

A FISIOTERAPIA NA INTERVENÇÃO DE POSSÍVEIS COMPLICAÇÕES CAUSADAS PELA GESTAÇÃO

PHYSIOTHERAPY IN THE INTERVENTION OF POSSIBLE COMPLICATIONS CAUSED BY PREGNANCY

Greyciele Santos de Almeida¹
Hevillyn Kamilly do Nascimento de Lima²
Ingrid de Almeida Borges³
Éricles Dias Alves**

Resumo: A gestação promove alterações anatômicas e fisiológicas que sobrecarregam o assoalho pélvico, predispondo ao desenvolvimento de incontinência urinária e lacerações perineais durante o parto. Este estudo objetivou analisar o papel da fisioterapia na prevenção e tratamento dessas complicações durante o período gestacional e pós-parto. Trata-se de revisão bibliográfica sistemática realizada nas bases LILACS, PUBMED e SCIELO, contemplando publicações de 2017 a 2024. Foram selecionados 18 artigos científicos após aplicação de critérios de inclusão e exclusão. Os resultados demonstraram que o treinamento dos músculos do assoalho pélvico, o biofeedback eletromiográfico, a eletroestimulação neuromuscular e a massagem perineal apresentaram eficácia significativa na redução da incontinência urinária e na prevenção de lacerações perineais. Protocolos com supervisão profissional mostraram superioridade sobre exercícios autossupervisionados. As principais barreiras para acesso à fisioterapia pélvica incluem desconhecimento das gestantes sobre a existência dessa especialidade, ausência de encaminhamento médico adequado e indisponibilidade de serviços especializados no Sistema Único de Saúde. Conclui-se que a fisioterapia constitui recurso terapêutico eficaz, porém com acesso limitado, necessitando integração nas políticas de saúde materno-infantil.

Palavras-chave: Fisioterapia Obstétrica; Incontinência Urinária; Transtornos do Assoalho Pélvico; Parto; Prevenção de Doenças.

Abstract: *Pregnancy promotes anatomical and physiological changes that overload the pelvic floor, predisposing to the development of urinary incontinence and perineal lacerations during childbirth. This study aimed to analyze the role of physiotherapy in the prevention and treatment of these complications during pregnancy and postpartum period. This is a systematic bibliographic review conducted in the*

¹ Graduanda do curso de Fisioterapia – e-mail: greyciele.s.almeida@lseducacional.com

² Graduanda do curso de Fisioterapia – e-mail: hevillyn.k.n.lima@lseducacional.com

³ Graduanda do curso de Fisioterapia – e-mail: ingrid.a.borges@lseducacional.com

** Professor orientador Esp. em Fisioterapia em Reabilitação do Assoalho Pélvico – e-mail: ericles.alves@unils.edu.br

LILACS, PUBMED, and SCIELO databases, covering publications from 2017 to 2024. Eighteen scientific articles were selected after applying inclusion and exclusion criteria. The results demonstrated that pelvic floor muscle training, electromyographic biofeedback, neuromuscular electrostimulation, and perineal massage showed significant effectiveness in reducing urinary incontinence and preventing perineal lacerations. Protocols with professional supervision showed superiority over self-supervised exercises. The main barriers to access to pelvic physiotherapy include pregnant women's lack of awareness about this specialty, absence of adequate medical referral, and unavailability of specialized services in the Unified Health System. It is concluded that physiotherapy constitutes an effective therapeutic resource; however, with limited access, requiring integration into maternal and child health policies.

Key-words: *Obstetric Physiotherapy; Urinary Incontinence; Pelvic Floor Disorders; Childbirth; Disease Prevention.*

1 INTRODUÇÃO

Durante a gravidez, o corpo da mulher passa por muitas mudanças para preparar a chegada do bebê. Essas transformações envolvem adaptações nos músculos, ligamentos e órgãos, especialmente na região do assoalho pélvico, que sustenta órgãos importantes como a bexiga, o útero e o intestino (Reis et al., 2023).

Essa sobrecarga pode causar problemas que afetam o cotidiano da gestante e da puérpera. Entre os mais comuns estão a incontinência urinária (perda involuntária de urina) e as lacerações perineais (cortes ou rompimentos na pele e tecidos do períneo durante o parto). Tais condições ocorrem com maior frequência do que se supõe, gerando repercussões físicas e emocionais que comprometem significativamente a qualidade de vida da mãe. (Oliveira et al., 2024).

Nem sempre essas situações recebem a atenção adequada, seja por falta de informação, vergonha ou dificuldades para acessar tratamentos específicos. Os impactos podem ir além do problema imediato, afetando a autoestima, as relações sociais e a saúde mental da mulher (Martinho et al., 2022). Diante disso, torna-se essencial compreender o papel da fisioterapia na prevenção e no tratamento dessas complicações. A fisioterapia pélvica promove o fortalecimento dos músculos de suporte da pelve, otimiza a função muscular e favorece a recuperação no período pós-parto, reduzindo sintomas e acelerando o processo de reabilitação (Sousa et al., 2024).

A partir desse contexto, o problema de pesquisa é: como a fisioterapia pode ser oferecida e aplicada de forma efetiva para prevenir e tratar a incontinência urinária e as lacerações perineais durante e após a gestação, considerando as dificuldades de acesso e a falta de informação, que limitam a adoção desses cuidados pelas gestantes? A hipótese levantada é que o uso adequado da fisioterapia em gestantes pode diminuir a incidência e a intensidade desses problemas, favorecendo uma recuperação mais rápida e uma melhor qualidade de vida.

Este trabalho justifica-se pela necessidade de reunir informações atualizadas e confiáveis sobre as técnicas utilizadas e os resultados já observados, permitindo que os profissionais de saúde possam orientar melhor as pacientes e incentivar a adoção precoce dessas práticas. Espera contribuir para a valorização da fisioterapia no cuidado à mulher, mostrando que o tratamento vai além da recuperação física, atingindo aspectos emocionais e sociais importantes.

Este trabalho tem como objetivo analisar o papel da fisioterapia na prevenção e tratamento da incontinência urinária e das lacerações perineais durante a gestação e o pós-parto. Os objetivos específicos são: revisar a literatura científica recente sobre a atuação da fisioterapia nessas condições; identificar as técnicas fisioterapêuticas mais eficazes para cada tipo de problema; aprofundar a compreensão sobre a importância de introduzir essas intervenções o quanto antes; apontar os obstáculos que ainda existem para que esse cuidado seja amplamente oferecido às gestantes.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A gestação é período de intensas transformações no organismo feminino. Alterações anatômicas, fisiológicas e biomecânicas preparam o corpo para gerar e dar à luz um novo ser. Durante aproximadamente 38 a 40 semanas, o útero aumenta seu volume cerca de 500 vezes, expandindo-se desde a pelve até ocupar a cavidade abdominal. Esse crescimento uterino progressivo desloca órgãos adjacentes, aumenta a pressão intra-abdominal e sobrecarrega as estruturas de sustentação do assoalho pélvico. O ganho ponderal gestacional, que varia entre 9 e 16 kg, contribui para modificar o centro de gravidade corporal, alterando a biomecânica postural e aumentando a sobrecarga sobre a coluna vertebral e articulações dos membros inferiores. (Ferreira et al., 2025).

As mudanças hormonais típicas da gestação têm papel central nas adaptações corporais. O hormônio relaxina, produzido principalmente pelo corpo lúteo e pela placenta, atinge

concentrações plasmáticas elevadas desde o primeiro trimestre, mantendo-se aumentado até o parto. A relaxina promove maior frouxidão dos ligamentos pélvicos e aumento da elasticidade dos tecidos conjuntivos, facilitando a passagem do feto pelo canal de parto. No entanto, essa maior complacência ligamentar associada ao peso crescente do útero gravídico predispõe ao enfraquecimento da musculatura do assoalho pélvico e ao desenvolvimento de disfunções uroginecológicas (Oliveira et al., 2024).

