CENTRO UNIVERSITÁRIO SÃO JOSÉ
CURSO DE FISIOTERAPIA

MARCELLE ALVES DE AMORIM

SÍNTIA CRISTIANE DE LIMA SOUZA

PROFESSORA-ORIENTADORA

CAMILA SOUZA LEMOS

ATUAÇÃO FISIOTERAPÊUTICA NA INCONTINÊNCIA URINÁRIA NO PUERPÉRIO DE PARTO VAGINAL

Rio de Janeiro

2020

ATUAÇÃO FISIOTERAPÊUTICA NA INCONTINÊNCIA URINÁRIA NO PUERPÉRIO DE PARTO VAGINAL

PHYSIOTHERAPEUTIC PERFORMANCE IN URINARY INCONTINENCE IN THE POSTPARTUM VAGINAL DELIVERY

Marcelle Alves de Amorim
Graduanda em Fisioterapia do Centro Universitário São José
Síntia Cristiane de Lima Souza
Graduanda em Fisioterapia do Centro Universitário São José
Camila Souza Lemos Orientador
Fisioterapeuta. Doutora em Ciências.

RESUMO

A incontinência urinária é a perda involuntária de urina, mais recorrente no sexo feminino. Na gravidez, a mulher passa por modificações anatômicas e fisiológicas e o motivo da IU deve-se à hiperatividade da bexiga e pelo rebaixamento do assoalho pélvico, e na fase do puerpério, a incontinência urinária de esforço têm maior predomínio em mulheres que concebem de parto normal. A fisioterapia tem sido útil como parte do tratamento conservador, dispondo de diversos métodos para o tratamento da incontinência urinária utilizando técnicas como os exercícios de assoalho pélvico, biofeedback, cones vaginais e até a eletroestimulação e respeitando a individualidade de cada paciente e dos seus sintomas.**Objetivos**: realizar uma revisão de literatura para investigar as principais técnicas conservadoras utilizadas pela fisioterapia na incontinência urinária, bem como identificar as principais complicações que a puérpera pode ter decorrente da incontinência urinária e orientar sobre a importância do fortalecimento pélvico durante o puerpério imediato.**Metodologia**:Foi desenvolvida uma revisão bibliográfica narrativa a partir de artigos originais publicados em periódicos indexados nas seguintes bases de dados: Scielo, Pubmed, Bireme e Lilacs. Foram inclusos na pesquisa artigos originais cuja publicação ocorreu nos últimos 10 anos nas línguas portuguesa e inglesa. Todos os artigos foram pesquisados com base nas seguintes palavras-chaves: incontinência urinária, puerpério, fisioterapia, parto vaginal, kegel, biofeedback, cones vaginais.**Conclusões**: certificou-se a eficácia da atuação fisioterapêutica no tratamento das diferentes formas de IU, apontando uma relevância significativa no tratamento da disfunção por ser um tratamento de baixo custo e eficácia comprovada. Que os fatores que mais prevalecem a IU no puerpério, são as alterações fisiológicas da gravidez, juntamente com a falta de orientações nesta fase e o não preparo da musculatura pélvica. A fisioterapia no puepério irá auxiliar no retorno rápido a condições pré-gravídicas e evitar problemas futuros.

Palavras-chave: Incontinência urinária; Fisioterapia; Puerpério.

ABSTRACT

Urinary incontinence is the involuntary loss of urine, more recurrent in women. In pregnancy, women undergo anatomical and physiological changes and the reason for UI is due to bladder hyperactivity and the lowering of the pelvic floor, and in the puerperium phase, stress urinary incontinence is more prevalent in women who conceive of childbirth normal. Physiotherapy has been useful as part of conservative treatment, offering several methods for the treatment of urinary incontinence using techniques such as pelvic floor exercises, biofeedback, vaginal cones and even electrostimulation and respecting the individuality of each patient and their symptoms. Objectives: to carry out a literature review to investigate the main conservative techniques used by physiotherapy in urinary incontinence, as well as to identify the main complications that the puerperal woman may have as a result of urinary incontinence and to advise on the importance of pelvic strengthening during the immediate puerperium. A narrative bibliographic review was developed from original articles published in journals indexed in the following databases: Scielo, Pubmed, Bireme and Lilacs. Original articles whose publication occurred in the last 10 years in Portuguese and English were included in the research. All articles were searched based on the following keywords: urinary incontinence, puerperium, physiotherapy, vaginal delivery, kegel, biofeedback, vaginal cones. Conclusions: the effectiveness of physiotherapy in the treatment of different forms of UI was certified, pointing out a significant relevance in the treatment of dysfunction as it is a low-cost treatment with proven efficacy. That the most prevalent factors for UI in the puerperium are the physiological changes of pregnancy, together with the lack of guidance at this stage and the lack of preparation of the pelvic muscles. Physiotherapy in the puerperium will help to quickly return to pre-pregnancy conditions and avoid future problems.

Key-words: Urinary incontinence; Physiotherapy; Puerperium.

