

A importância da Fisioterapia em mulheres que possuem incontinência no pós parto.

Fernanda Ferreira Possa¹
Maria Isabela Ramos Haddad²
Fábio Henrique Silva Garcia³
Ghisele Alves Ferreira⁴
Maiara Borges Vieira⁵
Rafael Carvalho de Freitas⁶

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

Palavras-chave: Incontinência urinária, pós-parto, fisioterapia.

1. INTRODUÇÃO

Segundo a International Continence Society (ICS), a incontinência urinária (IU) é definida como qualquer perda urinária involuntária de urina, com ênfase nas consequências negativas que isso acarreta na qualidade de vida, tanto na esfera física, psíquica e sexual como na morbimortalidade. Um artigo de revisão mostrou que a prevalência de IU varia de 5% a 70% de acordo com os estudos, e a maioria deles reporta uma prevalência de 25% a

¹ Acadêmica do curso de Fisioterapia da Faculdade UNIFAMA – Guarantã do Norte.

² Mestrado em Fisioterapia pela Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, Brasil (2017). E-mail: Mariaisabelahaddad@gmail.com.

³ Pós-Graduação em Docência pela UNYLEYA.

⁴ Mestrado em Promoção à Saúde pela Universidade de Franca (2003).

⁵ Pós-Graduação em Ergonomia do Trabalho pela Faculdade de Saúde de São Paulo (FASSP 2016).

⁶ Mestre, bolsista da CAPES, do programa de pós-graduação em Patologia Experimental da UEL (2014).

45%. Vários estudos mostram que mulheres que já deram à luz têm mais chances de ter disfunções do assoalho pélvico (AP) do que mulheres que nunca pariram, independente da via de parto. A IU é três vezes mais comum em mulheres que já pariram, e o prolapso genital é duas vezes mais frequente.

Blomquist et al. realizaram um estudo prospectivo com 1.528 mulheres que haviam tido parto do primeiro filho há 15 anos e constataram que 34,3% apresentavam sintomas de IU e 30% apresentavam prolapso genital, comprovando a influência da paridade na gênese dessas afecções. Observaram ainda que o parto vaginal estava associado a um maior risco de IU, síndrome dabexiga hiperativa e prolapso genital.

Porém, não há consenso na literatura sobre o impacto do parto vaginal na prevalência da IU. Outro estudo com 1.258 mulheres atendidas em uma clínica de uroginecologia mostrou que o parto vaginal está associado a um risco duas vezes maior de disfunções do AP do que o parto cesáreo. Por outro lado, um estudo randomizado mostrou que não há diferença na prevalência de IU em mulheres com cesárea eletiva (17,8%) e com parto vaginal (21,8%).

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

Durante a gravidez, o assoalho pélvico é um dos responsáveis por sustentar o peso abdominal e extra pélvico (bebê, útero, placenta e líquido amniótico). No parto, o assoalho pode sofrer disfunções como frouxidão muscular e de tecidos moles, rupturas e/ou alterações no tônus.

A relação dessa musculatura com os órgãos pélvicos pode favorecer no surgimento de alteração quanto ao controle da micção, uma vez que a massa total do útero aumenta a fim de acomodar o feto em crescimento, o que permite exercer uma pressão sobre o reto e a bexiga urinária, determinando constipação e micção frequente.

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

Segundo Vokaer (1955) apud Neme (2000) o período pós-parto pode ser dividido em 3 momentos: pós-parto imediato (1°. ao 10°. dia após a parturição), pós-parto tardio (11°. ao 45°. dia) e pós-parto remoto (além de 45 dias).

Pós-parto remoto (além de 45 dias). No pós-parto imediato domina a crise genital; prevalecem os fenômenos catabólicos e involutivos das estruturas hipertrofiadas ou hiperplasiadas durante a gravidez. Ocorrem as mais dramáticas alterações fisiológicas, assim como o surgimento de complicações. Já o pós-parto tardio é o período em que todas as funções começam a ser influenciadas pela lactação. E no pós-parto remoto é um período com duração imprecisa, já que nas mulheres que não amamentam ele é breve (SOUZA, 1999; REZENDE, 2002).

