

# FISIOTERAPIA PÉLVICA PARA MULHERES COM INCONTINÊNCIA URINÁRIA NO PUERPÉRIO: REVISÃO DA LITERATURA

Amanda Ferreira Santos<sup>1</sup>, Filipe Luan Campos dos Santos Gois<sup>2</sup>, Giovana Ribeiro dos Santos<sup>3</sup>, Aline Rodrigues Gois<sup>4</sup>, Kamila da Silva Cavalcante<sup>5</sup>, Gabrielle Ferreira Silva<sup>6</sup>, Laila Moussa<sup>7</sup>, Eduardo Filoni<sup>8</sup>.

## RESUMO

A incontinência urinária (IU) é uma condição comum no período pós-parto, geralmente associada ao enfraquecimento dos músculos do assoalho pélvico decorrente das alterações fisiológicas da gestação e do parto. Essa disfunção pode comprometer significativamente a qualidade de vida e o bem-estar emocional da mulher, o que reforça a importância de compreender e aplicar estratégias eficazes de tratamento fisioterapêutico. Diante disso, este estudo teve como objetivo analisar os recursos fisioterapêuticos empregados na reabilitação da incontinência urinária em mulheres no pós-parto, observando seus principais efeitos e contribuições. Foi realizada uma revisão integrativa de literatura nas bases de dados SciELO, PubMed, LILACS e PEDro, contemplando publicações entre 2013 e 2025. Após os critérios de inclusão e exclusão, cinco estudos foram selecionados. Os resultados evidenciaram que os exercícios de Kegel e a estimulação elétrica endovaginal (EEEV) são amplamente utilizados e eficazes para o fortalecimento muscular e o controle urinário, enquanto o método Low Pressure Fitness (LPF) e a estimulação eletromagnética de alta intensidade (HIFEM) apresentaram bons resultados em alguns parâmetros funcionais. Conclui-se que a fisioterapia pélvica exerce papel essencial na recuperação da função do assoalho pélvico, sendo recomendada a introdução precoce das intervenções e o acompanhamento contínuo no pós-parto.

**Palavras-Chave:** Incontinência urinária. Puerpério. Fisioterapia pélvica. Exercícios de Kegel. Eletroestimulação. Low Pressure Fitness.

Editor Científico: Elias Ferreira Porto  
Organização Comitê Científico  
Double Blind Review pelo SEER/OJS  
Recebido: 15/10/2025  
Aprovado: 13/11/2025

<sup>1</sup> Graduando(a) em Fisioterapia pela Universidade Cruzeiro do Sul. E-mail: [amandinha2.barone2000@gmail.com](mailto:amandinha2.barone2000@gmail.com);

<sup>2</sup> Graduando(a) em Fisioterapia pela Universidade Cruzeiro do Sul. E-mail: [dxdfislek001@gmail.com](mailto:dxdfislek001@gmail.com);

<sup>3</sup> Graduando(a) em Fisioterapia pela Universidade Cruzeiro do Sul. E-mail: [giovanaribeirodosantos2002@gmail.com](mailto:giovanaribeirodosantos2002@gmail.com);

<sup>4</sup> Graduando(a) em Fisioterapia pela Universidade Cruzeiro do Sul. E-mail: [alineg1415@hotmail.com](mailto:alineg1415@hotmail.com);

<sup>5</sup> Graduando(a) em Fisioterapia pela Universidade Cruzeiro do Sul. E-mail: [dasilvacavalcantekamila@gmail.com](mailto:dasilvacavalcantekamila@gmail.com);

<sup>6</sup> Graduando(a) em Fisioterapia pela Universidade Cruzeiro do Sul. E-mail: [gabriellesilva5218@gmail.com](mailto:gabriellesilva5218@gmail.com);

<sup>7</sup> Fisioterapeuta. Docente na Universidade Cruzeiro do Sul. E-mail: [lmoussa@cruzeirodosul.edu.br](mailto:lmoussa@cruzeirodosul.edu.br);

<sup>8</sup> Fisioterapeuta. Docente na Universidade Cruzeiro do Sul. E-mail: [efiloni@cruzeirodosul.edu.br](mailto:efiloni@cruzeirodosul.edu.br).

## INTRODUÇÃO

A incontinência urinária (IU) é a perda de urina involuntariamente, isso ocorre por uma fraqueza dos músculos do assoalho pélvico (MAP'S) ou disfunção neurológica da bexiga que permite escapes diários. Existem cinco tipos de IU: a de urgência, a mista, por transbordamento (paradoxal), a contínua e a de esforço sendo essa a mais comum no pós-parto. Ela se caracteriza pelo vazamento de urina em razão do aumento da pressão abdominal que ocorre ao tossir, espirrar, rir, flexionar ou levantar peso (CÂNDIDO et al., 2017).