INTRODUÇÃO

A incontinência urinária é determinada por qualquer perda involuntária de urina. Definida segundo o Comitê Internacional ContinenceSociety (ABRAMS et al., 2003). Sendo uma disfunção mais suscetível no sexo feminino e impactando na qualidade de vida destas pacientes. Certos fatores de riscos podem estar ligados ao aparecimento dos sintomas, entre eles, em essencial o envelhecimento natural das fibras musculares, a diminuição da função ovariana após a menopausa, obesidade, gravidez e diversos partos vaginais (SOUSA et al., 2011).

Entretanto, a incontinência urinária começa a se apresentar no decorrer da gravidez, atingindo cerca de metade das mulheres. Durante o período do puerpério, a incontinência urinária também pode ser manifestada, tornando-se como um problema higiênico, que acaba interferindo na vida social e sexual das mulheres, e até em seu trabalho, impactando de forma negativa na qualidade de vida das mesmas (DA SILVA. J., 2019). A gravidez gera inúmeras alterações, tais como as anatômicas, as fisiológicas e as biomecânicas para resistir ao desenvolvimento e o crescimento fetais. As alterações do organismo materno logo se originam após a fertilização e levam uma duração ao longo da gravidez (MARQUES et al., 2011). A fisioterapia destinada a obstetrícia possui como preferência a atuação, o esclarecimento e a orientação de gestantes e puérperas com a intenção de reduzir os efeitos das alterações fisiológicas, tanto na gestação quanto no momento do parto e puerpério (LIZ et al., 2013).

À vista disso, o puerpério refere-se à vida da mulher em que todas as mudanças gravídicas retornam à situação do estado pré-gestacional. O mesmo tem início com a saída da placenta e persiste por 6 a 8 semanas, sendo essencialmente classificada em três fases: o puerpério imediato (1º ao 10º dia), puerpério tardio (11º ao 45º dia) e puerpério remoto (a partir do 45º dia) (NUNES et al., 2019).

Dentro do contexto aqui apresentado, pode observar a atuação da fisioterapia na musculatura dos músculos do assoalho pélvico no puerpério, na reeducação da função respiratória, da musculatura abdominal, estimulando o sistema circulatório e impedindo tromboses, possibilitando analgesia da região

perineal e orientações sobre posturas corretas ao amamentar e nos cuidados com o bebê (NICIDA E SOUZA, 2019). Contudo, a incontinência urinária é um distúrbio que acomete muitas pessoas, a maior incidência é o gênero feminino e interferindo em suas rotinas diárias e causando perda da qualidade de vida, principalmente no período puerperal. A relevância deste tema tem a devida importância, pelo fato que a intervenção fisioterapêutica sobre a IU pode ser explorada através da prevenção e do tratamento adequado a esta disfunção adquirida e por consequência, auxiliar na promoção da assistência com orientações gerais, minimizando os impactos negativos na qualidade de vida dessas pacientes, obtendo um rendimento desejável na volta da normalidade de todo trato urinário.

O objetivo deste trabalho é realizar uma revisão de literatura para investigar as principais técnicas conservadoras utilizadas pela fisioterapia para o tratamento da incontinência urinária no puerpério imediato de parto vaginal, bem como identificar as principais complicações que a puérpera pode ter decorrente da incontinência urinaria e orientar sobre a importância do fortalecimento pélvico durante o puerpério imediato.

Foi desenvolvido uma revisão bibliográfica narrativa a partir de artigos originais publicados em periódicos indexados nas seguintes bases de dados: Scielo, Pubmed, Bireme e Lilacs. Foram inclusos na pesquisa artigos originais cuja publicação ocorreu nos últimos 10 anos nas línguas portuguesa e inglesa. Todos os artigos foram pesquisados com base nas seguintes palavras-chaves: incontinência urinária, puerpério, fisioterapia, parto vaginal, kegel, biofeedback, cones vaginais.

Após a seleção dos artigos, foi realizada a leitura dos mesmos de forma que a análise fosse seletiva, explorativa e interpretativa.

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

INCONTINÊNCIA URINÁRIA

A incontinência urinária é classificada por 3 tipos, são eles: a incontinência urinária de esforço (IUE), que é quando a paciente perde urina

quando tosse ou espirra ou quando realiza algum esforço físico. A incontinência urinária de urgência (IUU), ocorre quando a paciente perde involuntariamente urina na súbita e incontrolável necessidade de urinar e a incontinência urinária mista (IUM), quando há um sintoma de queixa de perda de urina associada à urgência e ao esforço (SABOIA et al., 2017).

