

## Revisão

# Fisioterapia na incontinência urinária no pós-parto

## *Physical therapy in post-delivery urinary incontinence*

Laudimarcia Correia Parente, Ft.\*, Sylvia Helena Ferreira da Cunha Henriques, D.Sc.\*\*

.....  
\*Universidade Bandeirantes, \*\* Fisioterapeuta, Coordenadora do Curso de Especialização em Fisioterapia do Instituto Affonso Ferreira

### Resumo

A incontinência urinária de esforço é um problema que acomete diversas mulheres principalmente no momento posterior ao parto. A eficiência da fisioterapia tem sido citada pela maioria dos autores no seu tratamento. Este trabalho teve como objetivo investigar as técnicas fisioterapêuticas utilizadas no tratamento de tal patologia no período pós-parto. Foram realizados levantamentos bibliográficos, utilizando-se as palavras: incontinência urinária, incontinência urinária de esforço, pós-parto, fisioterapia, estimulação elétrica, programa de exercícios para o assoalho pélvico, biofeedback, cones vaginais, dispositivos mecânicos e orientações. A fisioterapia dispõe de diversas técnicas para o tratamento da incontinência urinária de esforço, variando de paciente para paciente e da intensidade dos sintomas.

**Palavras-chave:** incontinência urinária, pós-parto, fisioterapia.

### Abstract

The stress urinary incontinence is a matter that attacks a lot of women generally at the moment after delivery. Several studies show the effectiveness of physical therapy in the rehabilitation. This study aimed at knowing the physical therapy techniques used during treatment of this pathology in the post delivery period. This research was based on a bibliographic survey to discover the treatment of the urinary incontinence. In the physical therapy area it was applied the following techniques: electrical stimulation, pelvic floor exercise program, biofeedback, vaginal cones, mechanic appliances and orientations. The conclusion was therefore that the physical therapy provides different treatments of stress urinary incontinence; however the ideal treatment varies from person to person.

**Key-words:** urinary incontinence, post-delivery, physical therapy.

### Introdução

A incontinência urinária foi definida pela *International Continence Society* [1] como “uma condição na qual a perda involuntária de urina constitui um problema social ou de higiene e pode ser objetivamente demonstrado”.

Durante a gravidez, o assoalho pélvico é um dos responsáveis por sustentar o peso abdominal e extrapélvico (bebê, útero, placenta e líquido amniótico). No parto, o assoalho pode sofrer disfunções como frouxidão muscular e de tecidos moles, rupturas e/ou alterações no tônus. A relação dessa musculatura com os órgãos pélvicos pode favorecer no surgimento de alteração quanto ao controle da micção, uma vez que a massa total do útero aumenta a fim de acomodar o feto em crescimento, o que permite exercer uma pressão sobre o reto e a bexiga urinária, determinando constipação e micção freqüente. Além disso, acredita-se que haja maior produção

de urina do que antes do período da gravidez porque os rins devem excretar produtos do metabolismo do feto e do seu próprio metabolismo [2].

A fisioterapia tem sido utilizada como forma de tratamento. O pioneiro na reabilitação do assoalho pélvico foi Arnold Kegel, um ginecologista americano que há 50 anos propôs exercícios para a musculatura do assoalho pélvico para prevenir e tratar a incontinência urinária da mulher. A técnica de Kegel foi utilizada com sucesso por outros especialistas. Em 1980, na Europa, aumentou o interesse médico pelos exercícios, e mais atualmente associados a eletroestimulação, aos cones e ao biofeedback. No geral, por ser um procedimento menos invasivo e menos perigoso, as técnicas de reabilitação têm sido consideradas a primeira opção de tratamento para a incontinência urinária [3,4].

Levando-se em conta que a incontinência urinária é considerada pelas pacientes como uma condição normal

Recebido em 08 de julho de 2006; aceito em 14 de maio de 2007.

**Endereço para correspondência:** Sylvia H.F.C. Henriques, Av. José Bonifácio, 2656, 13092-305 Campinas SP, Tel: (19) 3794-9100, Email: shenriques@mpc.com.br

do processo de recuperação pós-parto, nem sempre é citado em consultas de rotina, sendo muitas vezes negligenciada por profissionais da área da saúde. Entretanto, essa condição constrangedora de perda involuntária de urina tem conseqüências avassaladoras na qualidade de vida, causando muitas vezes marginalização do convívio social e frustrações psicossociais [4]. É de especial importância aos profissionais da área da saúde o conhecimento prévio de todo o processo fisiológico normal de continência, para que se possa intervir diretamente e de forma conservadora nos cuidados da pessoa incontinente.

