**FACULDADE PATOS DE MINAS**

**GRADUAÇÃO EM FISIOTERAPIA**

**FABRICIA DA CRUZ BARROS**

**FISIOTERAPIA APLICADA NO TRATAMENTO DA INCONTINÊNCIA URINÁRIA EM MULHERES NO PÓS-PARTO NORMAL**

**PATOS DE MINAS**

**2019**

**FABRICIA DA CRUZ BARROS**

**FISIOTERAPIA APLICADA NO TRATAMENTO DA INCONTINÊNCIA URINÁRIA EM MULHERES NO PÓS-PARTO NORMAL**

Artigo apresentado à Faculdade Patos de Minas como requisito parcial para a conclusão do Curso em Fisioterapia.

Orientadora: Prof.ª. Me. Ana Caroline Fernandes Marafon

**PATOS DE MINAS**

**2019**FACULDADE PATOS DE MINAS

DEPARTAMENTO DE FISIOTERAPIA

Curso de Bacharelado em Fisioterapia

FABRICIA DA CRUZ BARROS

FISIOTERAPIA APLICADA NO TRATAMENTO DA INCONTINÊNCIA URINÁRIA EM MULHERES NO PÓS-PARTO NORMAL

Banca Examinadora do Curso de Bacharelado em Fisioterapia composta no dia 28 de novembro de 2019

Trabalho de Conclusão de Curso aprovado, pela comissão examinadora constituída pelos professores:

Orientadora: Prof.ª. Me. Ana Caroline Fernandes Marafon

Faculdade Patos de Minas

Examinadora: Prof.ª. Dr. Mariane Fernandes Ribeiro

Faculdade Patos de Minas

Examinadora: Prof.ª.Me.Carla Cristina Andrade

Faculdade Patos de Minas

**FISIOTERAPIA APLICADA NO TRATAMENTO DA INCONTINÊNCIA URINÁRIA EM MULHERES NO PÓS-PARTO NORMAL**

**PHYSIOTERAPY APPLIED IN THE TREATMENT OF URINARY INCONTINENCE IN WOMEN IN NORMAL POSTPARTUM**

Fabricia da Cruz Barros

fabriciadacruzbarros@hotmail.com

Prof.ª. Me. Ana Caroline Fernandes Marafon

anacarolmarafon@hotmail.com

**RESUMO**

Incontinência urinária é a perda involuntária de qualquer quantidade de urina. Essa disfunção é motivadora de prejuízos físicos, psicológicos e sociais, e acomete de 20% a 50% da população feminina ao longo da vida. De acordo com a Sociedade Internacional de Continência, a Incontinência Urinária pode ser descrita através de sintomas, e por meio de observação urodinâmica, sendo classificada em Incontinência Urinária de Esforço, urge-incontinência ou Incontinência Urinária mista. Este estudo teve como objetivo discorrer sobre aspectos relacionados aos tratamentos fisioterapêuticos aplicados na incontinência urinária no pós-parto normal e compreender a importância da fisioterapia no fortalecimento do assoalho pélvico.O estudo trata-se de uma revisão de literatura narrativa com pesquisa de artigos científicos, nos idiomas português, inglês e espanhol, realizada nas bases de dados Pubmed, Google acadêmico, Scielo, Bireme, Lilacs e Medline através de artigos publicados de 2010 a 2019. A busca foi conduzida utilizando as palavras-chave “fisioterapia”, “incontinência urinária”, “parto normal”, “fortalecimento assoalho pélvico”. Foram incluídos artigos que abordam a etiologia, parto normal e o tratamento da incontinência urinária, especificamente aqueles que utilizaram cinesioterapia e biofeedback. A fisioterapia dispõe de bons recursos com resultados evidentes, que podem ser utilizados para o tratamento da incontinência urinária no pós-parto normal, sendo a escolha do tipo de tratamento ideal de acordo com a necessidade de cada paciente. A fisioterapia do assoalho pélvico é o tratamento conservador mais efetivo, e que através de técnicas desde a terapia comportamental, cinesioterapia e eletroterapia estimula o paciente dando motivação que é uma importante parte para o sucesso do tratamento, além de ser um tratamento não invasivo, eficaz e oferecer ao paciente uma boa recuperação.