Alguns dos hormônios que podem influenciar no sistema urinário da mulher durante gravidez é a progesterona que tem a ação de reduzir a tonicidade da musculatura lisa em órgãos maternos, levando alterações no estômago, cólon, bexiga, nos ureteres e vasos sanguíneos. O estrogênio que tem a ação de retenção hídrica que pode se associar com a ação compensatória de sódio e a ativação do sistema renina-angiotensina-aldosterona (SRAA); e o estrogênio também aumenta a flexibilidade das articulações pélvicas (BARACHO, 2018). A relaxina tem como propriedade o relaxamento da substância colágena do tecido conectivo do cérvix. O afrouxamento do ligamento sinfisial, assim como o afrouxamento do cérvix, estão relacionados com a elevação nas concentrações de relaxina no final da gestação (BECKERS et al., 2021). Ela desempenha um papel único no relaxamento dos músculos, ligamentos e articulações durante a gravidez. Algumas de suas funções na gravidez incluem ajudar a preparar o revestimento do útero para a implantação do feto, desenvolver a placenta e prevenir contrações precoces e parto prematuro relaxando os músculos uterinos (DEHGHAN et al., 2013).

Durante a gestação ocorre uma série de alterações no sistema urinário da mulher, como o aumento do tamanho e do peso dos rins, hipertrofia renal, elevação do trígono vesical e também a diminuição do tônus vesical o que pode ocasionar em uma incontinência (BARACHO, 2018). O útero pode aumentar de 5 a 6 vezes em tamanho, 3000 a 4000 vezes em capacidade e 20 vezes em peso no final da gestação. No final da gravidez, cada célula muscular no útero aumentou aproximadamente 10 vezes seu comprimento em relação ao início da gestação (KISNER, 2016). Os músculos do assoalho pélvico precisam suportar o peso do útero e o assoalho pélvico desce até 2,5 cm (KISNER, 2016).

O ciclo gravídico-puerperal é composto pela fase gestacional (evolutiva), parto (resolutiva) e puerpério (involuntiva). Ao atingir a gestação, surgem manifestações e sinais clínicos da instalação

do parto (parto a termo) que ocorre entre a 37ª semana e 42ª semana. Partos que ocorrem antes do termo de gestação são considerados partos prematuros, e os que ocorrem após são partos protraídos ou serôdios (NEME, 2000). O desfecho do parto, que é a fase expulsiva do feto, pode ser normal (espontâneo) que é onde ocorre a abertura do colo uterino, que se dilata para a passagem do feto para o canal vaginal onde contrações uterinas empurram o feto para fora; e o parto distócico, mais conhecido como Cesária, quando algum fator foge da normalidade e impede a fase expulsiva espontânea do feto, precisando intervenções cirúrgicas para a sua ultimação (NEME, 2000).

A neuropraxia do nervo pudendo é uma complicação comum do parto vaginal, caracterizada por uma lesão nervosa transitória causada principalmente por compressão e estiramento do nervo durante a passagem fetal pelo canal de parto. Conforme descrito em *Pelvic Floor Disorders* (2019), o nervo pudendo é particularmente vulnerável nesse contexto, podendo impactar estruturas como o esfíncter uretral estriado, o esfíncter anal externo e o músculo levantador do ânus. Estudos de simulação corroboram que o estiramento mecânico durante o parto é suficiente para gerar lesão nervosa transitória (LESLIE *et al.*, 2025), enquanto evidências clínicas relatadas no artigo de SULTAN *et al.* (1994) demonstram aumento da latência motora terminal do nervo pudendo após o parto vaginal, indicando alteração funcional temporária, geralmente reversível nos meses subsequentes.

Mulheres que fizeram a cesariana ainda requerem reabilitação do assoalho pélvico. Muitas mulheres experimentam um longo trabalho de parto e tentam a expulsão antes que seja necessária uma secção cesariana. Assim, a musculatura do assoalho pélvico e os tecidos não são poupados da sobrecarga do trabalho de parto. Também, a gravidez por si própria cria sobrecarga significativa na musculatura e tecidos do assoalho pélvico (KISNER, 2016).

Durante a gestação após sobrecargas, devido o aumento na pressão abdominal, pode-se ocorrer perdas urinárias, piorando conforme gestações subsequentes, aumentos no peso, ou envelhecimento (KISNER, 2016). Foi observado por BARACHO (2018) em um estudo de qualidade de vida envolvendo 102 gestantes brasileiras em Fortaleza/CE, atendidas na rede pública de saúde, que grande parte das pacientes não considerava a IU um problema de saúde e sim que essa perda urinária “fazia parte da gravidez” e também não sabiam que poderiam preveni-la e/ou tratá-la durante esse período.

Puerpério é o período em que as modificações locais e sistêmicas, que ocorrem devido à gestação no organismo materno, retornam ao estado pré-gravídico. Ocorre imediatamente após a

dequitação (expulsão total da placenta e das membranas ovulares). É classificado em puerpério imediato (inicia-se após a dequitação e se estende até o décimo dia do pós-parto), tardio (11° dia indo até o 45° dia) e remoto (46° dia até a completa recuperação das mudanças ocasionadas pela gestação e a volta dos ciclos menstruais ovulatórios normais) (NEME, 2000).

Grande parte das puérperas apresenta Incontinência Urinária durante o pós-parto, porém, não procuravam auxílio para prevenção e tratamento. Ao serem questionadas, o principal motivo foi a crença de que a IU era considerada normal durante esse momento (BARACHO, 2018). Uma revisão sistemática feita com 33 estudos indicou prevalência de IU no pós-parto de 31% no grupo que pariu via vaginal e apenas 15% em parturientes via cesariana, o que sugere que a cesária parece diminuir os riscos de IU pós-parto, porém, seu efeito parece diminuir com o passar do tempo (BARACHO, 2018). O risco de IU é estimado em 33% nos primeiros 3 meses do pós-parto e a IUE é 2,9 vezes maior após o parto vaginal, quando comparada a cesária. E Mulheres incontinentes antes da gestação tinham quase três vezes mais chances de apresentar IU pós-parto (BARACHO, 2018).