## Objetivo

Este trabalho teve como objetivo realizar uma revisão da literatura, apontando os resultados observados em estudos que avaliam a indicação e a efetividade da fisioterapia na incontinência urinária após o parto.

## Material e métodos

Foi realizada revisão bibliográfica, com pesquisas no período de outubro/2002 a janeiro/2006 em sites de busca da internet (Google, Medline e Pubmed), livros e artigos científicos das bibliotecas da UNIBAN, Hospital Geral Vila Nova Cachoeirinha e Escola Paulista de Medicina/BIREME, dando ênfase aos documentos datados a partir de 1993 sobre o tema escolhido.

As palavras chave utilizadas para a pesquisa foram: incontinência urinária, pós-parto, fisioterapia no pós-parto, fisioterapia na incontinência urinária, distúrbios no pós-parto, gestação, gravidez, biofeedback, cones vaginais, exercícios de Kegel e cinesioterapia pós-parto, com suas variações na língua inglesa: *urinary incontinence, pregnancy, exercises post-delivery, physiotherapy post-delivery*.

## Aspectos fisiológicos

A incontinência urinária de esforço trata-se de um problema pós-natal precoce e freqüente, podendo ser causada pela distensão e enfraquecimento da musculatura do assoalho pélvico e do tecido conjuntivo, ou ainda, por dano a sua inervação [2,4,5].

A bexiga urinária é um órgão muscular cavitário formado por um músculo liso chamado detrusor, que quando relaxado, a bexiga funciona como um reservatório, enquanto que quando ele contrai, ela se torna uma bomba. Ao encher a repleção é registrada por receptores de tensão-estiramento que sinalizam para o cérebro iniciar o reflexo de micção, que é permitido ou não por mecanismos de controle cortical, dependendo das circunstâncias sociais e do estado de relaxamento voluntário do assoalho pélvico e da uretra, acompanhado por contração mantida do músculo detrusor, levando ao esvaziamento vesical completo [2,6].

A continência da urina em repouso dependerá do fechamento e da integridade do colo da bexiga e da atividade tônica dos músculos do esfíncter e mucosa uretrais. Além disso, pode-se conseguir continência urinária através da contração ativa do assoalho pélvico, que aumenta o suporte uretral e faz inibição reflexa da contração do detrusor [7].

A freqüência aumentada de micção e noctúria são sintomas comuns na gravidez, atingindo cerca de 80% das mulheres neste período e tende a piorar com o decorrer da gestação. A incontinência urinária manifesta-se freqüentemente pela primeira vez durante a gravidez, atingindo de 23 a 50% das mulheres. Na maioria dos casos é de natureza transitória, resultado da tensão induzida pela gravidez no assoalho pélvico que pode levar a seqüelas [8].

Considera-se que, no mínimo, 40% das mulheres experimentarão pelo menos um episódio de incontinência urinária durante suas vidas, sendo apenas 20 a 30% freqüentes e intensos o bastante para que haja necessidade de investigação e tratamento. *National Institute of Health* estima que há mais de 10 milhões de americanos adultos, dentre eles sete milhões de mulheres, com incontinência urinária.

Em relação ao pós-parto, logo após o nascimento do bebê, o corpo da nova mãe começa o seu período de recuperação e a sua volta ao normal. Durante esse período, poderá ocorrer o vazamento involuntário da bexiga quando a pressão intra-abdominal for elevada pela tosse espirro ou riso, caracterizando assim um quadro de incontinência urinária de esforço (IUE). A IUE trata-se de um problema pós-natal precoce e freqüente podendo ser causado pela distensão e enfraquecimento da musculatura do assoalho pélvico e do tecido conjuntivo, ou ainda, por dano a sua inervação [2].

Para obter o diagnóstico da IUE é necessário realizar anamnese, avaliação física, exames complementares (urodinâmica, estudo urodinâmico) e exame clínico [9].

