

# **FISIOTERAPIA NA PREVENÇÃO DA INCONTINÊNCIA URINÁRIA NO PÓS-PARTO**

Aline Santos Gomes<sup>1</sup>, Josilene Lopes Capucho<sup>1</sup>, Rodrigo Silva Ferreira<sup>1</sup>  
Eduardo Almeida Soares<sup>2</sup>

1- Acadêmicos do curso de Fisioterapia da Faculdade Multivix Campus Nova Venécia;  
2- Professor Doutor.

## **RESUMO**

A incontinência urinária (IU) define-se como a perda involuntária de urina, sendo classificada conforme o surgimento de seus sintomas, cujo principal fator influenciador feminino é a gravidez, pois trata-se de um período de mudanças em toda estrutura corporal, desde a gestação, trabalho de parto, parto e puerpério, fases nas quais os processos fisiológicos podem provocar lesões na musculatura pélvica, vísceras e períneo, sendo a fisioterapia, considerada atualmente, um tratamento conservador que favorece significativamente o fortalecimento da musculatura do assoalho pélvico para o controle da contração muscular no restabelecimento dos órgãos pélvicos. Focado nos resultados mais atualizados encontrados na literatura clínica e científica, este artigo avalia o impacto da intervenção fisioterapêutica na prevenção da IU, além de elencar as formas de atuação da fisioterapia na intervenção desta patologia da gestação ao pós-parto.

Palavras-chave: Incontinência urinária; pós-parto; fisioterapia; prevenção.

## **1 INTRODUÇÃO**

Segundo a International Continence Society (ICS), a incontinência urinária (IU) é definida como uma “queixa de perda involuntária de urina” e é classificada conforme a produção de seus sintomas (HAYLEN, 2010). Em geral, a mulher é acometida de incontinência urinária (IU) pelo enfraquecimento da força da Musculatura do Assoalho Pélvico (MAP) e pode apresentar diversas alterações físicas, psicológicas e sociais.

Além disso, os fatores sociodemográficos, obstétricos e comportamentais associados à sua gênese também contribuem para essa disfunção (CARVALHO, 2021).

A gravidez é um fator associado à incontinência urinária por ser um período de muitas mudanças na estrutura corporal da mulher, tanto na gestação, como na fase do trabalho de parto, no parto e no puerpério (pós-parto). Nessas fases, os processos fisiológicos sequenciais podem provocar lesões na forma da musculatura pélvica, nas vísceras e no períneo. Fatores como o aumento da massa corpórea na gravidez, a quantidade de gravidez (multiparidade), o parto vaginal, a episiotomia e um extenso intervalo de uma gravidez para a outra prolongam essas lesões e favorecem a diminuição da força do assoalho pélvico (MEYER, 1998).

No Brasil, os dados sobre a IU são oscilantes. Entretanto, pode-se evidenciar que essa patologia afeta de 15% a 30% das mulheres em todas as idades (SCHMIDT, 2017). A incidência de IU na gestação é baixa no primeiro trimestre, crescendo rapidamente no segundo trimestre e continua a subir, embora mais lentamente, no terceiro trimestre (WESNES, 2012). A prevalência da incontinência urinária varia de 23% a 67% na gestação e 6% a 29% no pós-parto (PALMA, 2009).

A prática fisioterapêutica na prevenção da IU nas fases da gestação ao pós-parto é um tema ainda pouco explorado pela ciência. Entretanto, sua potencialidade deve ser implementada em programas de intervenções que diminuam essas alterações encontradas nas mulheres, proporcionando uma melhora na qualidade de vida. Dentro desse campo da fisioterapia, considera-se que o tratamento conservador é uma prática que favorece significativamente o fortalecimento da musculatura do assoalho pélvico (MAP), objetivando o controle de contração muscular para o restabelecimento dos órgãos pélvicos (JAHROMI, 2015).

Desta maneira, o objetivo do presente estudo é avaliar o impacto da intervenção fisioterapêutica na prevenção da incontinência urinária no pós-parto, apontando resultados presentes na literatura, além de caracterizá-la, identificando sua prevalência, sintomas, fatores de risco e tipos, discutindo sobre a atuação do fisioterapeuta no tratamento conservador da IU e esclarecendo a existência e a efetividade dos protocolos de prevenção desde a gestação.