Esse distúrbio afeta de 20 a 50% da população feminina durante a vida e a sua prevalência no decorrer da gestação é em torno de 32-64%. A incidência desse problema na gravidez pode ser desvalorizada, em consequência em que muitas mulheres não procuram o tratamento por vergonha. E fora que, muitas vezes julgam ser um sintoma normal da gestação, do qual o sintoma irá desaparecer com o passar do tempo, e isso acaba impactando de forma negativa na qualidade de vida. Assim como em algumas pesquisas, a incontinência urinária de esforço e a mista são mais comuns ao longo da gravidez do que a incontinência urinária de urgência separadamente, destacando-se o aumento do peso corporal que tem como principal fator contribuinte para o aparecimento da IU de esforço nesse período. Foi observado que mulheres que apresentaram IU na gravidez eram mais velhas, tendo em vista que o processo natural de envelhecimento somado junto às compressões mecânicas do ciclo gravídico e que existem evidências contraditórias que a idade materna avançada seja um fator de risco para a IU pós-gestacional (SACOMORI et al., 2013).

No entanto, o período puerperal pode ser identificado por adaptações físicas, psicológicas e emocionais, que podem ocorrer um impacto negativo sobre a qualidade de vida e uma experiência negativa no que se refere à maternidade. A maioria dos dados epidemiológicos, com um foco na IU, verifica mulheres com maior faixa etária, provavelmente, por abordar uma fase da vida em que o sintoma costuma aparecer com maior frequência. Porém, em uma pesquisa teve como indivíduos mulheres no período do puerpério, cuja média de idade foi de 26 anos, faixa etária também apresentada em outras análises realizadas no período puerperal, onde a idade média das puérperas varia de 26 a 30 anos, com predominância de IU entre 20% e 27,5%. Esses resultados mostraram também que a IU está presente em mulheres jovens. No Brasil, ainda é bastante escasso a mostra bibliográfica sobre IU no pós-parto, e tem

uma taxa de incidência pouco explorada pelo profissional da saúde, dificultando assim a identificação da mulher que apresenta essa alteração (LOPES e PRACA, 2011).

INCONTINÊNCIA URINÁRIA NA GESTAÇÃO

A gravidez é a fase em que o corpo da mulher passa por diversas modificações. COUTINHO et al.(2014) descreve que as mudanças ocorridas no período gestacional afetam o seu dia a dia, e é neste intervalo dos nove meses que a família vai se capacitando de forma física e psicológica (COUTINHO, 2014).

A gestação resulta modificações anatômicas e fisiológicas e algumas delas são listadas como: hipertrofia vesical, a ampliação das dimensões renais, bexiga intra-abdominal, a dilatação pieloureteral e o aumento do útero, este, como o fator que mais desperta incontinência urinária em mulheres gestantes (PINHEIRO, 2017).

Por meio dos hormônios e dos efeitos mecânicos, o assoalho pélvico passa por modificações como a dilatação do útero, havendo espaço para avolumar-se até o parto (GENADRY, 2006). As manifestações mais habituais do 3º semestre são a regularidade e a nictúria, somando com IUE (PANAYI E KHULLAR, 2009)

Sobre os efeitos dos hormônios, acredita-se que relaxina é gerada pela progesterona, o corpo lúteo, decídua e a placenta. Auxiliando assim, no fim da gestação, a dilatação e o relaxamento da sínfise púbica. Coibindo os receptores de estrogênio e recuperando as fibras elásticas (LIU et al., 2006). No decurso da gestação relaciona-se plena atuação da relaxina nas mulheres com disfunções do assoalho pélvico em comparação às assintomáticas (EPPEL,1999) O sucessivo ganho de peso e a pressão mecânica sobre o assoalho pélvico molificado acarreta o enfraquecimento do suporte pélvico (GENADRY., 2006)

O motivo da IU na gravidez deve-se à hiperatividade da bexiga e a depreciação da resistência de suporte pélvico (GENADRY, 2006)

A incontinência urinária de urgência afeta 6% das gestantes no primeiro trimestre da gravidez, e se intensifica à 20% das grávidas com idade gestacional de 36 semanas (BRUINSE, 2006)

Se sabe que a incontinência urinária na gestação ainda requer maiores esclarecimentos, pois se sabe que há inúmeros fatores sobre a anatomia do sistema urinário e da fisiologia miccional originando o aparecimento ou não da incontinência. Os hormônios podem impactar no mecanismo de continência durante a gestação, bem como uma ação maior/menor sobre os músculos do assoalho pélvico é capaz de influenciar na continência na gravidez. As mudanças na gestação são: a expansão da mobilidade do colo vesical, a baixa funcional do comprimento e da pressão uretral e pressão mínima intravaginal (THOMASON et al., 2007)

A continência urinária causa uma pressão uretral tanto em repouso quanto em atividades que ampliam a pressão abdominal superior à bexiga. Na tosse e/ou espirro, a pressão se expandi e dilata a pressão da uretra a fim de manter a continência – pressão de transmissão. A pressão basal de encerramento e o aumento da pressão gerada no espirro e/ou tosse, determinam a pressão das quais vêem a perda urinária. (ASHTON-MILLER E DELANCEY, 2007). A percepção das pressões geradas são fundamentais para a identificação da continência urinária.