Segundo Carvalho e Ferreira (2011), o tratamento da IU pode ser cirúrgico ou clínico, incluindo o tratamento medicamentoso e a fisioterapia. A fisioterapia é de extrema importância e necessidade nas reabilitações nesse tipo de disfunções, sendo que a fisioterapia uroginecológica é uma especialidade que atua no tratamento conservador das disfunções urogenitais e anorretais, como por exemplo a incontinência urinária de esforço e às distopias genitais. O tratamento fisioterapêutico tem objetivo de melhorar a função muscular, redução /ou eliminação da limitação funcional, no qual são utilizados de diversos recursos como a cinesioterapia, exercícios proprioceptivos, cones vaginais, bi feedback, estimulação elétrica, calendário miccional e outros. Podendo proporcionar ao paciente uma recuperação, prevenção ou reabilitação em seu quadro clínico e devolvendo de forma significativa uma melhora na qualidade de vida (COSTA, 2019).

2. JUSTIFICATIVA

Este estudo foi elaborado com a finalidade de auxiliar na assistência fisioterápicas necessárias para promover a redução de incontinência urinária no período pós-parto.

O treinamento da musculatura pélvica com o fisioterapeuta é recomendado para prevenir a incontinência urinária durante a gravidez e no período pós-parto. Os exercícios recomendados pelo fisioterapeuta apresentam resultados benéficos na massa óssea, bem como na redução de quedas e risco de fraturas.

Enfatiza a assistência fisioterapêutica, os recursos empregados no tratamento da IU durante e após o parto vaginal, com ênfase na abordagem preventiva da IU na mulher e os benefícios que exerce a fisioterapia na prevenção com o fortalecimento do assoalho pélvico.

Culminando com o papel do profissional de fisioterapia no tratamento da IU. É válido dizer que o tratamento fisioterapêutico é capaz de reduzir as consequências ocasionadas pelo parto vaginal através de exercícios perineais específicos para os MAP no pré e pós-parto. (MARCELINO; LANUEZ, 2008).

3. OBJETIVO

Objetivo geral:

Identificar os efeitos benéficos que um programa de fortalecimento do assoalho pélvico é importante na gestação e no pós-parto normal.

Objetivo Específico:

- Descrever a anatomia, fisiologia, gestação e pós parto e os mecanismos utilizados por fisioterapeutas para avaliar o nível de força da musculatura do assoalho pélvico;
- Enfatizar a importância de prevenir e minimizar os piores efeitos que o parto vaginal pode causar no que se refere à incontinência urinária;
- Distinguir que os exercícios do fortalecimento do assoalho pélvico são importantes para prevenir e combater a incontinência urinária no período gestacional e pós-gestacional.

4. METODOLOGIA

5. EXERCÍCIOS E MÉTODOS EMPREGADOS PARA PREVENÇÃO DA INCONTINÊNCIA URINÁRIA

Terapia comportamental objetiva aumentar a capacidade vesical, orientando e treinando a paciente incontinente, o que permite à mulher restabelecer o controle cortical sobre a bexiga. O objetivo é realizar a micção em tempos determinados, separando a percepção da necessidade de urinar do ato de urinar. Por conseguinte, este tipo de terapia consiste em medidas gerais que buscam uma modificação dos hábitos da paciente, que podem estar relacionados com a perda urinária; para conseguir resultados efetivos os recursos mais conhecidos são: esclarecimentos sobre a anatomofisiologia do trato urinário inferior (TUI), incluindo suas possíveis patologias; o treinamento vesical; informações sobre a ingestão hídrica; exercícios pelviperineais/globais; controle de peso, entre outras orientações. (VASCONCELOS et al., 2009).

As mulheres que não praticam exercícios regulares durante a gravidez apresentam um declínio no condicionamento físico, sem contar que a falta de exercícios constitui um dos fatores que aliados a outros se torna susceptível a diversas doenças durante e após a gestação. Ainda que não existam estudos mais aprofundados nesta área, é fato que exercícios de intensidade leve e moderada têm a possibilidade de promover e melhorar a resistência e flexibilidade muscular, sem, contudo, aumentar o risco de lesões ou complicações na gestação. Por conseguinte, a gestante suporta melhor as mudanças ocorridas em seu corpo e atenua as alterações inerentes a este período. (SOUSA, 2011).

