

CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIDADE DE ENSINO SUPERIOR DOM BOSCO
CURSO DE FISIOTERAPIA

LARYSSA BRITO DOS SANTOS

**ANÁLISE DO CONHECIMENTO DE GESTANTES SOBRE INCONTINÊNCIA
URINÁRIA**

São Luís
2022

LARYSSA BRITO DOS SANTOS

**ANÁLISE DO CONHECIMENTO DE GESTANTES SOBRE INCONTINÊNCIA
URINÁRIA**

Monografia apresentada ao Curso de
Fisioterapia do Centro Universitário
Unidade de Ensino Superior Dom Bosco
como requisito para obtenção do grau de
Bacharel em Fisioterapia.

Orientador: Prof. Me. Jaiana Rocha Vaz
Tanaka.

São Luís

2022

Santos, Laryssa Brito dos

Análise do conhecimento de gestantes sobre Incontinência Urinária. / Laryssa Brito dos Santos. __ São Luís, 2022.
91 f.

Orientador: Prof. Me. Jaiana Rocha Vaz Tanaka.
Monografia (Graduação em Fisioterapia) - Curso de Fisioterapia – Centro Universitário Unidade de Ensino Superior Dom Bosco – UNDB, 2022.

1. Incontinência urinária. 2. Gravidez. 3. Diafragma da pelve.
4. Conhecimentos. I. Título.

CDU 616.63-055.2

LARYSSA BRITO DOS SANTOS

**ANÁLISE DO CONHECIMENTO DE GESTANTES SOBRE INCONTINÊNCIA
URINÁRIA**

Monografia apresentada ao Curso de Fisioterapia do Centro Universitário Unidade de Ensino Superior Dom Bosco como requisito para obtenção do grau de Bacharel em Fisioterapia.

Aprovada em: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA:

Prof. Me. Jaiana Rocha Vaz Tanaka (Orientador)

Mestra em Saúde da Família – Centro Universitário UNINOVAFAPI
Centro Universitário Unidade de Ensino Superior Dom Bosco (UNDB)

Prof. Me. Jacqueline Maria Maranhão Pinto Lima

Mestra em Ciência da Motricidade Humana – Universidade Castelo Branco, UCB
Centro Universitário Unidade de Ensino Superior Dom Bosco (UNDB)

Prof. Esp. Iane Castro Rodrigues

Especialista em Fisioterapia em Uroginecologia – Centro Brasileiro de Estudos
Sistêmicos, CBES

Centro Universitário Unidade de Ensino Superior Dom Bosco (UNDB)

Dedico este trabalho a minha
mãe e irmã que sempre me
encorajaram e apoiaram a
conquistar meus objetivos.

AGRADECIMENTOS

À Deus, pela sua infinita graça, compaixão e bondade que estão sempre presentes, sustentando-me nos momentos mais difíceis, me fazendo crer e confiar em seus propósitos para minha vida.

Aos meus Pais, em especial minha mãe Sandra Neiva Brito, por todo cuidado, dedicação e ensinamentos que me tornaram quem sou hoje. Obrigada por abdicar de tanto para me permitir lutar pelos meus sonhos. Essa conquista é nossa!

Às minhas irmãs, Geovanna Sales, Nara Kássia e Bruna Lohany, por todo incentivo e companheirismo. Saibam que amo muito vocês e que seguiremos sempre juntas, superando qualquer obstáculo.

À toda minha família, em nome da minha bisavó Maria de Paiva Brito, sou grata por cada oração, carinho e palavras de incentivo, vocês fazem parte dessa vitória!

Aos meus queridos amigos, por me apoiarem e compreenderem minha ausência em diversos momentos.

Aos amigos que conquistei durante esse percurso, em especial, Anderson, Laiane e Nyellen. Obrigada por tornarem essa caminhada mais leve e aceitarem dividir comigo todos os obstáculos, lágrimas, conquistas, e principalmente cada risada. Vocês foram e são fundamentais!

À minha Orientadora, prof^o Jaiana Rocha Vaz Tanaka, uma das minhas referências como fisioterapeuta e educadora, obrigada por todas suas contribuições, ensinamentos, e por mostrar-se sempre tão paciente e solícita.

Aos professores e preceptores que contribuíram para minha formação, em nome da Prof^o Janice Bastos. Levarei todos os ensinamentos e conselhos para minha vida profissional. Vocês são uma inspiração!

Às gestantes que participaram do estudo e a todos aqueles que contribuíram ainda que indiretamente para que esse sonho fosse possível, muito obrigada!

“Se alguma coisa foi realizada através da minha vida, tem sido apenas obra de Deus, não minha, e Ele – não eu – deve receber o crédito.”
(BILLY GRAHAM)

RESUMO

O período gestacional é marcado por diversas adaptações fisiológicas a fim de permitir o desenvolvimento fetal, tais alterações afetam a região pélvica e os tecidos conectivos, influenciando o mecanismo de suporte e continência do assoalho pélvico. Isto associado aos demais fatores gestacionais e características pessoais maternas predispõem ao aparecimento de algumas disfunções do assoalho pélvico, como a incontinência urinária (IU), condição que apesar de alta prevalência é frequentemente tratada como sintoma habitual da gestação, provocando subdiagnósticos e subtratamentos. A vista disso, objetivou-se investigar o conhecimento de gestantes acerca da IU. Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa e quantitativa, aprovada pelo CEP com parecer 5.676.481, realizada com 35 gestantes vinculadas a uma unidade básica de saúde através da aplicação de dois questionários, sendo um sociodemográfico e obstétrico e o segundo direcionado à avaliação do conhecimento sobre IU com dez questões. A análise de dados ocorreu através do *Data Analysis and Statistical Software* - versão 16.0, considerando uma significância de 5% ($p < 0,05$). Os resultados encontrados indicaram que 80% das participantes apresentaram um conhecimento insuficiente, com menor percentual de acertos nas perguntas relacionadas ao entendimento da IU como uma patologia, fatores de risco, formas de prevenção e tratamento. Conclui-se que o conhecimento das gestantes sobre IU é baixo e em sua maioria superficial, visto que, apesar de já terem ouvido falar sobre a condição, grande parte desconhece aspectos específicos.

Palavras-chave: Incontinência urinária. Gravidez. Conhecimentos. Diafragma da pelve.

ABSTRACT

The gestational period is marked by several physiological adaptations in order to allow fetal development, such changes affect the pelvic region and connective tissues, influencing the pelvic floor support and continence mechanism. This associated with other gestational factors and maternal personal characteristics predispose to the appearance of some pelvic floor dysfunctions, such as urinary incontinence (UI), a condition that despite its high prevalence is frequently treated as a habitual symptom of pregnancy, causing underdiagnosis and under-treatment. Therefore, this study aimed to investigate the knowledge of pregnant women about UI. This is a qualitative and quantitative research, approved by the CEP with opinion 5.676.481, carried out with 35 pregnant women connected to a basic health unit through the application of two questionnaires, one sociodemographic and obstetric and the other directed to the evaluation of knowledge about UI with ten questions. The data analysis was done through the Data Analysis and Statistical Software - version 16.0, considering a significance level of 5% ($p < 0.05$). The results found indicated that 80% of the participants had insufficient knowledge, with a lower percentage of correct answers in the questions related to the understanding of UI as a pathology, risk factors, forms of prevention and treatment. It is concluded that the pregnant women's knowledge about UI is low and mostly superficial, since, despite having already heard about the condition, most of them do not know specific aspects

Keywords: Urinary Incontinence. Pregnancy. Knowledge. Pelvic Diaphragm.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Características sociodemográficas e obstétricas de gestantes. São Luís - MA, 2022. (n=35)	28
Tabela 2 - Avaliação das respostas da subescala de avaliação do conhecimento de gestantes sobre Incontinência Urinária. São Luís - MA, 2022. (n=35).....	30
Tabela 3 - Classificação do conhecimento de gestantes sobre Incontinência Urinária a partir do escore. São Luís -MA, 2022. (n=35)	33
Tabela 4 - Análise estatística entre variáveis sociodemográficas e obstétricas em relação a classificação da subescala de avaliação do conhecimento de gestantes sobre IU. São Luís - MA, 2022 (n=35)	34

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AP	Assoalho Pélvico
CNS	Conselho Nacional de Saúde
DAPs	Disfunções do Assoalho Pélvico
ICS	Sociedade Internacional de Continência
IU	Incontinência Urinária
IUE	Incontinência Urinária de Esforço
IUM	Incontinência Urinária Mista
IUU	Incontinência Urinária de Urgência
MAP	Musculatura do Assoalho Pélvico
MS	Ministério da Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TMAP	Treinamento dos Músculos do Assoalho Pélvico
UNDB	Unidade de Ensino Superior Dom Bosco

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
2 METODOLOGIA	15
3 GESTAÇÃO	19
3.1 Assoalho pélvico e as alterações decorrentes da gestação	20
3.2 Incontinência urinária no ciclo gravídico-puerperal	21
3.4 Atuação fisioterapêutica na conscientização e tratamento da incontinência urinária em gestantes	24
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	28
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	37
REFERÊNCIAS	38
APÊNDICES	47
APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e esclarecido – TCLE	47
APÊNDICE B – Questionário Sociodemográfico e Obstétrico	50
APÊNDICA C – Artigo	52
ANEXOS	79
ANEXO A – Escala de avaliação do Conhecimento, Atitude e Prática (CAP) de gestantes sobre IU	79
ANEXO B - Subescala de avaliação do conhecimento sobre IU.	83
ANEXO C - Parecer consubstanciado do CEP	85

1 INTRODUÇÃO

A Incontinência Urinária (IU) é caracterizada, segundo a Sociedade Internacional de Continência (ICS), como o escape involuntário de urina em qualquer quantidade. Sendo esta, uma condição apresentada como um problema de saúde pública, uma vez que acomete cerca de 200 milhões de pessoas ao redor do mundo, especialmente no sexo feminino, com uma prevalência de 20 a 50% ao longo da vida (OLIVEIRA *et al.*, 2020).

A IU classifica-se em três principais subtipos: Incontinência Urinária de Esforço (IUE), em que a perda de urina é decorrente de uma disfunção esfíncteriana, ocorrendo após realizar algum esforço; Incontinência Urinária de Urgência (IUU), caracterizada por alterações na bexiga, provocando sensação de urgência miccional; e a Incontinência Urinária Mista (IUM), que reúne mecanismos fisiopatológicos mistos das situações supracitadas, ou seja, disfunções no esfíncter e bexiga urinária (BALIK *et al.*, 2016; MOURA; NASCIMENTO, 2018).

Tal condição apresenta-se com maior frequência em mulheres, podendo acometer todas as faixas etárias, e embora possua uma origem multifatorial, o período gestacional, especialmente o terceiro trimestre e o parto apresentam-se como fatores de risco consideráveis para o seu desenvolvimento (DEMIRCAN *et al.*, 2016).

Thomé *et al.* (2021) discorrem que as mudanças anatômicas e fisiológicas decorrentes deste processo, como alongamento e sobrecarga dos tecidos do assoalho pélvico (AP), alterações estruturais, hormonais, dentre outras, podem influenciar nas funções de continência e suporte uretral, desencadeando sintomas urinários. Além disso, fatores como idade avançada, paridade, via de parto, partos intervencionistas, necessidade de episiotomia, menopausa, tabagismo, obesidade e diabetes mellitus tendem a contribuir para o desenvolvimento e/ou avanço da incontinência.

A prevalência da IU no período gestacional sofre inúmeras variações em decorrência da época de investigação, tipo de estudo, critérios de seleção de amostra e características da população. No entanto, estima-se uma prevalência de 9 a 75% de casos, salientando um aumento no risco de acometimento proporcional ao avanço gestacional (DAVENPORT *et al.*, 2018; DINÇ, 2017; MOOSSDORFF-STEINHAUSER *et al.*, 2021; SANGSAWANG; SANGSAWANG, 2013; SANTINI *et al.*, 2019).

Embora os sintomas da IU na gestação sejam frequentemente relatados na literatura, ainda se observa dificuldades em estabelecer dados epidemiológicos consistentes, tendo em vista que tal condição pode ser julgada como um sintoma habitual do ciclo gravídico-puerperal (PEREIRA *et al.*, 2014; SACOMORE *et al.*, 2013).

A concepção errônea sobre a IU tratar-se de algo inerente à gestação contribui para a subdiagnósticos e subtratamentos, revelando ainda um potencial *déficit* de conhecimento relacionado à perda involuntária de urina, uma vez que, as mulheres não identificam a disfunção como passível de prevenção e tratamento, e tornam-se sujeitas a conviver com os danos desta condição (GEYNISMAN – TAN; TAUBEL; ASFAW, 2018; SESHAN; MULIIRA, 2013).

Ademais, diversos estudos demonstram a carência de conhecimento de mulheres quanto à existência da referida patologia, seus fatores de risco, sintomas, formas de prevenção e tratamento. Esses fatores, associados ao estigma implícito, questões pessoais, religiosas e culturais, dificultam o relato de queixas aos profissionais, retardam a busca de tratamento e ocultam a visão da IU como uma patologia (MENDES *et al.*, 2017; PEREIRA *et al.*, 2014; VASCONCELOS, 2018; ZAGO *et al.*, 2017). A vista disso, apresenta-se a seguinte questão: qual o conhecimento de gestantes sobre incontinência urinária?

Assim, a presente pesquisa possui como objetivo geral, investigar o conhecimento de gestantes acerca da incontinência urinária. Obtendo como objetivos específicos, compreender as principais modificações fisiológicas decorrentes do período gestacional com foco nos fatores de risco para o desenvolvimento de incontinência urinária; identificar as variáveis associadas ao conhecimento de gestantes em relação à incontinência urinária e evidenciar através da literatura o papel do fisioterapeuta na conscientização e tratamento da incontinência urinária em gestantes.

A realização dessa pesquisa motiva-se pelo questionamento quanto ao conhecimento das gestantes sobre IU, suas habilidades de reconhecimento de causas, prevenção e tratamento. Reforça-se que estudos acerca da presente temática mostram-se de grande relevância, tendo em vista sua alta prevalência, elevado impacto na vida de mulheres e baixo número de estudos desenvolvidos no Brasil. Além disso, acredita-se que investigar o conhecimento de gestantes sobre IU contribuirá para um melhor entendimento da posição da população estudada frente à

presente condição, o que possibilitará uma visão direcionada para o desenvolvimento de ações voltadas às necessidades desse público.

Trata-se de uma pesquisa de campo, abordagem qualitativa e quantitativa, realizada na cidade de São Luís - MA, especificamente na unidade Centro de Saúde São Francisco com uma população de gestantes vinculadas ao local. A coleta de dados foi realizada por meio de uma entrevista individualizada para aplicação de dois questionários *online* disponibilizados via *WhatsApp*, *E-mail* ou *QR code*, sendo um sociodemográfico e obstétrico e o segundo direcionado para avaliação do conhecimento sobre IU.

O presente trabalho está dividido em cinco seções, a partir dos elementos pré-textuais. A primeira seção refere-se à introdução, onde são abordados os aspectos gerais acerca do tema, bem como os objetivos e justificativas. A segunda seção é destinada à metodologia, em que são apresentadas as propriedades metodológicas, descrição dos instrumentos de pesquisa, análise de dados e aspectos éticos. Na terceira seção, expõe-se o referencial teórico, dividido em quatro sub seções, voltadas ao detalhamento dos principais conceitos do tema, abrangendo informações referentes à gestação, fatores de risco de desenvolvimento da IU, assim como atuação fisioterapêutica na conscientização e tratamento da referida patologia. Por fim, a quarta e quinta seção, referem-se aos resultados e discussões e considerações finais da pesquisa.

2 METODOLOGIA

A presente pesquisa é de natureza aplicada, visto que se volta para a investigação de questões para a aplicação prática. Quanto aos objetivos, caracteriza-se como exploratória e descritiva, com abordagem qualitativa e quantitativa.

Com relação aos procedimentos técnicos, foi realizado um estudo de campo, que conforme Gil (2002), trata-se de um trabalho que possui foco em uma comunidade, quer seja de lazer, trabalho, estudo ou qualquer operação humana, sendo elaborado através da observação direta das atividades do grupo pesquisado e de entrevistas para absorver suas explicações e interpretações dos acontecimentos.

Dentre as etapas da pesquisa de campo, necessita-se, inicialmente, a realização de um levantamento bibliográfico acerca do assunto em questão. Diante disso, para o referencial teórico do presente trabalho foi realizada uma pesquisa bibliográfica em livros, artigos, dissertações e teses disponíveis nas bases de dados Google Acadêmico, *PubMed*, *SciELO*, *LILACS* e repositórios institucionais, com recorte temporal de nove anos (2013 - 2022), por meio dos descritores: incontinência urinária; gravidez; conhecimento; diafragma da pelve e modalidades de fisioterapia, na língua portuguesa, e os mesmos descritores na língua inglesa, sendo estes: *urinary incontinence; pregnancy; knowledge; pelvic floor e physical therapy modalities*.

A pesquisa foi desenvolvida na cidade de São Luís – MA, especificamente na unidade básica de saúde Centro de Saúde São Francisco, localizado na rua Paparaubas, lote 31 S/N, quadra 13, bairro Jardim São Francisco, CEP: 65010-000, local em que são desenvolvidos atendimentos voltados à saúde da mulher, como pré-natal, campanhas de prevenção e consultas de planejamento familiar.

A população estudada foi definida por meio de amostragem não probabilística, do tipo intencional, obtendo como critérios de inclusão: gestantes com idade igual ou superior a 18 anos independentemente do período gestacional, primíparas e multíparas, domiciliadas na cidade de São Luís - MA, vinculadas ao centro de saúde e que demonstrassem interesse em participar; e como critérios de exclusão: gestantes que se declararam analfabetas ou com inaptidão que impedia o entendimento das questões, gestantes que nunca ouviram falar sobre IU ou que se negassem a participar do estudo.