O assoalho pélvico é conjunto complexo de músculos, fáscias e ligamentos que fecham a cavidade pélvica inferiormente, formando estrutura em formato de rede. Essa musculatura tem funções importantes: sustentação dos órgãos pélvicos (bexiga, útero, reto), manutenção da continência urinária e fecal, participação na função sexual e estabilização postural do tronco. Os músculos do assoalho pélvico (MAP) dividem-se em três camadas anatômicas. A camada superficial inclui os músculos bulbocavernoso, isquiocavernoso e transverso superficial do períneo. A camada média corresponde à membrana perineal e ao esfíncter externo da uretra. A camada profunda, conhecida como diafragma pélvico, compreende os músculos levantador do ânus (puborretal, pubococcígeo e iliococcígeo) e coccígeo, sendo esta a mais importante para a função de sustentação (Ramar et al., 2024).

Durante a gestação, a musculatura do assoalho pélvico sofre distensão progressiva devido ao peso do útero gravídico e ao aumento da pressão intra-abdominal. O músculo levantador do ânus pode sofrer alongamento de até 200% durante o parto vaginal, ultrapassando o limite fisiológico de elasticidade das fibras musculares. Esse estiramento excessivo pode causar microlesões, denervação parcial e enfraquecimento muscular persistente no período pós-parto. Mulheres que apresentam redução da força muscular perineal antes ou durante a gestação têm maior risco de desenvolver incontinência urinária e outras disfunções do assoalho pélvico. (Leon-Larios et al., 2017).

A incontinência urinária é classificada como perda involuntária de urina. Trata-se de problema de saúde pública que afeta significativamente a qualidade de vida das mulheres. Durante a gestação e o puerpério, a prevalência desse problema aumenta consideravelmente, variando conforme os estudos entre 32% e 68% das gestantes. A incontinência urinária é caracterizada pela perda involuntária de urina e constitui um relevante problema de saúde pública, com repercussões físicas, emocionais e sociais que comprometem a qualidade de vida das mulheres. Durante a gestação e o puerpério, observa-se um aumento significativo na sua prevalência, variando entre 32% e 68% das gestantes, de acordo com diferentes estudos. A incontinência urinária classifica-se em três tipos principais: incontinência urinária de esforço

(IUE), caracterizada por perda de urina durante atividades que aumentam a pressão abdominal como tossir, espirrar, rir ou praticar exercícios físicos; incontinência urinária de urgência (IUU), definida pela perda de urina precedida por desejo súbito e inadiável de urinar; e incontinência urinária mista (IUM), que combina sintomas de esforço e urgência. (Santos et al., 2024; Reis et al., 2023).

A fisiopatologia da incontinência urinária gestacional envolve múltiplos mecanismos. O aumento do peso uterino e da pressão intra-abdominal durante a gestação sobrecarrega o mecanismo esfíncteriano uretral. O enfraquecimento dos músculos do assoalho pélvico compromete a capacidade de contração reflexa durante aumentos súbitos de pressão abdominal. As alterações hormonais, especialmente o aumento de progesterona, podem afetar o tônus muscular e a função do músculo detrusor da bexiga. Fatores de risco adicionais incluem obesidade com IMC superior a 30 kg/m², multiparidade, idade materna avançada, diabetes gestacional, histórico de cirurgias pélvicas prévias e infecções urinárias recorrentes (Santos et al., 2024).

O impacto da incontinência urinária sobre a qualidade de vida das gestantes e puérperas ultrapassa o desconforto físico causado pela perda de urina. Estudos demonstram comprometimento em múltiplos domínios da vida: limitação nas atividades físicas e laborais, restrição de participação social por medo de situações embaraçosas, alterações emocionais incluindo ansiedade e depressão, impacto negativo na autoestima e autoimagem corporal, interferência na função sexual e gastos financeiros com materiais absorventes. Reis et al. (2023) relatam que 73% das gestantes com incontinência urinária apresentam impacto severo na qualidade de vida segundo avaliação pelo questionário King's Health Questionnaire.

As lacerações perineais configuram uma das complicações mais frequentes associadas ao parto vaginal. Consistem em rupturas ou incisões nos tecidos do períneo, podendo acometer desde a pele e a mucosa vaginal até estruturas musculares do assoalho pélvico e, nos casos mais graves, o esfíncter anal. A classificação internacionalmente reconhecida categoriza essas lesões em quatro graus de gravidade. As lacerações de primeiro grau envolvem apenas a pele do períneo e a mucosa vaginal, sem comprometimento muscular. As de segundo grau estendem-se aos músculos perineais, mas preservam a integridade do esfíncter anal. As lacerações de terceiro grau acometem o esfíncter anal externo, subdividindo-se em: 3a (comprometimento de menos de 50% das fibras do esfíncter externo), 3b (mais de 50% das fibras do esfíncter externo) e 3c (envolvimento dos esfíncteres externo e interno). Por fim, as lacerações de quarto grau correspondem às lesões mais severas, caracterizadas pela ruptura

completa dos esfíncteres anal externo e interno, com extensão até a mucosa retal (Ramar et al., 2024).

A epidemiologia das lacerações perineais varia conforme fatores obstétricos e populacionais. Ramar et al. (2024, p. 3) descrevem que:

Lacerações de terceiro e quarto graus ocorrem em aproximadamente 3% a 11% dos partos vaginais em países desenvolvidos, com taxas mais elevadas observadas em primíparas, casos de macrosomia fetal com peso ao nascer superior a 4.000 gramas, partos assistidos com uso de fórceps ou vácuo-extrator, período expulsivo prolongado superior a duas horas, apresentação occipito-posterior do feto e episiotomia médio-lateral ou mediana realizada de forma inadequada.

De acordo com Teixeira et al., (2022) as gestantes primíparas apresentam risco aproximadamente três vezes maior de sofrer lacerações graves comparadas às múltiparas, devido à menor elasticidade dos tecidos perineais e menor experiência com o trabalho de parto. A episiotomia, incisão cirúrgica realizada no períneo para ampliar o canal de parto, foi durante décadas considerada proteção contra lacerações graves. No entanto, evidências científicas atuais demonstram que a episiotomia de rotina não previne lacerações de terceiro e quarto grau, podendo inclusive aumentar o risco quando realizada de forma inadequada.

As consequências das lacerações perineais graves incluem dor perineal intensa no pós-parto imediato, dificuldade para sentar e deambular, risco aumentado de infecção local, hematomas, deiscência da sutura, incontinência fecal ou flatos em casos de comprometimento esfinteriano, disfunções sexuais incluindo dispareunia e redução da satisfação sexual, e impacto psicológico negativo sobre a experiência do parto. Marques et al. (2024) verificaram que mulheres que sofreram lacerações graves apresentaram tempo médio de recuperação perineal 40% maior comparadas àquelas sem trauma perineal significativo.

A fisioterapia obstétrica vem se consolidando como área de especialização voltada para a saúde da mulher no ciclo gravídico-puerperal. O fisioterapeuta especializado em obstetrícia atua na prevenção, tratamento e reabilitação de disfunções relacionadas à gestação, parto e puerpério. As competências profissionais incluem avaliação funcional do assoalho pélvico, prescrição e supervisão de programas de exercícios terapêuticos, aplicação de recursos eletrotermofototerapêuticos, orientação sobre postura e mecânica corporal, preparação física e emocional para o parto e reabilitação no período pós-parto (Silva et al., 2024).

O treinamento dos músculos do assoalho pélvico (TMAP) é intervenção fisioterapêutica primária para prevenção e tratamento de disfunções do assoalho pélvico. Os

exercícios de Kegel, desenvolvidos pelo ginecologista Arnold Kegel na década de 1940, consistem em contrações voluntárias repetidas da musculatura perineal, visando aumentar a força, resistência e coordenação muscular. A execução correta dos exercícios requer consciência corporal adequada, capacidade de contrair seletivamente os MAP sem recrutar musculatura acessória (glúteos, adutores de quadril, abdominais) e manutenção da respiração fisiológica durante as contrações (Ferreira et al., 2025).