Modotte *et al.* [10] referem que na avaliação fisioterapêutica utilizada no Instituto de Atendimento à Mulher (Assis, SP), são considerados:

- tônus vaginal, examinado através do toque com os dedos indicador e médio e classificado de zero a cinco, sendo que o zero não apresenta contração e o cinco mantém resistência durante 5 segundos;
- perineômetria, avaliação realizada com equipamento que quantifica a ação dos músculos elevadores do ânus. É introduzida uma haste de látex na vagina e solicitado uma contração voluntária e mantida da vagina;
- “ped test”, teste em que a paciente ingere quantidade conhecida de água, e é submetida a exercícios que venham a provocar IU (caminhar, tossir, lavar as mãos etc) durante uma hora, após esse período o absorvente é retirado e pesado, subtraindo o peso original, para saber se houve perda de urina durante esse tempo.

Existem diversas maneiras de tratar e até mesmo curar a incontinência urinária de esforço. Alguns autores relatam que atualmente a incontinência urinária de esforço pode ser

tratada de forma cirúrgica, medicamentosa ou fisioterapêutica [4,10,11]. A reabilitação do assoalho pélvico vem mostrando excelentes resultados em cerca de 70 a 82% dos casos de incontinência urinária de esforço [12]. Entretanto, é importante que cada profissional envolvido no tratamento saiba que quanto mais caracterizada for a incontinência urinária, maior será o sucesso do tratamento.

Há poucos anos acreditava-se que o tratamento da incontinência urinária de esforço era restritamente cirúrgico. Hoje já existem trabalhos que mostram resultados diversos, nos quais foram observados que por meio da cirurgia a retirada da parede vaginal posterior permitia que a mulher passasse a ter urgência em urinar. Atualmente o tratamento é realizado de acordo com a classificação da incontinência, ou seja, leve, moderada ou acentuada. Neste último caso, certamente haverá cirurgia enquanto que na moderada e na leve nem sempre a cirurgia será necessária [11].

O objetivo da cirurgia é a restauração da continência urinária, sem a criação da obstrução ao fluxo de urina [13,12]. Entretanto, o tratamento cirúrgico pode não ser efetivo em todos os casos, ocorrendo recidiva dos sintomas antes de cinco anos [14]. Martins *et al.* [15] relatam ainda que a cirurgia pode causar complicações como retenção urinária temporária e infecção do trato urinário. Porém, nos casos em que a incontinência é considerada severa, o tratamento com terapias conservadoras não apresenta resultados satisfatórios, sendo recomendado o tratamento cirúrgico [16]. Segundo Modotte *et al.* [10], o tratamento cirúrgico ficou restrito àquelas pacientes que não responderam ao tratamento conservador.

A IUE vem sendo tratada de acordo com seu tipo. A fisioterapia poderá atuar isoladamente ou associada ao tratamento cirúrgico ou farmacológico, sendo que em qualquer situação, serão utilizados basicamente eletroestimulação e exercícios perineais, através da cinesioterapia perineal; ou associado aos dispositivos intravaginais, conhecidos como cones vaginais [11,3].

De acordo com Magaldi, Araújo e Pacetta [11] a Organização Mundial da Saúde recomenda que a incontinência urinária seja tratada primeiramente através da fisioterapia. Apenas após três meses de intervenção fisioterapêutica, é que será avaliada a necessidade de um tratamento cirúrgico ou farmacológico.

Sendo indicado o tratamento cirúrgico corretivo para incontinência urinária e prolapso dos órgãos pélvicos, a fisioterapia de rotina pré e pós-cirúrgica melhora as condições físicas e a qualidade de vida das mulheres submetidas à cirurgia [17].

Durante ensaio realizado, um grupo de mulheres com incontinência urinária com três meses de pós-parto, submetido a orientações sobre exercícios para o assoalho pélvico aos cinco, sete e nove meses de pós-parto foi comparado a um grupo controle. Aos 12 meses de pós-parto, constatou-se que o índice de incontinência urinária no grupo de intervenção foi significativamente menor que no outro grupo e que a incon-

tinência urinária do pós-parto pode muitas vezes ser tratada com eficácia apenas com medidas conservadoras [18].

O princípio geral da reabilitação na IUE baseia-se no fortalecimento da musculatura do assoalho pélvico, geralmente acometida por um processo de deterioração anatômica e funcional, decorrente de vários fatores como, por exemplo, o trabalho de parto [12].

O tratamento da incontinência urinária de esforço por eletroestimulação compreende uma avaliação do desempenho muscular vaginal, através de um perineômetro digital, que indica o grau de força da musculatura do assoalho pélvico antes do início da eletroestimulação, e avaliações periódicas no decorrer das sessões, medindo a evolução do quadro [19].