Para definição da amostra, considerou-se o número de gestantes cadastradas da unidade, sendo realizado o cálculo amostral com base na fórmula de proporção finitas:

$$n = \frac{z^2 \cdot \hat{p} \cdot \hat{q} \cdot N}{z^2(\hat{p} - 1) + z^2 \hat{p} \cdot \hat{q}}$$

proposta por MARTINS e FONSECA (1996), considerando o nível de confiança de 95%, erro amostral de 5 e população total de 40 gestantes, totalizando a amostra mínima de 35 gestantes.

A coleta de dados foi realizada durante os meses de outubro e novembro, de acordo com os dias de realização de pré-natal e horários de funcionamento da instituição. Na ocasião, as gestantes foram abordadas enquanto aguardavam a consulta de pré-natal, sendo informadas quanto à pesquisa e seus objetivos, avaliação dos critérios de inclusão e convite para participar do estudo. Em seguida, mediante o consentimento da participante, realizava-se a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e início da pesquisa.

Objetivando facilitar a coleta de dados, evitar problemas com as informações obtidas e reduzir a possibilidade de respostas incompletas, a aplicação dos instrumentos foi realizada de forma eletrônica, utilizando-se da plataforma *Google Forms*, com os questionários enviados para as participantes por meio do *WhatsApp*, *e-mail*, *QR code*, ou através de dispositivos móveis (celulares e/ou tablets) disponibilizado pela pesquisadora na ausência deste recurso por parte da participante.

Os dados foram coletados através da aplicação de dois instrumentos. O primeiro, trata-se de um questionário elaborado pela autora composto por nove questões, dividido em duas partes, utilizado para avaliação dos dados sociodemográficos com cinco questões (parte I) e obstétricos com quatro questões (parte II) (APÊNDICE B).

O segundo instrumento utilizado referiu-se à escala desenvolvida e validada por Firmiano (2017) intitulada “Escala de Avaliação do Conhecimento, Atitude e Prática (CAP) de Gestantes sobre IU” (ANEXO A), composta por 23 itens, dividido em 3 subescalas; sendo que a primeira avalia questões de conhecimento, a segunda, de atitude e a terceira, de prática.

A subescala de conhecimento é composta por 10 perguntas referentes ao conhecimento das gestantes sobre sintomas (questão 1); fatores de risco (questões 2, 4, 6); entendimento da IU enquanto patologia (questão 3); e maneiras de prevenção

e tratamento (questões 7, 8, 9, 10), apresentando um escore com variação pontuação de 0 a 100.

A subescala de atitude é formada por 8 perguntas acerca do enfrentamento e da procura de apoio social (questões 11,12,13,14,15); prevenção (questão 16) e tratamento da IU (questões 17 e 18), com um escore de pontuação de 0 a 80. Já a subescala que avalia a prática de gestantes sobre IU conta com 5 perguntas inerentes à prevenção (questões 19 e 20) e tratamento (questões 21, 22, 23). A pontuação desta última variava em escores de 0 a 100.

Tendo em vista que o objetivo proposto pelo presente estudo é investigar o conhecimento de gestantes acerca da incontinência urinária, foi realizada uma adaptação da escala supracitada, optando pela utilização apenas do construto referente ao conhecimento, preservando todos os itens de avaliação sugeridos pela autora.

Com relação às pontuações, embora a escala proposta por Firmiano (2017) avalie as subescalas por meio de escores, em sua validação inicial, a autora não determina valores para que o conhecimento, a atitude e a prática sejam classificadas como adequados ou inadequados. A vista disso, para este trabalho foram utilizados os critérios de classificação de conhecimento propostos por Ribeiro (2020) a partir de uma fundamentação teórica sobre a temática e de estudos já realizados.

Para considerar o conhecimento como adequado a participante deve, minimamente: “[...] ter ouvido falar sobre IU; saber que existe algo para evitar a IU e citar alguma forma correta de prevenção; saber que existe tratamento para a IU e citar alguma forma correta de tratamento” (RIBEIRO, 2020). Assim, participantes que não atendam aos critérios descritos são classificados com conhecimentos inadequados.

A categorização do conhecimento a partir dos escores da subescala, foi realizada considerando que os participantes podem pontuar de 0 a 100, conforme demonstrado a seguir (Figura 1) e proposto por Ribeiro (2020). A autora ressalta que o escore para cada questão da escala possui um peso distinto, apresentado no ANEXO B.

Figura 1 - Critérios para classificação do conhecimento sobre IU a partir dos escores obtidos.

ESCORE (0-100)
<ul style="list-style-type: none"> • < 75 pontos: INSUFICIENTE • 75 pontos: BÁSICO (pontuação mínima para ser considerado adequado) • > 75 pontos: AVANÇADO

Fonte: Ribeiro (2020)

Os dados adquiridos durante a coleta foram armazenados em um banco de dados no Excel e exportados para o *Data Analysis and Statistical Software* - versão 16.0, considerando uma significância de 5% ($p < 0,05$). As variáveis qualitativas estão descritas em tabelas e um gráfico contendo frequências absolutas e relativas e as quantitativas estão expressas em média, desvio padrão e amplitude. O teste Shapiro-Wilk foi utilizado para verificar a normalidade e o teste Exato de Fisher avaliou a diferença de proporção entre as respostas das variáveis sociodemográficas e obstétricas em relação a classificação da subescala de avaliação do conhecimento de gestantes sobre incontinência urinária.

Esta pesquisa foi submetida e aprovada no Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) do Centro Universitário Dom Bosco - UNDB, com número de parecer 5.676.481 (ANEXO C).

Visando a garantia dos direitos dos participantes, o presente estudo cumpriu os preceitos éticos para pesquisa com seres humanos estabelecidos na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), contando com o consentimento livre e esclarecido dos participantes da pesquisa, assegurando a confiabilidade, privacidade, proteção da imagem e a não estigmatização, garantindo a utilização das respostas para fins acadêmicos, além de atestar o direito de encerrar sua participação sem qualquer dano por parte do pesquisador, ou da instituição de origem (BRASIL, 2012).

As participantes ingressaram no estudo somente após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), sendo garantidos sigilo e a finalidade referentes a todas as informações colhidas; a preservação do anonimato das participantes; a informação sobre os procedimentos, seus direitos, os possíveis riscos e os benefícios da participação; além da garantia da oportunidade de ler e esclarecer dúvidas antes da assinatura e durante a aplicação do questionário (BRASIL, 2012).

3 GESTAÇÃO

A gravidez é um processo fisiológico natural caracterizado por uma sequência de adaptações realizadas pelo corpo da mulher a partir da fertilização. O período gestacional possui duração média de 280 dias, compreendendo 40 semanas classificadas em três trimestres, sendo o primeiro trimestre contabilizado entre a 1ª semana e a 13ª semana, o segundo entre 14ª e a 27ª semana e o terceiro englobando a 28ª até a 40ª semana de gestação, podendo prolongar-se até a 42ª (TORRES, 2018).

Na gestação, o corpo feminino vivencia diversas mudanças, incluindo alterações emocionais, fisiológicas, físicas, metabólicas e funcionais. Os sistemas corporais se adaptam para suportar o crescimento e desenvolvimento fetais, resultando em alterações cardiovasculares, respiratórias, musculoesqueléticas, posturais, tegumentares, digestivas e hormonais – as quais se acentuam ao longo da gestação (SILVA *et al.*, 2018).

O primeiro trimestre gestacional é marcado por uma grande alteração hormonal, em especial o aumento dos níveis de gonadotrofina coriônica humana (hCG), estrogênio e progesterona, levando ao aparecimento dos primeiros sintomas como enjoos, cansaços e sonolência. Pode-se notar a nível físico, o aumento de tamanho e sensibilidade dos seios e escurecimento das aréolas. No segundo semestre, há um aumento do volume sanguíneo, aumento do apetite e a presença da linha nigra. Nessa fase, a barriga apresenta-se mais proeminente - devido ao posicionamento uterino na cavidade abdominopélvica - e a gestante já pode sentir os movimentos fetais (COUTO, 2021).

Já no terceiro trimestre, o crescimento do bebê provoca um aumento de pressão nos órgãos internos, gerando mudanças nos sistemas respiratório e digestivo. Além disso, observam-se alterações posturais, como o centro de gravidade deslocando-se anteriormente diminuindo o equilíbrio e aumentando a sobrecarga nos pés e extensão dos joelhos; os ombros apresentam-se protusos associados à rotação interna dos membros superiores; aumento da lordose lombar e cervical; anteriorização da cabeça, dentre outras modificações que apesar de fisiológicas podem provocar diversos desconfortos (ANDRADE, 2021).

Durante esse processo, também ocorrem modificações significativas na posição anatômica da pelve, na estrutura do assoalho pélvico (AP), vísceras e períneo de modo a facilitar a permanência do bebê no útero e auxiliar a passagem no momento do parto. Ademais, o aumento gradativo de volume do útero e do peso corporal materno resultam em um aumento da tensão e pressão na musculatura do períneo (PALMEZONI, 2016; VAZ *et al.*, 2019).

3.1 Assoalho pélvico e as alterações decorrentes da gestação

O assoalho pélvico (AP) é caracterizado por um conjunto de músculos e tecidos conectivos denominados ligamentos e fáscias. Sua musculatura é dividida em duas camadas, uma superficial denominada diafragma urogenital e outra profunda chamada diafragma pélvico, ambas formadas por fibras do tipo I com contração lenta e alta resistência, e fibras do tipo II com contração rápida e menor resistência (SANTOS, 2015).

O diafragma pélvico (camada profunda) é formado pelos músculos isquiococcígeo e levantador do ânus que é subdividido em pubococcigeo, iliococcígeo e puborretal. Enquanto o diafragma urogenital (camada superficial) é composto pelos músculos ísquiocavernoso, transverso superficial do períneo, bulbocavernoso e esfíncter anal externo. A fáscia endopélvica, participante do suporte muscular do AP, constitui-se por uma camada superficial composta por ligamentos espessos que permitem a suspensão do ápice vaginal e a cérvix uterina por meio das paredes laterais pélvicas (ANDRADE, 2021).

O AP é subdividido nos compartimentos anterior - composto pela uretra e bexiga - meio com vagina e útero, e posterior com o canal retal. Ele fecha e controla a saída pélvica e permite o ativo fechamento do hiato urogenital. Em função da sua localização, a musculatura do assoalho pélvico (MAP) se contrai simultaneamente, e, quando de forma voluntária, proporciona os movimentos de elevação interna e oclusão ao redor da uretra, ânus e vagina. Dessa forma, essa estrutura músculo-fascial possui funções voltadas ao suporte dos órgãos pélvicos, função sexual, continência fecal e urinária e formação do canal de parto (FREITAS, 2018).

Na gestação, as alterações hormonais visam estimular o desenvolvimento e crescimento do feto e preparar o corpo da mulher para o momento do parto, promovendo mudanças como aumento da retenção hídrica, da flexibilidade e da

extensibilidade articular. Além disso, ocorrem modificações no sistema músculo esquelético, o que inclui os músculos do AP (BURG, 2016).

A MAP sofre influência dos hormônios estrogênio e relaxina que atuam no metabolismo do tecido conjuntivo, provocando o remodelamento do colágeno e contribuindo para o aumento da distensibilidade dos tecidos que participam do canal do parto, promovendo ganho de flexibilidade não só em tecidos moles, mas em todas as articulações, especialmente nas articulações sacro-íliaca e sínfise púbica (PETRICELLI, 2013).

A qualidade da contração da MAP também sofre alterações, uma vez que, o aumento do diâmetro transversal e ântero-posterior na região pélvica permite o crescimento uterino e dispõe sobrecarga excessiva sobre o AP, motivando uma redução da força e tônus muscular. A ação da relaxina também pode deslocar o colo vesical inferiormente pelo aumento da deposição hídrica que relaxa o cinturão pélvico. Ademais, a progesterona diminui a máxima de fechamento uretral e o tônus do AP, com impacto na mobilidade do colo vesical e da uretra proximal (ANDRADE, 2021).

As diversas modificações fisiológicas da gestação e o parto podem gerar lesões nos músculos e na inervação do AP, períneo e esfíncteres anal e urinário. Acredita-se que o aumento da pressão sobre o AP, bem como as modificações hormonais decorrentes dessa fase possam afetar significativamente na força da MAP e estruturas que sustentam os órgãos pélvicos, predispondo a disfunções a longo prazo (FIRMIANO, 2018; PALMEZONI, 2016).

3.2 Incontinência urinária no ciclo gravídico-puerperal

O processo fisiológico de armazenamento e subsequente esvaziamento da bexiga é complexo e dependente de um trabalho conjunto de diversos músculos, nervos simpáticos, parassimpáticos, somáticos e sensoriais para que ocorra de forma adequada. A falha em qualquer uma dessas estruturas pode afetar o mecanismo de continência urinária e resultar no desenvolvimento de IU (BARACHO, 2018).

A IU é descrita como uma condição na qual ocorre a perda involuntária de qualquer quantidade de urina, constituindo-se como um relevante problema de saúde pública, social e higiênico, tendo em vista sua magnitude e impacto na vida dos indivíduos acometidos, podendo gerar vergonha, quadros de depressão e isolamento, modificando e reduzindo o convívio social (CARVALHO *et al.*, 2014).

Apesar do alto impacto, observa-se que essa condição frequentemente é subdiagnosticada e subnotificada, uma vez que os indivíduos afetados tendem a ocultar os sintomas e não buscar tratamento - seja pela falta de conhecimento do diagnóstico e opções de tratamento, constrangimento em relatar o transtorno ou pela errônea interpretação da disfunção como consequência normal do envelhecimento (BIART *et al.*, 2016).

A UI manifesta-se em diferentes faixas etárias com uma maior ocorrência com o aumento da idade. Embora acometa ambos os sexos, a população feminina é frequentemente mais afetada - fato justificado, a princípio, anatomicamente, pelo menor comprimento uretral e fatores relacionados à musculatura do assoalho pélvico. Tratando-se da etiologia e da fisiopatologia, a IU pode ser classificada em subtipos mais comuns, são esses: incontinência urinária de esforço (IUE), incontinência urinária de urgência (IUU) e a incontinência urinária mista (IUM) (SILVA *et al.*, 2020).

A IUE apresenta-se clinicamente pela perda involuntária em situações nas quais ocorre um aumento da pressão intra-abdominal, como espirros; tosses; carregamento de peso e outros. Seus mecanismos fisiopatológicos envolvem a redução da pressão uretral, tornando-se inapta a evitar a saída de urina durante a realização de atividades que promovem um aumento da pressão intra-abdominal. A IUU envolve uma vontade intensa, repentina e inexorável de urinar, resultando na perda de urina involuntária pelo tempo insuficiente para chegar ao banheiro. Tal manifestação provém de alterações neurológicas sensitivas ou hiperatividade motora do músculo detrusor. Já a IUM, apresenta características clínicas e fisiopatológicas simultâneas da IUE e IUU (CÂNDIDO *et al.*, 2017).

Embora a IU seja encontrada com maior frequência no sexo feminino, observa-se ainda uma dificuldade para determinar com exatidão sua prevalência e fatores de risco, tendo em vista a significativa variação das metodologias empregadas nas pesquisas. Sabe-se que esta disfunção possui uma maior prevalência em mulheres com histórico familiar de incontinência e de raça caucasiana, demonstrando que além dos fatores ambientais, questões genéticas também possuem importância em seu desenvolvimento (CÂNDIDO *et al.*, 2017).

Para Mourão *et al.* (2017), a perda da função esfinteriana e desenvolvimento da IU é multifatorial, possuindo como fatores de risco comprovados a idade, a raça, as alterações hormonais, a obesidade, o processo gestacional, o tipo de parto, o climatério, a constipação, as cirurgias ginecológicas prévias, o uso de

medicamentos - anti-hipertensivos, hipoglicemiantes e drogas - o tabagismo, os exercícios de alto impacto, a prática de exercícios físicos intensos, as doenças crônicas - como diabetes mellitus – os antecedentes de infecção urinária e o comprometimento funcional do sistema nervoso.

Com relação a prevalência de IU durante o período gestacional, a revisão sistemática com metanálise realizada por Moossdorff-Steinhauser *et al.* (2020) envolveu quarenta e quatro estudos, com total de 88.305 mulheres, e obteve como resultado uma prevalência média geral de 41% de IU durante a gravidez, com variação de 9 a 75%. Além disso, notou-se que os números de prevalência aumentam com o período gestacional, de um percentual de 9% no primeiro trimestre para 34% no terceiro, sendo a IUE é o tipo de IU mais prevalente, correspondendo a 63% dos casos.

Segundo Caruso *et al.* (2020), os inúmeros eventos que envolvem o período gestacional se relacionam com as causas da IU. O aumento da pressão uterina gerado pelo crescimento e peso do feto no MAP, em conjunto com as mudanças hormonais, como aumento da progesterona, da relaxina e redução dos níveis de colágeno, podem levar à diminuição da força, sustentação e suporte exercido pelos MAP.

O peso do abdômen no último trimestre gestacional, a fisiologia do trabalho de parto e o próprio parto, aparentam levar a alterações na estática pélvica. A pressão fetal exercida contra o tecido materno provoca desordens estruturais e de fâscias, estiramento, e, em certos casos, avulsão em nervos e músculos da região. Assim, com a integridade dos MAP comprometida, a região se torna incapaz de sustentar adequadamente os órgãos pélvicos, provocando mobilidade da uretra e colo da bexiga, levando a sintomas da IU (RIBEIRO, 2020).