Para tal propósito, este estudo teve como método a revisão bibliográfica de caráter explicativo e exploratório, fundamentando o tema proposto nas bases de dados da Scientific Electronic Library online (SciELO), Bireme, Medline, PubMed, Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde (BVS) e Lilacs, com as palavras-

chave incontinência urinária, fisioterapia na incontinência urinária e incontinência urinária no período pós-parto entre janeiro/1998 e dezembro/2021. A abordagem foi qualitativa e a busca de dados, criteriosa, reforçando o objetivo de analisar as abordagens teóricas da fisioterapia sobre a prevenção da IU em mulheres no período pós-parto.

## **2 REVISÃO DE LITERATURA**

### **2.1 A INCONTINÊNCIA URINÁRIA NO PERÍODO PÓS-PARTO**

A perda involuntária de urina é denominada pela Sociedade Internacional de Continência (ICS) como incontinência urinária (HENKES, 2015). Pode se manifestar de formas distintas, sendo que os tipos mais frequentes são a incontinência urinária de esforço (IUE), caracterizada pela perda involuntária de urina devido à realização de atividades que exigem esforço, a incontinência urinária de urgência (IUU) vista como a perda involuntária de urina quando se tem a necessidade imediata de urinar e a incontinência urinária mista (IUM) que associa dois tipos de incontinência urinária (ABRAMS, 2002).

A IU atinge pessoas em todo o mundo, mas é encontrada com mais frequência em mulheres (MOURÃO, 2008 apud FANTI, 1996), em razão de particularidades exclusivas deste público, como a anatomia da região pélvica, alterações hormonais, gestação, tipo e quantidade de parto (MACHADO, 2017).

A continência é assistida pelos aparelhos de sustentação do piso pélvico, que é formado por tratos musculares e fâscias que trabalham em conjunto para dar sustentação aos órgãos da pelve. O piso pélvico feminino é mais frágil por hereditariedade, especialmente devido ao ortostatismo, visto que na mulher adulta o mesmo apresenta uma dimensão maior de fâscias do que de músculos e por esse motivo, quando se rompe no parto, pode não apresentar mais a rigidez necessária para sustentar os órgãos genitais no interior da concavidade intra-abdominal (PALMA, 2009).

As mudanças na fisiologia da micção são preeminentes no período da gestação e puerpério e estão regularmente conectadas às adequações do organismo durante a gravidez, sendo uma delas as alterações hormonais. Acredita-se que a progesterona provoca o relaxamento da musculatura lisa acarretando a redução do tônus muscular

da bexiga e das estruturas tubulares que ligam os rins à bexiga, o que favorece a dilatação dos rins e o acúmulo de resíduo vesical (MOISÉS, 2011).

É comum que as gestantes se queixem de incontinência urinária, visto que 69% manifestam alguma ocorrência de perda de urina no decorrer da gestação. Estes relatos de dificuldades em reter ou controlar a urina podem insistir durante o período pós-parto, imediato ou tardio, provocando efeito contrário nas condições para o bem-estar da mulher. Um dos fatores imprescindíveis para o aparecimento da incontinência urinária no puerpério é o parto vaginal, uma vez que pode ocasionar danos ao tecido conectivo da pelve, sistema vascular, nervoso e aparelho urinário (BARACHO, 2009).

É demasiadamente excessiva a preferência materna por partos cesariana eletiva devido a proteção no assoalho pélvico e conseqüentemente a prevenção da incontinência urinária no pós-parto, o que ocorre devido a insuficiência de informações a respeito dos resultados a longo prazo (DOLAN, 2010).

Estudos revelam que a incontinência urinária de esforço, por exemplo, é mais frequente em mulheres que realizaram algum tipo de parto, até mesmo o cesário, podendo ser o trabalho de parto o fator determinante desta ocorrência (BORGES, 2010).