O tipo de frequência utilizado é a alternada, já que esta apresenta as seguintes vantagens em relação às outras correntes: melhor aceitação, evita acomodação, atinge tecidos profundos, permite maior intensidade de estímulo, estimula seletivamente as fibras musculares, melhora a força e a resistência muscular, contribui para a reinervação local, evita superestimulação de um só tipo de fibra e evita aquecimento local. Apesar dessas vantagens, é preciso estar atento quanto ao seu uso, pois algumas pacientes poderão relatar desconforto. O uso frequente prolongado pode causar fadiga e a asspesia incorreta do eletrodo pode levar a infecções [19].

Na eletroestimulação tanto o tipo de corrente quanto a voltagem são controlados. Isto é fundamental para a eficiência terapêutica e suas alterações nos tecidos nervosos e musculares. Para o tratamento de IUE, a frequência de estímulo é de 10-60 Hz, duração de 1 a 3 ms, ciclo de 1:2 ou 1:1 e amplitude de acordo com a paciente e variável a cada sessão [10,14]. A eletroestimulação deve ser diária, com duração de 15 a 30 minutos. Em média o tratamento tem duração de 14 a 16 semanas [10].

Os efeitos da eletroestimulação são: analgesia, inibição do detrusor, ganho de força da musculatura estriada e melhora do controle voluntário. Para que ocorra essa melhora do controle voluntário, a eletroestimulação segue um mecanismo onde é realizada uma estimulação intravaginal ou intra-anal das fibras aferentes do nervo pudendo. Este estímulo segue para as fibras eferentes do nervo hipogástrico (sistema nervoso parassimpático) causando assim a inibição da bexiga [20,21].

Sabendo-se que estimular um músculo sem após poder contraí-lo de forma ativa não produz o efeito desejado, a eletroestimulação deve recrutar o máximo de fibras, ser eficiente e após a contração deve ser reproduzida ativamente pela paciente [2].

A cinesioterapia tem sido muito aplicada na reabilitação da IUE. Os exercícios no assoalho pélvico podem melhorar o quadro devido à fisiologia muscular dessa região. Os músculos da região perineal são histologicamente iguais aos estriados esqueléticos possuindo assim fibras lentas do tipo I e rápidas do tipo II [2].

Trabalhando as fibras do tipo II com sobrecarga, aumenta-se o volume dessas fibras resultando numa hipertrofia mus-

cular, que tornará a pressão de fechamento uretral positiva, promovendo continência urinária. A uretra é importante nesse mecanismo visto que a sua musculatura estriada sobrepõe-se a lisa havendo uma somatória de suas atividades. O esfíncter externo possui uma porção que é composta de fibras de contração lenta e está em contato com a uretra e que em atividade permanente mantém o tônus. A outra porção pertence ao músculo elevador do ânus e produz contrações voluntárias das fibras tipo II [14].

A intervenção fisioterapêutica através de exercícios de fortalecimento de assoalho pélvico reduz as chances da paciente sofrer incontinência urinária, mesmo em parto do tipo fórceps, ventosas ou em caso em que o bebê é grande para a idade gestacional [22]. Bo e Morkved [5] acreditam que o exercício seja uma das formas mais eficazes de tratamento da IU.

Para Modotte *et al.* [10] devem ser realizados exercícios monitorados que envolvem o fortalecimento da musculatura acessória e do assoalho pélvico (glúteos máximo, médio e mínimo, obturador interno, piriforme, pubococcígeo, íleo-coccígeo, coccígeo, ligamento largo, diafragma pélvico, reto abdominal, oblíquos internos e externo, adutor e abdutor da coxa).

Estudo realizado numa tribo indígena constatou que as índias apresentavam períneo mais forte que o das outras mulheres. Observou ainda que durante o trabalho de parto, na maioria das vezes, as índias permaneciam agachadas tornando a musculatura pélvica mais forte e enrijecida. Baseado nisso, foram elaborados exercícios, denominados "ginástica indígena", com o objetivo de diminuir o risco de doenças do trato urinário como a incontinência urinária de esforço [22].