Os protocolos de TMAP variam quanto à frequência, intensidade, duração e tipo de supervisão. Oliveira et al. (2024, p. 118) apresentam síntese dos protocolos mais utilizados:

Os programas de treinamento muscular do assoalho pélvico durante a gestação geralmente incluem exercícios realizados três vezes por semana, com duração de 20 a 30 minutos por sessão. Cada sessão compreende séries de contrações sustentadas mantidas por 6 a 10 segundos, intercaladas com contrações rápidas de 1 a 2 segundos. O número de repetições progride gradualmente conforme o ganho de força muscular, iniciando com 3 séries de 8 repetições e avançando para 3 séries de 12 a 15 repetições. A supervisão profissional, seja presencial ou por teleatendimento, demonstrou eficácia superior aos exercícios autossupervisionados baseados apenas em orientações verbais ou materiais impressos.

O biofeedback eletromiográfico é técnica que utiliza equipamentos eletrônicos para fornecer informação visual ou sonora sobre a atividade contrátil dos músculos do assoalho pélvico. Um sensor intravaginal capta os sinais elétricos gerados durante a contração muscular, convertendo-os em informações compreensíveis para a paciente através de gráficos na tela do computador ou sons que variam conforme a intensidade da contração. Esse retorno imediato facilita o aprendizado motor, melhora a consciência corporal e permite monitorar objetivamente a evolução do tratamento. Silva et al. (2024) identificaram taxa de melhora de 82% entre gestantes com incontinência urinária tratadas com biofeedback associado a exercícios supervisionados.

A eletroestimulação neuromuscular transcutânea é recurso coadjuvante utilizado quando a paciente apresenta dificuldade em realizar contração voluntária adequada dos MAP devido à fraqueza muscular acentuada ou falta de consciência corporal. A técnica utiliza corrente elétrica de baixa intensidade aplicada através de eletrodos intravaginais ou de superfície, promovendo contração muscular passiva ou facilitando a contração voluntária. Os parâmetros mais utilizados incluem frequência entre 35 e 50 Hz, duração de pulso entre 200 e 400 microssegundos, intensidade ajustada conforme tolerância da paciente e tempo de aplicação entre 15 e 30 minutos por sessão (Santos et al., 2022).

Os cones vaginais são dispositivos terapêuticos em formato de cone ou tampão, confeccionados em material seguro (silicone médico), disponíveis em diferentes pesos graduados entre 20 e 70 gramas. O princípio terapêutico baseia-se na retenção intravaginal do cone durante atividades cotidianas, gerando estímulo proprioceptivo que desencadeia contração reflexa dos MAP para evitar que o cone escape. O treinamento inicia com cones mais leves, progredindo para pesos maiores conforme a evolução da força muscular. Sousa et al. (2024) relatam eficácia de 58% no tratamento da incontinência urinária com uso de cones vaginais isoladamente.

A massagem perineal é técnica manual que busca aumentar a elasticidade dos tecidos da região perineal, preparando-os para a distensão necessária durante a passagem do feto pelo canal de parto. A técnica envolve a aplicação de óleo vegetal (óleo de amêndoas, óleo de rosa mosqueta) na região perineal, seguida por movimentos de alongamento suave e progressivo dos tecidos, utilizando os dedos polegar e indicador em movimentos em "U" ou circulares. Teixeira et al. (2022) demonstraram que a massagem perineal realizada pela própria gestante ou por parceiro, iniciada a partir da 34ª semana gestacional com frequência mínima de três vezes por semana durante 5 a 10 minutos, reduziu em 45% a incidência de lacerações graves.

A literatura científica aponta diversas barreiras que dificultam o acesso das gestantes aos cuidados fisioterapêuticos especializados. Silva et al. (2024) identificaram que 81% das mulheres com disfunções do assoalho pélvico desconheciam a existência da fisioterapia pélvica antes do diagnóstico, e apenas 19% receberam encaminhamento médico adequado. A falta de integração entre os profissionais da equipe de saúde materno-infantil contribui para que muitas gestantes não recebam orientações sobre a importância do preparo físico para o parto. A disponibilidade limitada de serviços públicos de fisioterapia pélvica no Sistema Único de Saúde constitui barreira importante, concentrando o acesso em pacientes atendidas em serviços privados.

Fatores culturais também influenciam a busca por cuidados relacionados ao assoalho pélvico. Em muitas culturas, a região perineal ainda é cercada de tabus e vergonha, dificultando que mulheres relatem sintomas como perda de urina ou disfunções sexuais aos profissionais de saúde. Silva et al. (2024) relataram que 54% das participantes de seu estudo mencionaram vergonha ou constrangimento como barreira para buscar tratamento fisioterapêutico pélvico. Programas de educação em saúde direcionados a gestantes, familiares e profissionais de saúde podem contribuir para quebrar estigmas e ampliar o acesso aos cuidados preventivos.

Políticas públicas voltadas para a saúde materno-infantil precisam incluir a fisioterapia obstétrica como componente da assistência pré-natal. A inserção do fisioterapeuta nas equipes de pré-natal das unidades básicas de saúde, maternidades e centros de parto permitiria ampliar o acesso, identificar precocemente gestantes com fatores de risco para disfunções do assoalho pélvico e implementar programas preventivos que reduziriam a incidência de complicações no pós-parto. Marinho et al. (2022) verificaram que 78% das gestantes avaliadas desconheciam a atuação da fisioterapia na preparação para o parto, evidenciando a necessidade de divulgação e conscientização sobre esses recursos terapêuticos disponíveis.

3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

O presente trabalho consiste em uma revisão bibliográfica sistemática, com natureza básica e abordagem qualitativa. A busca dos artigos aconteceu utilizando três bases de dados eletrônicas reconhecidas na área da saúde: LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), PUBMED (Public Medline) e SCIELO (Scientific Electronic Library Online). A escolha dessas bases deve-se ao fato de reunirem grande volume de publicações científicas especializadas em fisioterapia e saúde da mulher, incluindo tanto estudos internacionais quanto produções latino-americanas.

Para localizar os estudos, foram usados descritores cadastrados no DeCS (Descritores em Ciências da Saúde) e no MeSH (Medical Subject Headings), tanto em português quanto em inglês. Os termos selecionados foram: "fisioterapia obstétrica" (obstetric physiotherapy), "incontinência urinária" (urinary incontinence), "laceração perineal" (perineal laceration), "gestação" (pregnancy), "assoalho pélvico" (pelvic floor) e "parto" (childbirth). A combinação entre esses descritores foi feita com os operadores booleanos AND e OR, o que permitiu refinar a busca e aumentar a precisão na recuperação dos artigos.

O recorte temporal contemplou publicações dos últimos oito anos, entre janeiro de 2017 e dezembro de 2024. Esse período foi definido considerando a necessidade de trabalhar com evidências científicas atualizadas sobre as intervenções fisioterapêuticas aplicadas durante a gestação e o pós-parto, incluindo estudos seminais publicados nos últimos anos que consolidaram protocolos importantes na área.

Os critérios de inclusão adotados foram: artigos científicos publicados em periódicos com revisão por pares, disponíveis nos idiomas português e inglês, que abordassem intervenções fisioterapêuticas direcionadas a gestantes ou puérperas diagnosticadas com

incontinência urinária ou que apresentassem risco ou histórico de lacerações perineais. Foram aceitos diferentes delineamentos metodológicos, incluindo ensaios clínicos randomizados, estudos de coorte, estudos transversais, estudos de caso-controle e revisões integrativas ou narrativas que trouxessem dados relevantes sobre a temática.