Logo após o parto inicia-se o puerpério ou pós-parto, que é o período em que o organismo retorna ao estado que se antecede a gravidez, podendo durar de seis a oito semanas. No decorrer deste período, ocorrem alterações no sistema urinário como o alargamento da uretra, da pelve renal, e dos ureteres, além da distensão da parede da bexiga. Em seguida, a mucosa vesical apresenta-se edemaciada e hiperêmica, causando a IU, podendo ser revertida três meses após o parto (MACHADO, 2017).

As restrições causadas por esta condição podem abalar de forma negativa a qualidade de vida da mulher com problemas físicos, financeiros e psicossociológicos, que comprometem a sexualidade, a vida profissional e a convivência social e familiar, deixando a mulher em estado de completa fragilidade. Logo, as limitações causadas durante este ciclo além de afetarem diretamente seu ciclo social, provocam, às vezes, o afastamento do meio coletivo por autoproteção (SARTORI, 1999; FONSECA, 2005 apud PEDRO, 2011).

Ressalta-se que há muita resistência em relatar a incontinência urinária devido ao constrangimento e a crença de que é incurável, o que dificulta o diagnóstico e retarda o tratamento (LOPES, 2006).

Outro fator que atrasa o diagnóstico é que o período pós-parto é pouco observado por profissionais e serviços ligados à área da saúde. A constatação prévia para descobertas de ocorrências de perda de urina é fundamental para que medidas e instruções possam ser passadas pelo profissional responsável na área e é de suma importância que estas orientações sejam apresentadas antes e após o parto. Por isso, um diagnóstico precoce é de grande valia para que estas gestantes se preparem durante toda a gestação e período puerpério (RAZ, 1992 apud MACHADO, 2017).

## 2.2 FISIOTERAPIA NA INCONTINÊNCIA URINÁRIA

Na década de 1940, a partir de pesquisas realizadas por Arnold Kegel, o tratamento fisioterapêutico da IU foi iniciado. Ele defendia que a realização de repetidas contrações dos músculos do assoalho pélvico era capaz de recuperar a sua funcionalidade. Desde então, muitos estudos sobre este assunto vêm sendo realizados (BARBOSA, 2018).

A Sociedade Internacional de Continência (SIC), em 1992, validou que técnicas de reabilitação fisioterápicas do assoalho pélvico são eficazes para o tratamento dos distúrbios perineais, além de estabelecerem o reconhecimento e valorização dos procedimentos executados (MOURITSEN, 1994 apud MORENO, 2009)

O objetivo da fisioterapia na incontinência urinária é fortalecer a musculatura do assoalho pélvico, buscando melhora da força e recuperando a função do grupo muscular, levando a uma contração efetiva nos momentos em que há o aumento da pressão intra-abdominal, e, conseqüentemente, evitando as perdas urinárias (BALMFORTH, 2006 apud RETT, 2007).

Entre os vários métodos capazes de restaurar a função da MAP de forma conservadora, estão o treinamento da musculatura do assoalho pélvico (TMAP), biofeedback, os cones vaginais e a eletroestimulação (MORENO, 2009).

Assim como outros músculos esqueléticos, os músculos do assoalho pélvico também podem ser treinados para aumentar sua força e hipertrofia por meio de exercícios específicos. Para que haja resultado significativo, esse treinamento deve ser supervisionado pelo fisioterapeuta, o que promove mais aderência quando comparado com o treinamento domiciliar (KARI, 2009).

O sucesso do TMAP depende de uma avaliação criteriosa e integral, onde é feita a anamnese e o exame físico com inspeção e palpação de todas as estruturas

desta região, analisando sua integridade, sinestesia e coordenação motora tanto ao contrair como ao relaxar a musculatura. A partir da avaliação é possível definir a capacidade de contração de cada indivíduo e conseqüentemente desenvolver um plano de exercícios da forma mais adequada. (SHVARTZMANN, 2016 apud SCHMIDT, 2017).

A maior parte das mulheres não apresenta consciência corporal e por isso são incapazes de realizar as contrações musculares somente por comandos de fala, por isso o treinamento deve ser acompanhado por um fisioterapeuta capacitado e pode ser associado a outras técnicas que promovam percepção corporal (SANTOS, 2008 apud RODRIGUES, 2008).