Para o treinamento vesical, a forma mais comum é a de estabelecer um intervalo de tempo fixo para a paciente esvaziar a bexiga durante 24 horas. O período entre as micções deve ser gradativo, podendo ser iniciado de 15 em 15 minutos, o que permite à paciente alterar o reflexo da micção, elevando sua capacidade vesical. (HUGE, 2009).

O recurso costuma ser efetivo na presença de frequência urinária, urgência, urge-incontinência, notória causada por instabilidade de causa idiopática ou por hipersensibilidade do detrusor, e, ainda, em casos leves de incontinência urinária de esforço. (RIZZI, 2012).

Vale ressaltar a atenção que o fisioterapeuta deve ter no momento da avaliação, pois mulheres que apresentam falta de autoconfiança, sentimentalismo, dificuldades no ambiente profissional e social vêm sendo apontadas como pacientes potenciais pra desenvolver o ciclo vicioso de urgências e continências. (CHIARAPA; CACHO; ALVES, 2007).

O exercício terapêutico é uma das ferramentas-chave que um fisioterapeuta usa para restaurar e melhorar o bem-estar musculoesquelético ou cardiopulmonar do paciente. Uma meta importante que pode ser alcançada através do exercício terapêutico é o desenvolvimento, melhora ou manutenção da força, que é a habilidade que tem um músculo ou grupo muscular para desenvolver tensão e força resultantes em um esforço máximo, tanto dinâmica quanto estaticamente, em relação às demandas feitas a ele (KISNER; COLBY, 2005).

6. OS BENEFÍCIOS DA FISIOTERAPIA NA PREVENÇÃO DA INCONTINÊNCIA URINÁRIA COM O FORTALECIMENTO DO ASSOALHO PÉLVICO

A atuação do fisioterapeuta na reeducação perineal do assoalho pélvico, tem como

finalidade melhorar a força de contração das fibras musculares, promover a reeducação abdominal e um rearranjo estático lombo pélvico através de exercícios, aparelhos e técnicas. Assim estes poderão ajudar a fortalecer os músculos necessários para manter a continência urinária (SOUZA, 2002).

A reeducação da musculatura do assoalho pélvico torna-se imperativo no programa de exercícios atribuídos para pacientes vindos sob forma preventiva ou até mesmo curativa da patologia, além de melhorar a função sexual. Porém, os melhores resultados do tratamento fisioterapêutico da incontinência urinária são obtidos nos casos leve ou moderado (POLDEN; MANTLE, 2002)

Estudos realizados nos anos 2000 demonstraram que, 30% das mulheres não exercitam de forma correta a musculatura do assoalho pélvico, “então se preconizou que os músculos abdominais, glúteos e adutores, devem ficar em repouso ou em tensão constante na tentativa de evitar a contração conjunta”. (PRADO 2003, apud NOLASCO; MARTINS; BERQUO, 2008, p. 2).

Segundo Santos et al., (2009), a maioria das mulheres é incapaz de realizar uma contração somente pela simples instrução verbal, por isso é importante um controle palpatório intravaginal e a presença de um fisioterapeuta. A informação e a conscientização representam uma fase essencial na reeducação. A contração correta dos músculos do assoalho pélvico, principalmente os elevadores do ânus, tem sido muito eficaz no tratamento de incontinência urinária, apresentando melhora no controle esfíncteriano, no aumento do recrutamento das fibras musculares tipo I e II, no estímulo da funcionalidade inconsciente de contração simultânea do diafragma pélvico aumentando assim o suporte das estruturas pélvicas e abdominais prevenindo futuras distopias genitais

De acordo com Souza (2002), a cinesioterapia para o assoalho pélvico é isenta de efeitos colaterais e morbidade, ao contrário das cirurgias. Por isso, hoje o tratamento fisioterapêutico está sendo cada vez mais utilizado devido ao seu resultado positivo no tratamento da incontinência urinária feminina, porém depende de uma boa avaliação do paciente e da escolha da técnica e parâmetro de tratamento para cada tipo de patologia que será tratada