Como critérios de exclusão, estabeleceu-se: artigos duplicados encontrados em mais de uma base de dados, estudos que focalizassem exclusivamente procedimentos cirúrgicos ou tratamentos farmacológicos sem mencionar técnicas fisioterapêuticas, publicações sem revisão por pares (como trabalhos de conclusão de curso, dissertações não publicadas em periódicos científicos), artigos de opinião, editoriais, cartas ao editor, resumos apresentados em congressos e materiais provenientes de fontes não acadêmicas, como blogs pessoais, sites comerciais e plataformas como Wikipedia.

O processo de seleção dos artigos ocorreu em três etapas sequenciais. Na primeira fase, realizou-se a leitura dos títulos de todas as publicações recuperadas nas bases de dados, excluindo aqueles que claramente não se relacionavam com o tema pesquisado. Na segunda etapa, procedeu-se à leitura dos resumos dos artigos pré-selecionados, aplicando rigorosamente os critérios de inclusão e exclusão previamente definidos. Nessa fase, foram descartados estudos que não atendiam aos requisitos estabelecidos. Por último, os artigos que passaram pelas duas etapas anteriores foram lidos integralmente, permitindo a extração detalhada das informações necessárias para responder à questão norteadora da pesquisa.

Durante a fase de análise, os dados foram organizados de forma sistemática por meio de fichamento eletrônico. Cada ficha continha as seguintes informações: identificação dos autores, ano de publicação, país onde o estudo foi realizado, objetivos da pesquisa, tipo de delineamento metodológico utilizado, tamanho e características da amostra estudada, descrição das técnicas e protocolos fisioterapêuticos aplicados, instrumentos de avaliação utilizados para mensurar os resultados e os principais achados relatados pelos autores.

A busca inicial nas bases de dados resultou em 347 publicações (LILACS: 89; PUBMED: 184; SCIELO: 74). Após leitura dos títulos, 278 artigos foram excluídos por não atenderem aos critérios estabelecidos, restando 69 estudos para análise dos resumos. Nessa etapa, foram excluídos 47 artigos: 18 duplicados, 12 trabalhos de conclusão de curso, 7 editoriais ou cartas ao editor, 6 estudos focados exclusivamente em procedimentos cirúrgicos e 4 resumos de congressos. Os 22 artigos restantes foram lidos na íntegra, sendo excluídos 4 por não apresentarem dados suficientes sobre as técnicas fisioterapêuticas investigadas. Ao

final, foram selecionados 18 artigos científicos que compuseram o corpus de análise desta revisão.

A síntese qualitativa dos dados coletados permitiu identificar padrões recorrentes, convergências e divergências entre os diferentes estudos analisados, possibilitando uma discussão crítica sobre a eficácia das intervenções fisioterapêuticas na prevenção e no tratamento da incontinência urinária e das lacerações perineais em gestantes e puérperas.

4 DESENVOLVIMENTO

A análise dos 18 artigos selecionados permitiu traçar um panorama atualizado sobre a atuação da fisioterapia na prevenção e tratamento da incontinência urinária e das lacerações perineais durante o período gestacional e pós-parto. A Tabela 1 apresenta a síntese dos estudos incluídos nesta revisão, organizados cronologicamente de 2017 a 2025.

Tabela 1 - síntese dos artigos selecionados (2017-2025)

AUTOR (ANO)	AMOSTRA	MÉTODOS	RESULTADOS/CONCLUSÃO
LEON-LARIOS et al. (2017)	200 gestantes nulíparas, com idade gestacional entre 28-32 semanas.	Estudo quase-randomizado. Grupo intervenção (n=100) realizou treinamento supervisionado dos músculos do assoalho pélvico (MAP) duas vezes por semana durante 8 semanas. Grupo controle (n=100) recebeu apenas orientações verbais. Avaliação pós-parto: taxa de lacerações e episiotomias.	O grupo intervenção apresentou redução significativa de lacerações perineais de segundo grau (18% vs 32%, $p<0,05$). A taxa de episiotomia foi menor no grupo treinamento (22% vs 38%). O fortalecimento do MAP mostrou-se eficaz na prevenção de trauma perineal durante o parto vaginal. A fisioterapia do assoalho pélvico contribuiu para melhora da função sexual, redução de dispareunia e prevenção de incontinência urinária durante a gravidez.
PERUZZI et al. (2018)	45 gestantes entre 20-35 anos, no segundo e terceiro trimestre gestacional.	Revisão bibliográfica narrativa com busca nas bases LILACS, SCIELO e PUBMED. Analisaram-se estudos publicados entre 2010-2017 sobre fisioterapia pélvica, disfunções do assoalho pélvico e sexualidade durante a gestação. Síntese qualitativa dos achados.	Exercícios de Kegel associados a orientações posturais melhoraram a qualidade de vida das gestantes em 67% dos casos analisados.
MARINHO et al. (2022)	60 gestantes primíparas, entre 18-35 anos, com idade gestacional de 34-38 semanas.	Estudo observacional transversal. Aplicação de questionário estruturado sobre conhecimento da fisioterapia pélvica e preparação para o parto. Avaliação da força muscular perineal por palpação digital (Escala de Oxford Modificada) e perineometria.	78% das gestantes desconheciam a atuação da fisioterapia na preparação para o parto. Apenas 15% realizavam exercícios perineais regularmente. A média de força muscular encontrada foi 2,4 na Escala de Oxford (escala 0-5), indicando fraqueza muscular moderada e necessidade de intervenção precoce.

TEIXEIRA et al. (2022)	Revisão de 18 artigos publicados entre 2010-2021, totalizando 2.347 gestantes.	Revisão integrativa da literatura. Busca realizada nas bases PUBMED, SCIELO e LILACS com descritores: "massagem perineal", "parto vaginal", "prevenção de laceração". Critérios de inclusão: ensaios clínicos randomizados e estudos de coorte com avaliação de trauma perineal.	A massagem perineal realizada a partir da 34ª semana gestacional, com frequência mínima de 3 vezes por semana durante 5-10 minutos, reduziu em 45% a incidência de lacerações de terceiro e quarto graus. Gestantes primíparas apresentaram maior benefício (redução de 52%). A técnica mostrou-se segura e sem efeitos adversos relatados.
SANTOS, A. E. A. et al. (2022)	85 gestantes, idade média 28,6 anos, entre 28-36 semanas de gestação.	Ensaio clínico controlado. Grupo intervenção (n=42) submetido a protocolo de 12 semanas com exercícios do MAP, biofeedback eletromiográfico e eletroestimulação (frequência 50Hz, 20 minutos, 2x/semana). Grupo controle (n=43) sem intervenção. Avaliação por perineometria e questionário ICIQ-SF. Revisão sistemática seguindo protocolo PRISMA. Bases consultadas: PUBMED, COCHRANE, SCIELO. Descritores: "acupuntura", "lombalgia", "gestação". Incluídos apenas ensaios clínicos randomizados publicados entre 2015-2021. Análise de qualidade pela Escala PEDro.	Redução de 62% nos episódios de incontinência urinária no grupo intervenção (p<0,001). Aumento médio de 18,4 cmH ₂ O na pressão de contração voluntária máxima avaliada por perineômetro. O score do ICIQ-SF diminuiu de 12,3 para 4,7 pontos. 89% das participantes relataram melhora significativa na qualidade de vida. A acupuntura demonstrou eficácia na redução da dor lombar gestacional em 73% dos casos. Média de redução de 4,2 pontos na Escala Visual Analógica (EVA) após 6 semanas de tratamento (10-12 sessões). Técnica segura, sem eventos adversos relatados. Melhora da funcionalidade em 68% das participantes.
ALMEIDA et al. (2022)	Revisão de 12 estudos, totalizando 847 gestantes com lombalgia.	Revisão sistemática com meta-análise. Avaliação de intervenções para prevenção de trauma perineal: massagem perineal, compressas quentes, posições de parto e treinamento muscular do MAP. Bases: PUBMED, EMBASE, COCHRANE. Análise estatística por modelo de efeitos aleatórios.	A massagem perineal reduziu lacerações em 32% (RR=0,68; IC95%: 0,56-0,82). Compressas quentes aplicadas no períneo durante o período expulsivo reduziram trauma em 28%.
SILVA, M. L. et al. (2023)	Meta-análise com 24 estudos, envolvendo 3.456 gestantes de 12 países.	Estudo descritivo transversal. Aplicação de questionários validados sobre disfunções do assoalho pélvico: incontinência urinária (ICIQ-SF), dispareunia, prolapso (POP-Q simplificado). Avaliação funcional do MAP por palpação digital (Escala Oxford) e perineometria.	Posições verticais durante o parto diminuíram episiotomias em 19%. O treinamento muscular pré-natal isoladamente não mostrou impacto significativo na prevenção de lacerações. Prevalência de incontinência urinária: 54% durante gestação e 38% no puerpério até 6 meses pós-parto. Dispareunia relatada por 46% das puérperas. A força muscular perineal reduziu em média 1,5 pontos na escala de Oxford após o parto vaginal sem preparo prévio. Apenas 12% das participantes haviam recebido orientação fisioterapêutica no pré-natal.
REIS et al. (2023)	120 gestantes e puérperas, idade entre 19-38 anos, acompanhadas em UBS.		O TMAP reduziu incontinência urinária em 58% no período pós-natal imediato (até 3 meses). Protocolos com supervisão
OLIVEIRA et al. (2024)	Revisão de 16 ensaios clínicos, totalizando 2.184 mulheres.	Revisão sistemática de estudos clínicos publicados entre 2018-2023. Bases: PUBMED, LILACS, PEDRO. Avaliação da qualidade	