**Palavras-chave:** Fisioterapia; Tratamento; Incontinência urinária; Mulheres; Parto normal.

**ABSTRACT**

Urinary incontinence is the involuntary loss of any amount of urine. This dysfunction motivates physical, psychological and social damage, and affects 20% to 50% of the female population throughout life. According to the International Continence Society, urinary incontinence can be described by symptoms, and by urodynamic observation, being classified as Stress Urinary Incontinence, Urge Incontinence, or Mixed Urinary Incontinence. This study aimed to discuss aspects related to physical therapy treatments applied to urinary incontinence in the normal postpartum and to understand the importance of physical therapy in strengthening the pelvic floor. The study is a review of narrative literature with search for scientific articles, in Portuguese, English and Spanish, performed in the databases Pubmed, Google Scholar, Scielo, Bireme, Lilacs and Medline through articles published from 2010 to 2019. The search was conducted using the keywords “physiotherapy”, “urinary incontinence”, “normal birth”, “pelvic floor strengthening”. Articles addressing the etiology, normal delivery and treatment of urinary incontinence, specifically those using kinesiotherapy and biofeedback, were included. Physical therapy has good resources with evident results that can be used for the treatment of urinary incontinence in the normal postpartum, being the choice of the ideal type of treatment according to the needs of each patient. Pelvic floor physiotherapy is the most effective conservative treatment, and through techniques such as behavioral therapy, kinesiotherapy, and electrotherapy, it encourages the patient to provide motivation that is an important part of successful treatment, as well as being a non-invasive, effective treatment. and offer the patient a good recovery.

**Keywords:** physiotherapy. Treatment.; Urinary incontinence; woman;.

**INTRODUÇÃO**

Incontinência urinária (IU) é a perda involuntária de qualquer quantidade de urina. Essa disfunção é motivadora de prejuízos físicos, psicológicos e sociais, e acomete de 20% a 50% da população feminina ao longo da vida. De acordo com a Sociedade Internacional de Continência, a IU pode ser descrita através de sintomas, e por meio de observações urodinâmicas, sendo denominada Incontinência Urinária de Esforço (IUE), urge-incontinência ou IU mista. A IUE, definida pela perda involuntária de urina durante a tosse, espirro ou esforços físicos, e acomete 49% das mulheres incontinente sendo a mais prevalente na população em geral. A urge-incontinência (IUU) tem prevalência de 22% dos casos de IU feminina, sendo descrita como queixa de perda involuntária de urina precedida imediatamente de urgência, acompanhada de desejo repentino e inadiável de urinar (1). A Mista é resultante da combinação da incontinência urinária de esforço (IUE) e urgência (IUU) (2).

A presença da IUE compromete a qualidade de vida das mulheres em todas as idades, principalmente nas com menos de 45 anos. Entretanto muitas mulheres consideram a perda urinária isolada uma situação normal, ocasionando o não relato do impacto nas atividades diárias e a omissão desses sintomas aos seus médicos (1). Intervenções não invasivas como a fisioterapia pode atenuar as graves consequências da gestação e do trauma obstétrico sobre o assoalho pélvico melhorando a qualidade de vida (3).

As mulheres com IU tendem a limitar suas atividades de vida social, sem a conscientização de que se trata de uma patologia tratável, tendo no seu imaginário esta situação associada ao próprio processo natural de envelhecimento (4).

A gravidez constitui uma fase do ciclo de vida que poderia transcorrer sem desvio da saúde, porém resulta em si uma crise adaptativa complexa gerando transformações fisiológicas, emocionais, interpessoais e sócios demográficas, nas quais envolvem em um potencial de risco eminente e por isso demanda atenção e atendimento multidisciplinar de saúde (5).

No Brasil os índices de morbimortalidade materna e peri-natal ainda são considerados altos pela Organização Mundial de Saúde (OMS), sendo na maioria das vezes associadas à intercorrências obstétricas que potencialmente poderiam ser evitáveis (5).

A gestação e o parto estão relacionados com as estruturas anatômicas, componentes funcionais e fisiológicos da pelve feminina, mais especificamente com o assoalho pélvico (6).