O biofeedback é uma ferramenta terapêutica que permite que o paciente e o terapeuta se informem sobre o desenvolvimento normal, fisiológico e involuntário das contrações da musculatura do piso pélvico. É um mecanismo de reabilitação que manuseia uma retroinformação exterior como forma de conhecimento, pois seu propósito é fazer com que o paciente possa se conscientizar (ABRAMS, 2002 apud OLIVEIRA, 2011).

Os mecanismos do biofeedback permitem que o paciente conheça seu corpo e sua funcionalidade, sejam impulsos elétricos, táteis, visuais, ou auditivos, através do monitoramento do tônus, da força e de outras atividades do assoalho pélvico, possibilitando melhorar as contrações voluntárias dessa musculatura, beneficiando inclusive à prática do relaxamento (MORENO, 2004, apud RODRIGUES, 2008).

Os cones vaginais promovem a propriocepção e o fortalecimento do MAP, assim como o biofeedback. Eles apresentam o mesmo formato e volume, mas os pesos variam de 20 a 100 gramas. Ao introduzi-lo na vagina, a paciente realiza contração muscular do assoalho pélvico, voluntária ou involuntária, para mantê-lo retido, permitindo a diferenciação desta musculatura com os músculos do abdômen (PEATTIE, 1989 apud CASTRO, 2008).

A eletroestimulação é um procedimento completamente passivo, onde os eletrodos transmitem impulsos elétricos do aparelho ao paciente, estimulando a contração muscular. Todavia, é indicado principalmente em indivíduos com quadros mais evoluídos de incontinência urinária e diminuição do tônus muscular, onde não existe captação e conhecimento corpóreo desta parte da musculatura (MODOTTE, 1999).

Um dos meios mais utilizados é o método de Estimulação Magnética Perianal (EMP), que trata-se de uma técnica que leva a despolarização dos nervos do piso pélvico causando contração dos músculos pélvicos, em princípio, apresentando os mesmos resultados à emulação elétrica. Com efeitos positivos, esta técnica vem sendo usada com diversos objetivos e de modo inclusivo ao tratamento da incontinência urinária, com resultados completamente satisfatórios. A aplicação do método EMP no tratamento da IU é atual, portanto, existem poucas pesquisas relacionadas a esta técnica. Entretanto, bases físicas e neurofisiológicas consideram que a EMP é capaz de ser tão eficiente quanto a estimulação elétrica (ALMEIDA, 2001).

A IU também é tratada por meio de cirurgia, que possui um alto índice de sucesso, em contrapartida, se associa a um grande número de complicações. Já a fisioterapia tem se apresentado de forma eficiente, com pouco indício de efeitos adversos e baixo custo, por esse motivo o interesse pela abordagem fisioterapêutica vem crescendo (RORTVEIT, 2003 apud CASTRO, 2008).

Em 85% dos pacientes praticantes da reabilitação fisioterápica, são observados efeitos muito positivos em relação à IU. Trabalhar o aumento da força na musculatura e seu desenvolvimento em toda atribuição, favorecendo as contrações lúcidas e ativas nas etapas da pressão intra-abdominal, pode evitar a perda da urina. A prática da fisioterapia para esta finalidade ajuda a contribuir para a melhoria do tônus e transferências de comunicação de pressões da uretra, fortificando o aparelho da continência (RETT, 2007).

### 2.3 FISIOTERAPIA NA GESTAÇÃO PARA PREVENÇÃO DE INCONTINÊNCIA URINÁRIA

O desenvolvimento de IU é mais propenso durante a gestação e no pós-parto devido às adaptações corporais ocorridas nesses períodos, que provocam o enfraquecimento das estruturas de suporte aos órgãos da pelve. Estima-se que 80% dos casos poderiam ser evitados se algumas medidas fossem tomadas. Estudos revelam que exercícios de fortalecimento da MAP, aplicados por fisioterapeutas, são capazes de prevenir a IU no pós-parto (CORDEIRO, 2002; CHIARELLI, 2002 apud GUARDA, 2007).