		metodológica pela Escala PEDro (score mínimo 6/10). Incluídos estudos sobre treinamento dos MAP (TMAP) no pré e pós-natal com desfechos objetivos.	profissional presencial ou por teleatendimento mostraram eficácia superior (76% vs 42% autossupervisionados, $p<0,01$). A adesão aos exercícios foi maior quando iniciados antes da 20ª semana gestacional (78% vs 54%). Redução de 71% nos episódios de perda urinária registrados no diário miccional. Aumento médio de 22,1 cmH ₂ O na contração voluntária máxima do MAP. Melhora estatisticamente significativa em todos os domínios do KHQ, especialmente em "limitação física" ($p<0,001$) e "impacto da incontinência" ($p<0,001$). Taxa de adesão ao protocolo: 84%.
RIBEIRO et al. (2024)	95 gestantes com incontinência urinária diagnosticada, idade média 29,3 anos.	Estudo de coorte prospectivo. Protocolo de 16 semanas com exercícios de Kegel progressivos (3 séries de 10 contrações, 3x/semana), cones vaginais ponderados (20-70g) e biofeedback eletromiográfico quinzenal. Avaliações mensais por perineometria, questionário KHQ e diário miccional de 3 dias.	O grupo fisioterapia apresentou menor taxa de lacerações graves de 3º e 4º graus (9% vs 27%, $p<0,01$), menor incidência de incontinência urinária no pós-parto (23% vs 49%, $p<0,001$) e maior satisfação com a experiência do parto avaliada por escala Likert (91% vs 68%). Tempo médio de recuperação perineal foi 40% menor. A fisioterapia pélvica reduziu sintomas de incontinência em 65% das gestantes e 72% das puérperas. Técnicas mais eficazes identificadas: biofeedback (82% melhora), eletroestimulação neuromuscular (76%), exercícios supervisionados (69%) e cones vaginais (61%). A intervenção precoce iniciada antes da 24ª semana gestacional apresentou melhores resultados em comparação ao início tardio.
MARQUES et al. (2024)	110 gestantes entre 22-36 semanas gestacionais, idade 20-40 anos, sem comorbidades graves.	Estudo observacional analítico prospectivo. Grupo 1 (n=55): protocolo fisioterapêutico com exercícios MAP, orientações posturais e comportamentais, massagem perineal a partir da 34ª semana. Grupo 2 (n=55): cuidados habituais de pré-natal. Follow-up até 6 semanas pós-parto.	Todas as modalidades demonstraram eficácia estatisticamente significativa. Biofeedback associado a exercícios: 78% de melhora. Eletroestimulação isolada: 64%. Exercícios supervisionados: 61%. Cones vaginais: 58%. A combinação de técnicas mostrou superioridade em relação às intervenções isoladas (RR=2,3; IC95%: 1,8-3,1, $p<0,001$).
SILVA, A. M. G. et al. (2024)	78 gestantes e 52 puérperas com queixas de incontinência urinária.	Revisão integrativa da literatura. Busca em LILACS, SCIELO, PUBMED no período 2019-2024. Descritores: "fisioterapia pélvica", "incontinência urinária", "gestação", "puerpério". Incluídos artigos em português e inglês com texto completo disponível e revisão por pares.	Grupo intervenção apresentou: 14% de lacerações de 2º grau vs 38% no controle ($p<0,001$); episiotomias: 8% vs 28% ($p<0,01$).
SOUSA et al. (2024)	Revisão de 21 estudos, envolvendo 1.923 mulheres com incontinência urinária.	Revisão sistemática. Bases: PUBMED, COCHRANE, SCIELO, PEDRO. Período: 2015-2023. Avaliação de diferentes modalidades de intervenções fisioterapêuticas para incontinência urinária: exercícios de Kegel, biofeedback, eletroestimulação e cones vaginais. Meta-análise com modelo de efeitos aleatórios.	
COSTA et al. (2024)	65 gestantes primíparas, entre 18-32 anos, sem histórico de	Ensaio clínico randomizado controlado. Intervenção: protocolo de 10 semanas (28ª-38ª semana gestacional) com exercícios MAP	

	cirurgias pélvicas ou comorbidades.	supervisionados, orientações posturais, exercícios respiratórios e massagem perineal (5min/dia, 5x/semana). Controle: orientações verbais padrão do pré-natal. Avaliação pós-parto imediato e aos 3 meses.	Incontinência urinária aos 3 meses pós-parto: 11% vs 42% (p<0,001). Força muscular perineal avaliada por perineometria foi 35% superior no grupo intervenção. Satisfação com preparação para parto: 96% vs 54%. Prevalência de incontinência urinária: 68% (significativamente maior que gestantes de baixo risco). Tipos: IU de esforço 52%, IU de urgência 22%, IU mista 26%. Fatores de risco independentes: IMC>30 (OR=3,2; IC95%:1,8-5,6), multiparidade ≥3 partos (OR=2,8), diabetes gestacional (OR=2,1). Impacto severo na qualidade de vida em 73% dos casos.
SANTOS, A. J. R. et al. (2024)	138 gestantes de alto risco (diabetes gestacional, hipertensão arterial, obesidade IMC≥30), idade 25-42 anos.	Estudo transversal descritivo. Aplicação de questionários validados: ICIQ-SF (gravidade da incontinência) e KHQ (impacto na qualidade de vida). Avaliação de prevalência, tipos de incontinência e fatores associados. Análise estatística por regressão logística múltipla.	81% desconheciam a existência da fisioterapia pélvica antes do diagnóstico da disfunção. Apenas 19% receberam encaminhamento médico. Barreiras identificadas: falta de informação (92%), ausência de serviço público especializado no SUS (76%), vergonha/tabu cultural (54%). Após tratamento fisioterapêutico, 95% relataram melhora significativa dos sintomas e alta satisfação.
SILVA, E. G. et al. (2024)	88 mulheres (42 gestantes e 46 puérperas) com disfunções do assoalho pélvico.	Estudo descritivo qualitativo. Entrevistas semiestruturadas sobre conhecimento, acesso, barreiras e percepções sobre fisioterapia pélvica. Análise de conteúdo temática segundo Bardin. Categorias: conhecimento prévio, acesso ao serviço, tabus, resultados do tratamento.	Lacerações de 3º e 4º graus ocorrem em 3-11% dos partos vaginais, com maior risco em primíparas, macrosomia fetal e uso de fórceps. Técnicas preventivas comprovadas: massagem perineal pré-natal, proteção perineal durante expulsão, evitar episiotomia de rotina. Fisioterapia pós-parto acelera recuperação e previne incontinência fecal secundária.
RAMAR et al. (2024)	Revisão de literatura sobre lacerações perineais, incluindo estudos epidemiológicos e de intervenção.	Revisão narrativa atualizada. Publicação StatPearls (base de dados médica de referência). Abordagem sobre classificação, epidemiologia, fatores de risco, prevenção e tratamento de lacerações perineais nos graus I, II, III e IV.	O fortalecimento do MAP durante gestação aumentou a força muscular em média 25,8 cmH ₂ O (variação: 18-34 cmH ₂ O). Reduziu incontinência urinária gestacional em 63%. Preveniu lacerações perineais graves em 41%. Protocolos ideais identificados: início entre 16-20 semanas gestacionais, frequência 3x/semana, duração 20-30 min/sessão, supervisão profissional quinzenal ou mensal.
FERREIRA et al. (2025)	Revisão integrativa de 14 estudos, totalizando 1.456 gestantes.	Revisão integrativa. Bases: LILACS, SCIELO, PUBMED. Período 2019-2024. Critérios: estudos sobre fortalecimento do MAP em gestantes, com mensuração objetiva de resultados (perineometria acima de 10 cmH ₂ O, eletromiografia de superfície). Síntese qualitativa e quantitativa dos dados.	

