparação com as mesmas individualizadas.

No estudo de Assis et al (2013)²⁰, antes do início de cada sessão de exercícios era realizada uma solicitação verbal à puérpera para contrair os MAP, solicitação esta que era associada à palpação vaginal digital, podendo se considerar essa conduta como biofeedback verbal, o que pode levar a uma melhor efetividade no TMAP.

A educação sobre a função do trato urinário inferior, micção normal, hábitos vesicais saudáveis, treinamento da bexiga e hábitos de vida saudáveis podem favorecer a adesão ao TMAP, pois o estudo de Assis et al (2013)²⁰ e Ahlund et al (2013)²², que acrescentaram informações em saúde sobre a temática, mostraram melhora no estado de continência das participantes do GE.

Ainda não está claro o quanto a seleção das vias de parto da amostra pode influenciar nos resultados encontrados. O estudo de Morkved e Bo (2000)²¹, assim como a maioria dos estudos selecionados, incluiu mulheres de partos vaginal e cesárea, continentes e incontinentes nos grupos controle e intervenção e evidenciou melhora nas variáveis força muscular e perda de urina. Por sua vez, os estudos de Assis et al (2013)²⁰ e Ahlund et al (2013)²² selecionaram mais criteriosamente a amostra, apenas puérperas de parto vaginal, sem IU prévia, e encontraram resultados significantes. Entretanto, mesmo selecionando apenas mulheres com parto vaginal, não foi especificado se houve instrumentalização ou não, o que pode ser fator importante para um prejuízo ainda maior dos MAP. Outra questão importante e que pouco foi levada em consideração foi o número de paridade (relatado apenas por Assis et al (2013)²⁰ e Ahlund et al (2013)²²), uma vez que a multiparidade é um fator de risco para um maior prejuízo na função da musculatura do assoalho pélvico, o que pode mostrar um viés nos estudos.

Um outro fato que chamou atenção foi a ausência de estudos que utilizassem a eletroestimulação na população pós-parto, além de estudos que analisem isoladamente a efetividade dos cones e do biofeedback, o que pode vir a direcionar novos estudos.

Após a realização deste estudo, as evidências científicas parecem comprovar que os diferentes tipos de exercícios e intervenções nos MAP têm vários efeitos nas mulheres com IU pós-parto, como era objetivo desta investigação. Os trabalhos selecionados demonstraram melhora na função muscular, nas queixas miccionais e na qualidade de vida com as intervenções aplicadas e programas de exercícios que utilizam séries de mais repetições, com mais contrações e maior tempo de sustentação da contração parecem ser os mais indicados. Vale ressaltar também que os exercícios supervisionados por um fisioterapeuta parecem ter mais eficácia, e que a associação de terapêuticas vem mostrando melhor resultado.

Apesar dos bons resultados evidenciados, algumas inconsistências metodológicas quanto ao número de participantes, início da intervenção no pós-parto, os critérios de elegibilidade das mulheres, as desistências no decorrer do programa, além da heterogeneidade dos protocolos de tratamento foram notadas em quase todos os estudos, o que influencia os resultados finais e pode tornar as avaliações menos concisas e precisas. Assim, faz-se necessária a realização de novos ensaios clínicos, com maior acurácia metodológica, e/ou onde haja mais follow-up para comprovar o real efeito da fisioterapia

REFERÊNCIAS

- D'ANCONA, C. et al. The International Continence Society (ICS) report on the terminology for adult male lower urinary tract and pelvic floor symptoms and dysfunction. **Neurourology and Urodynamics**, v. 38, p. 433– 77, 2019.
- KNORST, M. R. et al. Influência da intervenção fisioterapêutica ambulatorial sobre a musculatura do assoalho pélvico em mulheres com incontinência urinária. **Braz J Phys Ther**. v.17, p. 442–9, oct. 2013.
- NEUMANN, D. A. **Cinesiologia do aparelho musculoesquelético: fundamentos para reabilitação**. 2a ed. São Paulo: Elsevier; 2011. p. 353-65.
- KAPANDJI, I. A. A coluna lombar. In: KAPANDJI, I. A. **Fisiologia articular: esquemas comentados de mecânica humana**. 5ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2000. v. 3, p. 76-112
- ASHRAFINIA, F. et al. Effect of Pilates exercises on postpartum maternal fatigue. **Singapore Med J**. v. 56, n. 3, p. 169-73, marc. 2015.
- FRITEL, X. et al. Stress urinary incontinence 4 years after the first delivery: a retrospective cohort survey. **Acta Obstet Gynecol Scand**. v. 83 , n. 10, p. 941-5, oct. 2004.
- ALTMAN, D. et al. Risk of urinary incontinence after childbirth: a 10-years prospective cohort study. **Obstet Gynecol**. v. 108, n. 4, p. 873-8, oct. 2006.
- RETT, M. T. et al. Qualidade de vida em mulheres após tratamento da incontinência urinária de esforço com fisioterapia. **Rev Bras Ginecol E Obstet**. v. 29, p. 134–40, 2007.