Os exercícios de Kegel também têm sido referência no tratamento da IUE. Tratam de uma modalidade terapêutica que utiliza contrações voluntárias dos músculos perineais trabalhados diariamente várias vezes ao dia. A propriocepção desse grupo muscular é de fundamental importância para o resultado terapêutico [10]. O procedimento consiste em educar a paciente a utilizar a musculatura estriada do assoalho pélvico adjacente à uretra para melhorar o controle da perda urinária atuando principalmente nas fibras musculares estriadas do tipo II dos diafragmas urogenital e pélvico. Realiza-se 10 contrações voluntárias da musculatura do assoalho pélvico, mantidas pelo menos por três segundos, realizadas cinco vezes ao dia, sendo que o número de contrações deverá ser aumentado em cinco por semana [6].

Carrière [23] já relata que para que haja o re-treinamento dos músculos do assoalho pélvico o terapeuta precisa criar condições para que o paciente consiga influir de forma voluntária na força muscular durante os exercícios e adquirir percepção consciente do assoalho pélvico. O paciente deve conhecer a localização e extensão dos músculos do assoalho pélvico e ser capaz de visualizar sua posição; compreender a ação dos músculos do assoalho pélvico; ser capaz de acompanhar as mudanças na função dos músculos com um quadro interno concreto.

O movimento primário a ser realizado com a bola suíça é o de rolamento, no contato entre a pelve e a bola, sendo que a atividade deverá ser intensificada de acordo com as condições e limitações do paciente [23].

Em um estudo comparativo entre cinesioterapia e eletroestimulação endovaginal, as duas técnicas mostraram-se efetivas no tratamento da incontinência urinária de esforço, porém, entre as duas técnicas, a cinesioterapia apresentou uma tendência para ser o tratamento de escolha [14].

Vários autores citaram que o cone vaginal pode ser um meio simples e prático de tratar a incontinência urinária de esforço [10,6]. Sanz *et al.* [24] relatam que os cones vaginais parecem ser úteis no tratamento da incontinência urinária de esforço, porém não substituem os exercícios de Kegel, somente auxiliam para que os exercícios sejam realizados corretamente.

No geral, os cones são confeccionados em material plástico lavável, contendo um fio na extremidade para facilitar a remoção, de cinco a nove, de tamanhos iguais e pesos diferentes (20 a 100 g) [10,6].

De início, os exercícios são realizados com o cone subseqüente ao cone que se mantém por mais de um minuto no interior da vagina (considerado o cone com força gravitacional menor que a força muscular mínima). Os exercícios são realizados duas vezes ao dia, por 15 minutos, até que a paciente consiga permanecer mais de três dias sem a perda do cone, seguindo-se para uma de maior peso [10].

De acordo com Piato [6], o programa deve ser mantido após sucesso terapêutico, pois a tonicidade muscular depende de sua constante atividade, principalmente se as fibras musculares apresentaram algum grau de disfunção.

Para as mulheres que apresentam traumas ou atrofia muscular considerável na região do períneo, é muito difícil ter a percepção cinestésica da contração dessa musculatura. O biofeedback ajuda a melhorar a percepção do movimento a ser realizado, permitindo que a mulher tenha uma consciência maior, além de ser um importante recurso durante o tratamento [11].

O biofeedback, que através de estímulos visuais ou auditivos, faz com que a paciente identifique a musculatura que está sendo solicitada, desempenhando desta forma uma contração efetiva. A avaliação urodinâmica é fundamental para a monitorização das pressões abdominal, vesical e uretral e da atividade da musculatura pélvica (eletromiografia) [6].

Magaldi, Araújo e Pacetta [11] relatam que para o tratamento de incontinência urinária de esforço no pós-parto pode ser utilizado tanto o biofeedback eletromiográfico como o de pressão. O primeiro possui um sensor que detecta a atividade elétrica que é liberada pelas células musculares do períneo, amplifica o sinal e o processa de forma visual ou sonora para a paciente. Já o biofeedback de pressão utiliza-se de uma sonda inflável a qual é colocada no interior da vagina ou do ânus. No momento da contração, a variação de pressão

dentro da sonda inflável é detectada pelo aparelho e mostrada à paciente [11,24].

É importante que sejam observados com atenção os grupos agonistas (elevador do ânus) e antagonistas (reto abdominal). Através do biofeedback a terapia pode ser concentrada na inibição da atividade dos antagonistas e no reforço da atividade dos agonistas.

Os resultados obtidos nesta forma de tratamento são ideais e fazem com que essa técnica seja muito importante para o tratamento, porque a motivação para continuar as sessões se encontra nos resultados obtidos diante das queixas e no progresso realizado pela paciente no biofeedback.