A paridade também é mencionada como um significativo fator de risco para IU, estando o número de partos diretamente ligados ao risco para o desenvolvimento, principalmente na terceira e quarta década de vida. Ademais, para alguns autores, o peso do bebê também deve ser examinado como um fator de risco, justificando que fetos mais pesados predispõem a uma maior pressão intra-abdominal materna e, por consequência, sobrecarga à região perineal (ABRAMS *et al.*, 2017; CÂNDIDO *et al.*, 2017).

Com relação ao tipo de parto, tem se observado que o parto vaginal, sobretudo durante o segundo estágio (período expulsivo), possa gerar efeito

desfavorável sobre as estruturas nervosas que sustentam o AP; visto que, a cabeça fetal pode causar alongamento e compressão do nervo podendo, provocando estiramento dos ligamentos e tecidos da pelve. Evidenciou-se ainda que o parto vaginal pode reduzir a força muscular do AP de primíparas e múltiparas, e que em comparação à cesariana, está relacionado a um aumento do risco de IUE e IUU (ABRAMS *et al.*, 2017; SABOIA *et al.*, 2017).

A cesariana eletiva tem sido associada à redução do risco de incidência de sintomas urinários, quando comparada ao parto vaginal. No entanto, a indicação da cesariana eletiva como medida de prevenção para IU, a longo prazo, mantém-se controversa, dado que após múltiplas gestações, o efeito protetor desta cirurgia é anulado. Além disso, destacam-se os riscos ao recém-nascido e à mãe envolvidos no procedimento (BORBA; BRONDANI; FIRMIANO, 2017; KNORST, 2014).

Cabe salientar que a longo prazo, o desenvolvimento de IU e de demais disfunções do AP estarão ligadas a outros fatores de risco. Posto isso, é necessário identificar mulheres com alto risco para o desenvolvimento dessas disfunções e agir de maneira preventiva nesses fatores, especialmente nos modificáveis, a fim de reduzir a incidência da patologia em questão (RIBEIRO, 2020).

3.4 Atuação fisioterapêutica na conscientização e tratamento da incontinência urinária em gestantes

A IU não apresenta risco de morte, porém, pode desencadear demais afecções, como úlceras de pressão; irritação de pele; abstenção de sono em função da noctúria e outras. Ademais, o constrangimento do escape urinário, o desconforto do odor da urina, a vergonha de ficar molhada em público e outros fatores, aumentam a restrição social e comprometem a rotina e o relacionamento familiar dos indivíduos acometidos - podendo gerar limitações físicas, ocupacionais, domésticas, sociais, sexuais e de qualidade de vida (OLIVEIRA *et al.*, 2020; RIBAS *et al.*, 2019).

No que diz respeito aos tratamentos da IU, estes classificam-se em conservador e cirúrgico, sendo realizados a partir das causas e necessidades de cada paciente. As intervenções cirúrgicas são destinadas aos casos de alteração anatômica nas estruturas envolvidas no processo miccional. Não é considerada a primeira opção de escolha, tendo em vista que é mais onerosa, invasiva e pode ocasionar complicações, maior dependência de cuidados pós-operatórios e índice de falha nos

esfíncteres de até 35% dos casos; além de representar um custo maior ao sistema de saúde (SILVA *et al.*, 2019; ALMEIDA; CÂNDIDO; NETTO, 2020).

A ICS e os principais *guidelines* recomendam que o tratamento conservador seja ofertado como primeira opção em função de sua alta efetividade, baixo risco e baixo custo, obtendo como objetivo a reabilitação da musculatura do assoalho pélvico. Este é considerado padrão-ouro desde 2005, alcançando um alto índice de cura e melhora superiores à 80% na sintomatologia relatada (SILVA; NUNES; LATORRE, 2019).

A Fisioterapia desempenha um papel importante na prevenção e tratamento da IU, podendo ser realizada em mulheres grávidas e não grávidas, visando promover consciência corporal, propriocepção perineal, melhora do tônus da musculatura perineal, ganho de força e resistência. É desempenhada através de terapias comportamentais, de treinamento dos músculos do assoalho pélvico (TMAP), além da associação de recursos que podem ser utilizados a partir do tipo de incontinência urinária e da sintomatologia do paciente, como terapia com cones vaginais; *biofeedback*; eletroestimulação do assoalho pélvico e outros. No entanto, alguns recursos, como a eletroestimulação e os cones vaginais tem contraindicações de uso durante o período gestacional (MAZO, 2021; CAVENAGHI *et al.*, 2020).

A terapia comportamental engloba estratégias de intervenção para redução dos sintomas da IU, abrangendo mudanças na alimentação, orientação quanto à ingestão hídrica, aumento do intervalo miccional e treinamentos em casa. Pode ser realizada em conjunto ao TMAP supervisionado, caracterizado por movimentos de contração e relaxamento realizados repetidamente pela musculatura perineal, visando aumentar a força muscular, bem como proporcionar o controle motor do AP (OLIVEIRA; SILVA; PERES, 2021; VAZ *et al.*, 2019).

Um estudo realizado por Sangsawang e Sangsawang (2016) demonstrou que além de ser eficaz na prevenção da IU, o programa de TMAP reduziu a gravidade dos sintomas nas mulheres que apresentaram a perda urinária ao final da gestação. Corroborando a este, Pelaez *et al.* (2014) expôs que o treinamento do MAP aumentou a resistência da musculatura, diminuiu a quantidade de vazamentos e o número de episódios de perdas, sendo considerado efetivo na prevenção primária e no tratamento da IU em gestantes primíparas.

A revisão sistemática de Woodley *et al.* (2020), realizada com 38 artigos, envolvendo 9.892 mulheres de 20 países, indicou que em comparação aos cuidados

habituais, mulheres grávidas continentais que realizam TMAP no pré-natal podem apresentar um risco 62% menor de relatar incontinência urinária ao final da gestação. Da mesma forma, o TMAP pré-natal diminuiu em 29% o risco de incontinência urinária no período pós-natal médio, equivalente a mais de três a seis meses pós-parto.

Du *et al.* (2015), em sua revisão sistemática revelaram ainda que o TMAP aplicado na gravidez pode ser eficaz em diminuir a duração do primeiro estágio do trabalho de parto em 28,33 minutos e do segundo estágio em 10,41 minutos, em média. Similarmente, Sobhgol, Smith e Dahlen (2020) evidenciaram uma redução do segundo estágio do trabalho de parto em 20,90 minutos no total e em 21,02 minutos em primíparas, além de reduzir a incidência de traumas perineais graves.

No entanto, apesar das evidências supracitadas, ainda se observa uma certa negligência em todo o mundo quanto à busca de cuidados para a referida disfunção (DUARTE *et al.*, 2021; PEREIRA *et al.*, 2014). À exemplo, a pesquisa de Moosdorff-Steinhauser (2021) demonstra que a IU atinge duas a cada três gestantes, mas apenas uma em cada oito mulheres procura ajuda profissional, revelando um percentual de apenas 13,1% das entrevistadas.

Em concordância, um estudo realizado em Xangai com 2.100 mulheres com idades entre 18 e 40 anos, expôs que apenas 20,8% das entrevistadas buscaram assistência médica (ZHANG *et al.*, 2016). Tratando-se de mulheres brasileiras, Ribeiro (2020) evidenciou que somente 21,2% das mulheres que apresentaram sintomas de IU já haviam procurado tratamento com médicos e enfermeiros, sendo que 71,4% destas afirmaram que mesmo após a queixa não obtiveram orientações específicas.

Dentre os fatores que influenciam a não busca por tratamento da IU, estão, a vergonha, o medo do exame e o constrangimento para falar com os profissionais de saúde, o fato de considerarem seus sintomas normais e sem gravidade, a crença na melhora espontânea, ou após o parto, no caso de gestantes, algumas acreditam ainda que a IU é uma consequência normal da gestação ou do parto, que não pode ser tratada, e que a cirurgia seja a única opção (PEREIRA *et al.*, 2014).

À vista disso, muitas mulheres acometidas, independentemente da idade, tendem a esconder a condição e tratar a situação com certa “normalidade” em seu dia-a-dia, assumindo atitudes como diminuição da ingestão de água a fim de manter a bexiga vazia, além da diminuição da interação social e outras (JOHN *et al.*, 2013).

Dessarte, é notável a necessidade de que os profissionais de saúde responsáveis pela assistência à mulher estejam aptos e focados em elaborar

estratégias de educação em saúde, favorecendo o conhecimento, a prevenção e o tratamento da IU e demais disfunções do assoalho pélvico (DAPs) que possam surgir no período gestacional (VAZ, 2019; RIBEIRO, 2020).

As diretrizes de prevenção e manejo não cirúrgico das DAPs, recomendam a indispensabilidade de aumentar a conscientização de todas as mulheres acerca do tema, ressaltando a importância de produzir recursos para esclarecimento quanto à anatomia dos órgãos pélvicos, aos sintomas das disfunções, aos fatores de risco, sobre quando e onde buscar ajuda, opções de prevenção, gerenciamento e outros (DIRETRIZ NG210, 2021).

Tratando-se de gestantes, destaca-se que tais orientações devem ser feitas nas consultas pré-natais e durante toda a estadia na maternidade, informando-as sobre os riscos gerais, e buscando atuar de forma preventiva nos fatores modificáveis, ou seja, referentes ao estilo de vida; com ênfase para realização de exercícios; alimentação saudável; evitar constipação; manter o peso adequado; além de incentivar a realização de TMAP (DIRETRIZ NG210, 2021).

Ainda segundo a diretriz, é imprescindível que o profissional saiba adequar as informações ofertadas ao nível de compreensão, faixa etária e características do público, estando ciente de possíveis constrangimentos, sensibilidades culturais e religiosas, oferecendo informações claras e concisas, e estando disposto a respeitar e apoiar a individualidade de cada paciente (DIRETRIZ NG210, 2021).

A atuação profissional com relação a IU pode ocorrer desde o mapeamento de sintomas precocemente e posterior tratamento, até o direcionamento para reabilitação e prevenção de afecções futuras, ressaltando a articulação fundamental entre educação e saúde, buscando sempre construção e reconstrução do conhecimento compartilhado para a transformação social (MENDES, 2017).

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram abordadas 39 gestantes que realizavam pré-natal no local estudado. Destas, duas afirmaram nunca ter ouvido falar sobre IU, e duas negaram-se a participar do estudo, totalizando uma amostra de 35 gestantes, com idade entre 18 a 36 anos e média de $26,68 \pm 4,69$, sendo a maioria casada ou em união estável (77,14%), e de religião católica (57,17%). Quanto ao grau de escolaridade, o ensino médio completo foi a variável mais frequente com 42,86%. (Tabela 1).

Tabela 1 - Características sociodemográficas e obstétricas de gestantes. São Luís - MA, 2022. (n=35)

VARIÁVEIS	N	%
Idade (anos)		
Faixa etária de 18 a 20	4	11,43
Faixa etária de 21 a 25	10	28,57
Faixa etária de 26 a 30	16	45,71
Faixa etária de 31 a 36	5	14,29
Média \pm Desvio Padrão	26,68 \pm 4,69 anos	
Amplitude (Maior – menor valor)	(36 – 18) anos	
Estado civil		
Casada / União estável	27	77,14
Solteira	8	22,86
Religião		
Católica	20	57,14
Espírita	1	2,86
Evangélica	13	37,14
Religião afro-brasileira	1	2,86
Escolaridade		
Ensino Médio Incompleto	4	11,43
Ensino Médio Completo	15	42,86
Ensino Superior Incompleto	7	20,00
Ensino Superior Completo	8	22,85
Pós-graduação / Mestrado / Doutorado	1	2,86
Renda		
Nenhuma	6	17,14
Até um salário-mínimo	16	45,71
De 01 a 02 salários-mínimos	7	20,00
De 02 a 03 salários-mínimos	4	11,43
De 03 a 05 salários-mínimos	2	5,71
Idade gestacional		
1º trimestre (1º à 13ª semana)	3	8,58
2º trimestre (14ª à 27ª semana)	16	45,71
3º trimestre (28ª à 40ª semana)	16	45,71
Média \pm Desvio Padrão	26,08 \pm 8,64 semanas	
Amplitude (Maior – menor valor)	(40 – 9) semanas	
Início do pré-natal		

1º trimestre (1º à 13ª semana)	27	77,14
2º trimestre (14º à 27ª semana)	5	14,29
3º trimestre (28º à 40-42ª semana)	3	8,57
Tipo de gestação		
Gemelar (dois bebês)	1	2,86
Única (um bebê)	34	97,14
Possui filhos		
Não	26	74,29
Sim	9	25,71
Quantos filhos		
Nenhum	26	74,29
Um	5	14,29
Dois	4	11,43

Fonte: Dados da pesquisa (2022)

Similarmente a este trabalho, o estudo de Silva, Cavalcante e Nascimento (2019) verificou o perfil obstétrico de gestantes assistidas em um Centro de Saúde da Família e observou o maior percentual de mulheres com estado civil casada (42,18%) e união estável (35,93%), idade entre 20 a 30 anos, e nível de escolaridade predominante no nível médio (71,87%).

A renda mensal mais citada pelas gestantes deste estudo foi de até um salário mínimo (45,71%) e entre 1 e 2 salários mínimos (20%), corroborando com os achados de Barroso *et al.* (2021), no qual 39,5% das grávidas usuárias do sistema público recebiam até um salário mínimo e 38,3% possuíam renda de 1 a 2. Segundo Xavier *et al.* (2013), condições socioeconômicas desfavoráveis, escolaridade baixa, desnutrição e idade materna avançada podem associar-se a uma maior prevalência de alterações congênitas, além de influenciar no acesso a cuidados à saúde ginecológica e reprodutiva.

Com relação ao perfil obstétrico descrito da tabela 1, observou-se uma idade gestacional média de $26,08 \pm 8,64$ semanas, com prevalência de gestação do tipo única (97,14%). A maioria das gestantes (77,14%) afirmaram ter iniciado as consultas de pré-natal no 1º trimestre de gestação, em consonância às orientações do Ministério da Saúde (MS) que recomenda o início da assistência pré-natal preferencialmente no primeiro trimestre, além da realização de no mínimo seis consultas, rotina de exames laboratoriais, vacinação, atividades educativas relacionadas à gravidez e outras (BRASIL, 2000).

Para Nunes *et al.* (2016) a assistência pré-natal apresenta-se como um fator primordial na prevenção e proteção de eventos adversos sobre a saúde obstétrica, viabilizando a identificação e o manejo clínico de intervenções

convenientes sobre potenciais fatores de risco para complicações à saúde materna e neonatal. Aguiar *et al.* (2020) ratifica que tal atenção influencia diretamente nos desfechos perinatais, além de constituir-se como um momento oportuno para acolher a gestante, fortalecer a atenção integral e promover educação em saúde.

O conhecimento das gestantes quanto a IU foi avaliado através de 10 perguntas referentes a sintomas, fatores de risco, entendimento da IU enquanto patologia, formas de prevenção e tratamento, demonstrados na tabela 2.

Tabela 2 - Avaliação das respostas da subescala de avaliação do conhecimento de gestantes sobre Incontinência Urinária. São Luís - MA, 2022. (n=35)

QUESTÕES	Escore	N	%
01 - Você já ouviu falar que algumas mulheres perdem xixi quando não estão com vontade (quando tosse ou espirram) ou porque não conseguem chegar a tempo ao banheiro?			
Não	0,0	0	0,0
Sim	15	35	100
02 - Você acha que perder xixi quando não está com vontade (quando tosse ou espirra) ou porque não consegue chegar a tempo no banheiro acontece mais com homens ou com mulheres?			
Homens	0,0	2	5,71
Mulheres	05	27	77,14
Não sabe	0,0	6	17,14
03 - Você acha que é um problema perder xixi na roupa quando não está com vontade (quando tosse ou espirra) ou porque não consegue chegar a tempo ao banheiro?			
Não	0,0	6	17,14
Sim	05	29	82,86
04 - Você acha que perder xixi quando não está com vontade (quando tosse ou espirra) ou porque não consegue chegar a tempo ao banheiro é um problema que as mulheres podem enfrentar em alguma fase da vida (gestação, após o parto, envelhecimento)?			
Não	0,0	2	5,71
Sim	05	33	94,29
05 - Você acha que é normal a gestante ter perda de xixi em momentos como tossir, espirrar ou realizar algum esforço físico? Ou perder urina antes de chegar ao banheiro?			
Não	05	16	45,71
Sim	0,0	19	54,29
06- Você sabe o que pode causar a perda de xixi quando a mulher não está com vontade (quando tosse ou espirra) ou porque não conseguem chegar a tempo ao banheiro?			
Não sabe	0,0	21	60,00
Sabe informar pelo menos um dos fatores de risco*	05	14	40,00
7-Você acha que, em mulheres que não tem queixa de perda de xixi quando não estão com vontade (quando tosse ou espirra) ou porque não conseguem chegar a tempo ao banheiro, existe algo que possa ser feito para evitar?			
Não	0,0	8	22,86

Sim	2,5	27	77,14
8- Você disse que existe como evitar a perda de xixi em mulheres que não tem essa queixa. Pode me dizer quais você conhece?			
Não sabe	0,0	16	59,26
Evitar Constipação	27,5	2	7,41
Realizar exercício de fortalecimento do assoalho pélvico	27,5	2	7,41
Evitar levantar peso	27,5	1	3,70
Manter peso corporal saudável	27,5	6	22,22
9 - Você acha que existe tratamento para mulheres que perdem xixi quando não estão com vontade (quando tosse ou espirra) ou porque não conseguem chegar a tempo ao banheiro?			
Não	0,0	10	28,57
Sim	2,5	25	71,43
10- Você acha que existe tratamento para perda de xixi. Pode me dizer quais você conhece?			
Cirurgia	27,5	4	15,38
Medicamento	27,5	3	11,54
Terapia comportamental	27,5	1	3,85
Treinamento da musculatura do assoalho pélvico	27,5	1	3,85
Ervas	0,0	1	3,85
Não sabe	0,0	16	61,53