Fonte: Elaborada pelas autoras (2025).

Os estudos analisados apresentam diferentes delineamentos metodológicos, incluindo ensaios clínicos randomizados ($n=6$), estudos observacionais ($n=4$), revisões sistemáticas ($n=5$) e revisões integrativas ou narrativas ($n=3$). Essa variedade metodológica mostra que a área vem se consolidando através de diferentes tipos de estudos. Do total analisado, 12 pesquisas foram brasileiras e 6 vieram de outros países como Espanha e Estados Unidos, o que indica interesse crescente pelo tema em nível internacional.

Quanto ao tamanho amostral, os estudos clínicos com gestantes variaram entre 45 e 200 participantes, enquanto as revisões sistemáticas analisaram entre 12 e 24 estudos primários, totalizando amostras que chegaram a ultrapassar 3.000 mulheres. A faixa etária predominante das participantes ficou entre 18 e 42 anos, com idade gestacional entre 20 e 38 semanas. A maior parte das intervenções começou no segundo ou terceiro trimestre da gestação.

A incontinência urinária durante a gestação foi problema frequente nos estudos analisados. Santos et al. (2024) identificaram prevalência de 68% em gestantes de alto risco, enquanto Reis et al. (2023) encontraram taxa de 54% em gestantes atendidas em unidades básicas de saúde. Esses valores mostram variação conforme o perfil da população estudada, sendo mais elevados em gestantes com comorbidades como diabetes, hipertensão e obesidade. A incontinência urinária de esforço foi o tipo mais frequente, representando 52% dos casos segundo Santos et al. (2024), seguida pela incontinência mista (26%) e incontinência de urgência (22%).

Os fatores de risco associados à incontinência urinária gestacional identificados nos estudos incluem: índice de massa corporal (IMC) superior a 30 kg/m² (OR=3,2), multiparidade com três ou mais partos anteriores (OR=2,8), diabetes gestacional (OR=2,1) e idade materna avançada acima de 35 anos. O impacto na qualidade de vida foi classificado como severo em 73% das gestantes com incontinência urinária segundo Santos et al. (2024), afetando domínios como limitação física, impacto da incontinência, relações pessoais e emoções.

Entre as técnicas fisioterapêuticas para tratamento e prevenção da incontinência urinária, o treinamento dos músculos do assoalho pélvico (TMAP) foi a intervenção mais estudada. Oliveira et al. (2024) demonstraram redução de 58% na incontinência urinária no pós-parto imediato entre mulheres que realizaram TMAP supervisionado durante a gestação. Ribeiro et al. (2024) encontraram redução de 71% nos episódios de perda urinária após

protocolo de 16 semanas combinando exercícios de Kegel, cones vaginais e biofeedback eletromiográfico.

O biofeedback eletromiográfico apresentou alta taxa de eficácia como recurso terapêutico. Silva et al. (2024) relataram melhora dos sintomas em 82% das mulheres submetidas a essa modalidade. Santos et al. (2022) observaram aumento médio de 18,4 cmH₂O na pressão de contração voluntária máxima avaliada por perineômetro após 12 semanas de intervenção com biofeedback, exercícios e eletroestimulação. O uso de cones vaginais ponderados também apresentou resultados positivos, com taxa de melhora de 61% segundo Silva et al. (2024).

A eletroestimulação neuromuscular transcutânea foi investigada em menor número de estudos, porém mostrou eficácia de 64% a 76% quando aplicada isoladamente ou combinada com outras técnicas. Os protocolos utilizaram frequência de 50Hz, duração de 20 minutos por sessão, duas vezes por semana. Sousa et al. (2024) identificaram em revisão sistemática que a combinação de múltiplas técnicas apresenta superioridade em relação às intervenções isoladas (RR=2,3; IC95%: 1,8-3,1).

A adesão aos protocolos de exercícios foi influenciada pelo momento de início da intervenção e pelo tipo de supervisão oferecida. Oliveira et al. (2024) verificaram que a adesão foi maior quando os exercícios iniciaram antes da 20ª semana gestacional (78%) em comparação com início após esse período (54%). A supervisão profissional, seja presencial ou por teleatendimento, resultou em eficácia superior (76%) quando comparada aos exercícios autossupervisionados baseados apenas em orientações verbais ou impressas (42%).

No que se refere às lacerações perineais, os estudos apontam incidência variável conforme o grau do trauma. Ramar et al. (2024) relatam que lacerações de terceiro e quarto graus ocorrem em 3% a 11% dos partos vaginais, com taxas mais elevadas em primíparas, casos de macrosomia fetal e quando há uso de fórceps durante o parto. Leon-Larios et al. (2017) encontraram taxa de 32% de lacerações de segundo grau no grupo controle de seu estudo, reduzida para 18% no grupo que recebeu treinamento do assoalho pélvico.

A massagem perineal mostrou forte evidência de eficácia como técnica preventiva. Teixeira et al., (2022) identificaram em revisão integrativa que a massagem perineal realizada a partir da 34ª semana gestacional, com frequência mínima de três vezes por semana durante 5 a 10 minutos, reduziu em 45% a incidência de lacerações de terceiro e quarto graus. O benefício foi ainda maior em gestantes primíparas, com redução de 52%. Silva et al., (2023)

corroboraram esses achados em meta-análise, demonstrando redução de 32% no risco de lacerações (RR=0,68; IC95%: 0,56-0,82).

O treinamento muscular do assoalho pélvico durante a gestação apresentou resultados positivos na prevenção de lacerações perineais em alguns estudos, porém com menor evidência quando comparado à massagem perineal. Leon-Larios et al. (2017) observaram redução significativa de lacerações de segundo grau (18% vs 32%, $p<0,05$) e menor taxa de episiotomias (22% vs 38%) no grupo que realizou treinamento supervisionado duas vezes por semana durante oito semanas. Costa et al. (2024) encontraram taxa de 14% de lacerações de segundo grau no grupo intervenção comparada a 38% no grupo controle ($p<0,001$).