Apesar de alguns autores afirmarem a eficiência do biofeedback [4], Sans *et al.* [24] relatam que a terapia com o biofeedback deve ser usada apenas como um complemento juntamente com os exercícios de assoalho pélvico.

Piato [6] relata que para pacientes com falha terapêutica ou contra indicação cirúrgica, tem-se proposto, também, o tratamento da IUE através de dispositivos mecânicos como pessários vaginais, diafragmas e balões infláveis com o objetivo de restaurar o colo vesical a sua posição topográfica normal. No entanto, apesar dos bons resultados no tratamento da IUE através destes recursos, os mesmos determinam um certo desconforto à paciente, além de poder acarretar ulcerações da mucosa vaginal, vulvovaginites e infecções urinárias. Portanto, podem ser utilizados no tratamento inicial, porém somente como forma paliativa até uma solução definitiva ou como complemento a outros tipos de tratamento, já que o seu uso não permite uma melhora desta condição. A indicação destes dispositivos tem sido utilizada como uma forma de tratamento para aquelas pacientes que obtiveram falha em outro tipo de tratamento ou que estão contra indicadas para a cirurgia.

As orientações dadas à paciente com incontinência urinária de esforço são de suma importância para o tratamento [10,24]. As informações mais importantes tratam sobre a necessidade de ingerir uma quantidade moderada de líquidos (1 a 1,5 l/dia) e que evite substâncias como caféina e álcool [24].

A partir da avaliação do diário miccional (uma espécie de tabela que é entregue para a paciente para que ela anote a frequência e volume de urina excretada por dia), modificações podem ser feitas no intuito de diminuir as perdas urinárias. Deve-se orientar a paciente para manter o volume urinário baixo na bexiga. Através de uma avaliação criteriosa, várias sugestões podem ser feitas à medida que se conheça melhor os hábitos da paciente. Deve-se atentar também ao volume residual. A persistência deste volume pode resultar em quadros repetidos de infecção urinária baixa. Deve-se orientar a paciente a permanecer no vaso sanitário após a micção habitual e forçar a eliminação do volume retido [10].

Cabe aqui ressaltar a importância da preocupação com as condições posturais da mulher desde a adolescência até a pós-menopausa. O treinamento da musculatura pélvica com o fisioterapeuta é recomendado para prevenir a incontinência

urinária durante a gravidez e no período pós-parto. Os exercícios recomendados pelo fisioterapeuta apresentam resultados benéficos na massa óssea, bem como na redução de quedas e risco de fraturas [2].

## Conclusão

A incontinência urinária de esforço pode ser uma complicação comum no período pós-parto em decorrência de uma lesão muscular ou nervosa no aparelho genitourinário. Diante disso, é importante que todo profissional envolvido na área de obstetrícia, tanto médicos como fisioterapeutas, psicólogos dentre outros, tenha conhecimento desta alteração.

Antes de escolher o tratamento mais adequado, é importante que seja realizada uma avaliação minuciosa para que seja descoberta a causa da incontinência urinária e como a mesma ocorre.

A fisioterapia tem mostrado eficiência e engloba diversos tipos de tratamento, que podem trazer, além da melhora, a cura da incontinência.

Uma das modalidades utilizadas é a eletroestimulação, que traz benefícios que resultam em melhora do quadro da paciente. O biofeedback também é citado como um recurso adequado ao ser utilizado isoladamente ou associado a outras técnicas. Um grande benefício observado no biofeedback é que a pessoa que faz uso dele consegue ter uma maior percepção da área a ser trabalhada. Os cones vaginais assim como os outros dispositivos mecânicos (pessários vaginais, diafragmas) também são tidos como bons recursos, porém alguns autores relatam que, para maior eficácia do tratamento, estes recursos devem ser utilizados juntamente com outra técnica.

Em algumas pesquisas, a cinesioterapia, ao ser comparada com outros tipos de terapia (cinesioterapia e eletroestimulação; cinesioterapia, eletroestimulação e cones vaginais) demonstra ser a técnica mais apropriada.

Com isso, conclui-se que a fisioterapia possui vários recursos que podem ser utilizados no tratamento da incontinência urinária de esforço no período pós-parto com resultados evidentes, sendo que a escolha do tipo do tratamento ideal dependerá do caso de cada paciente.