Os efeitos constritivos dos esfíncteres acondicionam a pressão da uretra, e impede a perda de urina em repouso (ASHTON-MILLER E DELANCEY, 2007).

O músculo elevador do ânus e a fáscia endopélvica agem no suporte pélvico e na manutenção da continência urinária. Um espirro provoca um estreitamento do diafragma e dos músculos abdominais, causando ampliação transitória na pressão abdominal. Essa condição, o que importa é que a pressão de transmissão seja de 100%, pois, a ampliação da pressão uretral equipara-se à ampliação da pressão intra-abdominal de forma que impeça perda da urina (ASHTON-MILLER E DELANCEY, 2007).

Através do exame de ecografia pode-se certificar que a dilatação da pressão provoca uma queda de 10mm da uretra, no plano sagital (HOWARD et al., 2000). E analisa-se que o aumento da pressão intra-abdominal e o

conteúdo abdominal inferior estejam compelidos na direção caudal. A força faz com que a porção proximal da uretra seja contida contra o suporte da fáscia endopélvica, do elevador do ânus e da vagina evitando perda de urina devido a pressão intravesical. (ASHTON-MILLER E DELANCEY, 2007)

O tônus preservado pelos músculos pélvicos ameniza a tensão na fáscia endopélvica. O comprometimento da inervação do elevador do ânus, ocorrido durante o parto, preserva a atrofia muscular e desloca para a fáscia endopélvica a incumbência de suportar os orgãos pélvicos (WEI E DELANCEY, 2004).

A IU na mulher sujeita-se de dois mecanismos: a incapacidade dos mecanismos intrínsecos da uretra e a incapacidade de suporte da uretra, fazendo com que se mova demasiadamente ao longo do esforço (SHABAN et al., 2010)

Existem indícios perceptíveis que a gravidez e o parto favorecem a IU. Embora os mecanismos esficterianos da uretra encontrarem-se afetados e de a IUE ser descrita entre 3,7% e 19% a colaboração dos fatores de riscos obstétricos continuam questionáveis e o mecanismo patogênico permanece a esclarecer (DICKIE et al.,2010; GENADRY, 2006)

INCONTINÊNCIA URINÁRIA NO PUERPÉRIO

Parto

A forma natural para o nascimento de um bebê é o parto normal. Todavia alterações fisiológicas e anatômicas possibilitam disfunções, especificadamente IUE. Mesmo com carência de mais estudos, autores afirmam esse tipo de parto como um dos responsáveis pela disfunção do assoalho pélvico (BORTOLINI, 2010).

A etapa dois do parto, têm seu início com a dilatação completa e finda com a expulsão do feto. Ao longo da etapa, a cabeça do feto é transportada por meio do hiato urogenital, com contrações alternadas da parede abdominal e do diafragma são moderadas pela mãe para que ocorram com a contração uterina (ASHTON-MILLER E DELANCEY, 2007).

LIEN et al.(2004) apresentaram uma amostra que permite antecipar a distensão muscular ao longo da fase do parto e seus efeitos revelaram que os músculos pubococcígeo evidenciam maior tensão com o aumento da distensão podendo influenciar na fase do puerpério (LIEN et al., 2004). Além disso, o pubococcígeo é o músculo que mais pode sofrer sob a condição do estiramento. A disfunção do assoalho pélvico tem como conseqüência a ausência do suporte oferecido pela fáscia endopélvica e dos músculos pélvicos, como o elevador do ânus (BORTOLINI et al., 2010). O uso da ressonância magnética (RM) como auxílio do diagnóstico, apurou que as nulíparas não tem lesões, e 20% das primíparas tiveram imperfeições no músculo elevador do ânus, o que pode influenciar na fase do puerpério. A RM expôs também que irregularidades mais importantes se acham correlacionadas com a idade progressiva da mãe, peso fetal e uma lentidão no trabalho de parto (PANAYI E KHULLAR, 2009).

Mesmo que a expulsão do feto pelo canal de parto acondicione e dilate os tecidos envolvidos, os excessos podem acarretar laceração do tecido e avarias mecânicas no tecido conjuntivo e muscular, sucedendo com desvascularização e desenervação (GENADRY, 2006)

O uso da ecografia atestou que no puerpério, reduz-se o volume dos músculos esfincterianos da uretra independentemente de não ser relacionada com o tipo particular de parto. Evidências como a redução do volume dos músculos esfincterianos e lesão muscular causada pela episiotomia durante o parto interferem no puerpério, enfatizando assim a importância do tratamento fisioterapêutico nesta fase. (TOOZS-HOBSON et al., 2008)

Puerpério

É a fase do ciclo gravídico em que as mudanças sistêmicas e locais causadas pela gestação e o parto se encerram dando a mulher a possibilidade de retorno à condição pré-gravídica (BRASIL, 2001; CUNNINGHAN, 2016). O período médio considerado de puerpério, leva de 6 a 8 semanas pós-parto e é dividido em: Imediato (imediatamente após a placenta – do 1º ao 10º dia),

tardio (do 11º dia ao 45º dia) e o remoto (a partir do 45º dia) (ANDRADE et al., 2015).