Sob este entendimento, pode-se dizer que existem distintas maneiras de aplicação da cinesioterapia para o tratamento da IU feminina, um dessas maneiras é o trabalho com a bola suíça que consiste de uma ferramenta empregada para exercitar os músculos enfraquecidos como a hipotonia dos músculos do assoalho pélvico. Esses exercícios são funcionais e deste modo, utiliza-os de várias formas, tendo em vista que a bola suíça é

avaliada como uma ferramenta imprescindível e intermediária de fundamental para os movimentos no treino dessa musculatura (NOLASCO; MARTINS; BERQUO, 2008). Em suma, a cinesioterapia para o assoalho pélvico são exercícios que visam trazer a normalidade do tônus muscular, o seu emprego compreende fortalecer das áreas hipotônicas, bem como, para o relaxamento de áreas hipertônicas. (MORENO, 2009).

Existem procedimentos que são importantes para minimizar os efeitos nocivos ao AP, dentre eles pode-se citar a massagem perineal e a escala de Ortiz dos quais sintetiza-os conforme destacado no subtópico a seguir.

➤ **Massagem perineal:**

A massagem perineal, conforme lecionam Ahtari e Dwyer (2005), pode ser considerada como tipo exclusivo e delicado de massagem na região genital feminina, ou seja, na região períneo. Em termos gerais essa massagem tem a finalidade de “trabalhar toda a pele e adjacências da entrada do canal vaginal, mas tem predominância na porção muscular (MPP), localizada a cerca de dois centímetros para dentro da vagina e envolvendo o canal quase como um nó”. (ACHTARI; DWYER, 2005, p. 996).

Esta massagem tem como finalidade precípua possibilitar um relaxamento progressivo da MPP, sobretudo na entrada do canal vaginal, bem como nos tecidos locais que a compõem (pele, camada subcutânea, pequenos músculos circunvagais superficiais, entre outros).

Esse procedimento no períneo promove um relaxamento e dilatação progressiva dos MPP e dos tecidos da entrada vaginal, a sua utilidade é nos casos em que se faz necessário facilitar a abertura do canal vaginal, principalmente nos casos de vaginismo ou na preparação para o parto. (ACHTARI; DWYER, 2005).

“A massagem deve ser feita com um gel lubrificante, e pode ser realizada pela própria mulher ou companheiro. Cuidado com a região do trato urinário, em contato com a uretra, pois pode provocar infecções”. (DOULA, 2013). Não se pode olvidar que mulheres possuidoras de algum tipo de infecção vaginal, a massagem é contra indicada.

➤ **Escala de Ortiz:**

A avaliação funcional do assoalho pélvico (AFAP), para sua realização é preciso que a mulher fique em posição decúbito dorsal e com os joelhos flexionados. Neste momento o fisioterapeuta fará o teste bi digital internamente à vagina solicitando contração voluntária do AP. (PIRES; ONOFRE, 2012).

Esta avaliação do AP possibilita ter uma noção da capacidade dessa região. Entre as técnicas avaliativas, a apresentada por Ortiz, demonstra ter simplicidade e facilmente

executável. Logo, a escala de Ortiz (assim conhecida), institui, no diagnóstico funcional do AP de forma visual e pela palpação. (CASTRO et al, 2006).

O processo de palpação, “é feita por meio de um toque bi digital realizado com o uso de luvas e lubrificante, consiste na introdução dos dedos médio e indicador na vagina da paciente, e logo em seguida afastando-os para assim poder graduar a força de contração”. (MEDEIROS, BRAZ e BRONGHOLI, 2004,p. 190).