A Incontinência Urinária de Esforço (IUE) está relacionada com a hipermobilidade da uretra ou a deficiência do esfíncter uretral. Como forma de avaliação pede-se para a paciente realizar a manobra de valsalva para verificar se há alguma perda de urina, também pode se usar o teste de cotonete para avaliar a mobilidade uretral, o teste consiste em introduzir um cotonete úmido de 2% de xilocaína na uretra. A paciente é solicitada para fazer a manobra de valsalva e tossir se o teste for maior que 30º a existência de hipermobilidade uretral (CASTRO et al., 2018). O Estudo Urodinâmico (EU) é o diagnóstico, mais preciso para tal incontinência (D'ANCONA 2008; BARACHO, 2018). Logo, este estudo objetivou revisar a literatura sobre recursos fisioterapêuticos utilizados no tratamento da IU em mulheres no pós-parto, comparar protocolos de avaliação fisioterapêutica, comparar protocolos de tratamento, comparar a eficácia dos recursos no tratamento da IU no pós-parto.

## MÉTODO

Foi realizada uma revisão literária integrativa, consulta a literatura acadêmica através das bases de dados "SCIELO", "PUBMED", "LILACS" e "PEDRO", durante os meses de fevereiro a junho de 2025. Foram utilizadas isoladamente ou em combinação as seguintes palavras-chave: puerpério, pós-parto, postpartum, incontinência urinária, urinary incontinence, fisioterapia, physiotherapy,

eletroestimulação, electrostimulation, eletroterapia e electrotherapy. Foram escolhidos artigos nas línguas portuguesa e inglesa dos anos 2013 a 2025. O presente estudo foi dividido em duas etapas, sendo a primeira a fase de levantamento de dados, e a segunda quanto à análise da efetividade dos exercícios propostos ao tratamento de IU em mulheres de pós-parto.

Foram utilizados os seguintes critérios de inclusão para busca dos artigos: Mulheres com idade entre 18 e 45 anos e artigos com a utilização dos exercícios deKegel e EEEV (eletroestimulação transvaginal). E os seguintes critérios de exclusão: Trabalhos incompletos, trabalhos que não atingiram o objetivo, artigos de revisão, com mulheres tabagistas, mulheres com HAS (hipertensão arterial sistêmica), mulheres com infecção urinária, mulheres etilistas, patologias neurológicas, histórico de cirurgia pélvica (exceto cesária), mulheres nulíparas e mulheres gestantes durante o tratamento. Uma visão do percurso de busca é apresentada na figura 1.

**Figura 1. Fluxograma do processo metodológico**



Fonte: Elaborado pelos autores

## RESULTADOS

Foram analisados um total de cinco artigos nas revistas *Pelviperrineologia*, *Obstetrics & Gynecology*, *American Journal of Obstetrics and Gynecology* e *Medicine*, sendo filtrados e escolhidos os estudos que não eram revisão literária e a partir do ano de 2013 a 2025. Para uma visão das publicações do copus da revisão, estão apresentadas no Quadro 1.

**Quadro 1** – Caracterização do corpus da revisão.

<b>Autor, ano</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Intervenção</b>	<b>Amostra</b>	<b>Procedimentos de avaliação</b>	<b>Protocolo de Intervenção</b>
Hilde, 2013	Treinamento dos músculos do assoalho pélvico pós-parto e Incontinência urinária.	Avaliar se o treinamento dos músculos do assoalho pélvico pós-parto diminui a prevalência de qualquer incontinência urinária (IU) em mulheres primíparas e realizar análises estratificadas em mulheres com e sem defeitos importantes no músculo levantador do ânus.	175 primíparas, pós-parto vaginal (6 semanas), divididas principais em dois grupos (com e sem defeitos musculares importantes no assoalho pélvico).	Ensaio clínico randomizado cego para avaliadores. Participantes alocadas aleatoriamente para GE treinamento ou controle GC ultrassonografia transperineal.	Todas as participantes foram ensinadas a contrair os músculos do assoalho pélvico. As participantes do GC não receberam nenhuma intervenção adicional, enquanto as participantes do GE frequentaram uma supervisionada de treinamento dos músculos do assoalho pélvico e realizaram exercícios diários em casa por 16 semanas.
Vargas et al., 2024	Efeitos do exercício físico sobre as disfunções do assoalho pélvico no pós-parto: um estudo randomizado controlado por placebo	Investigar o efeito do Treinamento dos Músculos do Assoalho Pélvico (TMAP) e do Low Pressure Fitness (LPF) sobre o incômodo relacionado às disfunções do assoalho pélvico (DMAP) no pós-parto. Objetivos secundários: avaliar efeitos sobre qualidade de vida, circunferência da cintura e do abdômen.	601 mulheres convidadas → 508 aceitaram → 182 responderam questionários → 49 relataram sintomas de DMAP → 35 randomizadas em 3 grupos: LPF (n=12), TMAP (n=12), Intervenção Mínima (IM)/placebo (n=11).	Primário: Pelvic Floor Bother Questionnaire (PFBQ). Secundários: WHOQOL-bref (qualidade de vida), medidas antropométricas (circunferência abdominal e cintura), IPAQ (nível de atividade física), PAR-Q+. Avaliações em 0, 6 e 12 semanas.	LPF: exercícios posturais e respiratórios hipopressivos, 1x/semana (30 min, online) + 5 min/dia. TMAP: contrações voluntárias do assoalho pélvico (8-15 repetições, 8-10 séries), progressão semanal, posturas variadas, 1x/semana + 5 min/dia. IM/placebo: 1x/semana, com alongamentos ativos e estáticos (10-20 seg cada), finalizados com 5min de relaxamento. Placebo: Sem exercícios diários domiciliares e sem treino específico do assoalho pélvico. Duração: 12 semanas.