A gestação, o parto e o puerpério acarretam alterações no trato urinário da mulher. Motivos hormonais e mecânicos induzem o crescimento dos sintomas urinários na gestação, aumentando a regularidade miccional e piorando a urge-incontinência e a incontinência à esforços. Sabe-se que o período gravídico-puerperal, a gestação e a via de parto são motivos que mudam na força muscular do assoalho pélvico e que o peso materno e o peso do útero gravídico se somam sobre esta musculatura, oferecendo suporte dos órgãos pélvicos e agindo na sustentação da continência urinária (BAESSLER K. et al, 2003).

O aparecimento da incontinência na gravidez prediz episódio de IU no puerpério (ROGERS et al., 2007). A incontinência urinária de esforço (IUE) tem maior prevalência em mulheres que tiveram parto normal, em contrapartida mulheres em que foi utilizado fórceps no parto e/ou episotomia, a incontinência urinária de urgência (IUU) se apresenta em maior número quando comparadas a IUE (BLOOM et al., 2005).

FISIOTERAPIA NA INCONTINÊNCIA URINÁRIA NO PUERPÉRIO

A fisioterapia é apontada pela Sociedade Internacional de Continência como uma primeira opção para o tratamento de incontinência urinária por seu baixo custo e comprovada eficácia (FIGUEREIDO, 2015). A preferência do tratamento depende do tipo da incontinência e das manifestações que mais se apresentam. Deve-se estabelecer como fase inicial, a abordagem menos agressiva (DENG, 2011; SHABAN et al., 2010). A fisioterapia utiliza as principais técnicas como os exercícios para o assoalho pélvico, biofeedback, os cones vaginais, estimulação elétrica sendo diferenciado para cada paciente, assim como para cada tipo de sintoma. O precursor da reabilitação pélvica como tratamento foi Arnald Kegel, (KEGEL,1948) onde sugeriu exercícios para a musculatura do assoalho pélvico como uma abordagem terapêutica a fim de precaver a incontinência urinária da paciente. Sua técnica por ser menos

invasiva, é sempre apontada como uma forma inicial de tratamento para IU e agora mais recente associam-se ao biofeedback, à eletroestimulação e aos cones vaginais também (DI BENEDETTO P,2004;TINELLI A et al., 2005).

A Organização da Saúde aconselha que a IU seja tratada primeiramente por meio da fisioterapia e a situação ao ser reavaliadaapós 3 meses do início do tratamento, não havendo resultados favoráveis, será apreciada a possibilidade farmacológica ou cirúrgica (JARVIS et al.,2005). A reabilitação fisioterapêutica vem obtendo ótimos resultados, chegando cerca de 70% a 82% dos casos de IUE (RAMOS et al., 2002). A fisioterapia pode agir sozinha ou associada à algum outro tipo de tratamento farmacológico ou cirúrgico, sendo empregado a eletroestimulação e exercícios perineais que podem ou não estarem relacionados aos cones vaginais (DI BENEDETTO P., 2004; PACETTA et al., 2002).

A atuação fisioterapêutica no decorrer do puerpério pode começar logo após o parto, respeitando apenas um período de repouso de seis horas para o parto normal ou doze horas para o parto cesárea. Assim, o atendimento começa com a coleta de dados, a história da gestação da parturiente e sobre o parto. Na avaliação são notados os dados vitais e feito o exame físico, deve-se verificar o padrão ventilatório, a mobilidade diafragmática e a expansibilidade torácica (SOUZA, 1999).

BURGIO, ROBINSON e ENGEL (1986) observaram uma redução média de 82% nos incidentes de incontinência utilizando exercícios com biofeedback para reabilitação do assoalho pélvico. Segundo OLIVEIRA E GARCIA (2011), a cinesioterapia do assoalho pélvico corresponde a um importante recurso terapêutico para a manutenção e/ou fortalecimento desta musculatura. Além de que, a eletroestimulação funcional dessa região tem sido usada como um componente adicional para tornar mais intensa à atividade muscular (OLIVEIRA E GARCIA; 2011).

A terapia conservadora é similar para os tipos de IU, os tratamentos farmacológico e cirúrgico irão ter suas diferenças quanto ao tipo IUE e IUU (DENG, 2011; SHABAN et al., 2010). O bem estar físico é uma condição significativa. A perda de peso beneficia o tratamento da incontinência urinária (FRITEL et al., 2010).

Os exercícios de Kegel, (KEGEL, 1948) são exercícios específicos para a musculatura pélvica que possui indicações à todas as pacientes com IU (DENG, 2011). É uma atividade padrão para o tratamento da incontinência urinária de esforço, onde aplica-se contrações voluntárias dos músculos perineais diariamente. Com isso, instrui a mulher a fazer uso da musculatura do assoalho pélvico e potencializando o controle da perda urinária (SANZ et al.,2002).Os exercícios de Kegel portanto se tornam uma medida inicial do plano de tratamento, quer na IUE ou IUU (FRITEL et al., 2010).