***Fatores de risco** (Gravidez/Parto/Parto instrumental; Episiotomia/laceração; Menopausa/Envelhecimento; Cirurgia Pélvica Comorbidade (Infecção urinária, demências, doenças do colágeno); Fraqueza do músculo do assoalho pélvico / falta de preparo do períneo; POP (bexiga baixa); Obesidade; Atividade de levantar peso ou fazer muito esforço físico)
Fonte: Dados da pesquisa (2022)

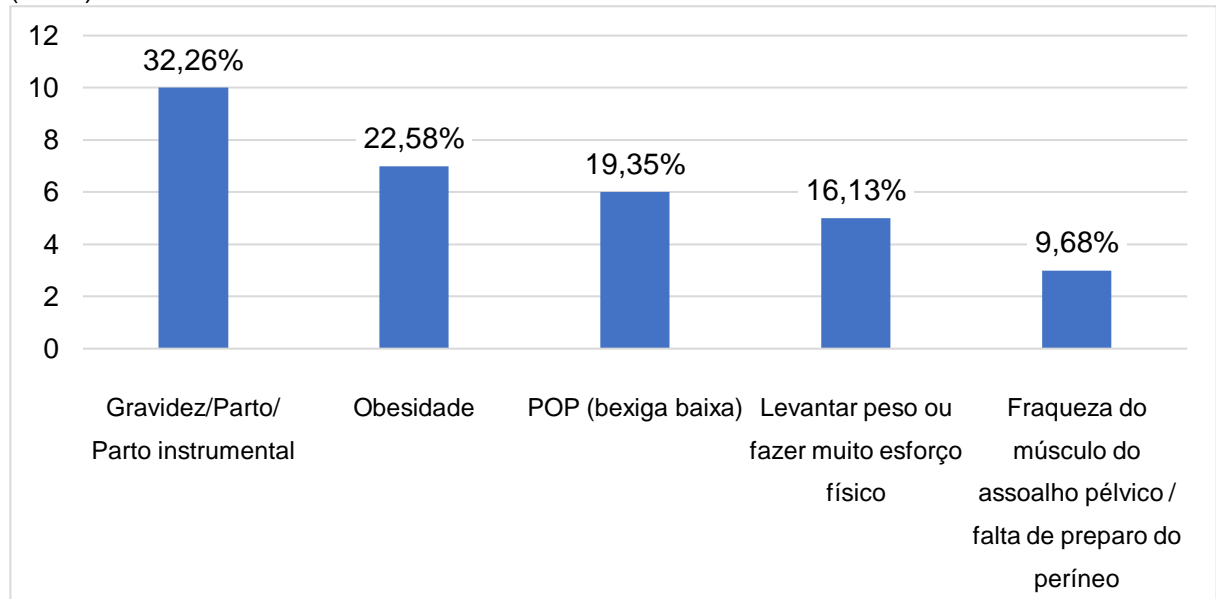
Das participantes do estudo, 77,14% reconhecem o público feminino como mais acometido pela patologia, e apesar de considerarem perda urinária um problema (82,86%), a maioria (94,29%) acredita tratar-se de uma condição que as mulheres podem enfrentar em alguma fase da vida. Sobre a perda urinária durante o período gestacional, 54,29% consideraram tal fato normal, corroborando com o estudo de Hill *et al.* (2017), no qual 41% das gestantes entrevistadas julgaram habitual perder urina durante a gravidez.

Nesse sentido, Demircan *et al.* (2016) destaca que por tratar-se de uma condição de alta frequência na gravidez, a IU é por muitas vezes considerada uma ocorrência típica, sendo ignorada tanto pelas gestantes quanto pelos profissionais. O autor ressalta ainda a necessidade de voltar a atenção para o diagnóstico da referida patologia durante a gestação e a importância de entender seu impacto na saúde da mulher.

Com relação aos fatores de risco para o desenvolvimento de IU, solicitou-se que as participantes citassem o máximo de fatores que conheciam, no entanto, grande parte destas (60%) não souberam identificá-los. Dentre as que citaram pelo menos um (40%), o fator gravidez/parto/parto instrumental foi o mais prevalente

(32,25%), conforme apresentado no gráfico 1. Tal achado pode estar relacionado a própria experiência gestacional das participantes, tendo em vista as diversas mudanças anatômicas e funcionais no trato urinário consequentes ao processo de adaptação do organismo (FERREIRA; MERCURIO; SANCHES, 2020).

Gráfico 1 - Fatores de risco relatados para o desenvolvimento de IU. São Luís - MA, 2022 (n=14)



Fonte: Dados da pesquisa (2022)

Ainda sobre a tabela 2, a maioria das gestantes acredita haver algo que possa evitar a IU (77,14%), porém 59,22% destas, não sabia citar qualquer forma de prevenção. Com relação ao tratamento, 71,43% entendem que a IU pode ser tratada, entretanto apenas 38,47% apontaram no mínimo uma forma de tratamento, dentre os quais, cirurgia (15,38%) e medicamentos (11,54%) foram os mais frequentes. Terapia comportamental e TMAP foram citados apenas uma vez, o equivalente a apenas 3,85% das respostas cada uma.

Segundo Liu, Tan e Han (2019), o TMAP é uma forma eficaz de prevenção e tratamento das DAPs, no entanto ainda se mostra pouco popular. À exemplo, o estudo de Mendes (2017), realizado com mulheres de 33 a 66 anos, não grávidas, portadoras de IU, usuárias do SUS e da rede privada observou que a maioria das participantes de ambos os grupos conheciam apenas a intervenção cirúrgica como tratamento da IU, e que apenas duas tinham experimentado o TMAP após já terem realizado procedimento cirúrgico e ter experimentado a recidiva da perda de urina.

Este dado corrobora com os achados desta pesquisa, na qual a maioria das participantes (15,38%) reconhece a cirurgia como forma de tratamento para a IU.

Ao avaliar o conhecimento de gestantes e puérperas usuárias do sistema público sobre o tratamento fisioterapêutico na IU, Neto *et al.* (2018) evidenciaram que apenas 17,5% das gestantes e 20% das puérperas sabiam sobre a atuação da fisioterapêutica, em especial sobre o TMAP. Em contrapartida, no estudo de Geynisman-Tan, Taubel e Asfaw (2019), 83% das grávidas sabiam que exercícios do assoalho pélvico poderiam prevenir e tratar a incontinência urinária.

As questões que alcançaram um menor percentual de acertos foram as relacionadas ao entendimento da IU como uma patologia com 54,29% (questão 5), aos fatores de risco com 40% (questão 6), formas de prevenção e tratamento com 40,74% e 38,47% respectivamente (questões 8 e 10).

A tabela 3, apresenta a classificação do conhecimento das gestantes em insuficiente, básico e avançado a partir dos escores obtidos, no qual observou-se uma variação de 15 a 100 pontos, com pontuação média de $51,00 \pm 27,38$.

Tabela 3 - Classificação do conhecimento de gestantes sobre Incontinência Urinária a partir do escore. São Luís -MA, 2022. (n=35)

Classificação do Escore geral da escala	n	(%)
Insuficiente (< 75 pontos)	28	80,00
Básico (75 pontos)	0	-
Avançado (> 75 pontos)	7	20,00
Média \pm Desvio Padrão	51,00 \pm 27,38	
Amplitude (Maior – menor valor)	(100 – 15)	

Fonte: Dados da pesquisa (2022)

A partir dos dados, evidenciou-se que 80% das participantes deste estudo apresentaram um conhecimento insuficiente, considerando uma pontuação inferior a 75 pontos. Apenas 7 (20%) gestantes apresentaram um escore equivalente a um conhecimento avançado (>75 pontos), uma vez que para que o conhecimento seja considerado adequado, a gestante deve, no mínimo, ter ouvido falar sobre IU, saber que existe algo para evitá-la e tratá-la, além de citar alguma forma correta de prevenção e tratamento.

Resultados semelhantes foram encontrados no trabalho de Ribeiro (2020), que com o mesmo questionário utilizado no presente estudo avaliou o conhecimento

sobre IU de 201 gestantes, com idade entre 18 a 43 anos, observando que apenas 10,4% das participantes possuíam o conhecimento considerado adequado.

Demais estudos que também investigaram o conhecimento de mulheres sobre DAPS mostraram um baixo percentual de conhecimento sobre a temática, a exemplo McKay *et al.* (2019) e Chen *et al.* (2019) observaram, respectivamente, 74,2% e 72,0% de falta de proficiência de conhecimento para IU.

Já O’Neill *et al.* (2017) evidenciaram uma média de 63% de acertos referente a questões de IU, no entanto, ao avaliar questões mais específicas para diferenciar um conhecimento superficial de detalhado, o percentual de acerto foi de 41% em média, apontando que, embora algumas mulheres saibam algo sobre IU, em alguns casos o conhecimento ainda é limitado a questões básicas.

A tabela 4 apresenta a análise da associação estatística entre as respostas das variáveis sociodemográficas e obstétricas em relação a classificação da escala de avaliação do conhecimento de gestantes sobre incontinência urinária, considerando $p < 0,05$. Ao avaliar a classificação da escala e as características sociodemográficas observamos associação estatística para idade, escolaridade e renda das grávidas. Nenhuma das variáveis obstétricas demonstrou associação estatística significativa com a classificação da escala.

Tabela 4 - Análise estatística entre variáveis sociodemográficas e obstétricas em relação a classificação da subescala de avaliação do conhecimento de gestantes sobre IU. São Luís - MA, 2022 (n=35)

VARIÁVEIS	AVALIAÇÃO DA ESCALA				p-valor
	Insuficiente		Avançado		
	N	%	n	%	
Idade (anos)					0,028^e
Faixa etária de 18 a 20	4	14,29	0	-	
Faixa etária de 21 a 25	10	35,71	0	-	
Faixa etária de 26 a 30	12	42,86	4	57,14	
Faixa etária de 31 a 36	2	7,14	3	42,86	
Estado civil					0,648 ^e
Casada / União estável	22	78,57	5	71,43	
Solteira	6	21,43	2	28,57	
Religião					0,794 ^e
Católica	15	53,57	5	71,43	
Espírita	1	3,57	0	-	
Evangélica	11	39,29	2	28,57	
Religião afro-brasileira	1	3,57	0	-	
Escolaridade					0,003^e
Ensino Médio Incompleto	4	14,29	0	-	
Ensino Médio Completo	15	53,57	0	-	
Ensino Superior Incompleto	5	17,86	2	28,57	
Ensino Superior Completo	4	14,29	3	42,86	

Graduação Completa	0	-	1	14,29	
Pós-graduação / Mestrado / Doutorado	0	-	1	14,29	
Renda					0,017^e
Nenhuma	4	14,29	2	28,57	
Até um salário-mínimo	16	57,14	0	-	
De 01 a 02 salários-mínimos	4	14,29	3	42,86	
De 02 a 03 salários-mínimos	3	10,71	1	14,29	
De 03 a 05 salários-mínimos	1	3,57	1	14,29	
Idade gestacional					0,557^e
1º trimestre (1º à 13ª semana)	2	7,14	1	14,29	
2º trimestre (14º à 27ª semana)	14	50,00	2	28,57	
3º trimestre (28º à 40ª semana)	12	42,86	4	57,14	
Início do pré-natal					0,600^e
1º trimestre (1º à 13ª semana)	21	75,00	6	85,71	
2º trimestre (14º à 27ª semana)	5	17,86	0	-	
3º trimestre (28º à 40-42ª semana)	2	7,14	1	14,29	
Tipo de gestação					0,800^e
Gemelar (dois bebês)	1	3,57	0	-	
Única (um bebê)	27	96,43	7	100,00	
Possui filhos					1,000^e
Não	21	75,00	5	71,43	
Sim	7	25,00	2	28,57	
Quantos filhos					1,000^e
Nenhum	21	75,00	5	71,43	
Um	4	14,29	1	14,29	
Dois	3	10,71	1	14,29	

e- Exato de Fisher

Fonte: Dados da pesquisa (2022)

Com relação à idade, nota-se uma prevalência maior do conhecimento entre as faixas etárias maiores (26 a 30 e 31 a 36 anos). Quanto à escolaridade, observou-se um percentual maior de conhecimento avançado em gestantes que possuíam ensino superior completo (42,86%), enquanto as que tinham conhecimento insuficiente encontravam-se majoritariamente na variável de ensino médio completo (57,57%). Sobre a renda, o maior percentual de conhecimento avançado esteve entre as participantes que afirmaram possuir de 01 a 02 salários-mínimos (42,86%), em contrapartida, o conhecimento insuficiente obteve mais prevalência na renda mensal de até um salário mínimo.

Em concordância, o estudo de Liu, Tan e Han (2019) realizado com gestantes no terceiro trimestre, observou que os escores de conhecimento mais altos sobre IU associavam-se a idade mais alta, maior escolaridade e condição socioeconômica.

A literatura indica que diversos fatores podem interferir no conhecimento das mulheres sobre determinadas disfunções, entre elas a IU. O baixo conhecimento

dificulta a prevenção e a busca por tratamento, uma vez que um conhecimento incompleto ou inadequado pode resultar em um mau gerenciamento da condição, enquanto um maior nível de informação favorece um melhor manejo e adesão ao tratamento (FANTE *et al.*, 2019; SZYMONA-PALKOWSKA *et al.*, 2016).

Dentre as limitações encontradas para realização deste estudo encontram-se o curto período para realização da coleta de dados, a abrangência de apenas uma unidade de saúde, resultando em um número de amostra pequeno (n=35).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados encontrados nesta pesquisa permitiram identificar que o conhecimento das gestantes participantes sobre IU é baixo e em sua maioria superficial, visto que, apesar de já terem ouvido falar sobre a condição, grande parte desconhece aspectos mais específicos como fatores de risco, formas de prevenção e tratamento. Além disso, observou-se uma associação estatística para variáveis idade, escolaridade e renda das grávidas.

Nota-se uma lacuna quanto ao conhecimento da IU, tornando clara a necessidade de promover educação em saúde, de modo a incorporar o assunto na rotina de cuidados pré-natais, permitindo a troca de informação e experiências entre as gestantes e os profissionais de saúde, favorecendo o conhecimento, autonomia do cuidado e a possível redução dos riscos de desenvolvimento da IU.

Sugere-se que novos estudos sejam realizados acerca da temática abordada a fim de buscar subsídios que possam auxiliar a melhoria da qualidade de assistência oferecida ao público estudado.

REFERÊNCIAS

- ABRAMS, Paul *et al.* 6th International Consultation on Incontinence. Recommendations of the International Scientific Committee: evaluation and treatment of urinary incontinence, pelvic organ prolapse and faecal incontinence. **Neurourology and urodynamics**, v. 37, n. 7, p. 2271-2272, 2017. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/nau.23551>. Acesso em: 03 jun. 2022.
- AGUIAR, Lia Cardoso *et al.* Perfil das gestantes e conteúdo das orientações sobre os sinais de trabalho de parto recebidas no pré-natal. **Revista Ciência Plural**, p. 48-60, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.21680/2446-7286.2020v6n1ID21285>. Acesso em: 05 nov. 2022.
- ALMEIDA, Lidiana Lopes; CANDIDO, Thiago; NETTO, Aline. Conhecimento sobre a incontinência urinária e fisioterapia em gestantes: revisão de literatura. **Revista InterSaúde**, v. 1, n. 2, p. 48-60, 2020. Disponível em: http://revista.fundacaojau.edu.br:8078/journal/index.php/revista_intersaude/article/view/123/87. Acesso em: 07 out. 2022.
- ANDRADE, Débora Coelho. **Importância do fortalecimento do assoalho pélvico em gestantes**. 2021. 63 f. Monografia (Graduação em Fisioterapia) - Uniages, Paripiranga, 2021. Disponível em: <https://repositorio.animaeducacao.com.br/handle/ANIMA/13856>. Acesso em: 16 abr. 2022.
- BALIK, Gulsah. *et al.* Lower urinary tract symptom, n.s and urinary incontinence during pregnancy. **Lower Urinary Tract Symptoms**. v.8, n.2, p.120-124, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/luts.12082>. Acesso em: 10 set. 2022.
- BARACHO, Elza. **Fisioterapia aplicada à saúde da mulher** / Elza Baracho. 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2018. 552 p.
- BARROSO, Heloisa Helena *et al.* Perfil clínico e epidemiológico das gestantes atendidas no Centro Estadual de Atenção Especializada Jequitinhonha–Minas Gerais. **Brazilian Journal of Development**, v. 7, n. 3, p. 22391-22401, 2021. Disponível em: <https://brazilianjournals.com/ojs/index.php/BRJD/article/view/25809>. Acesso em: 11 nov. 2022.
- BIART, Indira Castañeda *et al.* Aspectos epidemiológicos de incontinência urinária. Revisión bibliográfica. **Revista Cubana de Medicina Física y Rehabilitación**, v. 8, n. S1, p. 88-98, 2016. Disponível em: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=72108>. Acesso em: 24 mai. 2022.
- BORBA, Alice Rios; BRONDANI, Daniela Kich; KNORST, Mara Regina. Incontinência urinária no puerpério de parto vaginal e cesárea: revisão de literatura. **Ciência & Saúde**, v. 7, n. 1, p. 54-59, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.15448/1983-652X.2014.1.14838>. Acesso em: 03 jun. 2022.
- BRASIL, Conselho Nacional de Saúde. **Resolução Nº 510, de 07 de abril de 2016**. Homologo a Resolução CNS no 510, de 07 de abril de 2016, nos termos do Decreto

de Delegação de Competência de 12 de novembro de 1991. Brasília, DF: Conselho Nacional de Saúde, 2017. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes-cns>. Acesso em: 31 maio 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Conselho Nacional de Saúde. Resolução Nº 466, de 12 de dezembro de 2012.** O Plenário do Conselho Nacional de Saúde em sua 240a Reunião Ordinária, realizada nos dias 11 e 12 de dezembro de 2012, no uso de suas competências regimentais e atribuições conferidas pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, e. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em: 31 maio 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 569/MS de 1º de junho de 2000.** Considerando que o acesso das gestantes e recém-nascidos a atendimento digno e de qualidade no decorrer da gestação, parto, puerpério e período neonatal são direitos inalienáveis da cidadania. Brasília, DF: Diário Oficial da União, 2000. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0569_01_06_2000_rep.html Acesso em: 05 nov. 2022.