A ocorrência de sintomas urinários está associada a alterações anatômicas e a danos neurológicos decorrentes do trauma obstétrico, que podem levar á graves perdas de sustentação do colo vesical e da uretra proximal. Entretanto, estudos relatam o aparecimento destes sintomas no decorrer da primeira gestação, sugerindo que os fatores envolvidos em seu desencadeamento não estão exclusivamente relacionados aos danos provocados pelo parto normal (7). O parto pode ser normal / natural, ou realizado através de procedimento cirúrgico conhecido como Cesárea ou cesariana. O parto normal é considerado um episódio fisiológico, associado ao desenvolvimento de contrações dolorosas e rítmicas do útero, condicionando a dilatação do colo do útero, a qual varia de 2 a 10 centímetros de dilatação, caracterizando um alargamento necessário para que ocorra a expulsão do bebê. É recomendado pelas políticas de saúde por ser mais prático e vantajoso em termos de segurança e recuperação para as gestantes. A Cesárea é necessária uma incisão cirúrgica na parede abdominal para a extração manual do bebê e indicada em casos em que o parto normal ofereça risco a parturiente e ao bebê (8,9).

Durante o parto, o assoalho pode sofrer disfunções como frouxidão muscular e de tecidos moles, rupturas e/ou alterações no tônus. A relação dessa musculatura com os órgãos pélvicos pode favorecer no surgimento de alterações quanto ao controle da micção, uma vez que a massa total do útero aumenta a fim de acomodar o feto em crescimento, o que permite exercer uma pressão sobre o reto e a bexiga urinária, determinando constipação e micção freqüente. Na hora do parto durante a passagem do bebê pela vagina, algumas lesões podem acontecer como as lacerações e a episiotomia, causando mais danos aos mesmos (10,11).

Pesquisas mostram que o tratamento fisioterapêutico é de grande relevância e demonstra bons resultados no manejo da IU através de fortalecimento do assoalho pélvico. A Sociedade Internacional de Continência (ICS) e diversas outras normas recomendam que a fisioterapia seja a primeira escolha de tratamento, pela menor prevalência de reações adversas, e obter como vantagem ser de baixo custo e evita em muitos casos a intervenção cirúrgica. Segundo a Sociedade Internacional o manuseio inicial da IU deve ser feito através de uma minuciosa anamnese que inclui: exame físico, análise da qualidade de vida, testes e questionários específicos (12,13).

O tratamento da IU é composto por duas modalidades: conservador e cirúrgico. O tratamento cirúrgico não é eficaz em todos os casos, além de que podem ocorrer recidivas dos sintomas antes de cinco anos. O tratamento conservador mais efetivo é a fisioterapia do assoalho pélvico, que através de técnicas desde a terapia comportamental, cinesioterapia, eletroterapia, estimula o paciente dando motivação que é uma importante parte para o sucesso do tratamento (14).

Este estudo teve como objetivo, discorrer sobre aspectos relacionados a tratamentos fisioterapêuticos aplicados na incontinência urinária no pós-parto normal e compreender a relevância da fisioterapia no fortalecimento do assoalho pélvico.

**METODOLOGIA**

O estudo trata-se de uma revisão de literatura narrativa com pesquisa de artigos científicos, nos idiomas português, inglês e espanhol, realizada nas bases de dados Pubmed, Google acadêmico, Scielo, Bireme, Lilacs e Medline através de artigos publicados de 2010 a 2019. A busca foi conduzida utilizando as palavras-chave “fisioterapia”, “Incontinência Urinária”, “Parto normal”, “fortalecimento assoalho pélvico”. Foram incluídos os artigos que abordam a etiologia, parto normal e o tratamento da incontinência urinária, especificamente aqueles que utilizaram cinesioterapia e biofeedback.

**REVISÃO DA LITERATURA**

**Anatomia do assoalho pélvico**

O assoalho pélvico (AP) é de grande importância para sustentação e suporte das vísceras pélvicas e continência urinária e fecal, sendo assim fundamental uma harmonia tanto nas estruturas anatômicas quanto nas funcionais para se ter um adequado desempenho (15).

Entender a anatomia e fisiologia da musculatura do AP é importante para que durante o parto normal seja possível prevenir ou diminuir traumas aos músculos que são envolvidos durante o parto. O assoalho pélvico feminino possui três compartimentos: anterior formado pela bexiga e uretra, médio pela vagina e posterior formado pelo reto. As estruturas de sustentação são: fáscias pélvicas (ligamento pubo-vesical, redondo do útero, uterossacro e ligamento cervical transverso), diafragma pélvico (músculo elevador do ânus) (16).