O tratamento por eletroestimulação para UIE inclui a avaliação da musculatura vaginal por meio de um perineômetro digital que aponta o grau de força da musculatura do assoalho pélvico anteriormente à eletreoestimulação (RETT et al., 2002). A forma aplicada da frequência é revezada, permitindo vantagens sobre outras atingindo tecidos mais profundos, melhor aceitação, força e resistência. Porém, algumas pacientes podem relatar incômodo e a utilização constante é capaz de ocasionar exaustão e a limpeza incorreta dos eletrodos pode provocar infecções (RETT et al., 2002).

Na terapia da eletroestimulação, a corrente e a voltagem para o tratamento de IUE a freqüência é de 10-60 Hz, com duração de 1-3 ms, com ciclo de 1:1 ou 1:2. Com a durabilidade de 14-16 semanas, com a eletroestimulação de15-30 minutos diariamente (DIAS et al., 1999). Algumas vantagens da eletroestimulação: analgesia, melhora do controle voluntário, ganho de força muscular (BARROSO, 2002 ; CASTRO, 2003) e para que aconteça o progresso do controle voluntário, a eletroestimulção é realizada intravaginal ou intra-anal das fibras do nervo pudendo, gerando assim inibição da bexiga (BARROSO, 2002 ; CASTRO, 2003).

Alguns autores apontam, que os cones vaginais são métodos fáceis de atuar na incontinência (DIAS et al., 1999 ;PIATO S, 2002). Esses cones são de plástico, de material que pode ser lavado, integrando no final um fio para ajudar na eliminação, possuindo medidas iguais e de peso variado (20-100gr) (DIAS et al., 1999 ; PIATO, 2002). A utilização dos cones não deve ser substituída pelos exercícios de Kegel (SANZ et al.,2002). Devendo praticar os exercícios juntamente com o uso dos cones vaginais sustentando por mais de um minuto na vagina. As ações com os cones devem acontecer por 15 minutos e duas

vezes no dia, até que esteja há mais de três dias sem largar o cone e avançando para um com peso maior.(DIAS et al.,1999). Os exercícios necessitam ter continuidade, pois, o tônus está sempre sujeito à uma atividade contínua (PIATO, 2002).

O biofeedback faz com que a paciente tenha fácil compreensão da prática da movimentação efetuado (PACETTA et al., 2002). Utiliza a técnica auditiva e /ou visual e permitindo que a paciente reconheça o que lhe foi pedido (PIATO S, 2002). O biofeedback tanto o eletromiográfico quanto o de pressão, tem capacidade de tratar IUE e o eletromiográfico identifica a ação dada pelas células do períneo e o biofeedback de pressão coloca uma sonda inflável no interior da cavidade vaginal ou do ânus e a mudança de peso no interior da sonda é vista pel aparelho e a paciente toma conhecimento (PACETTA et al.,2002 ;SANZ et al., 2002). O biofeedback é um recurso terapêutico que é capaz de impedir a atuação dos agonistas (levantador do ânus) e no auxilia os antagonistas (reto abdominal). SANZ et al.(2002), decreve que biofeedback deve ser empregado somente como complementação aos exercícios pélvicos.

O treinamento da musculatura pélvica é indicado para evitar a IU ao longo da gravidez e no puerpério (MANTEL J. et al., 2000). Alguns esclarecimentos são indispensáveis às pacientes com IU, entre eles estão um diário miccional onde a paciente vai relatar a frequência e quantidade/dia, também evitar bebida alcóolica e café e não exagerar na dose de ingestão de líquidos (DIAS R et al., 1999; SANZ et al., 2002)

CONSIDERAÇÕES FINAIS

De acordo com o estudo realizado, certificou-se a eficácia da atuação fisioterapêutica no tratamento das diferentes formas de IU, apontando uma relevância significativa no tratamento da disfunção por ser um tratamento de baixo custo e eficácia comprovada. Os fatores que mais prevalecem na IU no puerpério, em primeiro lugar são as alterações fisiológicas da gravidez, logo em seguida aparecem condições preexistentes, que na grande maioria são inevitáveis, como as doenças e o histórico familiar. Posteriormente, a falta de orientações e o não preparo da musculatura pélvica, mesmo sendo estes compostos por medidas simples e fáceis de serem aplicadas contribuem para a prevalência IU.

A fisioterapia no puerpério é de grande importância pois possui um programa de exercícios que irá auxiliar no retorno rápido às condições pré-gravídicas e evitar problemas futuros, como a incontinência urinária, má postura, pouca força abdominal, entre outras.

REFERÊNCIAS

ABRAMS *et al*. The standardisation of terminology in lower urinary tract function: report from the standardisation sub-committee of the International Continence Society. **Urology** 61:37-49, 2003.