BURG, Jéssica Luana. **Os benefícios do pilates na gestação.** 2016, 35 f. Monografia (Graduação em Fisioterapia) - Faculdade de Educação e Meio Ambiente – FAEMA, Ariquemes, 2016. Disponível em: <https://repositorio.faema.edu.br/handle/123456789/1029>. Acesso em: 16 abr. 2022.

CÂNDIDO, Fernando José Leopoldino Fernandes *et al.* Incontinência urinária em mulheres: breve revisão de fisiopatologia, avaliação e tratamento. **Visão acadêmica**, v. 18, n. 3, 2017. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/academica/article/view/54506/33509>. Acesso em: 25 mai. 2022.

CARUSO, Fernanda Borsatto *et al.* Fatores de risco para incontinência urinária na gravidez: Um estudo de caso controle. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 42, p. 787-792, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1055/s-0040-1718951>. Acesso em: 03 jun. 2022.

CARVALHO, Maitê Peres *et al.* O impacto da incontinência urinária e seus fatores associados em idosas. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 17, p. 721-730, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1809-9823.2014.13135>. Acesso em: 24 mai.2022

CAVENAGHI, Simone *et al.* Efeitos da fisioterapia na incontinência urinária feminina. **Rev Pesqui Fisioter.** v. 10, n. 2, p. 658-665, 2020. Disponível em: <https://10.17267/2238-2704rpfv.10i4.3260> . Acesso em: 20 set. 2022.

CHEN, Chi Chiung *et al.* Knowledge of pelvic floor disorders in women seeking primary care: A cross-sectional study. **BMC Family Practice**, v. 20, n. 1, p. 1–10, 2019. Disponível em:

<https://bmcprimcare.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12875-019-0958-z>. Acesso em: 10 nov. 2022.

COUTO, Ana Filipa Bras. **Relatório de Estágio e Monografia intitulada " O aconselhamento farmacêutico na gravidez e amamentação "**. 2021, 66 f. Dissertação (Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas) - Universidade de Coimbra, Coimbra, 2021. Disponível em: <https://eq.uc.pt/handle/10316/99157>. Acesso em: 13 abr. 2022.

DAVENPORT, Margie. *et al.* Prenatal exercise (including but not limited to pelvic floor muscle training) and urinary incontinence during and following pregnancy: a systematic review and meta-analysis. **British Journal of Sports Medicine**. v.52, n.21, p.1397- 1404, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1136/bjsports-2018-099780>. Acesso em: 05 ago. 2022.

DEMIRCAN, Nejat. *et al.* What are the probable predictors of urinary incontinence during pregnancy? **Peer Journal**. v. 4, e: 2283 p.1-19, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.7717/peerj.2283>. Acesso em: 10 set. 2022.

DINÇ, Ayten. Prevalence of urinary incontinence during pregnancy and associated risk factors. **Lower Urinary Tract Symptoms**. v.10, n.3, p.303-307, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/luts.12182>. Acesso em: 05 ago. 2022.

DIRETRIZ NG210, NICE. Disfunção do assoalho pélvico: prevenção e manejo não cirúrgicos, 2021. Disponível em: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng210>. Acesso em: 10 set. 2022.

DU, Yihui *et al.* The effect of antenatal pelvic floor muscle training on labor and delivery outcomes: a systematic review with meta-analysis. **International urogynecology journal**, v. 26, n. 10, p. 1415-1427, 2015. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00192-015-2654-4>. Acesso em: 01 nov. 2022.

FANTE, Julia Ferreira *et al.* Do Women have Adequate Knowledge about Pelvic Floor Dysfunctions? A Systematic Review. **Rev Bras Ginecol Obstet**, v. 41, p. 508–519, 2019. Disponível em: <https://www.thiemeconnect.com/products/ejournals/html/10.1055/s-0039-1695002>. Acesso em: 13 nov. 2022.

FERREIRA, Brunelle Kauanne Anjos Costa; MERCURIO, Gabriela; SANCHES, Bianca Zezi. Prevalência de incontinência urinária autorreferida em gestantes e parturientes. **Revista Científica**, v. 1, n. 1, 2020. Disponível em: <http://189.112.117.16/index.php/revista-cientifica/article/view/396>. Acesso em: 07 nov. 2022.

FIRMIANO, Maria Luísa Veras. **Escala de avaliação do conhecimento, atitude e prática de gestantes sobre incontinência urinária: construção e validação de conteúdo**. 2017. 139 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza,

2017. Disponível em: <https://repositorio.ufc.br/handle/riufc/30332>. Acesso em: 17 abr. 2022.

FREITAS, Leticia Maciel. **Conhecimento de mulheres sobre os músculos do assoalho pélvico e sua relação com a capacidade de contração e sintomas de incontinência urinária: estudo transversal**. 2018, 61 f. Dissertação (Mestrado em Fisioterapia) - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2018. Disponível em: <https://10.11606/D17.2018.de-19072018-105226>. Acesso em: 16 abr. 2022.

GEYNISMAN-TAN, Julia. M.; TAUBEL, Debra.; ASFAW, Tirsit. Is something missing from antenatal education: a survey of pregnant women's knowledge of pelvic floor disorders. **Female Pelvic Medicine & Reconstructive Surgery**. v.24, n.6, p.440-443, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/SPV.0000000000000465>. Acesso em: 10 nov. 2022.

GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. - São Paulo: Atlas, 2002. Disponível em: https://files.cercomp.ufg.br/weby/up/150/o/Anexo_C1_como_elaborar_projeto_de_pesquisa_-_antonio_carlos_gil.pdf. Acesso em: 03 jun. 2022.

JOHN, Winsome *et al.* Women's Management of Urinary Incontinence in Daily Living. **Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing**, v. 40, p. 524-532, 2013. Disponível em: <https://10.1097/WON.0b013e3182a2198a>. Acesso em: 06 out. 2022.

LIU, Jiayi; TAN, Shu Qi; HAN, How Chuan. Knowledge of pelvic floor disorder in pregnancy. **International Urogynecology Journal**, v. 30, n. 6, p. 991-1001, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s00192-019-03891-3>. Acesso em: 08 nov. 2022.

MAZO, SANDRA. **Fisioterapia pélvica como modalidade de tratamento da incontinência urinária em mulheres**. 2021. 37 f. Monografia (Bacharel em Fisioterapia) – Faculdade Faculdade de Educação e Meio Ambiente – FAEMA, Ariquemes – RO, 2021. Disponível em: <https://repositorio.unifaema.edu.br/handle/123456789/2950>. Acesso em: 10 set. 2022.

MCKAY, Elishia R. *et al.* Knowledge of pelvic floor disorders in obstetrics. **Female Pelvic Medicine & Reconstructive Surgery**, v. 25, n. 6, p. 419-425, 2019. Disponível em: https://journals.lww.com/fpmrs/Abstract/2019/11000/Knowledge_of_Pelvic_Floor_Disorders_in_Obstetrics.4.aspx. Acesso em: 10 nov. 2022.

MENDES, Adilson. **Conhecer para prevenir e cuidar: pesquisa-ação para promover a saúde da mulher com incontinência urinária**. 2017. 179 f. Tese (Doutor em Ciências) - Universidade de São Paulo, São Paulo, 2017. Disponível em: 10.11606/T.7.2018.tde-27042018-103457. Acesso em: 10 out. 2022.

MENDES, Adilson. *et al.* Adult women's experiences of urinary incontinence: a systematic review of qualitative evidence. **JBIC Database of Systematic Reviews**

and Implementation Report. v.15, n.5, p.1350-1408, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.11124/JBISRIR-2017-003389>. Acesso em: 10 set. 2022.

MOOSSDORFF-STEINHAUSER, Heide *et al.* Prevalence, incidence and bothersomeness of urinary incontinence in pregnancy: a systematic review and meta-analysis. **Int Urogynecol**, v. 32, p. 1633–1652, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s00192-020-04636-3>. Acesso em: 07 out. 2022.

MOOSSDORFF-STEINHAUSER, Heide *et al.* Urinary incontinence during pregnancy: prevalence, experience of bother, beliefs, and help-seeking behavior. **Int Urogynecol**, v. 32, p. 695–701, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s00192-020-04566-0>. Acesso em: 17 set. 2022.

MOURA, Anna Caroline Ribeiro; NASCIMENTO, Simony Lira. **Impacto da incontinência urinária na qualidade de vida de gestantes com sobrepeso e obesidade**. 2018. 22 f. Artigo. (Graduação em Fisioterapia) - Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2018. Disponível em: <https://repositorio.ufc.br/handle/riufc/39596>. Acesso em: 12 abr. 2022.

MOURÃO, Luana Feitosa *et al.* Caracterização e fatores de risco de incontinência urinária em mulheres atendidas em uma clínica ginecológica. **Estima**, v. 15, n. 2, p. 82-91, 2017. Disponível em: [10.5327/Z1806-3144201700020004](https://doi.org/10.5327/Z1806-3144201700020004). Acesso em: 03 jun. 2022.

NETO, Ademar Gonçalves *et al.* Avaliação do conhecimento sobre o tratamento fisioterápico da incontinência urinária de esforço entre gestantes e puérperas atendidas na rede pública de saúde do município de Patrocínio-MG. **Revista Interdisciplinar de Promoção da Saúde**, v. 1, n. 1, p. 41-45, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.17058/rips.v1i1.11942>. Acesso em: 09 nov. 2022.

NUNES, Juliana Teixeira *et al.* Qualidade da assistência pré-natal no Brasil: revisão de artigos publicados de 2005 a 2015. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 24, p. 252-261, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/cadsc/a/tJwFM7zS4kvLGSXX4CQrKHG/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 05 nov. 2022.

OLIVEIRA, Andressa; SILVA, Mylena, PERES, Maria. Os benefícios da fisioterapia pélvica para mulheres com incontinência urinária. **Revista Cathedral**, v. 3, n. 2, p. 48-55, 2021. Disponível em: <http://cathedral.ojs.galoa.com.br/index.php/cathedral/article/view/301/101>. Acesso em: 09 set. 2022.

OLIVEIRA, Layla Guimarães Paixão *et al.* Impacto da incontinência urinária na qualidade de vida de mulheres: revisão integrativa da literatura. **Revista Enfermagem UERJ**, v. 28, p. 51896, 2020. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/51896>. Acesso em: 12 abr. 2022.

PALMEZONI, Vanessa Pinho. **O impacto da gestação na função dos músculos do assoalho pélvico de primigestas**. 2016, 74 f. Dissertação (Mestre em Ciências

da Saúde) - Universidade Federal de Uberlândia. Uberlândia, 2016. Disponível em: <https://repositorio.ufu.br/handle/123456789/12859>. Acesso em: 13 abr. 2022.

PELAEZ, Mirea *et al.* Pelvic floor muscle training included in a pregnancy exercise program is effective in primary prevention of urinary incontinence: a randomized controlled trial. **NeuroUrol Urodyn**, v. 33, n. 1, p. 67-71, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/nau.22381>. Acesso em: 09 set. 2022.

PEREIRA, Jennifer. *et al.* Descriptive cross sectional study on prevalence, perceptions, predisposing factors and health seeking behaviour of women with stress urinary incontinence. **BMC women's health**, v. 14, n. 1, p. 78, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/1472-6874-14-78>. Acesso em: 12 abr. 2022.

PETRICELLI, Carla Dellabarba. **Função dos músculos do assoalho pélvico no terceiro trimestre de gravidez: extensibilidade e força muscular**. 2013, 112 f. Dissertação (Mestre em Ciências) - Universidade Federal de São Paulo. São Paulo, 2013. Disponível em: <https://repositorio.unifesp.br/handle/11600/23079>. Acesso em: 17 abr. 2022.

PRODANOV, Cleber Cristiano; FREITAS, Ernani Cesar. **Metodologia do trabalho científico: métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico**. 2. ed. Rio Grande do Sul: Universidade Feevale, 2013. 276 p. Disponível em: <http://www.feevale.br/Comum/midias/8807f05a-14d0-4d5b-b1ad-1538f3aef538/Ebook%20Metodologia%20do%20Trabalho%20Cientifico.pdf>. Acesso em: 26 mai. 2022.

PROETTI, Sidney. As pesquisas qualitativa e quantitativa como métodos de investigação científica: Um estudo comparativo e objetivo. **Revista Lumen-ISSN: 2447-8717**, v. 2, n. 4, 2018. Disponível em: <http://www.periodicos.unifai.edu.br/index.php/lumen/article/view/60>. Acesso em: 26 mai. 2022.

RIBAS, Lorrana Lacerda *et al.* Impacto da Incontinência Urinária na Qualidade de Vida das Gestantes. **Revista de psicologia**, v. 13, n. 43, p. 431-439, 2019. Disponível em: <https://idonline.emnuvens.com.br/id/article/view/1545>. Acesso em: 12 abr. 2022.

RIBEIRO, Gabriela Lima. **Avaliação do conhecimento, atitude e prática de gestantes sobre incontinência urinária: estudo observacional**. 2020. 71 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2020. Disponível em: <http://www.repositorio.ufc.br/handle/riufc/51393>. Acesso em: 03 jun. 2022.

SABOIA, Dayana Maia *et al.* The effectiveness of post-partum interventions to prevent urinary incontinence: a systematic review. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 71, p. 1460-1468, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0338>. Acesso em: 03 jun. 2022.

SACOMORI, Cinara *et al.* Prevalência e variáveis associadas à incontinência urinária no trimestre gestacional. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 13, n. 3,

pág. 215-221, 2013. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/rbsmi/a/FbMftFsPKrsNmkhmmLzDtpS/?format=pdf&lang=pt>.

Acesso em: 05 jul. 2022.

SANGSAWANG, Bussara; SANGSAWANG, Nucharee. Is a 6-week supervised pelvic floor muscle exercise program effective in preventing stress urinary incontinence in late pregnancy in primigravid women?: a randomized controlled trial.

Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol, v. 197, p. 103-10, 2016. Disponível em:

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26720598/>. Acesso em: 27 ago. 2022.

SANGSAWANG, Bussara; SANGSAWANG, Nucharee. Stress urinary incontinence in pregnant women: a review of prevalence, pathophysiology, and treatment.

International urogynecology journal, v. 24, n. 6, p. 901-912, 2013. Disponível em:

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23436035/>. Acesso em: 29 mar. 2022.

SANTINI, Ana Carolina Monteiro *et al.* Prevalência e fatores associados à ocorrência de incontinência urinária na gestação. **Revista Brasileira de Saúde Materno**

Infantil, v. 19, p. 967-974, 2019. Disponível em: [https://doi.org/10.1590/1806-](https://doi.org/10.1590/1806-93042019000400013)

[93042019000400013](https://doi.org/10.1590/1806-93042019000400013). Acesso em: 12 abr. 2022.

SANTOS, Cirça Aparecida da Silva. **Incontinência urinária de esforço em mulheres jovens: tratamento fisioterapêutico**. 2015, 56 f. Monografia (Bacharel em Fisioterapia) - Faculdade de Educação e Meio Ambiente. Ariquemes, 2015.

Disponível em: <https://repositorio.faema.edu.br/handle/123456789/133>. Acesso em:

16 abr. 2022.

SESHAN, Vidya; MULIIRA, Joshua Kanaab. Self-reported urinary incontinence and factors associated with symptom severity in community dwelling adult women: implications for women's health promotion. **BMC women's health**, v. 13, n. 1, p. 16,

2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/1472-6874-13-16>. Acesso em: 12 abr.

2022.

SILVA, Aurenice Gomes *et al.* Incontinência urinária em mulheres: fatores de risco segundo tipo e gravidade. **Cogitare enfermagem**, v. 25, e. 68514, 2020. Disponível em:

<http://dx.doi.org/10.5380/ce.v25i0.68514>. Acesso em: 25 mai. 2022.

SILVA, Débora *et al.* Efeitos do fortalecimento muscular do assoalho pélvico em pacientes pós-acidente vascular encefálico com incontinência urinária. **Fisioterapia Brasil**, v. 20, n. 4, p. 515-25, 2019. Disponível em:

<https://doi.org/10.33233/fb.v20i4.2794>. Acesso em: 07 out 2022.

SILVA, Lais; NUNES, Erica; LATORRE, Gustavo. O conhecimento de mulheres sobre incontinência urinária e atuação da fisioterapia: revisão sistematica. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 43, n. 3, p. 641-652, 2019. Disponível em:

<https://10.22278/2318-2660.2019.v43.n3.a2798>. Acesso em: 09 set. 2022.

SILVA, Leonardo; CAVALCANTE, Ana Neiline; OLIVEIRA, Maria. Perfil obstétrico de gestantes atendidas em pré-natal em Centro de Saúde da Família. **Saúde em Revista**, v. 19, n. 51, p. 15-23, 2020. Disponível em: [https://doi.org/10.15600/2238-](https://doi.org/10.15600/2238-1244/sr.v19n51p15-23)

[1244/sr.v19n51p15-23](https://doi.org/10.15600/2238-1244/sr.v19n51p15-23). Acesso em: 10 nov. 2022.