Conforme as respostas oferecidas no processo de avaliação acerca da contração do períneo em oposição aos dedos do examinador, tem-se o grau de força muscular, sendo classificado da seguinte forma:

Grau 0: sem função perineal objetiva;

Grau 1: função perineal objetiva ausente, reconhecida somente à palpação;

Grau 2: função perineal objetiva débil, contração fraca;

Grau 3: função perineal objetiva e resistência opositora, não à palpação;

Grau 4: função perineal objetiva e resistência opositora mantida à palpação por mais de 5 segundos. (PIRES; ONOFRE, 2012, p. 211-2)

A avaliação pela escala Ortiz é extremamente importante, pois através dessa escala têm-se condições de avaliar o comportamento do assoalho pélvico, no que se refere à coordenação, tonicidade, contração, relaxamento e percepção. (PIRES; ONOFRE, 2012).

7. O FISIOTERAPEUTA E O SEU PAPEL NO TRATAMENTO DA INCONTINÊNCIA URINÁRIA

A fisioterapia inseriu-se nos centros de saúde a 38 partir de então, sobretudo através de estágios acadêmicos e com profissionais de apoio às equipes do Programa de Saúde da Família (PSF). (BARACHO et al, 2012).

A partir de então o fisioterapeuta exerce papel importante no que tange à IU, pois na medida em que a função que armazena ou esvazia a urina sofre algum distúrbio, aparece uma multiplicidade de sintomas no trato urinário, sendo a incontinência urinária um dos principais sintomas da anormalidade. Acerca dessa questão existe a teoria integral da continência, que busca explicar a incontinência e as alterações presenciadas no esvaziamento vesical e intestinal. Essa teoria fundamenta-se que isso está relacionado com as alterações teciduais dos elementos de suporte uretral, dos ligamentos e músculos do assoalho pélvico, visto que a tensão dos músculos e ligamentos sobre as fâscias à parede

vaginal estabelece o fechamento ou a abertura do colo vesical e da uretra. (MONTEIRO; SILVA FILHO, 2012).

Desse modo, com o crescente aumento das disfunções do trato urinário, alguns aspectos necessitam maiores discussões pelo Sistema Único de Saúde (SUS), confirmando o fisioterapeuta como profissional essencial no Programa Saúde da Família (PSF), a fim de que este possa intervir na elevada prevalência de Incontinência Urinária. Necessita, pois fazer com que as pessoas tenham acesso a esses tipos de atendimentos, no sentido de conscientizá-los acerca da atuação deste profissional nas disfunções do trato urinário, em que haja a promoção desse atendimento a toda a população, não apenas a uma parte privilegiada. (OLIVEIRA; RODRIGUES; PAULA, 2007)

8. REFERENCIAL TEÓRICO

9. CRONOGRAMA

PERÍODO	2023\1					2023/2					
	Fevereiro	Março	Abril	Maio	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Nov.	Dezembro
Orientações como professor	x										
Delimitação do tema		x									
Levantamento da bibliografia básica		x									
Elaboração do projeto de pesquisa			x								
Coleta de dados											

Análise dos dados											
Redação do artigo											
Revisão da redação											
Entrega do artigo											
Defesa do TCC											

REFERÊNCIAS

ACHTARI C & DWYER PL. (2005). **Sexual function and pelvic floor disorders**. Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology, v.19,n.6, p. 993-1008.

BIM, C.R.; PEREGO, A.L. PIRES JR, H. **Fisioterapia Aplicada à Ginecologia e Obstetrícia**. Iniciação científica Cesumar, Maringá, 2002.

CASTRO, R. A. [et al]. **Propedêutica Clínica da IUE**. Disponível em: <http://brasil.gov.br/sobre/saude/maternidade/parto>. Acesso em: 24 de abril de 2023.

CHACHAM, A.S. **Médicos, mulheres e cesáreas: a construção do parto normal como “risco” e a medicalização do parto no Brasil**. 2010.

CHIARAPA, T.R.; CACHO, D.P.; ALVES, A.F.D. **Incontinência Urinária Feminina: Assistência Fisioterapêutica e Multidisciplinar**. São Paulo: Livraria Médica Paulista Editora, 2007.

COSTA, Tâmara Stéphanie Lucena de Medeiros. **Conhecimento sobre o assoalho pélvico entre alunos do curso de graduação de fisioterapia: um ESTUDO EXPLORATÓRIO**. 2019. **Trabalho de Conclusão de Curso**. Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

FERREIRA, CristineHomsy Jorge. **Fisioterapia na saúde da mulher: teoria e prática**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011. 192 p.