ANDRADE, R.D. et al. Fatores relacionados à saúde da mulher no puerpério e repercussões na saúde da criança. **Escola AnnaNery Rev Enferm**., v.19, n.1, p.181-186. doi: 10.5935/1414-8145.20150025; 2015.

ASHTON-MILLER and DELANCEY JO. Functional anatomy of the female pelvic floor. **Ann N Y AcadSci** 1101:266-296, 2007.

BAESSLER K ; SCHUESSLER B. Childbirth-induced traumato the urethral continence mechanism: review and recommendations. **Urology Oct**; 62(4):39-44; 2003.

BARROSO JCV. Estimulação elétrica transvaginal no tratamento da incontinência urinária. **RBGO**; 24(10):685-85, 2002.

BLOOM SL. *et al*. Obstetric antecedents for postpartum pelvic floor dysfunction. **Am J Obstet Gynecol**. 192(5):1655-62; 2005.

BORTOLINI MA; DRUTZ HP; LOVATSIS D and ALARAB M. Vaginal delivery and pelvic floor dysfunction: current evidence and implications for future research. **IntUrogynecol** J 21:1025-1030, 2010.

BRASIL. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher. Brasília: **Ministério da Saúde**; 2001.

BRUINSE *et al*. How do the prevalences of urogenital symptoms change during pregnancy? **NeurourolUrodynam**; 25(2):135-9, 2006.

BURGIO KL, ROBINSON JC, ENGEL BT. The role of biofeedback in Kegel exercise training for stress urinary incontinence. **Am J ObstetGynecol**; 154(1):58-64, 1986.

CASTRO *et al*. Clinical and urodynamic evaluation of women with detrusor instability before and after functional pelvic floor electrostimulation. **ClinExpObstetGynecol**; 30(4): 220-2, 2003.

COUTINHO, C. E. *et al*. Gravidez e parto: o que muda no estilo de vida das mulheres que se tornam mães? **Rev. Esc. Enfem**. USP, 48(Esp2): 17-24, 2014.

CUNNUNGHAM, F.G.; LENENO, K.J. **Obstetrícia de Williams**. Porto Alegre: AMGH, 2016.

DA SILVA, JACOB . Prevenção da incontinência urinária no puerpério. **RevistaEnfermagemAtualInDerme**, v. 87, n. 25, 2019.

DELANCEY *et al.* Vaginal birth and de novo stress incontinence: relative contributions of urethral dysfunction and mobility. **ObstetGynecol** 110:354-362, 2007.

DENG DY. Urinary incontinence in women. **Med Clin North Am** 95:101-109, 2011.

DI BENEDETTO P. Female urinary incontinence rehabilitation. **Minerva Ginecol** ; 56(4):353-69, 2004.

DIAS *et al.*Incontinência urinária: tratamento conservador. **GOAtual**;8:6-13, 1999.

DICKIE KJ; SHEK KL and DIETZ HP. The relationship between urethral mobility and parity. **BJOG** 117:1220-1224, 2010.

EPPEL ; KUCERA E and BIEGLMAYER C. Relationship of serum levels of endogenous relaxin to cervical size in the second trimester and to cervical ripening at term. **Br J ObstetGynaecol** 106:917-923, 1999.

FIGUEIREDO *et al*. Perfil epidemiológico e clínico de usuárias de serviços de fisioterapia uroginecológica da rede pública. **RevBrasFisioter,** 12(2):136-42, MG, 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rbfis/v12n2/a10v12n 2.pdf>. Acessoem: 30 Nov. 2015.

FRITEL *et al*. Diagnosis and management of adult female stress urinary incontinence: guidelines for clinical practice from the French College of Gynaecologists and Obstetricians. Eur**J ObstetGynecolReprodBiol** 151:14-19, 2010.

GENADRY R. Aurogynecologist's view ofthe pelvic floor effects of vaginal delivery/cesarean section for the urologist. **CurrUrol Rep** 7:376-383, 2006.

HOWARD D; MILLER JM; DELANCEY JO and ASHTON-MILLER JA. Differential effects of cough, valsalva, and continence status on vesical neck movement. **ObstetGynecol**95:535-540, 2000.

JARVIS Sk, HALLAM TK, LUJIC S, ABBOTT JA, VANCAILLIE TG. Peri-operative physiotherapy improves outcomes for women undergoing incontinence and or prolapse surgery: results of a randomized controlled trial. **Aust N Z J ObstetGynaecol ;** 45(4):300-3, 2005.

KEGEL . Progressive resistance exercise in the functional restoration of the perineal muscles. **Am J ObstetGynecol**56:238-248, 1948.

LIEN KC; MOONEY B; DELANCEY JO and ASHTON-MILLER JA .Levatorani muscle stretch induced by simulated vaginal birth. **ObstetGynecol** 103:31-40, 2004.

LIU *et al*. Failure of elastic fiber homeostasis leads to pelvic floor disorders. **Am J Pathol** 168:519-528, 2006.

LIZ, ANDREZZA NUNES et al. Fisioterapia no período puerperal: revisão sistemática. **Corpvs,** v. 1, n. 27, p. p. 09-20, 2013.