**Fonte:** Elaboração própria, 2025.

**Quadro 1** – Caracterização do corpus da revisão (...continuação).

Autor, ano	Objetivo	Intervenção	Amostra	Procedimentos de avaliação	Protocolo de Intervenção
Sigurdardottir, 2019	Tratamento dos músculos do assoalho pélvico e incontinência urinária em mulheres pós-parto.	Estudar os efeitos do treinamento individualizado dos músculos do assoalho pélvico guiado por fisioterapeutas no período pós-parto precoce sobre incontinência urinária e anal e incômodos relacionados bem como força e resistência dos músculos do assoalho pélvico.	84 mulheres caucasianas, 41 no grupo intervenção e 43 no controle, A consulta inicial ocorre em média nove semanas após o parto (variação 6 a 13 semanas).	As participantes se reuniam uma vez por semana com um profissional de saúde da mulher fisioterapeutas. Foram compostas por manometria dos MAP e esfínteres anais, questionários de incontinência urinária e anal, escala de incômodo dos sintomas, além de diários de adesão ao treino, aplicados na linha de base, 6 meses e 12 meses pós-parto.	A intervenção consistiu em 12 sessões, cada uma com duração de 45 a 60 minutos. Durou em média 3,7 16 meses (variação de 2,6 a 6,7 meses). Durante cada sessão, as participantes realizavam 3 séries de 10 contrações máximas (3x10), com descanso entre as séries e relaxamento guiado por respiração diafragmática, A progressão dos exercícios era ajustada conforme a capacidade individual de cada participante.

**Fonte:** Elaboração própria, 2025.

**Quadro 1** – Caracterização do corpus da revisão (...continuação).

Autor, ano	Objetivo	Intervenção	Amostra	Procedimentos de avaliação	Protocolo de Intervenção
Moosdorff-Steinhauser et al., 2021	Terapia de grupo dos músculos do assoalho pélvico para o tratamento da incontinência urinária durante a gravidez e o pós-parto: um ensaio clínico randomizado	Primário: Investigar se o treinamento dos músculos do assoalho pélvico em grupo (PFMGT) reduz a gravidade da IU até 18 meses pós-parto em comparação com cuidados usuais. Secundário: Avaliar se o PFMGT (Pelvic Floor Muscle Group Training) é custo-efetivo.	Estudo 1 (gestantes): 59 elegíveis → 24 randomizadas (11 intervenção, 13 controle) → 4 concluíram. Estudo 2 (pós-parto): 116 elegíveis → 23 randomizadas (10 intervenção, 13 controle) → 14 concluíram.	Primário: ICIQ-UI SF (Questionário Internacional de Consulta sobre Incontinência – Formulário Curto). Secundários: GPE (Global Perceived Effect) – melhora autorrelatada; IIQ-7 (Incontinence Impact Questionnaire-7) – impacto da IU em mobilidade, função física, saúde emocional e constrangimento. Avaliações durante gestação e posteriormente as 6 semanas, 4 meses, 9 meses e 18 meses pós-parto.	Intervenção (PFMGT): 8 sessões, realizadas semanalmente, cada uma com 60 minutos em grupo (até 4 mulheres), conduzidas por fisioterapeuta especializado, com treino de contração/relaxamento dos MAP, exercícios gerais e foco em autogestão. Uso do aplicativo iPelvis para exercícios domiciliares. Controle (CAU): aconselhamento regular dos gestores de caso, livre para buscar outros cuidados, podendo participar de cursos sobre gestação ou procurar profissionais de saúde para IU.