SILVA, Ricardo Antônio Barreto *et al.* Atuação do fisioterapeuta no período gestacional: uma revisão integrativa de literatura. **ReonFacema**; v. 4, n. 4, p. 1330-1338, out./dez., 2018. Disponível em: <http://www.facema.edu.br/ojs/index.php/ReOnFacema/article/view/310>. Acesso em: 29 mar. 2022.

SOBHGOL, Sahar Sadat; SMITH, Caroline A.; DAHLEN, Hannah Grace. The effect of antenatal pelvic floor muscle exercises on labour and birth outcomes: a systematic review and meta-analysis. **International Urogynecology Journal**, v. 31, n. 11, p. 2189-2203, 2020. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00192-020-04298-1>. Acesso em: 01 nov. 2022.

SZYMONA-PAŁKOWSKA, Katarzyna *et al.* Knowledge of the Disease, Perceived Social Support, and Cognitive Appraisals in Women with Urinary Incontinence. **BioMed Research International**, v. 2016, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1155/2016/3694792>. Acesso em: 10 nov. 2022.

THOMÉ, Bruna Isadora *et al.* Histórico gestacional de mulheres com incontinência urinária. **Cogitare Enfermagem**. v. 26, e. 75803, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.5380/ce.v26i0.75803>. Acesso em: 12 abr. 2022.

TORRES, Welkia de Macêdo. **Atuação da fisioterapia nas disfunções do assoalho pélvico em gestantes: uma revisão narrativa**. 2018, 42 f. Monografia (Bacharel em Fisioterapia) - Centro Universitário Doutor Leão Sampaio. Juazeiro do Norte, 2018. Disponível em: <https://unileao.edu.br/repositoriobibli/tcc/WELKIA%20DE%20MAC%C3%80DO%20TORRES.pdf>. Acesso em: 12 abr. 2022.

VASCONCELOS, Camila Teixeira Moreira. *et al.* Women's knowledge, attitude and practice related to urinary incontinence: systematic review. **International Urogynecology Journal**, v. 30, n. 2, p. 171-180, 2018. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30182183/>. Acesso em: 29 mar. 2022.

VAZ, Jaiana Rocha *et al.* Treinamento da musculatura do assoalho pélvico no período gestacional: revisão integrativa. **Brazilian Journal of health Review**, v. 2, n. 2, p. 2164-2178, mar./abr., 2019. Disponível em: <https://www.brazilianjournals.com/index.php/BJHR/article/view/1604/1481>. Acesso em: 13 abr. 2022.

VAZ, Jaiana Rocha. **Construção e validação de ambiente virtual de ensino-aprendizagem acerca da incontinência urinária gestacional**. 2019. 119 f. Dissertação (Mestrado em Saúde da Família) - UNINOVAFAPI, CENTRO UNIVERSITÁRIO, Teresina, 2018. Disponível em: <https://assets.uninovafapi.edu.br/arquivos/subsites/mestrado/tcm/2021/jaiana-tcm-viii-turma.pdf>. Acesso em: 10 set. 2022.

WOODLEY Stephanie John *et al.* Pelvic floor muscle training for preventing and treating urinary and faecal incontinence in antenatal and postnatal women.

Cochrane Database of Systematic Reviews, ed. 5, n. CD007471, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD007471.pub4>. Acesso em: 01 nov. 2022.

XAVIER, Rozania Bicego *et al.* Risco reprodutivo e renda familiar: análise do perfil de gestantes. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, p. 1161-1171, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232013000400029>. Acesso em: 11 nov. 2022.

ZAGO, A.C. *et al.* Prevalência e conhecimento sobre incontinência urinária e possibilidades de tratamentos entre mulheres trabalhadoras de baixa renda. **Fisioterapia e Movimento**. v.30, p.151-159, 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1980-5918.030.S01.AO15>. Acesso em: 17 set. 2022.

ZHANG, Ning. *et al.* Effects of a new community-based reproductive health intervention on knowledge of and attitudes and behaviors toward stress urinary incontinence among young women in Shanghai: a cluster-randomized controlled trial. **International urogynecology journal**, v. 27, n. 4, p. 545-553, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s00192-015-2851-1>. Acesso em: 17 set. 2022.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e esclarecido – TCLE

Prezada participante, você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa que tem como título “**Análise do conhecimento de gestantes sobre incontinência urinária**”, desenvolvida por Laryssa Brito dos Santos (pesquisadora participante), Graduanda em Fisioterapia pelo Centro Universitário Dom Bosco - UNDB, sob orientação da Professora Mestra Jaiana Rocha Vaz Tanaka (pesquisadora responsável). Os objetivos centrais deste estudo são investigar o conhecimento de gestantes acerca da incontinência urinária.

A escolha e convite para a sua participação neste estudo se justificam porque você é gestante e está vinculada a unidade Centro de Saúde São Francisco. A sua participação é muito importante e voluntária, isto é, ela não é obrigatória, e você tem plena autonomia para decidir se quer ou não participar desse estudo, bem como retirar sua participação a qualquer momento, livre de qualquer penalidade.

Caso aceite participar da pesquisa, uma via deste documento será enviada a você via e-mail, como participante, e a outra será arquivada juntamente com o material coletado, sob a responsabilidade dos pesquisadores envolvidos. Sua colaboração ocorrerá em total anonimato e consistirá em responder a dois questionários disponibilizados de forma online. No primeiro questionário, serão solicitadas informações como idade, estado civil, religião, renda, escolaridade e dados gestacionais. Enquanto no segundo questionário serão solicitadas respostas sobre o seu conhecimento sobre incontinência urinária. O tempo previsto de duração para o preenchimento destes questionários será de no máximo 20 minutos.

Os dados coletados nesta pesquisa serão utilizados somente para fins científicos e todas as informações obtidas neste estudo serão utilizadas para a elaboração do Trabalho de Conclusão de Curso, em que os resultados poderão ser veiculados em artigos científicos e revistas especializadas e/ou encontros científicos e congressos, sempre resguardando sua identificação.

Ressalta-se que toda pesquisa possui riscos potenciais, porém os riscos associados à sua participação serão mínimos, estando relacionados ao constrangimento e/ou desconforto em relação às respostas, ou insegurança quanto

ao sigilo das informações coletadas. No entanto, serão tomadas providências para a minimização destes riscos, buscando uma correta e apropriada abordagem, priorizando o seu bem-estar e zelando pelo sigilo das informações coletadas. Ressalta-se ainda que será respeitada a sua disponibilidade, assim será feito todo o possível para não comprometer suas atividades posteriores, dando-lhe condições claras de responder os questionamentos de forma mais objetiva.

Reafirma-se que todos os procedimentos adotados nesta pesquisa obedecem aos Critérios da Ética em Pesquisa com Seres Humanos, nos termos da **Resolução Nº 466/2012 e Resolução Nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde**. Desse modo, nenhum dos procedimentos adotados para coleta de dados nesta pesquisa implicará em riscos à sua imagem, integridade física, psicológica ou dignidade humana.

Como benefícios, a pesquisa em questão contribuirá para ampliação do entendimento acerca da temática abordada, bem como poderá favorecer um melhor direcionamento referente ao desenvolvimento de intervenções voltadas às necessidades desse público. Vale ressaltar que sua participação nesta pesquisa não incorrerá em compensação financeira, uma vez que é desenvolvida sem fins lucrativos, não favorecendo benefícios econômicos.

Como definido pelo Conselho Nacional de Saúde na Resolução Nº 466 de 2012, caso você, como participante desta pesquisa, venha a sofrer qualquer tipo de dano previsto ou não neste termo, terá direito à indenização, sobre a responsabilidade dos pesquisadores envolvidos, nas diferentes fases da pesquisa.

Em caso de dúvida a qualquer momento da pesquisa, durante ou posteriormente, você poderá solicitar informações sobre sua participação, sobre a pesquisa, e/ou quanto à condução ética deste estudo, através do contato com a pesquisadora Jaiana Rocha Vaz, pelo e-mail: jaiana.tanaka@undb.edu.br e com a pesquisadora Laryssa Brito dos Santos pelo e-mail 002-021100@aluno.undb.edu.br, ou pelo telefone: **(98) 98115-3226**. Assim como poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da UNDB através do endereço: Avenida Colares Moreira, nº 443, Prédio Central – Andar Térreo, Sala CEP, Bairro Renascença; CEP 65075-441, São Luís, Maranhão, Brasil. Telefone: (098) 4009-7070. E-mail: cep@undb.edu.br.

Após estes esclarecimentos, solicitamos o seu consentimento de **FORMA LIVRE** para participar desta pesquisa. Pedimos que preencha, por favor, os itens que seguem:

Tendo em vista os itens acima apresentados, eu, de forma livre e esclarecida, manifesto meu consentimento em participar da pesquisa. Declaro que recebi cópia deste termo de consentimento, e autorizo a realização da pesquisa e a divulgação dos dados obtidos neste estudo.

Assinatura do participante da pesquisa

Laryssa Brito dos Santos

Laryssa Brito dos Santos

CPF: 608.647.053-79

Jaiana

Jaiana Rocha Vaz Tanaka

CPF: 002.785.193-18

APÊNDICE B – Questionário Sociodemográfico e Obstétrico**Dados Sociodemográficos****Idade:**

(Qual sua idade? Opção ----- anos)

Estado civil:

(Qual seu estado civil?)

Solteira Casada/União Estável Divorciada Viúva

Religião:

(Qual a sua religião?)

católica evangélica religião afro-brasileira espiritismo

Se outros, qual? _____

Escolaridade

(Qual sua escolaridade?)

Ensino Fundamental Incompleto Ensino Fundamental Completo Ensino Médio Incompleto Ensino Médio Completo Ensino Superior Incompleto Ensino Superior Completo Pós Graduação / Mestrado / Doutorado

Renda Familiar

(Qual a sua renda ou salário mensal?)

Nenhuma

Até um salário mínimo

De 01 a 02 salários mínimos

De 02 a 03 salários mínimos

De 03 a 05 salários mínimos

Superior a 05 salários mínimos

Dados Obstétricos

Qual sua idade gestacional (em semanas) atualmente?

_____ semanas

Em que trimestre gestacional você iniciou o pré natal?

1º trimestre (1º à 13ª semana) 2º trimestre (14º à 27ª semana) 3º trimestre (28º à 40-42ª semana)

Qual o tipo de gestação?

Única (um bebê) Gemelar (dois bebês) Gemelar (três bebês) Gemelar (quatro bebês)

Você já possui filhos?

Sim, quantos? Não

APÊNDICA C – Artigo**ANÁLISE DO CONHECIMENTO DE GESTANTES SOBRE INCONTINÊNCIA
URINÁRIA¹****ANALYSIS OF PREGNANT WOMEN'S KNOWLEDGE ABOUT URINARY
INCONTINENCE**Laryssa Brito dos Santos²Jaiana Rocha Vaz Tanaka³**RESUMO**

O período gestacional é marcado por diversas adaptações fisiológicas a fim de permitir o desenvolvimento fetal, tais alterações afetam a região pélvica e os tecidos conectivos, influenciando o mecanismo de suporte e continência do assoalho pélvico. Isto associado ao demais fatores gestacionais e características pessoais maternas predispõem ao aparecimento de algumas disfunções do assoalho pélvico, como a incontinência urinária (IU), condição que apesar de alta prevalência é frequentemente tratada como sintoma habitual da gestação, provocando subdiagnósticos e subtratamentos. A vista disso, objetivou-se investigar o conhecimento de gestantes acerca da IU. Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa e quantitativa, aprovada pelo CEP com parecer 5.676.481, realizada com 35 gestantes vinculadas a uma unidade básica de saúde através da aplicação de dois questionários, sendo um sociodemográfico e obstétrico e o segundo direcionado à avaliação do conhecimento sobre IU com dez questões. A análise de dados ocorreu através do *Data Analysis and Statistical Software* - versão 16.0, considerando uma significância de 5% ($p < 0,05$). Os resultados encontrados indicaram que 80% das participantes apresentaram um conhecimento insuficiente, com menor percentual de acertos nas perguntas relacionadas ao entendimento da IU como uma patologia, fatores de risco, formas de prevenção e tratamento. Conclui-se que o conhecimento das gestantes sobre IU é baixo e em sua maioria superficial, visto que, apesar de já terem ouvido falar sobre a condição, grande parte desconhece aspectos específicos.

Palavras-chave: Incontinência urinária. Gravidez. Conhecimentos. Diafragma da pelve.

¹ Artigo apresentado à disciplina Trabalho de Conclusão de Curso II do Curso de Fisioterapia do Centro Universitário Unidade de Ensino Superior Dom Bosco - UNDB.

² Graduanda do 10º Período do Curso de Fisioterapia do Centro Universitário Unidade de Ensino Superior Dom Bosco - UNDB. E-mail: Laryssa.brito98@gmail.com.

³ Professora Mestra. Docente do Curso de Fisioterapia do Centro Universitário Unidade de Ensino Superior Dom Bosco - UNDB. E-mail: jaiana.tanaka@undb.edu.br.

ABSTRACT

The gestational period is marked by several physiological adaptations in order to allow fetal development, such changes affect the pelvic region and connective tissues, influencing the pelvic floor support and continence mechanism. This associated with other gestational factors and maternal personal characteristics predispose to the appearance of some pelvic floor dysfunctions, such as urinary incontinence (UI), a condition that despite its high prevalence is frequently treated as a habitual symptom of pregnancy, causing underdiagnosis and under-treatment. Therefore, this study aimed to investigate the knowledge of pregnant women about UI. This is a qualitative and quantitative research, approved by the CEP with opinion 5.676.481, carried out with 35 pregnant women connected to a basic health unit through the application of two questionnaires, one sociodemographic and obstetric and the other directed to the evaluation of knowledge about UI with ten questions. The data analysis was done through the Data Analysis and Statistical Software - version 16.0, considering a significance level of 5% ($p < 0.05$). The results found indicated that 80% of the participants had insufficient knowledge, with a lower percentage of correct answers in the questions related to the understanding of UI as a pathology, risk factors, forms of prevention and treatment. It is concluded that the pregnant women's knowledge about UI is low and mostly superficial, since, despite having already heard about the condition, most of them do not know specific aspects

Keywords: Urinary Incontinence. Pregnancy. Knowledge. Pelvic Diaphragm.

1 INTRODUÇÃO

A Incontinência Urinária (IU) é caracterizada, segundo a Sociedade Internacional de Continência (ICS), como o escape involuntário de urina em qualquer quantidade. Sendo esta, uma condição apresentada como um problema de saúde pública, uma vez que acomete cerca de 200 milhões de pessoas ao redor do mundo, especialmente no sexo feminino, com uma prevalência de 20 a 50% ao longo da vida (OLIVEIRA *et al.*, 2020).

A IU classifica-se em três principais subtipos: Incontinência Urinária de Esforço (IUE), em que a perda de urina é decorrente de uma disfunção esfíncteriana, ocorrendo após realizar algum esforço; Incontinência Urinária de Urgência (IUU), caracterizada por alterações na bexiga, provocando sensação de urgência miccional; e a Incontinência Urinária Mista (IUM), que reúne mecanismos fisiopatológicos mistos das situações supracitadas, ou seja, disfunções no esfíncter e bexiga urinária (BALIK *et al.*, 2016; MOURA; NASCIMENTO, 2018).

Tal condição apresenta-se com maior frequência em mulheres, podendo acometer todas as faixas etárias, e embora possua uma origem multifatorial, o período

gestacional, especialmente o terceiro trimestre e o parto apresentam-se como fatores de risco consideráveis para o seu desenvolvimento (DEMIRCAN *et al.*, 2016).

Thomé *et al.* (2021) discorrem que as mudanças anatômicas e fisiológicas decorrentes deste processo, como alongamento e sobrecarga dos tecidos do assoalho pélvico (AP), alterações estruturais, hormonais, dentre outras, podem influenciar nas funções de continência e suporte uretral, desencadeando sintomas urinários. Além disso, fatores como idade avançada, paridade, via de parto, partos intervencionistas, necessidade de episiotomia, menopausa, tabagismo, obesidade e diabetes mellitus tendem a contribuir para o desenvolvimento e/ou avanço da incontinência.

A prevalência da IU no período gestacional sofre inúmeras variações em decorrência da época de investigação, tipo de estudo, critérios de seleção de amostra e características da população. No entanto, estima-se uma prevalência de 9 a 75% de casos, salientando um aumento no risco de acometimento proporcional ao avanço gestacional (DAVENPORT *et al.*, 2018; DINÇ, 2017; MOOSSDORFF-STEINHAUSER *et al.*, 2021; SANGSAWANG; SANGSAWANG, 2013; SANTINI *et al.*, 2019).

Embora os sintomas da IU na gestação sejam frequentemente relatados na literatura, ainda se observa dificuldades em estabelecer dados epidemiológicos consistentes, tendo em vista que tal condição pode ser julgada como um sintoma habitual do ciclo gravídico-puerperal (PEREIRA *et al.*, 2014; SACOMORI *et al.*, 2013).

A concepção errônea sobre a IU tratar-se de algo inerente à gestação contribui para a subdiagnósticos e subtratamentos, revelando ainda um potencial *déficit* de conhecimento relacionado à perda involuntária de urina, uma vez que, as mulheres não identificam a disfunção como passível de prevenção e tratamento, e tornam-se sujeitas a conviver com os danos desta condição (GEYNISMAN – TAN; TAUBEL; ASFAW, 2018; SESHAN; MULIIRA, 2013).