No decorrer do período gestacional, o sistema endócrino causa a elevação de todos os hormônios. Esses hormônios agem aumentando o tamanho do útero, relaxando a musculatura lisa e causando a retenção de líquidos. Além disso, o aumento de peso na região abdominal causa ônus ao piso pélvico, sendo capaz de provocar distúrbios, como a IU (BARROS, 2010; ASSIS, 2014 apud PERUZZI, 2018).

Das cirurgias realizadas para tratar a IU, 50% seriam capazes de ser evitadas, recorrendo a execução de exercícios do piso pélvico (THUROFF, 2011 apud GIRELLI, 2011).

A função da fisioterapia na gestação é prescrever exercícios para aumentar a força dos músculos do AP com objetivo de prevenir a IU nesse período e evitar que ela se prolongue após o parto (BARACHO, 2012; CAMPOS, 2017 apud VERÇOSA, 2020).

Atualmente, a fisioterapia é a abordagem padrão proposta para casos de incontinência, conveniente pela sua efetividade e riscos moderados. É indicada às gestantes por operar como alternativa conservadora, sem a necessidade da utilização de medicamentos (RIESCO, 2014).

Ressalta-se que o uso de recursos fisioterapêuticos invasivos em gestantes não é recomendado, devido aos riscos de desenvolver infecções vaginais, sendo assim, apenas exercícios terapêuticos de contrações são recomendados para prevenir e tratar a IU na gestação (BARACHO, 2009 apud PINHEIRO, 2013).

Os exercícios para o piso pélvico, também conhecidos como exercícios de Kegel, são práticas simples que garantem o fortalecimento de toda musculatura pélvica, e podem diminuir ou cessar completamente a IU. Na realização destes exercícios as gestantes treinam como contrair o piso pélvico durante a prática de algum esforço corporal que provoque o crescimento da pressão abdominal, sendo a contração no início ou no decorrer do estímulo (GOMES, 2012 apud SILVEIRA, 2021).

Deste modo, os exercícios de Kegel são passados com a finalidade de fortalecer a musculatura do piso pélvico, sendo este, um exercício de baixo risco e efetivo, que pode ser praticado antes da gestação, durante este período e no puerpério (KAHYAUGLU, 2016).

Exercícios cinesioterapêuticos do assoalho pélvico têm como principal objetivo a conscientização corporal da paciente com um pequeno número de séries, aumentando progressivamente a intensidade da força, contraindo e relaxando a

musculatura e, conseqüentemente, estimulando a contração involuntária do diafragma pélvico, aumentando a sustentação das estruturas da pelve e prevenindo distúrbios pélvicos (MORENO, 2009).

Estudos apontam que o treinamento dos músculos do piso pélvico contribui para a prevenção ou intervenções no tratamento da IU, desenvolvendo melhora significativa em sua funcionalidade esfíncteriana. Os benefícios dessa prática constituem no crescimento de toda extensão da musculatura, acréscimo do estreitamento das contrações no período da prática de atividades físicas e melhora positiva no repouso, logo após os movimentos abruptos. Em vista disso, estes exercícios não têm contraindicação, sendo a sua prática não prejudicial ao piso pélvico em gestantes com IU (SZUMILEWICZ, 2020).

Estudos demonstram que a prevenção de patologias do AP também pode ser realizada através do método pilates, uma técnica de treinamento físico criada pelo alemão Joseph Pilates, que também possui uma abordagem que promove a ativação dessa musculatura, resultando em seu fortalecimento (FERREIRA, 2009).

Essa técnica possui grande relevância para as gestantes, devido a sua capacidade de prevenir distúrbios como a IU. O método pilates é comprovadamente eficaz para o aumento da força da musculatura pélvica, além de ser considerado uma atividade de baixo impacto, valendo destacar que é contraindicado para mulheres em gravidez de risco (GAVA, 2022).

É inegável que a fisioterapia vem fazendo com que haja uma modificação no desenvolvimento e estado de toda gestante, mostrando a grande valia da prática dos exercícios físicos apresentados, além de abordar a necessidade destas atividades para o fortalecimento da musculatura do assoalho pélvico (COIMBRA, 2016).