**Fonte:** Elaboração própria, 2025.

**Quadro 1** – Caracterização do corpus da revisão (...continuação).

Autor, ano	Objetivo	Intervenção	Amostra	Procedimentos de avaliação	Protocolo de Intervenção
Silantyeva, 2019	Tratamento dos músculos do assoalho pélvico e incontinência urinária em mulheres pós-parto.	Comparar a eficiência imediata da terapia eletromagnética focalizada de alta intensidade (HIFEM) e da eletroestimulação para o tratamento de MAPs enfraquecidos, acompanhados por UI.	95 mulheres puérperas em idade reprodutiva foram consideradas para o estudo. Dessas, 75 apresentaram fraqueza dos músculos do assoalho pélvico e incontinência e foram divididas em dois grupos de tratamento: Grupo I: 50 mulheres (HIFEM) Grupo II: 25 mulheres (Eletroestimulação) além disso, houve um grupo controle de 20 mulheres saudáveis (Grupo III)	Anamnese médica, exame ginecológico e ultrassom transperineal 3D da área do assoalho pélvico pelo dispositivo Voluson E10 (transdutor RIC6-12-D). Durante o exame os pacientes foram colocadas na posição de litotomia dorsal com ambos os quadris flexionados simetricamente, pernas abduzidas e joelhos flexionado. As escalas de avaliação utilizadas foram o PFDI-20, a autoavaliação subjetiva bimodal e as medidas ultrassonográficas 3D do assoalho pélvico.	As pacientes sintomáticas foram divididas em dois grupos: Grupo I – HIFEM (High-Intensity Focused Electromagnetic): Tratamento com o dispositivo BTL EMSELLA. Cada sessão durava 28 minutos. Foram realizadas 10 sessões, com frequência de 2 a 3 vezes por semana. A paciente permanecia vestida e sentada na cadeira que emite o campo eletromagnético. Grupo II – Eletroestimulação (BioBravo): Tratamento domiciliar, após treinamento prévio. Também 10 sessões, aplicadas em dias alternados ou ao menos 3 vezes por semana. Cada sessão tinha duração de 28 minutos, para equivaler ao protocolo HIFEM. Grupo III – Controle: Mulheres saudáveis, apenas avaliadas por ultrassom, sem intervenção.

Fonte: Elaboração própria, 2025.

Os estudo artigos do corpus da presente revisão também foram caracterizados em relação aos seus principais resultados e conclusões, tal como apresentado no quadro 2.

**Tabela 2** – Caracterização dos estudo elegidos para revisão em relação aos principais resultados e conclusões.

Autor, Ano	Resultados	Conclusão
Hilde, 2013	O estudo, com 175 primíparas, mostrou que após 6 meses do parto não houve diferença significativa na prevalência de incontinência urinária entre o grupo que realizou treinamento e o grupo controle, mesmo entre aquelas com ou sem defeitos do músculo levantador do ânus.	O treinamento do assoalho pélvico pós-parto não reduziu a incontinência urinária em primíparas, independentemente da presença de defeitos no músculo levantador do ânus.
Sigurdardottir, 2019	O estudo incluiu 84 mulheres caucasianas (41 no grupo intervenção e 43 no controle), avaliadas cerca de nove semanas após o parto. Inicialmente, 19% tiveram dificuldade em ativar os músculos do assoalho pélvico, mas todas conseguiram após orientação verbal e palpação vaginal. Quatro mulheres desistiram, após a avaliação inicial, e algumas não completaram todas as etapas, embora tenham respondido aos questionários. As desistentes eram um pouco mais jovens e tinham bebês menores. Entre as participantes, 33 das 41 mulheres do grupo de intervenção completaram as 12 sessões com os fisioterapeutas.	O treinamento do assoalho pélvico no pós-parto reduziu a incontinência urinária e melhorou a força e resistência muscular, mas não teve efeito significativo na incontinência anal. Os benefícios foram temporários, diminuindo após 12 meses, indicando a importância da prática contínua dos exercícios.
Silantyeva, 2019	O estudo comparou três grupos: HIFEM (n=50), eletroestimulação (n=25) e controle (n=20). Apenas o grupo HIFEM apresentou melhora significativa na integridade do assoalho pélvico e maior redução dos sintomas (melhora de 52% no questionário PFDI-20), além de menos casos de perda urinária após o tratamento.	Os resultados indicam que o HIFEM é mais eficaz que a eletroestimulação no fortalecimento dos músculos do assoalho pélvico e na redução da incontinência urinária, sendo recomendado como opção de tratamento para o enfraquecimento dos MAP.

**Fonte:** Elaboração própria, 2025.

**Tabela 2** – Caracterização dos estudo elegidos para revisão em relação aos principais resultados e conclusões.

Autor, Ano	Resultados	Conclusão
Moosdorff-Steinhauser et al., 2021	Estudo 1 (gestantes): não houve diferença significativa entre intervenção e controle em nenhum momento (ICIQ-UI SF, GPE e IIQ-7). Estudo 2 (pós-parto): houve melhora significativa no grupo intervenção em 4 meses pós-parto (ICIQ-UI SF p=0,012; IIQ-7 p=0,04; GPE p=0,02), mas não mantida nos acompanhamentos seguintes.	O PFMT (Pelvic Floor Muscle Training), iniciado no pós-parto, mostrou melhora significativa da IU e da qualidade de vida aos 4 meses. No entanto, o efeito não foi sustentado no longo prazo. O potencial total de eficácia da terapia em grupo (PFMGT) não pôde ser estabelecido devido ao baixo número de inclusões.
Vargas et al., 2024	LPF e TMAP apresentaram resultados melhores do que o grupo IM em alguns desfechos. LPF apresentou redução significativa do escore global do PFBQ (-12,4 pontos), melhora na IUE (12 semanas) e dispareunia (6 e 12 semanas). TMAP reduziu desconforto, mas sem significância estatística comparado ao LPF. Não houve diferenças significativas na QV ou circunferência abdominal/cintura entre grupos.	LPF (Low Pressure Fitness) e TMAP (Treinamento dos Músculos do Assoalho Pélvico) reduziram o desconforto relacionado às DMAP no pós-parto, com maior efetividade para o LPF. As intervenções online mostraram-se viáveis e seguras. Reforça-se a importância de estudos futuros com amostras maiores para consolidar a evidência.