Ademais, diversos estudos demonstram a carência de conhecimento de mulheres quanto à existência da referida patologia, seus fatores de risco, sintomas, formas de prevenção e tratamento. Esses fatores, associados ao estigma implícito, questões pessoais, religiosas e culturais, dificultam o relato de queixas aos profissionais, retardam a busca de tratamento e ocultam a visão da IU como uma patologia (MENDES *et al.*, 2017; PEREIRA *et al.*, 2014; VASCONCELOS, 2018; ZAGO *et al.*, 2017). A vista disso, apresenta-se a seguinte questão: qual o conhecimento de gestantes sobre incontinência urinária?

Assim, a presente pesquisa possui como objetivo geral, investigar o conhecimento de gestantes acerca da incontinência urinária. Obtendo como objetivos específicos, compreender as principais modificações fisiológicas decorrentes do período gestacional com foco nos fatores de risco para o desenvolvimento de incontinência urinária; identificar as variáveis associadas ao conhecimento de gestantes em relação à incontinência urinária e evidenciar através da literatura o papel do fisioterapeuta na conscientização e tratamento da incontinência urinária em gestantes.

A realização dessa pesquisa motiva-se pelo questionamento quanto ao conhecimento das gestantes sobre IU, suas habilidades de reconhecimento de causas, prevenção e tratamento. Reforça-se que estudos acerca da presente temática mostram-se de grande relevância, tendo em vista sua alta prevalência, elevado impacto na vida de mulheres e baixo número de estudos desenvolvidos no Brasil. Além disso, acredita-se que investigar o conhecimento de gestantes sobre IU contribuirá para um melhor entendimento da posição da população estudada frente à presente condição, o que possibilitará uma visão direcionada para o desenvolvimento de ações voltadas às necessidades desse público.

2 INCONTINÊNCIA URINÁRIA GESTACIONAL E A ATUAÇÃO FISIOTERAPÊUTICA

2.1 Incontinência urinária no ciclo gravídico-puerperal

A falha em qualquer estrutura que envolve o processo fisiológico de armazenamento de urina pode afetar o mecanismo de continência urinária e resultar no desenvolvimento de IU (BARACHO, 2018). Condição na qual ocorre a perda involuntária de qualquer quantidade de urina, constituindo-se como um relevante problema de saúde pública, social e higiênico, tendo em vista sua magnitude e impacto na vida dos indivíduos acometidos, podendo gerar vergonha, quadros de depressão e isolamento, modificando e reduzindo o convívio social (CARVALHO *et al.*, 2014).

Apesar do alto impacto, observa-se que essa condição frequentemente é subdiagnosticada e subnotificada, uma vez que os indivíduos afetados tendem a ocultar os sintomas e não buscar tratamento - seja pela falta de conhecimento do

diagnóstico e opções de tratamento, constrangimento em relatar o transtorno ou pela errônea interpretação da disfunção como consequência normal do envelhecimento (BIART *et al.*, 2016).

A UI manifesta-se em diferentes faixas etárias com uma maior ocorrência com o aumento da idade. Embora acometa ambos os sexos, a população feminina é frequentemente mais afetada - fato justificado, a princípio, anatomicamente, pelo menor comprimento uretral e fatores relacionados à musculatura do assoalho pélvico. Tratando-se da etiologia e da fisiopatologia, a IU pode ser classificada em subtipos mais comuns, são esses: incontinência urinária de esforço (IUE), incontinência urinária de urgência (IUU) e a incontinência urinária mista (IUM) (SILVA *et al.*, 2020).

Para Mourão *et al.* (2017), a perda da função esfinteriana e desenvolvimento da IU é multifatorial, possuindo como fatores de risco comprovados a idade, a raça, as alterações hormonais, a obesidade, o processo gestacional, o tipo de parto, o climatério, a constipação, as cirurgias ginecológicas prévias, o uso de medicamentos - anti-hipertensivos, hipoglicemiantes e drogas - o tabagismo, os exercícios de alto impacto, a prática de exercícios físicos intensos, as doenças crônicas - como diabetes mellitus – os antecedentes de infecção urinária e o comprometimento funcional do sistema nervoso.

Com relação a prevalência de IU durante o período gestacional, a revisão sistemática com metanálise realizada por Moosdorff-Steinhauser *et al.* (2020) envolveu quarenta e quatro estudos, com total de 88.305 mulheres, e obteve como resultado uma prevalência média geral de 41% de IU durante a gravidez, com variação de 9 a 75%. Além disso, notou-se que os números de prevalência aumentam com o período gestacional, de um percentual de 9% no primeiro trimestre para 34% no terceiro, sendo a IUE é o tipo de IU mais prevalente, correspondendo a 63% dos casos.

Segundo Caruso *et al.* (2020), os inúmeros eventos que envolvem o período gestacional se relacionam com as causas da IU. O aumento da pressão uterina gerado pelo crescimento e peso do feto no MAP, em conjunto com as mudanças hormonais, como aumento da progesterona, da relaxina e redução dos níveis de colágeno, podem levar à diminuição da força, sustentação e suporte exercido pelos MAP.

O peso do abdômen no último trimestre gestacional, a fisiologia do trabalho de parto e o próprio parto, aparentam levar a alterações na estática pélvica. A pressão

fetal exercida contra o tecido materno provoca desordens estruturais e de fâscias, estiramento, e, em certos casos, avulsão em nervos e músculos da região. Assim, com a integridade dos MAP comprometida, a região se torna incapaz de sustentar adequadamente os órgãos pélvicos, provocando mobilidade da uretra e colo da bexiga, levando a sintomas da IU (RIBEIRO, 2020).

2.2 Atuação fisioterapêutica na conscientização e tratamento da incontinência urinária em gestantes

No que diz respeito aos tratamentos da IU, estes classificam-se em conservador e cirúrgico, sendo realizados a partir das causas e necessidades de cada paciente. As intervenções cirúrgicas são destinadas aos casos de alteração anatômica nas estruturas envolvidas no processo miccional. Não é considerada a primeira opção de escolha, tendo em vista que é mais onerosa, invasiva e pode ocasionar complicações, maior dependência de cuidados pós-operatórios e índice de falha nos esfíncteres de até 35% dos casos; além de representar um custo maior ao sistema de saúde (SILVA *et al.*, 2019; ALMEIDA; CÂNDIDO; NETTO, 2020).

A ICS e os principais *guidelines* recomendam que o tratamento conservador seja ofertado como primeira opção em função de sua alta efetividade, baixo risco e baixo custo, obtendo como objetivo a reabilitação da musculatura do assoalho pélvico. Este é considerado padrão-ouro desde 2005, alcançando um alto índice de cura e melhora superiores à 80% na sintomatologia relatada (SILVA; NUNES; LATORRE, 2019).

A Fisioterapia desempenha um papel importante na prevenção e tratamento da IU, podendo ser realizada em mulheres grávidas e não grávidas, visando promover consciência corporal, propriocepção perineal, melhora do tônus da musculatura perineal, ganho de força e resistência. É desempenhada através de terapias comportamentais, de treinamento dos músculos do assoalho pélvico (TMAP), além da associação de recursos que podem ser utilizados a partir do tipo de incontinência urinária e da sintomatologia do paciente, como terapia com cones vaginais; *biofeedback*; eletroestimulação do assoalho pélvico e outros. No entanto, alguns recursos, como a eletroestimulação e os cones vaginais tem contraindicações de uso durante o período gestacional (MAZO, 2021; CAVENAGHI *et al.*, 2020).

A terapia comportamental engloba estratégias de intervenção para redução dos sintomas da IU, abrangendo mudanças na alimentação, orientação quanto à ingestão hídrica, aumento do intervalo miccional e treinamentos em casa. Pode ser realizada em conjunto ao TMAP supervisionado, caracterizado por movimentos de contração e relaxamento realizados repetidamente pela musculatura perineal, visando aumentar a força muscular, bem como proporcionar o controle motor do AP (OLIVEIRA; SILVA; PERES, 2021; VAZ *et al.*, 2019).

Um estudo realizado por Sangsawang e Sangsawang (2016) demonstrou que além de ser eficaz na prevenção da IU, o programa de TMAP reduziu a gravidade dos sintomas nas mulheres que apresentaram a perda urinária ao final da gestação. Corroborando a este, Pelaez *et al.* (2014) expôs que o treinamento do MAP aumentou a resistência da musculatura, diminuiu a quantidade de vazamentos e o número de episódios de perdas, sendo considerado efetivo na prevenção primária e no tratamento da IU em gestantes primíparas.

A revisão sistemática de Woodley *et al.* (2020), realizada com 38 artigos, envolvendo 9.892 mulheres de 20 países, indicou que em comparação aos cuidados habituais, mulheres grávidas continentais que realizam TMAP no pré-natal podem apresentar um risco 62% menor de relatar incontinência urinária ao final da gestação. Da mesma forma, o TMAP pré-natal diminuiu em 29% o risco de incontinência urinária no período pós-natal médio, equivalente a mais de três a seis meses pós-parto.

Du *et al.* (2015), em sua revisão sistemática revelaram ainda que o TMAP aplicado na gravidez pode ser eficaz em diminuir a duração do primeiro estágio do trabalho de parto em 28,33 minutos e do segundo estágio em 10,41 minutos, em média. Similarmente, Sobhgol, Smith e Dahlen (2020) evidenciaram uma redução do segundo estágio do trabalho de parto em 20,90 minutos no total e em 21,02 minutos em primíparas, além reduzir a incidência de traumas perineais graves.

No entanto, apesar das evidências supracitadas, ainda se observa uma certa negligência em todo o mundo quanto à busca de cuidados para a referida disfunção (DUARTE *et al.*, 2021; PEREIRA *et al.*, 2014). À exemplo, a pesquisa de Moosdorff-Steinhauser (2021) demonstra que a IU atinge duas a cada três gestantes, mas apenas uma em cada oito mulheres procura ajuda profissional, revelando um percentual de apenas 13,1% das entrevistadas. Em concordância, um estudo realizado em Xangai com 2.100 mulheres com idades entre 18 e 40 anos, expôs que apenas 20,8% das entrevistadas buscaram assistência médica (ZHANG *et al.*, 2016).

Dentre os fatores que influenciam a não busca por tratamento da IU, estão, a vergonha, o medo do exame e o constrangimento para falar com os profissionais de saúde, o fato de considerarem seus sintomas normais e sem gravidade, a crença na melhora espontânea, ou após o parto, no caso de gestantes, algumas acreditam ainda que a IU é uma consequência normal da gestação ou do parto, que não pode ser tratada, e que a cirurgia seja a única opção (PEREIRA *et al.*, 2014).

À vista disso, muitas mulheres acometidas, independentemente da idade, tendem a esconder a condição e tratar a situação com certa “normalidade” em seu dia-a-dia, assumindo atitudes como diminuição da ingestão de água a fim de manter a bexiga vazia, além da diminuição da interação social e outras (JOHN *et al.*, 2013).

Dessarte, é notável a necessidade de que os profissionais de saúde responsáveis pela assistência à mulher estejam aptos e focados em elaborar estratégias de educação em saúde, favorecendo o conhecimento, a prevenção e o tratamento da IU e demais disfunções do assoalho pélvico (DAPs) que possam surgir no período gestacional (VAZ, 2019; RIBEIRO, 2020).

As diretrizes de prevenção e manejo não cirúrgico das DAPs, recomendam a indispensabilidade de aumentar a conscientização de todas as mulheres acerca do tema, ressaltando a importância de produzir recursos para esclarecimento quanto à anatomia dos órgãos pélvicos, aos sintomas das disfunções, aos fatores de risco, sobre quando e onde buscar ajuda, opções de prevenção, gerenciamento e outros (DIRETRIZ NG210, 2021).

Tratando-se de gestantes, destaca-se que tais orientações devem ser feitas nas consultas pré-natais e durante toda a estadia na maternidade, informando-as sobre os riscos gerais, e buscando atuar de forma preventiva nos fatores modificáveis, ou seja, referentes ao estilo de vida; com ênfase para realização de exercícios; alimentação saudável; evitar constipação; manter o peso adequado; além de incentivar a realização de TMAP. É imprescindível que o profissional saiba adequar as informações ofertadas ao nível de compreensão, faixa etária e características do público, estando ciente de possíveis constrangimentos, sensibilidades culturais e religiosas, oferecendo informações claras e concisas, e estando disposto a respeitar e apoiar a individualidade de cada paciente (DIRETRIZ NG210, 2021).

A atuação profissional com relação a IU pode ocorrer desde o mapeamento de sintomas precocemente e posterior tratamento, até o direcionamento para reabilitação e prevenção de afecções futuras, ressaltando a articulação fundamental

entre educação e saúde, buscando sempre construção e reconstrução do conhecimento compartilhado para a transformação social (MENDES, 2017).

3 METODOLOGIA

A presente pesquisa é de natureza aplicada, com finalidade exploratória e descritiva, e abordagem qualitativa e quantitativa. Trata-se de uma pesquisa de campo desenvolvida na cidade de São Luís – MA, especificamente na unidade básica de saúde Centro de Saúde São Francisco, localizado na rua Paparaubas, lote 31 S/N, quadra 13, bairro Jardim São Francisco, CEP: 65010-000, local em que são desenvolvidos atendimentos voltados à saúde da mulher, como pré-natal, campanhas de prevenção e consultas de planejamento familiar.

A população estudada foi definida por meio de amostragem não probabilística, do tipo intencional, obtendo como critérios de inclusão: gestantes com idade igual ou superior a 18 anos independentemente do período gestacional, primíparas e múltiparas, domiciliadas na cidade de São Luís - MA, vinculadas ao centro de saúde e que demonstrassem interesse em participar; e como critérios de exclusão: gestantes que se declararam analfabetas ou com inaptidão que impedia o entendimento das questões, gestantes que nunca ouviram falar sobre IU ou que se negassem a participar do estudo.

Para definição da amostra, considerou-se o número de gestantes cadastradas da unidade, sendo realizado o cálculo amostral com base na fórmula de proporção finitas:

$$n = \frac{Z^2 \cdot \hat{p} \cdot \hat{q} \cdot N}{d^2(N - 1) + Z^2 \hat{p} \cdot \hat{q}}$$

proposta por MARTINS e FONSECA (1996), considerando o nível de confiança de 95%, erro amostral de 5 e população total de 40 gestantes, totalizando a amostra mínima de 35 gestantes.

A coleta de dados foi realizada durante os meses de outubro e novembro, de acordo com os dias de realização de pré-natal e horários de funcionamento da instituição. Na ocasião, as gestantes foram abordadas enquanto aguardavam a consulta de pré-natal, sendo informadas quanto à pesquisa e seus objetivos, avaliação dos critérios de inclusão e convite para participar do estudo. Em seguida, mediante o

consentimento da participante, realizava-se a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e início da pesquisa.

Objetivando facilitar a coleta de dados, evitar problemas com as informações obtidas e reduzir a possibilidade de respostas incompletas, a aplicação dos instrumentos foi realizada de forma eletrônica, utilizando-se da plataforma *Google Forms*, com os questionários enviados para as participantes por meio do *WhatsApp*, *e-mail*, *QR code*, ou através de dispositivos móveis (celulares e/ou tablets) disponibilizado pela pesquisadora na ausência deste recurso por parte da participante.

Os dados foram coletados através da aplicação de dois instrumentos. O primeiro, trata-se de um questionário elaborado pela autora composto por nove questões, dividido em duas partes, utilizado para avaliação dos dados sociodemográficos com cinco questões (parte I) e obstétricos com quatro questões (parte II) (APÊNDICE B).

O segundo instrumento utilizado referiu-se à escala desenvolvida e validada por Firmiano (2017) intitulada “Escala de Avaliação do Conhecimento, Atitude e Prática (CAP) de Gestantes sobre IU”, composta por 23 itens, dividido em 3 subescalas; sendo que a primeira avalia questões de conhecimento, a segunda, de atitude e a terceira, de prática.

Tendo em vista que o objetivo proposto pelo presente estudo é investigar o conhecimento de gestantes acerca da incontinência urinária, foi realizada uma adaptação da escala supracitada, optando pela utilização apenas do construto referente ao conhecimento, preservando todos os itens de avaliação sugeridos pela autora.

A subescala de conhecimento é composta por 10 perguntas referentes ao conhecimento das gestantes sobre sintomas (questão 1); fatores de risco (questões 2, 4, 6); entendimento da IU enquanto patologia (questão 3); e maneiras de prevenção e tratamento (questões 7, 8, 9, 10), apresentando um escore com variação pontuação de 0 a 100.

Com relação às pontuações, embora a escala proposta por Firmiano (2017) avalie as subescalas por meio de escores, em sua validação inicial, a autora não determina valores para que o conhecimento, a atitude e a prática sejam classificadas como adequados ou inadequados. A vista disso, para este trabalho foram utilizados os critérios de classificação de conhecimento propostos por Ribeiro

(2020) a partir de uma fundamentação teórica sobre a temática e de estudos já realizados.

Para considerar o conhecimento como adequado a participante deve, minimamente: “[...] ter ouvido falar sobre IU; saber que existe algo para evitar a IU e citar alguma forma correta de prevenção; saber que existe tratamento para a IU e citar alguma forma correta de tratamento” (RIBEIRO, 2020). Assim, participantes que não atendam aos critérios descritos são classificados com conhecimentos inadequados.

A categorização do conhecimento a partir dos escores da subescala, foi realizada considerando que os participantes podem pontuar de 0 a 100, conforme demonstrado a seguir (Figura 1) e proposto por Ribeiro (2020). A autora ressalta que o escore para cada questão da escala possui um peso distinto.

Figura 2 - Critérios para classificação do conhecimento sobre IU a partir dos escores obtidos.