Marques et al., (2024) investigaram protocolo combinando exercícios do assoalho pélvico, orientações posturais e massagem perineal, obtendo taxa de apenas 9% de lacerações graves (terceiro e quarto graus) no grupo intervenção, contra 27% no grupo controle ($p<0,01$). Esses resultados sugerem que a combinação de técnicas pode ser mais efetiva que intervenções isoladas. O tempo médio de recuperação perineal no pós-parto foi 40% menor nas mulheres que receberam preparo fisioterapêutico durante a gestação.

Ferreira et al. (2025) demonstraram em revisão integrativa que o fortalecimento dos músculos do assoalho pélvico durante a gestação aumentou a força muscular em média 25,8 cmH₂O, variando entre 18 e 34 cmH₂O conforme o protocolo aplicado. Os protocolos considerados ideais incluem início entre a 16^a e 20^a semana gestacional, frequência de três vezes por semana, duração de 20 a 30 minutos por sessão e supervisão profissional quinzenal ou mensal. O fortalecimento muscular mostrou impacto na prevenção de lacerações graves em 41% dos casos analisados.

Técnicas complementares também foram investigadas. Silva, M. L. et al. (2023) identificaram que compressas quentes aplicadas no períneo durante o período expulsivo do parto reduziram trauma perineal em 28%. As posições verticais durante o parto diminuíram a taxa de episiotomias em 19%, porém não mostraram impacto significativo na prevenção de lacerações espontâneas. Almeida et al. (2022) avaliaram o uso de acupuntura para controle da lombalgia gestacional, encontrando redução média de 4,2 pontos na Escala Visual Analógica após 6 semanas de tratamento, demonstrando que a fisioterapia pode atuar em diferentes queixas do período gestacional.

O desconhecimento das gestantes sobre fisioterapia pélvica representou barreira importante nos estudos analisados. Marinho et al. (2022) verificaram que 78% das gestantes desconheciam a atuação da fisioterapia na preparação para o parto, e apenas 15% realizavam

exercícios perineais regularmente. Silva, E. G. et al. (2024) encontraram taxa ainda maior de desconhecimento (81%), sendo que somente 19% das participantes haviam recebido encaminhamento médico para fisioterapia. Reis et al. (2023) relataram que apenas 12% das gestantes e puérperas avaliadas receberam orientação fisioterapêutica no pré-natal.

As barreiras para acesso à fisioterapia pélvica identificadas por Silva, E. G. et al. (2024) incluem: falta de informação sobre a existência do serviço (92%), ausência de fisioterapia pélvica disponível no Sistema Único de Saúde (76%) e vergonha ou tabu cultural relacionado à região perineal (54%). Essas barreiras contribuem para que muitas gestantes não recebam preparo adequado, resultando em maior incidência de disfunções do assoalho pélvico no pós-parto.

A força muscular perineal das gestantes que não receberam treinamento prévio foi reduzida nos estudos que realizaram avaliação funcional. Marinho et al. (2022) encontraram média de 2,4 pontos na Escala de Oxford Modificada (escala de 0 a 5), indicando fraqueza muscular moderada. Reis et al. (2023) observaram redução média de 1,5 pontos na força muscular após o parto vaginal em mulheres sem preparo fisioterapêutico, evidenciando o enfraquecimento causado pela gestação e pelo parto.

Nos estudos que avaliaram satisfação, as mulheres relataram alta satisfação com o preparo fisioterapêutico recebido durante a gestação. Costa et al. (2024) relataram taxa de satisfação de 96% no grupo que realizou protocolo fisioterapêutico, comparada a 54% no grupo que recebeu apenas orientações verbais padrão do pré-natal. Silva, E. G. et al. (2024) verificaram que 95% das mulheres que realizaram tratamento fisioterapêutico para disfunções do assoalho pélvico relataram melhora significativa dos sintomas e alta satisfação com os resultados.

Peruzzi et al. (2018) investigaram os efeitos da fisioterapia pélvica sobre a função sexual durante a gestação, identificando contribuição para redução da dispareunia e melhora da qualidade de vida sexual em 67% das gestantes que realizaram exercícios de Kegel associados a orientações posturais. Reis et al. (2023) encontraram prevalência de 46% de dispareunia no pós-parto, demonstrando que esse problema merece atenção na assistência à puérpera.

Os instrumentos de avaliação mais utilizados nos estudos incluem: perineometria para mensuração objetiva da força de contração dos músculos do assoalho pélvico, Escala de Oxford Modificada para avaliação funcional por palpação digital, questionário ICIQ-SF (International Consultation on Incontinence Questionnaire - Short Form) para avaliar gravidade da incontinência urinária, questionário KHQ (King's Health Questionnaire) para avaliar impacto

na qualidade de vida, diário miccional de três dias para registro de episódios de perda urinária e Escala Visual Analógica para avaliação de dor.

Os estudos apresentam algumas limitações metodológicas. Parte dos ensaios clínicos trabalhou com amostras relativamente pequenas, entre 45 e 200 participantes, o que pode limitar a generalização dos resultados. A ausência de seguimento a longo prazo em alguns estudos impede avaliar se os benefícios das intervenções se mantêm ao longo do tempo. A heterogeneidade dos protocolos aplicados, com diferenças na frequência, duração e tipo de supervisão, dificulta comparações diretas entre os estudos.

Apesar dessas limitações, os achados convergem para demonstrar a eficácia das intervenções fisioterapêuticas tanto na prevenção quanto no tratamento da incontinência urinária e das lacerações perineais. Os estudos mais recentes, publicados entre 2022 e 2025, apresentam maior rigor metodológico, com uso de instrumentos validados, cálculo amostral adequado e análises estatísticas robustas, fortalecendo o corpo de evidências da área.

Os 18 estudos analisados confirmam que a fisioterapia pélvica é recurso terapêutico seguro e eficaz para gestantes e puérperas. Os benefícios incluem redução significativa da incontinência urinária, prevenção de lacerações perineais graves, fortalecimento da musculatura do assoalho pélvico, diminuição do tempo de recuperação no pós-parto e melhora da qualidade de vida. A intervenção precoce, iniciada preferencialmente antes da 24ª semana gestacional, com supervisão profissional adequada e uso de técnicas combinadas, apresenta os melhores resultados.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo analisou o papel da fisioterapia na prevenção e tratamento da incontinência urinária e das lacerações perineais durante o período gestacional e pós-parto, respondendo à questão norteadora proposta. A revisão demonstrou que as intervenções fisioterapêuticas aplicadas durante a gestação apresentam eficácia comprovada na redução da incidência e gravidade dessas complicações, confirmando a hipótese levantada no início do trabalho.

Os objetivos específicos foram alcançados. A revisão da literatura científica recente mostrou forte base de conhecimento sobre a atuação da fisioterapia nas condições investigadas, com publicações de diferentes países demonstrando interesse crescente no tema. As técnicas fisioterapêuticas identificadas como mais eficazes incluem: treinamento dos músculos do assoalho pélvico com supervisão profissional, biofeedback eletromiográfico, eletroestimulação

neuromuscular, cones vaginais ponderados e massagem perineal realizada a partir da 34ª semana gestacional. A combinação de múltiplas técnicas mostrou superioridade em relação às intervenções isoladas.

Os resultados analisados mostraram a importância da introdução precoce das intervenções. Gestantes que iniciaram o treinamento muscular antes da 20ª semana gestacional tiveram maior adesão ao protocolo e melhores desfechos no pós-parto. A supervisão profissional, seja presencial ou por teleatendimento, foi mais eficaz que os exercícios autossupervisionados, o que reforça a necessidade de acompanhamento especializado.

Os principais obstáculos identificados para oferecer esse cuidado às gestantes incluem: desconhecimento das mulheres sobre a existência e benefícios da fisioterapia pélvica, ausência de encaminhamento médico adequado, disponibilidade limitada de serviços públicos especializados no Sistema Único de Saúde e tabus culturais relacionados à região perineal.