Fonte: Elaboração própria, 2025.

## DISCUSSÃO

Os resultados dos artigos analisados mostraram que o assoalho pélvico (AP) tem comprometimentos significativos no pós-parto, principalmente pela sobrecarga mecânica e alterações provocadas pela gestação e parto. Durante a gravidez, há um aumento significativo do peso uterino e da pressão intra-abdominal, o que gera o alongamento e enfraquecimento das fibras musculares e das fâscias de sustentação (KISNER, 2016; BARACHO, 2018). O aumento dos níveis de relaxina e estrogênio, que também ocorrem no puerpério, leva a uma maior elasticidade, reduzindo o tônus muscular e a estabilidade ligamentar da região pélvica (BECKERS et al., 2021). No momento do parto, ocorre um estiramento acentuado do músculo levantador do ânus e compressão do nervo

podendo, podendo causar neuropraxia transitória que compromete a inervação da região pélvica (SULTAN et al., 1994; KENTON, 2019). Esse dano explica a diminuição da força e da resistência do assoalho pélvico observada em diversas mulheres no pós-parto. O estudo de Sigurdardottir (2019) relatou que cerca de 19% das mulheres apresentavam dificuldade no puerpério para ativar a musculatura pélvica, necessitando de estímulos verbais e palpações para conseguirem a contração voluntária do AP. Semelhantemente, Silantyeva (2019) observou que 75 mulheres apresentaram fraqueza significativa do assoalho pélvico relatando sintomas de incontinência urinária e sensação de fraqueza pélvica. Essas informações reforçam que, além da perda de força, existe também diminuição da resistência e da coordenação muscular, fatores essenciais para a continência urinária e o suporte das vísceras.

O comprometimento funcional dos MAP'S também foram evidentes no estudo de Hilde (2013), que relatou altos casos de incontinência urinária em mulheres primíparas nos seis meses após o parto. De modo geral, os estudos analisados mostraram que o puerpério é um período crítico de comprometimento do AP, caracterizado por diminuição considerável da força, resistência e consciência corporal. O tipo de parto está diretamente ligado ao grau de comprometimento dessa musculatura, ao tempo de recuperação e a procura de tratamento fisioterapêutico

A incontinência urinária (IU) no período pós-parto apresenta alta incidência entre as mulheres, especialmente após o parto vaginal. De acordo com Baracho (2018), cerca de 31% das puérperas que tiveram parto vaginal e 15% das que passaram por parto cesariano relataram episódios de perda urinária, indicando uma maior vulnerabilidade associada ao parto normal. Estudos complementares apontam que o risco de incontinência urinária (IU) nos três primeiros meses após o parto é de aproximadamente 33%, sendo a incontinência urinária de esforço (IUE) a forma mais comum, com ocorrência até 2,9 vezes maior após parto vaginal em comparação com a cesariana. Esses dados evidenciam que a incidência da IU no puerpério é significativa, afetando diretamente a qualidade de vida das mulheres, e reforçam a importância da atuação fisioterapêutica precoce na prevenção e no tratamento dessa disfunção.

Quanto às formas de avaliação, observou-se predominância de métodos objetivos e subjetivos combinados. A ultrassonografia transperineal foi amplamente utilizada (HILDE, 2013; SILANTYEVA, 2019) por permitir observar a integridade dos músculos do AP. A manometria do MAP e palpção vaginal foram adotadas por Sigurdardottir (2019) para avaliar força e resistência muscular, enquanto questionários padronizados como o ICIQ-UI SF e o PFDI-20 permitiram

mensurar o impacto funcional e emocional da IU (MOOSSDORFF-STEINHAUSER, 2021; SILANTYEVA, 2019). Assim, nota-se uma tendência contemporânea ao uso de medidas combinadas que integram dados objetivos e percepção da paciente.

O estudo de Hilde (2013) contou com a participação de 175 mulheres primíparas e demonstrou que, após seis meses do parto, não houve diferença significativa na prevalência de incontinência urinária entre o grupo que realizou treinamento dos músculos do assoalho pélvico e grupo de controle. Eles evidenciaram que a realização de programas de exercícios estruturados para o assoalho pélvico, conduzidos por fisioterapeutas, contribui significativamente para a redução da incontinência urinária e melhora da qualidade de vida. As participantes que realizaram o treinamento apresentaram menor frequência de perda urinária e maior percepção de controle muscular em comparação ao grupo controle. Esses achados destacam a eficácia do TMAP como intervenção primária, especialmente quando iniciado precocemente no período pós-parto (CASTRO et al. 2018).

De forma complementar, Baracho et al. (2018) enfatizaram que o sucesso do tratamento está relacionado não apenas à execução correta dos exercícios, mas também à adesão e educação das pacientes. A literatura da mesma destacou o papel fundamental da fisioterapia na orientação postural, no fortalecimento sinérgico dos músculos abdominais profundos e na conscientização corporal. Assim, o tratamento fisioterapêutico vai além do treino isolado do assoalho pélvico, abrangendo uma reeducação funcional e preventiva.