Dessa forma, a fisioterapia não só valida a relevância na prevenção da IU no período gestacional, como provoca efeitos positivos de melhora significativa deste quadro em gestantes ao trabalhar no fortalecimento dos músculos do assoalho pélvico e garantir estímulos que permitem o movimento muscular, obtendo assim, melhora na qualidade de vida e no bem-estar das mulheres acometidas (MONTEIRO, 2020).

### **3 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A partir deste estudo, evidencia-se a importância que a fisioterapia possui no que se refere a incontinência urinária (IU), bem como suas conseqüências individuais

e sociais para as mulheres. Torna-se inegável que as técnicas fisioterapêuticas são excelentes aliadas desde a prevenção ao tratamento da IU, oferecendo cuidado integral e conservador de maneira eficaz e segura.

Com esta pesquisa, conseguiu-se destacar as diversas formas de atuação do profissional fisioterapeuta desde a fase da gestação, com métodos eficientes como a cinesioterapia e os exercícios de Kegel, que evitam as inúmeras consequências da IU na fase pós-parto, provando que esses profissionais são pontos chave na prevenção de problemas futuros.

Apesar de ser um tema atual e de elevada relevância, esta temática ainda é abordada de forma superficial academicamente, sendo necessários mais estudos para a comprovação de todos os benefícios que a fisioterapia traz, principalmente na fase preventiva da IU, de forma que as mulheres procurem um profissional qualificado ainda durante a gestação.

#### **4 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

ABRAMS, P.; CARDOZO, L.; FALL, M. The standardisation of terminology in lower urinary tract function: report from the standardisation sub-committee of the international continence society. **Urologia** , v. 61, n. 1, pág. 37-49, 2003.

ALMEIDA, F. G. Efeito da estimulação magnética perineal no tratamento de incontinência urinária na mulher. **Repositório institucional**, São Paulo, [s.v.], [s.n.], p.79, 2001.

BARACHO, E.; FIGUEIREDO, E.M.; BARACHO, S.M. Incontinência urinária na gestação e no pós parto. In.: MORENO, A. L. **Fisioterapia em uroginecologia**. 2.ed.Barueri: Manole, 2009. p. 173-184.

BARBOSA, J. M. M.; MARQUES, L. M.; UCHOA, S. Incontinência anal. In.: BARACHO, E. **Fisioterapia aplicada à saúde da mulher**. 6.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2018. p. 574-597.

BORGES, J.B.R.; GUARISI, T.; CAMARGO, A.C.M.; GOLLOP, T.R.; MACHADO, R.B.; BORGES, P.C.G. Incontinência urinária após parto vaginal ou cesáreo. **Einstein**, São Paulo, v.8, [s.n.], p.192-196, 2010.

CARVALHO, K.B.; IBIAPINA, F.T.O.; MACHADO, D.C.D. Força muscular do assoalho pélvico em mulheres com queixas de disfunção pélvica. **Fisioterapia Brasil**, v. 22, [s.n.], p.425-441, 2021.

CASTRO, A. R.; ARRUDA, R. M.; OLIVEIRA, E.; ZANETTI, M. R. D.; BARTOLINI, M. A. SARTORI, M. G. F.; GIRÃO, M. J. B. C. Fisioterapia e incontinência urinária de esforço: revisão e análise crítica. **Feminina**, v.36, n. 12, p. 737-742, 2008.

COIMBRA, F.R.; DE SOUZA B.C.; DELFINO M. M. Fisioterapia no suporte a parturientes. **Revista Científica da FEPI-Revista Científica Universitas**, v.3, n.2, p. 1-4, 2016.

DOLAN L.M.; HILTON P. Obstetric risk factors and pelvic floor dysfunction 20 years after first delivery. **International Urogynecol Journal**, Newcastle, v.21, n.5, p.535-544, 2010.

FERREIRA, R.A. Pilates em uroginecologia. In.: MORENO, A. L. **Fisioterapia em uroginecologia**. 2.ed. São Paulo: Manole, 2009. p.153-157.