DELGADO, A. M.; FERREIRA, I. S. V.; SOUZA, M. A. Recursos fisioterapêuticos utilizados no tratamento das disfunções sexuais femininas: revisão sistemática. **Rev Cient da Esc da Saúde**. v. 4, n. 1, p. 47-56, 2015.

YAMANISHI, T.; YASUDA, K. Electrical stimulation for stress incontinence. **Int Urogynecol J**. v. 9, p. 281-90, 1998.

SANTOS P. F. D. et al. Eletroestimulação funcional do assoalho pélvico versus terapia com os cones vaginais para o tratamento de incontinência urinária de esforço: estudo clínico randomizado. **Rev Bras Ginecol Obstet**. v. 31, n. 9, p. 447-52, 2009.

PEATTIE, A. B.; PLEVNIK, S.; STANTON, S. L. Vaginal cones: a conservative method of treating genuine stress incontinence. **Br J Obstet Gynaecol**. v. 95, n. 10, p. 1049-53, oct. 1988.

MODOTTE, W. P. et al. Incontinência urinária: tratamento conservador. **GO Atual**. v. 8, p. 6-13, 1999.

FITZ, F. F. et al. Efeito da adição do biofeedback ao treinamento dos músculos do assoalho pélvico para tratamento da incontinência urinária de esforço. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet**. v. 34, n. 11, p. 505-10, nov. 2012.

GIMENEZ, M. M.; FONTES, S. V.; FUKUJIMA, M. M. Procedimentos Fisioterapêuticos para Disfunção Vésico-Esfíncteriana de Pacientes com traumatismo raquimedular: revisão narrativa. **Rev Neurociências**. v. 13, n. 1, p. 34-8, 2005.

LIMA, C. A. C. et al. Estudo investigativo de casos de incontinência urinária de esforço em mulheres participantes da ação social do curso de fisioterapia da UCB na comunidade de vila Moreti. **Rev Elet Novo Enfoque**. v. 10, n. 10, p. 01-8, 2010.

NEWMAN, D. K.; WEIN, A. J. Office-based behavioral therapy for management of incontinence and other pelvic disorders. **Urol Clin North Am**. v. 40, n. 4, p. 613-35, nov. 2013.

MOOSSDORFF-STEINHAUSER, H. F. A. et al. Long-term effects of motherfit group therapy in pre-(MOTHERFIT1) and post-partum women (MOTHERFIT2) with stress urinary incontinence compared to care-as-usual: study protocol of two multi-centred, randomised controlled trials. **Trials**. v. 20, n. 1, p. 237, 2019.

SANGSAWANG, B.; SANGSAWANG, N. Stress urinary incontinence in pregnant women: a review of prevalence, pathophysiology, and treatment. **Int Urogynecol J**. v. 24, n. 6, p. 901-12, jun. 2013.

ASSIS, T. R. et al. O efeito de um programa de exercícios para fortalecer os músculos do assoalho pélvico em mulheres múltiparas. **Rev Bras Ginecol Obstet**. v. 35, n. 1, p. 10-15, 2013.

MORKVED, S.; BO, K. Effect of postpartum floor pelvic muscle training in prevent and treatment of urinary incontinence: a one - year follow up. **BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynecology**. v. 107, n. 8, p. 1022-28, 2000.

AHLUND, S. et al. Is home-based pelvic floor muscle training effective in treatment of urinary

incontinence after birth in primiparous women? A randomized controlled trial. **Acta Obstet Gynecol Scand.** v. 92, n. 8, p. 909-15, aug. 2013.

KIM EY, KIM SY, OH DW. Pelvic floor muscle exercises utilizing trunk stabilization for treating postpartum urinary incontinence: randomized controlled pilot trial of supervised versus unsupervised training. **Clin Rehabil.** v. 26, n. 2, p. 132-41, feb. 2012.

DUMOULIN, C. et al. Predictors of success for physiotherapy treatment in women with persistent postpartum stress urinary incontinence. **Arch Phys Med Rehabil.** v. 91, n. 7, p. 1059- 63, jul. 2010.

WILSON, P. D.; HERBISON, G. P. A randomized controlled trial of pelvic floor muscle exercises to treat postnatal urinary incontinence. **Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct.** v. 9, n. 5, p. 257-64, 1998.

MOORE, K. et al. Adult conservative management. In: ABRAMS, P. et al (eds) **Incontinence 5rd international consultation on incontinence.** Health publication ltd, Plymouth, pp 3–127.