Mais recentemente, Vargas et al. (2024) trouxeram uma abordagem inovadora ao comparar diferentes métodos de treinamento, incluindo o Low Pressure Fitness (LPF) e o TMAP tradicional, demonstrando que ambos são eficazes na redução dos sintomas de disfunção pélvica e desconforto pós-parto. Entretanto, o LPF apresentou resultados ligeiramente superiores em alguns desfechos, como o escore de desconforto geral, IUE e dispareunia. Esses achados sugerem que a combinação ou integração de métodos pode potencializar os resultados clínicos e funcionais, oferecendo maior variedade e engajamento às pacientes.

Os três estudos em conjunto indicam que o manejo da incontinência urinária após o parto deve ser abordado de maneira abrangente, envolvendo exercícios direcionados, capacitação corporal, orientação fisioterapêutica constante e táticas motivacionais. A pesquisa existente reforça a importância de programas que sejam acessíveis e supervisionados, destacando tanto a prevenção

quanto o tratamento no contexto do TMAP.

Ao observar os resultados imediatos, quatro dos cinco estudos analisados demonstram uma melhora significativa da força muscular, redução do desconforto e diminuição dos episódios de perda urinária, especialmente nos grupos submetidos à High Intensity Focused Eletromagnetic (HIFEM) e Low Pressure Fitness (LPF) (SILANTYEVA, 2019; VARGAS et al., 2024). Entretanto, a análise pós-alta revelou declínio dos ganhos funcionais após 6 a 12 meses (SIGURDARDOTTIR, 2019; MOOSSDORFF-STEINHAUSER, et al., 2021), sugerindo a importância da manutenção dos ganhos das pacientes, dependente da continuidade do treino, orientação multiprofissional e acompanhamento fisioterapêutico prolongado.

Essa manutenção dos exercícios domiciliares após a alta é de extrema importância e deve ser ressaltada para as pacientes no decorrer do tratamento, como citam implicitamente Sigurdardottir (2019) e Moosdorff-Steinhauser (2021) os ganhos após a finalização de seus estudos são temporários sem a manutenção dos exercícios domiciliares, pois observaram o declínio dos resultados na reavaliação das pacientes, eles não estipularam uma determinada constância de tempo ou frequência de dias para a realização dessa manutenção, mas com ela seria evidenciado um possível prolongamento da decrescência dos benefícios e resultados ou até mesmo ser evitada.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os estudos analisados neste trabalho evidenciam a relevância da fisioterapia pélvica como componente essencial na reabilitação de mulheres no período pós-parto, especialmente na prevenção e no tratamento da incontinência urinária. Verificou-se que as disfunções do assoalho pélvico estão diretamente relacionadas às alterações mecânicas e neuromusculares decorrentes do parto, sendo mais intensas após o parto vaginal. Os resultados demonstram que tanto os exercícios de Kegel quanto as técnicas que utilizam recursos tecnológicos, como a eletroestimulação e a estimulação eletromagnética de alta intensidade (HIFEM) promovem melhora significativa na força muscular, na redução das perdas urinárias e na qualidade de vida das pacientes. No entanto, observa-se que esses efeitos tendem a diminuir ao longo do tempo, o que reforça a necessidade da continuidade dos exercícios em domicílio e do acompanhamento fisioterapêutico regular. Essa manutenção dos exercícios domiciliares, durante o tratamento após a alta é de extrema importância e deve se ressaltar para as pacientes no decorrer do tratamento pois se a mesma deixar de realizar

os exercícios domiciliares provavelmente terão um decréscimo em sua melhora.

Adicionalmente, abordagens inovadoras, como o Low Pressure Fitness (LPF), mostraram-se promissoras, seguras e acessíveis, com boa adesão das pacientes, inclusive em formatos de atendimento remoto. Os achados observados na presente pesquisa corroboram com tais resultados, evidenciando melhora progressiva da força muscular e redução da incontinência urinária após a intervenção fisioterapêutica proposta. Considera-se a fisioterapia pós-parto fundamental para todas as puérperas para restauração de suas funções musculares e fecais. Dessa forma, conclui-se que não existe uma técnica única considerada superior, mas sim a necessidade de protocolos individualizados que levem em conta o tipo de parto, o grau de comprometimento do assoalho pélvico e a adesão da paciente ao tratamento. A integração de recursos ativos (exercícios), passivos (eletroterapias) e educativos (autocuidado) mostra-se, portanto, a estratégia mais eficaz para restaurar a função pélvica e minimizar a incidência de disfunções urinárias e anais no pós-parto, contribuindo para o bem-estar físico e emocional da mulher. Dos cinco estudos apresentados nessa revisão, apenas um utilizou recurso fisioterapêutico diferente aos exercícios específicos do assoalho pélvico. Ele comparou os dois recursos, com uma amostra de 75 mulheres e verificou que a terapia eletromagnética se mostrou mais eficaz.

## REFERÊNCIAS

BARACHO, E. *Fisioterapia Aplicada à Saúde da Mulher*. 6 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2018.