Considerada uma estrutura óssea a pelve é composta por: ossos ílio, ísquio, púbis, sacro e cóccix, que tem como função de proteger os órgãos pélvicos, ser ponto de fixação para os músculos, sustentação para o corpo, transferência de peso corpóreo para os membros inferiores, principalmente o útero, bexiga e o reto, além de fornecer ação esfincteriana para a uretra, vagina e reto e liberar passagem do feto durante o parto (17).

O assoalho pélvico é composto pelos músculos iliococcígeo, pubococcígeo, puborretal e elevador do ânus que é considerado um dos principais músculos do AP. Os músculos isquiocavernoso, bulbocavernoso e transverso do períneo fazem parte do diafragma urogenital. As disfunções do assoalho pélvico estão associadas à fraqueza dos músculos do assoalho pélvico (18).

O feixe puborretal originado na superfície inferior do púbis e medialmente a origem do músculo pubococcigeo. O feixe puborretal é relativamente espesso e situado na face inferior atrás do reto, no nível da junção anorretal, onde tem suas fibras cruzadas. O feixe pubococcigeo inserido no nível do cóccix é originado na sínfise púbica (19).

**Anatomia e fisiopatologia da micção**

A bexiga é um órgão muscular oco e elástico com paredes musculares resistentes. Eliminar e armazenar urina principal função. É dividido em ápice (anterior), copo, fundo (posterior), colo e úvula (20).

É fundamental que ocorra uma interação entre diferentes músculos, nervos parassimpáticos, simpáticos, somáticos, sensoriais e trabalhem em conjunto para que o complexo processo de esvaziamento da bexiga e o armazenamento da urina possam ocorrer de forma correta. A falha de qualquer uma dessas estruturas pode levar ao desenvolvimento da incontinência urinária (21).

O mecanismo de continência urinária, e o trato urinário inferior são regulados pelo Sistema Nervoso Autônomo (SNA) e inervado por um complexo neuronal integrado pelos circuitos neuronais periféricos aferentes e eferentes, incluindo o SNA simpático, parassimpático e neurônios somáticos. O sistema nervoso simpático tem como função incentivar o fechamento do esfíncter da uretra, bem como durante o enchimento da bexiga relaxar o músculo detrusor. Durante a micção a contração do músculo detrusor e o relaxamento do esfíncter uretral é função do sistema nervoso parassimpático (22).

Formado por estruturas com contato direto com ela, o leito da bexiga é constituído por: de cada lado púbis e fáscias que revestem o músculo obturador interno e elevador do ânus, posteriormente pelo reto ou vagina (23).

**Treinamento e reabilitação do assoalho pélvico para a Incontinência Urinária**

O Treinamento de contração da musculatura do assoalho pélvico aproxima, e eleva a musculatura além de ser importante para que se tenha o fechamento da uretra. A duração do tratamento para que se tenha a hipertrofia do músculo é de no mínimo três meses. O fortalecimento do AP se torna imprescindível devido a inúmeras disfunções que podem ocorrer nessa musculatura, além das alterações naturais (16, 28).

Reeducação da musculatura do assoalho pélvico e fortalecimento são os principais objetivos da fisioterapia, sendo que, na maioria dos tipos de incontinência urinária apresentem diminuição da força desses músculos (24). Vários são os benefícios advindos da fisioterapia, representando, portanto a melhora da percepção e consciência corporal da região pélvica, aumento da vascularização, tonicidade e força dos músculos do assoalho pélvico (25).

Os recursos fisioterapêuticos abrangem: exercícios para músculos do assoalho pélvico, cinesioterapia (exercícios de Kegel), biofeedback e cones vaginais (26).

A cinesioterapia visa o fortalecimento muscular e é tão imprescindível quanto à avaliação da capacidade das mulheres em contrair de forma correta esse grupo muscular (27).

Exercícios de Kegel também conhecidos como exercícios da musculatura pélvica são exercícios capazes de promover o fortalecimento dos músculos do AP, melhorar a função do esfíncter uretral e oferecer reeducação perineal (29).