HUNDLEY AF, Wu JM, Visco AG. **A comparison of perineometer to brink score for assessment of pelvic floor muscle strength**. Am J Obstet Gynecol.2005; 192(5):1583-91

KISNER, C.; COLBY, L. A. **Exercícios terapêuticos fundamentos e técnicas**. 4. ed. Barueri, SP: Manole, 2005

MARCELINO; LANUEZ, **Abordagem fisioterapêutica na massagem perineal no pré-parto**. dez 2008.disponivel em <http://www.trabalho-1000003177.pdf> (conic-semesp.org.br) acesso em 19.abr.2023

MEDEIROS, M.W.; BRAZ, M.M.; BRONGHOLI, K. **Efeitos da Fisioterapia no Aprimoramento da Vida Sexual Feminina**. Revista Fisioterapia Brasil, Rio de Janeiro v.

5, n. 3, p. 188-193, maio/junho 2004.

MILSOM I, Altman D, Cartwright R, Lapitan MC, Nelson R, Sjöström S, et al. **Epidemiology of urinary incontinence (UI) and other lower urinary tract symptoms (LUTS), pelvic organ prolapse (POP) and anal (AI) incontinence.** In: **Abrams P, Cardozo L, Wagg A, Wein A, editors. Incontinence.** 6th ed. Bristol: ICS; 2017. p. 4-141.

MORENO, Adriana L. **Fisioterapia em uroginecologia.** 2. ed. rev. e ampl. Barueri, SP: Manole; 2009.

NOLASCO, Juliana; MARTINS, Letícia; BERQUO, Marcela. **Atuação da cinesioterapia no fortalecimento muscular do assoalho pélvico feminino:** revisão bibliográfica. 2008. Acesso

POLDEN, M.; MANTLE, J. **Fisioterapia em Ginecologia e Obstetrícia.** 2. ed. São Paulo: Santos, 2002.

RIZZI, Samantha. **Incontinência urinária de urgência.** 10/06/2012. Disponível em: <http://amulheroperineo.wordpress.com/2012/06/10/incontinencia-urinaria-de-urgencia/> Acesso em: 01. maio 2023.

SANTOS, P.F.D, et al. **Eletroestimulação funcional do assoalho pélvico versus terapia com os cones vaginais para o tratamento de incontinência urinária de esforço.** Rev. bras. Ginecol. obstet. 2009, 31(9):447-52

SOUZA, E. L. B. L., **Fisioterapia Aplicada a Obstetrícia: aspectos de ginecologia e neonatologia.** 3. ed. Rio de Janeiro: Medsi, 2002.

SOUZA, E. L. B. L., **Fisioterapia Aplicada a Obstetrícia: aspectos de ginecologia e neonatologia.** 3. ed. Rio de Janeiro: Medsi, 2002.

VASCONCELOS, Elaine Cristine Lemer [et al.]. **Atuação fisioterapêutica na incontinência urinária em mulheres.** In: FERREIRA, Cristine Homsji Jorge. **Fisioterapia na saúde da mulher: teoria e prática.** Rio de Janeiro: Koogan, 2009.

BARACHO, Elza; BARACHO Sabrina; OLIVEIRA, Cláudia. **Aspectos fisioterapêuticos durante trabalho de parto.** In: BARACHO, Elza. **Fisioterapia aplicada à obstetrícia, uroginecologia e aspectos de mastologia.** 5. ed. rev. e ampl. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012.

MONTEIRO; Marilene V. de C.; SILVA FILHO, Agnaldo Lopes da S. **Incontinência urinária.** In: BARACHO, Elza. **Fisioterapia aplicada à obstetrícia, uroginecologia e aspectos de mastologia.** 5. ed. rev. e ampl. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012.

OLIVEIRA, Kátia Adriana C.; RODRIGUES, Ana Beatriz C.; PAULA, Alfredo B. **Técnicas fisioterapêuticas no tratamento e prevenção da incontinência urinária de esforço na mulher.** Artigo Publicado na Revista Eletrônica F@pciência, Apucarana-PR, v.1, n.1, 31-40, 2007.