BECKERS, J. F. *Endocrinology of Pregnancy*. In: DE GROOT, L. J.; CHROUSOS, G.; DUNGAN, K. et al. (eds.). *Endotext*. South Dartmouth: MDText.com, Inc., 2002. Disponível em: <<<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK278962>>>. Acesso em: 10 abr. 2025.

CÂNDIDO, F. J. L. F. et al. *Incontinência Urinária em Mulheres: breve revisão de fisiopatologia, avaliação e tratamento*. *Visão Acadêmica*, Curitiba, v. 18, n. 3, 2017. Disponível em: <<<https://revistas.ufpr.br/academica/article/view/54506/33509>>>. Acesso em: 10 abr. 2025.

CASTRO, R. et al. *Incontinência Urinária de Esforço*. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia; 2018. [Protocolo, no. 1/Comissão Nacional Especializada em Uroginecologia e Cirurgia Vaginal]

D'ANCONA, C. A. L. *Aplicações Clínicas da Urodinâmica*. 2 ed. São Paulo: Atheneu, 2008.

DEGHAN, F. The Effect of Relaxin on the Musculoskeletal System. *Scandinavian Journal of Medicine & Science in Sports*, v. 23, n. 6 p. 593–602, 2013. Disponível em: <<<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4282454>>>. Acesso em: 8 abr. 2025.

HILDE, G. Treinamento dos Músculos do Assoalho Pélvico Pós-parto e Incontinência Urinária. *Obstetrics & Gynecology*, [S. l.], 2013, p. 1231-1238.

KENTON, Kimberly; GEYNISMAN-TAN, Julia. Neurogenic trauma during delivery. In: CORCOS, Jacques (ed.). *Pelvic floor disorders: a multidisciplinary textbook*. 2. ed. Cham: Springer, 2019. p. 223–228.

KISNER, C. *Exercícios Terapêuticos: Fundamentos e Técnicas*. 6 ed. São Paulo: Manole, 2016.

LESLIE, S. W. et al. Pudendal nerve stretch during vaginal birth. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing, 2025. Disponível em: <<<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK562246/>>. Acesso em: 2 out. 2025>>.

MOOSSDORFF-STEINHAUSER, H. F. A. et al. Treinamento em Grupo dos Músculos do Assoalho Pélvico Para o Tratamento da Incontinência Urinária Durante a Gravidez e Pós-Parto: Um Ensaio Clínico Randomizado. *Pelviperineologia*, v. 40, n. 2, p. 67-75, 2021. Disponível em: << DOI: <https://doi.org/10.34057/PPj.2021.40.02.002>>> Acesso em: 2 out.2025.

NEME, B. *Obstetrícia Básica*. 3 ed. São Paulo: Sarvier, 2000.

SIGURDARDOTTIR, T. O Treinamento dos Músculos do Assoalho Pélvico Pós-parto pode reduzir a Incontinência Urinária e Anal? Um ensaio clínico randomizado e cego para avaliadores. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, [S. l.], 2019.

SILANTYEVA, E. Tratamento dos Músculos do Assoalho Pélvico e da incontinência urinária em mulheres paridas: estudo comparativo da tecnologia eletromagnética focalizada de alta intensidade e da eletroestimulação. *Medicina Pélvica Feminina e Cirurgia Reconstructiva*, v. 00, n. 00, p. 00-00, 2019.

SULTAN, A. H. et al. Pudendal Nerve Damage During Labour: prospective study before and after childbirth. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, v. 101, n. 1, p. 22-28, 1994.

VARGAS, T. M. et al. Efeitos do Exercício Físico Sobre as Disfunções do Assoalho Pélvico. *Fisioterapia em Movimento*, v. 37, p. e37137, 2024. Disponível em: <<<https://doi.org/10.1590/fm.2024.37137>>>. Acesso em 2 out 2025..

**PELVIC FLOOR PHYSIOTHERAPY FOR WOMEN WITH URINARY INCONTINENCE IN THE POSTPARTUM PERIOD: LITERATURE REVIEW**

**ABSTRACT**

*Urinary incontinence (UI) is a common condition in the postpartum period, generally associated with weakening of the pelvic floor muscles resulting from the physiological changes of pregnancy and childbirth. This dysfunction can significantly compromise the quality of life and emotional well-being of women, reinforcing the importance of understanding and applying effective physiotherapy treatment strategies. Therefore, this study aimed to analyze the physiotherapy resources used in the rehabilitation of urinary incontinence in postpartum women, observing their main effects and contributions. An integrative literature review was conducted in the SciELO, PubMed, LILACS, and PEDro databases, encompassing publications between 2013 and 2025. After applying the inclusion and exclusion criteria, five studies were selected. The results showed that Kegel exercises and endovaginal electrical stimulation (EVES) are widely used and effective for muscle strengthening and urinary control, while the Low Pressure Fitness (LPF) method and high-intensity electromagnetic stimulation (HIFEM) showed good results in some functional parameters. It is concluded that pelvic floor physiotherapy plays an essential role in the recovery of pelvic floor function, and early introduction of interventions and continuous postpartum follow-up are recommended.*

**Keywords:** *Urinary incontinence. Postpartum period. Pelvic floor physiotherapy. Kegel exercises. Electro-stimulation. Low Pressure Fitness.*