São exercícios que o paciente pode realizá-los em qualquer posição como: sentado em uma cadeira, deitado ou em pé. A orientação é de que o paciente realize de 8 a 12 exercícios de contração e relaxamento do assoalho pélvico 3 vezes ao dia todos os dias da semana. Os resultados podem ser observados a partir do primeiro mês, porem é recomendado continuar os exercícios por pelo menos 3 meses (30).

O Biofeedback é realizado através de um dispositivo capaz de mostrar os sinais biológicos dos músculos do AP durante a contração voluntária e apresenta informações de volta a mulher de forma auditiva e/ou visual, dando consciência e possibilitando uma correta contração do músculo do AP (31).

Os cones vaginais têm como objetivo fortalecer a musculatura assoalho pélvico. Apresentam três tipos de variações de peso: 20, 40 e 70 g, tendo como recomendações ser usados durante 20 minutos por dia e conforme a paciente vai ganhando forças em sustentar os cones devem ser evoluídos (32).

**CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Neste trabalho foi descrito as causas que levam ao desenvolvimento da incontinência urinária, dentre seus diferentes fatores de risco assim como seu tratamento.

Através do desenvolvimento deste trabalho foi possível analisar o quanto os casos de mulheres que sofrem com este distúrbio, tornam-se cada vez mais frequente, necessitando assim de tratamentos não invasivos, eficazes e ao mesmo tempo em que traga ao paciente uma boa recuperação.

A incontinência urinária pode ser evitada através de fortalecimento da musculatura, com exercícios que podem ser realizados em casa.

O parto normal tem sido relacionado como um dos fatores precipitantes da incontinência urinária, devido ao fato de que o parto normal possa reduzir a força do músculo do assoalho pélvico em mulheres que tiveram filhos. Entretanto ainda não há indícios suficientes para afirmar que o parto cesáreo possa reduzir o risco de desenvolvimento de incontinência urinária ou fecal, enquanto alguns apóiam a pratica da cesariana como forma de proteger o assoalho pélvico.

A cinesioterapia de acordo com algumas pesquisas ao ser comparado com outros tipos de terapia (eletroestimulação, cones vaginais) demonstra ser a mais apropriada. O biofeedback também é citado como sendo adequado ao ser utilizado isoladamente ou associado a outras técnicas, tendo como beneficio uma maior percepção da área a ser trabalhada.

Com isso, conclui-se que a fisioterapia dispõe de bons recursos com resultados evidentes, que podem ser utilizados no tratamento da incontinência urinaria no pós-parto normal, sendo a escolha do tipo de tratamento ideal de acordo com a necessidade de cada paciente.

**REFERÊNCIAS**

1. Figueiredo EM, Lara JO, Cruz MC, Quintão DMG, Monteiro MVC. Perfil sociodemográfico e clinico de usuárias de serviço de Fisioterapia Uroginecológica da rede pública. Rev. Bras Fisioter, São Carlos, 2010 mar - abr;12(2):132-142.

2. Glisoi SFN, Girelli P. Importância da Fisioterapia na conscientização e aprendizagem da contração da musculatura do assoalho pélvico em mulheres com incontinência urinaria. Rev. Bras clin Med. São Paulo, 2011 nov-dez;9(6):408-413.

3. Scarpa KP, Hermann V, Palma PC, Ricetto CL, Morais S. Sintomas do trato urinário inferior três anos após o parto: estudo prospectivo. Rev. Bras Ginecol obstet. 2010; 30(7): 355-359.

4. Fernandes S, Coutinho E, Duarte J, Nelas PA, Chaves CM, Amaral O. Qualidade de vida em mulheres com incontinência urinária. Revista de enfermagem referencia 2015; abr/mai/jun5(5).

5. Pereira SV, Bachion MM. Diagnostico de enfermagem identificada em gestantes durante o pré- natal. Rev. Bras enferm 2010 nov-dez; 58(6): 659-664.

6. Assis L. Efetividade de exercícios do assoalho pélvico durante a gestação como medida preventiva da incontinência urinaria e da disfunção muscular do assoalho pélvico. 2010. 90f. Dissertação (mestrado) Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Medicina de Botucatu, 2010.