GAVA, M. P. M.; FRESNEDA, A.; SPADA, J. E. O método pilates para o fortalecimento do assoalho pélvico em gestantes. **Revista Ciências da FAP**, n. 5, 2022.

GIRELLI, P.; GLISOI, S. F. N. Importância da fisioterapia na conscientização e aprendizagem da contração da musculatura do assoalho pélvico em mulheres com incontinência urinária. **Revista da Sociedade Brasileira de Clínica Médica**, São Paulo, v.9, n.6, p.408-413, 2011.

GUARDA, R. I.; GARIBA, M.; NOHAMA, P. Tratamento conservador da incontinência urinária de esforço. **Feminina**, v.35, n.4, p. 219-227, 2007.

HAYLEN, B. T.; RIDDER, D., FREEMAN, R. M.; SWIFT, S. E.; BERGMANS, B.; LEE, J.; MONGA, A.; PETRI, E.; RIZK, D. E.; SAND, P. K.; SCHAEER, G. N. An International Urogynecological Association (IUGA) / International Continence Society (ICS) joint report on the terminology for female pel-vic floor dysfunction. **Neurourology and Urodynamics**, v.29. [s.n] p.4-20, 2010.

HENKES, D. F.; FIORI, A.; CARVALHO, J.A.M.; TAVARES, K.O.; FRARE, J.C. Incontinência urinária: o impacto na vida de mulheres acometidas e o significado do tratamento fisioterapêutico. **Semina: Ciências Biológicas e da Saúde**, Londrina, v.36, n.2, p.45-56, 2015.

JAHROMI, M. K.; TALEBIZADEH, M.; MIRZAEI, M. The effect of pelvic muscle exercises on urinary incontinency and self-esteem of elderly females with stress urinary incontinency, 2013. **Global journal of health science**, [S.I], v.7, n.2, p.71-79, 2015.

KAHYAOGLU, S. H.; BALKANLI, K. P. Effect of pelvic floor muscle exercise on pelvic floor muscle activity and voiding functions during pregnancy and the postpartum period. **Neurourology and Urodynamics**, [S.I] v.35, n.3, p.417-422, 2016.

KARI, B. Efeitos a Longo Prazo de Treinamento dos Músculos do Assoalho Pélvico. In.: PALMA, P. C. R. **Urofisioterapia**. 1.ed. Campinas: Personal Link, 2009. p. 337-345.

LOPES, M. H.B.M.; HIGA, R. Restrições causadas pela incontinência Restrições causadas pela incontinência urinária à vida da mulher. **Rev Esc Enferm USP**, v.40, [s.n], p.34-41, 2006.

MACHADO, B.A.; SANTOS, R.S.; LEME, A.P.C.B.; JÚNIOR, M.C.M.S. Ocorrência de sintomas urinários no pós-parto vaginal imediato em primíparas. **Revista Pesquisa em Fisioterapia**, Salvador, v.7, .n.3, p.359-368, 2017.

MEYER, S.; SCHREYER, A.; DE GRANDI, P.; HOHLFELD, P. The effects of birth on urinary continence mechanisms and other pelvic-floor characteristics - **Obstetrics & Gynecology**, [S.l], v.92, n.4, p.613-618,1998.

MODOTTE W.P.; MOREIRA, E. C. H.; PASCON, A. M.; DIAS, R.; PASCOTINI, C.; FILHO, C. I. S.; BRAGA, M. A. Incontinência urinária: tratamento conservador. **Ginecol Obstret Atual**, v. 8, n.6, p.06-13, 1999.

MOISÉS, E. C. D.; BRITO, L. G. O.; DUARTE, G.; FREITAS, M. M. S.; Disfunções miccionais no período gestacional e puerperal. **Rev. FEMININA**, v. 39, n.8, p.409 – 412, 2011.

MONTEIRO, I.R.; MAIA, D. M. S.; SILVA, M. L. N.; JÚNIOR, R. R. S.; CARVALHO, A. L.; SILVA, G. C. R.; SILVA, G. R.; FARIAS, P. M. M. A importância da fisioterapia na incontinência urinária durante a gestação: uma revisão integrativa. **Rev. Saúde da Mulher e do Recém-Nascido: políticas, programas e assistência multidisciplinar**, v.2, [s.n.], p.15-28, 2020.