LOPES, D.; PRACA, N. Prevalência de incontinência urinária autorreferida no pós-parto e fatores relacionados. **Acta paul. enferm.**, São Paulo , v. 25, n. 4, p. 574-580, 2012 .

LUBKAN JC. Transurethral radiofrequency collagen denaturation for treatment of female stress urinary incontinence: a review of the literature and clinical recommendations. **ObstetGynecolInt** 2012:384234, 2012.

MANTEL J; POLDEN M. **Fisioterapia em Ginecologia e Obstetrícia**. 2a ed. São Paulo: Santos; 2000.

MARQUES, A. A.; SILVA, M. P. P.; AMARAL, M. T. P.; Tratado de fisioterapia em saúde da mulher. **ed. São Paulo: Editora Roca**, 2011.

NICIDA, DENISE PIRILLO; SOUZA, SIMONE. A atuação da fisioterapia obstétrica: revisão de literatura. **Revista Saúde e Desenvolvimento**, v. 13, n. 15, 2019.

NUNES, ÉRICA; GONÇALVES, BARBARA; LATORRE, GUSTAVO FERANDO SUTTER. O papel da fisioterapia pélvica no puerpério imediato–uma revisão sistemática. **Antonio Carlos Weston**, v. 63, n. 3, p. 344-348, 2019.

OLIVEIRA JR, GARCIA RR. Kinesiotherapy on treatment of Urinary Incontinences in elderly women. **RevBrasGeriatr Gerontol**;14(2):343-351. doi: 10.1590/S1809-98232011000200014, 2011.

PACETTA AM; MAGALDI C; ARAUJO RC. Fisioterapia uroginecologica–Incontinência urinária e prolapso [online]. 2002 [citado 2000 Abr 04]. Disponivel em: URL: http://www.fisioterapia.com.br

PANAYI DC and KHULLAR V. Urogynaecological problems in pregnancy and postpartum sequelae. **CurrOpinObstetGynecol** 21:97-100, 2009.

PIATO S. **Tratado de ginecologia**. 2a ed. São Paulo: Artes Médicas, 2002.

PINHEIRO *et al*. Estudo da prevalência de sintomas da incontinência urinária de esforço durante o período gestacional em primigestas: uma revisão de literatura.**Pesquisa e Ação**, 3(2), 2017.

RAMOS AM, HONJI VY, SILVA RMO, QUINTANA MM, BATISTELLA LR. Reabilitação em incontinência urinária**. Acta Fisiátrica**, 9:41, 2002.

RETT MT; MOREIRA ECH; FRANKE A. Eletroestimulação no tratamento da incontinência urinária de esforço. **GO Atual**; 38:38-42, 2002.

ROGERS RG ; LEEMAN LL. Postpartum Genitourinary Changes. **UrolClin N Am**; 34(1):13-21, 2007.

SABOIA, DAYANA MAIA *et al*. Impacto dos tipos de incontinência urinária na qualidade de vida de mulheres. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 51, 2017.

SACOMORI *et al*. Prevalência e variáveis associadas à incontinência urinária no terceiro trimestre gestacional. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.**, Recife , v. 13, n. 3, p. 215-221, Sept. 2013 .

SANZ MJ *et al*. Tratamiento de laincontinencia urinaria**. Aten Primaria**; 30:323-32, 2002.

SHABAN A; DRAKE MJ and HASHIM H. The medical management of urinary incontinence. **AutonNeurosci** 152:4-10, 2010.

SOUSA, J. G.; FERREIRA, V. R.; OLIVEIRA, R. J.; CESTARI, C. E. Avaliação da força muscular do assoalho pélvico em idosas com incontinência urinária. **Revista Fisioterapia em Movimento**, Curitiba, v. 24, n. 1, p. 39-46, 2011.

SOUZA, E. L. B. L. **Fisioterapia Aplicada à Obstetrícia e Aspectos de Neonatologia**. 2.ed. Belo Horizonte:Health. 1999. 354p.

SOUZA, SIMONE; NICIDA, DENISE PIRILLO. A atuação da fisioterapia obstétrica: revisão de literatura. **Revista Saúde e Desenvolvimento**, v. 13, n. 15, 2019.

THOMASON AD, MILLER JM, DE LANCEY JO. Urinary incontinence symptoms during and after pregnancy in continent and incontinent primiparas. **IntUrogynecol J**; 18(2):147-51, 2007.

TINELLI A*et al*. Urinary incontinence in postmenopausal period: clinical and pharmacological treatments. **Minerva Ginecol** ; 57(6):593-609, 2005.

TOOZS-HOBSON P etal.The effect of mode of delivery on pelvic floor functional anatomy. **IntUrogynecol J Pelvic Floor Dysfunct** 19:407-416, 2008.

WEI JT and DELANCEY JO. Functional anatomy of the pelvic floor and lower urinary tract. **ClinObstetGynecol** 47:3-17, 2004.