7. Scarpa KP, Hermann V, Palma PC, Ricetto CL, Morais S. Prevalência de sintomas urinários no terceiro trimestre da gestação. Rev. Assoc Med. Bras. 2010; 52(3): 153-156.

8. Vicente AC, Lima AK, Lima C. Parto Cesário e parto normal: uma abordagem acerca de riscos e benefícios. Rev. temas em saúde João Pessoa 2017; 17(4).

9- Costa et al. Episiotomoa nos partos normais: uma revisão de literatura. Rev facene/famene. Mossoro/RN 2011, v.9, n.2, p.45-50

10. Parente LC, Cunha SH. Fisioterapia na incontinência urinária no pós-parto. Rev fisioterapia Brasil, v.8, n.4 jul-ago 2017

11. Bavaresco GZ et al. O fisioterapeuta como profissional de suporte a parturiente. Rev ciência & saúde coletiva, v.16, n.7, p.3259-3266, 2011

12. Alves RM. Atuação da Fisioterapia na incontinência urinária em gestantes: prevenção e tratamento. 2018. 41f. Trabalho de conclusão de curso. Universidades de Cuiabá -Unic. Cuiabá MT 2018.

13. Gliosoi S, Girelli P. Importância da fisioterapia na conscientização e aprendizagem da contração da musculatura do assoalho pélvico em mulheres com incontinência urinaria. Rev. Bras clin Med. São Paulo, 2011 nov-dez,9(6):408-13.

14. Silva G, Freitas A, Scarpelini P, Haddad C. tratamento Fisioterapêutico da continência urinaria de esforço-relato de caso clinico. Revista UNILUS Ensino e Pesquisa. 2014. (11)-25-19.

15. Maia A, Melo A, Souza A, Souza I, Martinelli P. Os benefícios da cinesioterapia e eletroestimulção para fortalecimento do assoalho pélvico feminino: uma revisão sistematizada. Dêciência em Foco. 2018; 2 (1):103-112.

16. Glisoi SFN, Girelli P. Importância da fisioterapia na conscientização e aprendizagem da contração da musculatura do assoalho pélvico em mulheres com incontinência urinária. Rev. Bras. Clin Med.2011; 9 (6):408-13.

17. Bertoldi JT, Ghisleri AQ, Piccinini BM. Fisioterapia na incontinência urinária de esforço: revisão de literatura. Rev. Dep. Educ. Fis. Saúde. 2014 ;15(4):224-229.

18. Nascimento MS, Trippo KV, Saraiva A. Terapia por exposição a realidade virtual no fortalecimento do assoalho pélvico: uma revisão sistemática.SFM.2017;5(1):47-60.

19. Carrilo GK, Sanguinete MA, Anatomia del piso pélvico. Rev. Med. Clin. Condes. 2013; 24(2):185-189.

20. Juc RU, Colombari E, Sato MA. Importância do sistema nervoso no controle da micção e armazenamento urinário. ABC. Jan./Abr. 2011;36(1):55-60.

21. Cândido FJLF, Matnei T, Galvão LC, Santos VLJ, Santos MC, Sarris AB et al. Incontinência urinária em mulheres: breve revisão de fisiopatologia, avaliação e tratamento. Visão Acadêmica. Jul/Set. 2017;Curitiba.18(3):67-80.

22. Padilha JF, Braz MM, Seidel EJ, Mazo GZ, Marques JLB, Marques CMG. Avaliação da modulação autonômica cardíaca no processo de enchimento da bexiga em mulheres com incontinência urinária: perspectiva da fisioterapia. Fisioter Pesq. 2017;24(4):363-370.

23 Juc RU, Colombari E, Sato MA. Importância do sistema nervoso no controle da micção e armazenamento urinário. ABC. Jan./Abr. 2011;36(1):55-60.

24. Cândido FJLF, Matnei T, Galvão LC, Santos VLJ, Santos MC, Sarris AB et al. Incontinência urinária em mulheres: breve revisão de fisiopatologia, avaliação e tratamento. Visão Acadêmica. Jul/Set. 2017;Curitiba.18(3):67-80.

25. Delgado AM, Ferreira ISV, Sousa MA. Recursos fisioterapêuticos utilizados no tratamento das disfunções sexuais femininas. Rev cientifica da escola da saúde. out. 2014/ jan. 2015;4(1):47-56.