MORENO, A. L. **Fisioterapia em uroginecologia**. 2.ed. São Paulo: Manole, 2009.

MOURÃO, F. A. G.; LOPES, L. N.; VASCONCELLOS, N. P. C.; ALMEIDA, M. B. A. Prevalência de queixas urinárias e o impacto destas na qualidade de vida de mulheres integrantes de grupos de atividade física. **ACTA FISIATR**, v. 15, [s.n.]p.170 - 175, 2008.

OLIVEIRA, J. R.; GARCIA, R. R. Cinesioterapia no tratamento da incontinência urinária em mulheres idosas. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol**, Rio de Janeiro, v.14, n.2, p. 343-351, 2011.

PALMA, P. **Urofisioterapia: aplicações clínicas das técnicas fisioterapêuticas nas disfunções miccionais e do assoalho pélvico**. 1.ed. Campinas: Personal Link, p. 26- 532, 2009.

PEDRO, A. F.; RIBEIRO, J.; SOLER, Z. A. S. G.; BUGDAN, A. P. Qualidade de vida de mulheres com incontinência urinária. **SMAD, Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool E Drogas** (Edição Em Português), v.7, n.2, p.63-70, 2011.

PERUZZI, J.; BATISTA, P. A. Fisioterapia nas disfunções do assoalho pélvico e na sexualidade durante o período gestacional. **Rev. Fisioterapia Brasil**, v.19, n.2, p. 177-182, 2018.

PINHEIRO, F. M.; **Fortalecimento do assoalho pélvico como prevenção da incontinência urinária no período gestacional e pós-parto normal.** Monografia (Graduação em fisioterapia) - Faculdade de Educação e Meio Ambiente – FAEMA, Ariquemes, 2013.

RETT, M. T.; SIMÕES, J. A.; HERRMANN, V.; GURGEL, M. S. C.; MORAIS, S. S. Qualidade de vida em mulheres após tratamento da incontinência urinária de esforço com fisioterapia. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet**, Campinas, v.29, n.3, p.134-140, 2007.

RIESCO, M.L.G.; TREVISAN, K. F., LEISTER, N.; CRUZ, C. S.; CAROCI, A. S.; ZANETTI, M. R. D. Incontinência urinária relacionada à força muscular perineal no primeiro trimestre da gestação: estudo transversal. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v.48, [s.n.], p.33-39, 2014.

RODRIGUES, B. P. **Abordagem fisioterapêutica na incontinência urinária de esforço na mulher idosa.** Monografia (graduação em fisioterapia) - Universidade Veiga de Almeida, Rio de Janeiro, 2008.

SCHMIDT, A. P. **Tratamento conservador da incontinência urinária de esforço feminina: estudo comparativo entre reeducação vesical e treinamento da musculatura do assoalho pélvico com biofeedback.** Tese (doutorado em medicina: ciências médicas) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul Faculdade de Medicina, Porto Alegre, 2017.

SILVEIRA, T. S.; Benefícios da prática dos exercícios de kegel aplicada em gestantes. **Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação**, v. 7, n. 12, p. 392-406, 2021.

SZUMILEWICZ, A.; KUCHTA, A.; KRANICH, M.; DORNOWSKI, M.; JASTRZĘBSKI, Z. Prenatal high low impact exercise program supported by pelvic floor muscle education and training decreases the life impact of postnatal urinary incontinence: a quasi experimental trial. **Medicine**, Baltimore, v.99, n.6, 2020.

VERÇOSA, F. V. M.; DIAS, N. L. L. **Fortalecimento do assoalho pélvico para prevenção da incontinência urinária em gestantes: revisão sistemática.** Monografia (Graduação em Fisioterapia) - Departamento de Fisioterapia, Universidade de Taubaté, Taubaté, 2020.

WESNES, S.L.; HUNSKAAR, S.; RORTVEIT, G. Epidemiology of urinary incontinence in pregnancy and postpartum. In **Urinary Incontinence**. Londres: IntechOpen, 2012. p.21-40.