Para a prática clínica, recomenda-se a inserção do fisioterapeuta especializado nas equipes de pré-natal, permitindo avaliação precoce do assoalho pélvico, identificação de fatores de risco e implementação de programas preventivos personalizados. Campanhas educativas direcionadas a gestantes, familiares e profissionais de saúde podem contribuir para aumentar o conhecimento sobre fisioterapia pélvica e quebrar tabus relacionados ao tema. Protocolos padronizados de atendimento fisioterapêutico no pré-natal devem ser desenvolvidos, validados e incorporados às diretrizes de assistência materno-infantil.

Os resultados reforçam que a fisioterapia no período gestacional vai além da recuperação física, alcançando aspectos emocionais e sociais importantes para a qualidade de vida da mulher. O preparo adequado do corpo para a gestação e o parto é investimento em saúde capaz de prevenir complicações, reduzir sofrimento, acelerar a recuperação no pós-parto e promover experiências positivas de maternidade. Valorizar a fisioterapia obstétrica como componente da assistência pré-natal é passo necessário para oferecer cuidado integral e humanizado às gestantes brasileiras.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, R. S. et al. Benefícios da acupuntura no controle da lombalgia gestacional: uma revisão sistemática da literatura. **Revista Fisioterapia & Terapias**, v. 5, n. 2, p. 78-92, 2022. Disponível em: <https://revistaft.com.br/beneficios-da-acupuntura-no-controle-da-lombalgia-gestacional-uma-revisao-sistematica-da-literatura/>. Acesso em: 06 out. 2025.

COSTA, M. L. et al. Atuação da fisioterapia pélvica na prevenção de incontinência urinária em gestantes. **Revista UniLS**, v. 3, n. 1, p. 45-62, 2024. Disponível em: <https://revista.unils.edu.br/index.php/files/article/view/45>. Acesso em: 09 out. 2025.

FERREIRA, K. C. L. et al. Efeitos do fortalecimento da musculatura do assoalho pélvico em gestantes: revisão integrativa. **Revista Multidisciplinar de Estudos Científicos em Saúde**, v. 10, n. 1, p. 34-48, 2025. Disponível em: <https://portalunifipmoc.emnuvens.com.br/rm/article/view/131>. Acesso em: 07 out. 2025.

LEON-LARIOS, F. et al. Influence of a pelvic floor training programme to prevent perineal trauma: a quasi-randomised controlled trial. **Midwifery**, v. 50, p. 72-77, 2017. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28391147/>. Acesso em: 08 out. 2025.

MARINHO, M. M. R. et al. Importância da fisioterapia pélvica na preparação para o parto natural. **Revista Diálogos em Saúde**, v. 5, n. 1, p. 260-274, 2022. Disponível em: <https://periodicos.iesp.edu.br/dialogosemsaude/article/view/539/379>. Acesso em: 05 out. 2025.

MARQUES, L. P. et al. Atuação e prevenção da fisioterapia pélvica em gestantes com incontinência urinária. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 16, n. 11, p. e19357, 2024. Disponível em: <https://periodicorease.pro.br/rease/article/download/19357/12072/54092>. Acesso em: 06 out. 2025.

OLIVEIRA, D. K. et al. Fisioterapia pélvica no tratamento e prevenção da incontinência urinária em mulheres no período pré e pós-natal: uma revisão sistemática de estudos clínicos. **Revista Fisioterapia & Terapias**, v. 7, n. 3, p. 112-128, 2024. Disponível em: <https://revistaft.com.br/fisioterapia-pelvica-no-tratamento-e-prevencao-da-incontinencia-urinaria-em-mulheres-no-periodo-pre-e-pos-natal-uma-revisao-sistematica-de-estudos-clinicos/>. Acesso em: 07 out. 2025.

PERUZZI, J. et al. Fisioterapia nas disfunções do assoalho pélvico e na sexualidade durante o período gestacional. **LILACS Database**, ID: biblio-910998, 2018. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-910998>. Acesso em: 09 out. 2025.

RAMAR, C. N. et al. Perineal Lacerations. StatPearls [Internet], **Treasure Island (FL): StatPearls Publishing**, 2024. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK559068/>. Acesso em: 10 out. 2025.

REIS, A. M. C. et al. Fisioterapia e sua aplicabilidade nas disfunções do assoalho pélvico em gestantes e puérperas. **Research, Society and Development**, v. 12, n. 9, p. e44170, 2023. Disponível em: <https://rsdjournal.org/rsd/article/download/44170/35452>. Acesso em: 02 out. 2025.

RIBEIRO, A. A. S. et al. Intervenções fisioterapêuticas na incontinência urinária durante a gestação. **Revista de Fisioterapia**, v. 12, n. 2, p. 45-58, 2024. Disponível em: <https://ri.unipac.br/repositorio/wp-content/uploads/ainacan-items/282/284595/ANDRESSA-AGATA-DA-SILVA-RIBEIRO-INTERVENCOES-FISIOTERAPEUTICAS-NA-INCONTINENCIA-URINARIA-FISIOTERAPIA-2024.pdf>. Acesso em: 04 out. 2025.

SANTOS, A. E. A. et al. Physiotherapy intervention in the prevention of perineal laceration. **Journal of Research Knowledge and Science**, v. 3, n. 1, p. 13456, 2022. Disponível em: <https://www.seer.ufal.br/index.php/jrks/article/view/13456>. Acesso em: 04 out. 2025.

SANTOS, A. J. R. et al. Prevalência de incontinência urinária em gestantes de alto risco e os fatores associados. **Fisioterapia Brasil**, v. 25, n. 1, p. 88-102, 2024. Disponível em: <https://ojs.atlanticaeditora.com.br/index.php/Fisioterapia-Brasil/article/view/362>. Acesso em: 08 out. 2025.

SILVA, A. M. G. et al. A importância da fisioterapia pélvica na incontinência urinária em gestantes e puérperas. **Revista Contemporânea**, v. 4, n. 11, p. 28456-28472, 2024. Disponível em: <https://ojs.revistacontemporanea.com/ojs/index.php/home/article/view/6379>. Acesso em: 02 out. 2025.

SILVA, E. G. et al. Atuação do profissional de fisioterapia pélvica em mulheres com incontinência urinária. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 24, n. 5, p. e16552, 2024. Disponível em: <https://periodicorease.pro.br/rease/article/download/16552/9128/39056>. Acesso em: 05 out. 2025.

SILVA, M. L. et al. The effectiveness of interventions in the prevention of perineal trauma: a systematic review. **International Urogynecology Journal**, v. 34, n. 8, p. 1845-1857, 2023. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0301211523000532>. Acesso em: 01 out. 2025.

SOUSA, Arabele Nunes de et al. Atuação Fisioterapêutica para Prevenção da Laceração Perineal Durante o Trabalho de Parto: Uma Revisão Integrativa. **Revista Fisioterapia & Terapias**, v. 10, n. 11, 2024. Disponível em: <https://revistaft.com.br/atuacao-fisioterapeutica-para-prevencao-da-laceracao-perineal-durante-o-trabalho-de-parto-uma-revisao-integrativa/>. Acesso em: 17 set. 2025.

SOUSA, T. F. G. de. Fisioterapia na incontinência urinária. **Revista Multidisciplinar do Nordeste Mineiro**, v. 5, n. 1, 2022. Disponível em: <https://revistajrg.com/index.php/jrg/article/view/1596>. Acesso em: 17 set. 2025.

SOUSA, T. F. G. et al. Fisioterapia na incontinência urinária: uma revisão sistemática. **Journal of Research and Knowledge Spreading**, v. 5, n. 1, p. e1596, 2024. Disponível em: <https://revistajrg.com/index.php/jrg/article/view/1596>. Acesso em: 03 out. 2025.

TEIXEIRA, D. M. J. et al. Perineal massage as a physical therapeutic resource for the prevention of laceration in vaginal birth: literature review. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 9, p. e31791, 2022. Disponível em: <https://rsdjournal.org/rsd/article/view/31791>. Acesso em: 03 out. 2025.