26. Stein SR, Pavan FV, Nunes EFC, Latorre GVS. Entendimento da fisioterapia pélvica como opção de tratamento para as disfunções do assoalho pélvico por profissionais de saúde da rede pública. Rev. Ciênc. Méd. 2018;27(2):65-72.

27. Sousa J, Ferreira V, Oliveira R, Cestari CE. Avaliação da força do assoalho pélvico em idosas com incontinência urinária. Fisioter. mov.jan/mar. 2011;Curitiba. 24(1):39-46.

28. Scaldazza, C. V. ET.al. Percutaneous tibial nerve stimulation versus eletrical stimulation with pelvic floor muscle training for overactive blander syndrome in women: results of a radomized controlled study. Int Braz J Urol. 2017.

29. Cardoso G, Segatto LC, Frey KI, Schuh CM, Sudbrack AC. Protocolo de exercicios de kegel associados s eletroestimulação no tratamento pós-bartolinectomia: um estudo de caso. Rev interd promoc. Saúde. Vol 1(3) jul/set 2018.

30. Brubaker L. Patient education: pelvic floor muscle exercises (Beyond Basics). Waltham (MA): upToDate, 2016. Disponível em: http://www.uptodate.com/contents/

pelvic-floor-muscle-exercises-beyond-the-basics. Acesso em: 07 nov. 2019.

31. Filho A, Fonseca A, Camillato E, Cangussu R. Análise dos recursos da musculatura do assoalho pélvico em mulheres com prolapso e incontinência urinária. Fisioter Pesq. 2013;20(1):90-96.

32. Glória G, Meija DP. Fortalecimento do assoalho pélvico através dos exercícios de kegel no tratamento de prolapso uterino. Rev. Ciênc. Med. 2018;27(2):65-72.

**AGRADECIMENTOS**

Eu, Fabricia da Cruz Barros.

Primeiramente, agradeço a Deus pela vida e saúde que tens me dado e a oportunidade e força para concluir esta etapa de minha vida, pois sabemos que sem sua graça não tinha chegado a este tão sonhado momento e nada disso seria possível. Agradeço aos meus pais por serem tão amáveis e importantes na minha vida e por todo apoio durante todos os anos da faculdade. Ao meu filho João Gabriel por ser o meu maior motivo de não desistir, ao meu companheiro João Batista pelo apoio e compreensão em todas as minhas ausências, aos meus irmãos Fabiane, José Humberto e principalmente a minha irmã Tatiane que hoje é minha maior saudade e desde o inicio foi quem mais me ajudou e incentivou a não desistir do meu sonho, de onde estiver receba a minha eterna gratidão. A todos os meus colegas em especial a Daiane que nesta reta final estar sendo muito importante para mim o meu muito obrigado pelo apoio nas horas em que mais precisei aos professores pelo conhecimento que nos concederam e agradeço especialmente a minha orientadora Ana Caroline Marafon e a professora de TCC Mariane Fernandes Ribeiro, que através de seus conhecimentos direcionou meu estudo sempre ajudando e disposta a ensinar.

Obrigada a todos que torceram por mim, que desejaram que tudo desse certo, isso será um momento inesquecível para mim, guardarei eternamente na minha memória. Gratidão!

**DECLARAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO**

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada à fonte.

Faculdade Patos de Minas – Patos de Minas, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_de \_\_\_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fabricia da Cruz Barros

Orientanda

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ana Caroline Fernandes Marafon

Orientadora

**DECLARAÇÃO DAS DEVIDAS MODIFICAÇÕES EXPOSTAS EM DEFESA PÚBLICA**

Eu\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , matriculado sob o número \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ da FPM, DECLARO que efetuei as correções propostas pelos membros da Banca Examinadora de Defesa Pública do meu TCC intitulado:

E ainda, declaro que o TCC contém os elementos obrigatórios exigidos nas Normas de Elaboração de TCC e também que foi realizada a revisão gramatical exigida no Curso de Graduação em \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ da Faculdade Patos de Minas.

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Assinatura da Aluna Orientanda**

**Graduanda Concluinte do Curso**

**DECLARO,** na qualidade de Orientadora que o presente trabalho está **AUTORIZADO** a ser entregue na Biblioteca, como versão final.

**Professora Orientadora**