## Referências

1. International Continence Society [online]. Bristol: UK; 2005. [citado 2005 Oct 19]. Disponível em: URL: <http://www.icsoffice.org>.
2. Polden M, Mantel J. Fisioterapia em Ginecologia e Obstetrícia. 2a ed. São Paulo: Santos; 2000.
3. Di Benedetto P. Female urinary incontinence rehabilitation. *Minerva Ginecol* 2004; 56(4):353-69.
4. Tinelli A, Tinelli R, Perrone A, Malvasi A, Cicinelli E, Cavaliere V, Tinelli FG. Urinary incontinence in postmenopausal period: clinical and pharmacological treatments. *Minerva Ginecol* 2005;57(6):593-609.

5. Bo K, Morkved S. Effect of postpartum pelvic floor muscle training in prevention and treatment of urinary incontinence: a one-year follow up. *BJOG* 2000;107:1022-28.
6. Piato S. Tratado de ginecologia. 2a ed. São Paulo: Artes Médicas; 2002.
7. Conceição JCJ, Mitrano PGG. Deficiência esfinteriana intrínseca da uretra. *Femina* 2002;30(6):381-84.
8. Borges FLL, Chambo AF. Sintomas e alterações do trato urinário decorrentes da gestação. *Femina* 2002;30:549-52.
9. Sartori MGF, Bergamo CAS, Martins SB, Takano C, Girão MJBC, Baracat EC, Lima, GR. Avaliação ultra-sonográfica e urodinâmica em pacientes com incontinência urinária. *RBGO* 1999;21:33-37.
10. Modotte WP, Moreira ECH, Dias R, Pascotini C, Sartorão CIF, Braga MA. Incontinência urinária: tratamento conservador. *GO Atual* 1999;8:6-13.
11. Magaldi C, Araújo RC, Pacetta AM. Fisioterapia uroginecológica – Incontinência urinária e prolapso [online]. 2002 [citado 2000 Abr 04]. Disponível em: URL: <http://www.fisioterapia.com.br>
12. Ramos AM, Honji VY, Silva RMO, Quintana MM, Battistella LR. Reabilitação em incontinência urinária. *Acta Fisiátrica* 2002;9:41.
13. Camargo SF, Ribeiro ACS. Indicações atuais da cirurgia vaginal: experiência brasileira. *Femina* 2001;29:393-94.
14. Bernardes NO, Peres FR, Souza ELBL, Souza OL. Métodos de tratamento utilizados na incontinência urinária de esforço genuína: um estudo comparativo entre cinesioterapia e eletroestimulação endovaginal. *RBGO* 2000;22(1):49-54.
15. Martins JAM, Castro RA, Girão MJBC, Sartori MGF, Baracat EC, Lima GR. Correção da incontinência urinária de esforço com sling: resultados iniciais. *RBGO* 2000;22(5):301-05.
16. Wagg A, Gupta RD, Assassa P, Shaw C, Mayne C, Martin M.. Secondary-care treatment patterns in the UK for women with urinary incontinence. *BJU Int* 2005; 96(6):839-42.
17. 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 Obstet Gynaecol* 2005;45(4):300-3.
18. Glazener CMA, Herbison GP, Wilson PD, Macarthur C, Lang GD, Gee H, Grant AM. Conservative management of persistent postnatal urinary and faecal incontinence: randomized controlled trial. *BMJ* 2001; 323(7313):593-6.
19. Moreira ECH, Franke A, Rett MT. Eletroestimulação no tratamento da incontinência urinária de esforço. *GO Atual* 2002;38:38-42.
20. Barroso JCV. Estimulação elétrica transvaginal no tratamento da incontinência urinária. *RBGO* 2002;24(10):685-85.
21. Arruda RM, Castro RA, Sartori MG, Takano CC, Baracat EC, Rodrigues LG, Girão MJ. Clinical and urodynamic evaluation of women with detrusor instability before and after functional pelvic floor electrostimulation. *Clin Exp Obstet Gynecol* 2003; 30(4):220-2.
22. Botaro W. Exercícios contra a incontinência urinária reduzem casos de cirurgia [online]. [citado 2001 Dez 12]. Disponível em: URL:<http://cnnepportugues.com>.
23. Carrière B. Bola Suíça – Exercícios básicos e aplicação. 1a ed. São Paulo: Manole; 1999.
24. Sanz MJ, Barbosa RT, Guardiola MR, Llorca TS, Borrego MV, Alcântara MC. Tratamiento de la incontinencia urinaria. *Aten Primaria* 2002;30:323-32.