ESCORE (0-100)
<ul style="list-style-type: none"> • < 75 pontos: INSUFICIENTE • 75 pontos: BÁSICO (pontuação mínima para ser considerado adequado) • > 75 pontos: AVANÇADO

Fonte: Ribeiro (2020)

Os dados adquiridos durante a coleta foram armazenados em um banco de dados no Excel e exportados para o *Data Analysis and Statistical Software* - versão 16.0, considerando uma significância de 5% ($p < 0,05$). As variáveis qualitativas estão descritas em tabelas contendo frequências absolutas e relativas e as quantitativas estão expressas em média, desvio padrão e amplitude. O teste Shapiro-Wilk foi utilizado para verificar a normalidade e o teste Exato de Fisher avaliou a diferença de proporção entre as respostas das variáveis sociodemográficas e obstétricas em relação a classificação da subescala de avaliação do conhecimento de gestantes sobre incontinência urinária.

Esta pesquisa foi submetida e aprovada no Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) do Centro Universitário Dom Bosco - UNDB, com número de parecer 5.676.481 e cumpriu os preceitos éticos para pesquisa com seres humanos estabelecidos na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram abordadas 39 gestantes que realizavam pré-natal no local estudado. Destas, duas afirmaram nunca ter ouvido falar sobre IU, e duas negaram-se a participar do estudo, totalizando uma amostra de 35 gestantes, com idade entre 18 a 36 anos e média de $26,68 \pm 4,69$, sendo a maioria casada ou em união estável (77,14%), e de religião católica (57,17%). Quanto ao grau de escolaridade, o ensino médio completo foi a variável mais frequente com 42,86%. (Tabela 1).

Tabela 5 - Características sociodemográficas e obstétricas de gestantes. São Luís - MA, 2022. (n=35)

VARIÁVEIS	N	%
Idade (anos)		
Faixa etária de 18 a 20	4	11,43
Faixa etária de 21 a 25	10	28,57
Faixa etária de 26 a 30	16	45,71
Faixa etária de 31 a 36	5	14,29
Média \pm Desvio Padrão	26,68 \pm 4,69 anos	
Amplitude (Maior – menor valor)	(36 – 18) anos	
Estado civil		
Casada / União estável	27	77,14
Solteira	8	22,86
Religião		
Católica	20	57,14
Espírita	1	2,86
Evangélica	13	37,14
Religião afro-brasileira	1	2,86
Escolaridade		
Ensino Médio Incompleto	4	11,43
Ensino Médio Completo	15	42,86
Ensino Superior Incompleto	7	20,00
Ensino Superior Completo	8	22,85
Pós-graduação / Mestrado / Doutorado	1	2,86
Renda		
Nenhuma	6	17,14
Até um salário-mínimo	16	45,71
De 01 a 02 salários-mínimos	7	20,00
De 02 a 03 salários-mínimos	4	11,43
De 03 a 05 salários-mínimos	2	5,71
Idade gestacional		
1º trimestre (1º à 13ª semana)	3	8,58
2º trimestre (14º à 27ª semana)	16	45,71
3º trimestre (28º à 40ª semana)	16	45,71
Média \pm Desvio Padrão	26,08 \pm 8,64 semanas	
Amplitude (Maior – menor valor)	(40 – 9) semanas	
Início do pré-natal		

1º trimestre (1º à 13ª semana)	27	77,14
2º trimestre (14º à 27ª semana)	5	14,29
3º trimestre (28º à 40-42ª semana)	3	8,57
Tipo de gestação		
Gemelar (dois bebês)	1	2,86
Única (um bebê)	34	97,14
Possui filhos		
Não	26	74,29
Sim	9	25,71
Quantos filhos		
Nenhum	26	74,29
Um	5	14,29
Dois	4	11,43

Fonte: Dados da pesquisa (2022)

Similarmente a este trabalho, o estudo de Silva, Cavalcante e Nascimento (2019) verificou o perfil obstétrico de gestantes assistidas em um Centro de Saúde da Família e observou o maior percentual de mulheres com estado civil casada (42,18%) e união estável (35,93%), idade entre 20 a 30 anos, e nível de escolaridade predominante no nível médio (71,87%).

A renda mensal mais citada pelas gestantes deste estudo foi de até um salário mínimo (45,71%) e entre 1 e 2 salários mínimos (20%), corroborando com os achados de Barroso *et al.* (2021), no qual 39,5% das grávidas usuárias do sistema público recebiam até um salário mínimo e 38,3% possuíam renda de 1 a 2. Segundo Xavier *et al.* (2013), condições socioeconômicas desfavoráveis, escolaridade baixa, desnutrição e idade materna avançada podem associar-se a uma maior prevalência de alterações congênitas, além de influenciar no acesso a cuidados à saúde ginecológica e reprodutiva.

Com relação ao perfil obstétrico descrito da tabela 1, observou-se uma idade gestacional média de $26,08 \pm 8,64$ semanas, com prevalência de gestação do tipo única (97,14%). A maioria das gestantes (77,14%) afirmaram ter iniciado as consultas de pré-natal no 1º trimestre de gestação, em consonância às orientações do Ministério da Saúde que recomenda o início da assistência pré-natal preferencialmente no primeiro trimestre, além da realização de no mínimo seis consultas, rotina de exames laboratoriais, vacinação, atividades educativas relacionadas à gravidez e outras (BRASIL, 2000).

Para Nunes *et al.* (2016) a assistência pré-natal apresenta-se como um fator primordial na prevenção e proteção de eventos adversos sobre a saúde

obstétrica, viabilizando a identificação e o manejo clínico de intervenções convenientes sobre potenciais fatores de risco para complicações à saúde materna e neonatal. Aguiar *et al.* (2020) ratifica que tal atenção influencia diretamente nos desfechos perinatais, além de constituir-se como um momento oportuno para acolher a gestante, fortalecer a atenção integral e promover educação em saúde.

O conhecimento das gestantes quanto a IU foi avaliado através de 10 perguntas referentes a sintomas, fatores de risco, entendimento da IU enquanto patologia, formas de prevenção e tratamento, demonstrados na tabela 2.

Tabela 6 - Avaliação das respostas da subescala de avaliação do conhecimento de gestantes sobre Incontinência Urinária. São Luís - MA, 2022. (n=35)

QUESTÕES	Score	N	%
01 - Você já ouviu falar que algumas mulheres perdem xixi quando não estão com vontade (quando tosse ou espirram) ou porque não conseguem chegar a tempo ao banheiro?			
Não	0,0	0	0,0
Sim	15	35	100
02 - Você acha que perder xixi quando não está com vontade (quando tosse ou espirra) ou porque não consegue chegar a tempo no banheiro acontece mais com homens ou com mulheres?			
Homens	0,0	2	5,71
Mulheres	05	27	77,14
Não sabe	0,0	6	17,14
03 - Você acha que é um problema perder xixi na roupa quando não está com vontade (quando tosse ou espirra) ou porque não consegue chegar a tempo ao banheiro?			
Não	0,0	6	17,14
Sim	05	29	82,86
04 - Você acha que perder xixi quando não está com vontade (quando tosse ou espirra) ou porque não consegue chegar a tempo ao banheiro é um problema que as mulheres podem enfrentar em alguma fase da vida (gestação, após o parto, envelhecimento)?			
Não	0,0	2	5,71
Sim	05	33	94,29
05 - Você acha que é normal a gestante ter perda de xixi em momentos como tossir, espirrar ou realizar algum esforço físico? Ou perder urina antes de chegar ao banheiro?			
Não	05	16	45,71
Sim	0,0	19	54,29
06- Você sabe o que pode causar a perda de xixi quando a mulher não está com vontade (quando tosse ou espirra) ou porque não conseguem chegar a tempo ao banheiro?			
Não sabe	0,0	21	60,00
Sabe informar pelo menos um dos fatores de risco*	05	14	40,00

7-Você acha que, em mulheres que não tem queixa de perda de xixi quando não estão com vontade (quando tosse ou espirra) ou porque não conseguem chegar a tempo ao banheiro, existe algo que possa ser feito para evitar?

Não	0,0	8	22,86
Sim	2,5	27	77,14

8- Você disse que existe como evitar a perda de xixi em mulheres que não tem essa queixa. Pode me dizer quais você conhece?

Não sabe	0,0	16	59,26
Evitar Constipação	27,5	2	7,41
Realizar exercício de fortalecimento do assoalho pélvico	27,5	2	7,41
Evitar levantar peso	27,5	1	3,70
Manter peso corporal saudável	27,5	6	22,22

9 - Você acha que existe tratamento para mulheres que perdem xixi quando não estão com vontade (quando tosse ou espirra) ou porque não conseguem chegar a tempo ao banheiro?

Não	0,0	10	28,57
Sim	2,5	25	71,43

10- Você acha que existe tratamento para perda de xixi. Pode me dizer quais você conhece?

Cirurgia	27,5	4	15,38
Medicamento	27,5	3	11,54
Terapia comportamental	27,5	1	3,85
Treinamento da musculatura do assoalho pélvico	27,5	1	3,85
Ervas	0,0	1	3,85
Não sabe	0,0	16	61,53

***Fatores de risco** (Gravidez/Parto/Parto instrumental; Episiotomia/laceração; Menopausa/Envelhecimento; Cirurgia Pélvica Comorbidade (Infecção urinária, demências, doenças do colágeno); Fraqueza do músculo do assoalho pélvico / falta de preparo do períneo; POP (bexiga baixa); Obesidade; Atividade de levantar peso ou fazer muito esforço físico)

Fonte: Dados da pesquisa (2022)

Das participantes do estudo, 77,14% reconhecem o público feminino como mais acometido pela patologia, e apesar de considerarem perda urinária um problema (82,86%), a maioria (94,29%) acredita tratar-se de uma condição que as mulheres podem enfrentar em alguma fase da vida. Sobre a perda urinária durante o período gestacional, 54,29% consideraram tal fato normal, corroborando com o estudo de Hill *et al.* (2017), no qual 41% das gestantes entrevistadas julgaram habitual perder urina durante a gravidez.

Nesse sentido, Demircan *et al.* (2016) destaca que por tratar-se de uma condição de alta frequência na gravidez, a IU é por muitas vezes considerada uma ocorrência típica, sendo ignorada tanto pelas gestantes quanto pelos profissionais. O autor ressalta ainda a necessidade de voltar a atenção para o diagnóstico da referida

patologia durante a gestação e a importância de entender seu impacto na saúde da mulher.

Com relação aos fatores de risco para o desenvolvimento de IU, solicitou-se que as participantes citassem o máximo de fatores que conheçam, no entanto, grande parte destas (60%) não souberam identificá-los. Dentre as que citaram pelo menos um (40%), o fator gravidez/parto/parto instrumental foi o mais prevalente (32,25%). Tal achado pode estar relacionado a própria experiência gestacional das participantes, tendo em vista as diversas mudanças anatômicas e funcionais no trato urinário consequentes ao processo de adaptação do organismo (FERREIRA; MERCURIO; SANCHES, 2020).

Ainda sobre a tabela 2, a maioria das gestantes acredita haver algo que possa evitar a IU (77,14%), porém 59,22% destas, não sabia citar qualquer forma de prevenção. Com relação ao tratamento, 71,43% entendem que a IU pode ser tratada, entretanto apenas 38,47% apontaram no mínimo uma forma de tratamento, dentre os quais, cirurgia (15,38%) e medicamentos (11,54%) foram os mais frequentes. Terapia comportamental e TMAP foram citados apenas uma vez, o equivalente a apenas 3,85% das respostas cada uma.

Segundo Liu, Tan e Han (2019), o TMAP é uma forma eficaz de prevenção e tratamento das DAPs, no entanto ainda se mostra pouco popular. À exemplo, o estudo de Mendes (2017), realizado com mulheres de 33 a 66 anos, não grávidas, portadoras de IU, usuárias do SUS e da rede privada observou que a maioria das participantes de ambos os grupos conheciam apenas a intervenção cirúrgica como tratamento da IU, e que apenas duas tinham experimentado o TMAP após já terem realizado procedimento cirúrgico e ter experimentado a recidiva da perda de urina. Este dado corrobora com os achados desta pesquisa, na qual a maioria das participantes (15,38%) reconhece a cirurgia como forma de tratamento para a IU.

Ao avaliar o conhecimento de gestantes e puérperas usuárias do sistema público sobre o tratamento fisioterapêutico na IU, Neto *et al.* (2018) evidenciaram que apenas 17,5% das gestantes e 20% das puérperas sabiam sobre a atuação da fisioterapêutica, em especial sobre o TMAP. Em contrapartida, no estudo de Geynisman-Tan, Taubel e Asfaw (2019), 83% das grávidas sabiam que exercícios do assoalho pélvico poderiam prevenir e tratar a incontinência urinária.

As questões que alcançaram um menor percentual de acertos foram as relacionadas ao entendimento da IU como uma patologia com 54,29% (questão 5),

aos fatores de risco com 40% (questão 6), formas de prevenção e tratamento com 40,74% e 38,47% respectivamente (questões 8 e 10).

A tabela 3, apresenta a classificação do conhecimento das gestantes em insuficiente, básico e avançado a partir dos escores obtidos, no qual observou-se uma variação de 15 a 100 pontos, com pontuação média de 51,00 ± 27,38.

Tabela 7 - Classificação do conhecimento de gestantes sobre Incontinência Urinária a partir do escore. São Luís -MA, 2022. (n=35)

Classificação do Escore geral da escala	n	(%)
Insuficiente (< 75 pontos)	28	80,00
Básico (75 pontos)	0	-
Avançado (> 75 pontos)	7	20,00
Média ± Desvio Padrão	51,00 ± 27,38	
Amplitude (Maior – menor valor)	(100 – 15)	

Fonte: Dados da pesquisa (2022)

A partir dos dados, evidenciou-se que 80% das participantes deste estudo apresentaram um conhecimento insuficiente, considerando uma pontuação inferior a 75 pontos. Apenas 7 (20%) gestantes apresentaram um escore equivalente a um conhecimento avançado (>75 pontos), uma vez que para que o conhecimento seja considerado adequado, a gestante deve, no mínimo, ter ouvido falar sobre IU, saber que existe algo para evitá-la e tratá-la, além de citar alguma forma correta de prevenção e tratamento.

Resultados semelhantes foram encontrados no trabalho de Ribeiro (2020), que com o mesmo questionário utilizado no presente estudo avaliou o conhecimento sobre IU de 201 gestantes, com idade entre 18 a 43 anos, observando que apenas 10,4% das participantes possuíam o conhecimento considerado adequado.

Demais estudos que também investigaram o conhecimento de mulheres sobre DAPS mostraram um baixo percentual de conhecimento sobre a temática, a exemplo McKay *et al.* (2019) e Chen *et al.* (2019) observaram, respectivamente, 74,2% e 72,0% de falta de proficiência de conhecimento para IU.

Já O’Neill *et al.* (2017) evidenciaram uma média de 63% de acertos referente a questões de IU, no entanto, ao avaliar questões mais específicas para diferenciar um conhecimento superficial de detalhado, o percentual de acerto foi de 41% em média, apontando que, embora algumas mulheres saibam algo sobre IU, em alguns casos o conhecimento ainda é limitado a questões básicas.

A tabela 4 apresenta a análise da associação estatística entre as respostas das variáveis sociodemográficas e obstétricas em relação a classificação da escala de avaliação do conhecimento de gestantes sobre incontinência urinária, considerando $p < 0,05$. Ao avaliar a classificação da escala e as características sociodemográficas observamos associação estatística para idade, escolaridade e renda das grávidas. Nenhuma das variáveis obstétricas demonstrou associação estatística significativa com a classificação da escala.

Tabela 8 - Análise estatística entre variáveis sociodemográficas e obstétricas em relação a classificação da subescala de avaliação do conhecimento de gestantes sobre IU. São Luís - MA, 2022 (n=35)

VARIÁVEIS	AVALIAÇÃO DA ESCALA				p-valor
	Insuficiente		Avançado		
	N	%	n	%	
Idade (anos)					0,028^e
Faixa etária de 18 a 20	4	14,29	0	-	
Faixa etária de 21 a 25	10	35,71	0	-	
Faixa etária de 26 a 30	12	42,86	4	57,14	
Faixa etária de 31 a 36	2	7,14	3	42,86	
Estado civil					0,648 ^e
Casada / União estável	22	78,57	5	71,43	
Solteira	6	21,43	2	28,57	
Religião					0,794 ^e
Católica	15	53,57	5	71,43	
Espírita	1	3,57	0	-	
Evangélica	11	39,29	2	28,57	
Religião afro-brasileira	1	3,57	0	-	
Escolaridade					0,003^e
Ensino Médio Incompleto	4	14,29	0	-	
Ensino Médio Completo	15	53,57	0	-	
Ensino Superior Incompleto	5	17,86	2	28,57	
Ensino Superior Completo	4	14,29	3	42,86	
Graduação Completa	0	-	1	14,29	
Pós-graduação / Mestrado / Doutorado	0	-	1	14,29	
Renda					0,017^e
Nenhuma	4	14,29	2	28,57	
Até um salário-mínimo	16	57,14	0	-	
De 01 a 02 salários-mínimos	4	14,29	3	42,86	
De 02 a 03 salários-mínimos	3	10,71	1	14,29	
De 03 a 05 salários-mínimos	1	3,57	1	14,29	
Idade gestacional					0,557 ^e
1º trimestre (1º à 13ª semana)	2	7,14	1	14,29	
2º trimestre (14ª à 27ª semana)	14	50,00	2	28,57	
3º trimestre (28ª à 40ª semana)	12	42,86	4	57,14	
Início do pré-natal					0,600 ^e
1º trimestre (1º à 13ª semana)	21	75,00	6	85,71	

2º trimestre (14º à 27º semana)	5	17,86	0	-	
3º trimestre (28º à 40-42º semana)	2	7,14	1	14,29	
Tipo de gestação					0,800 ^e
Gemelar (dois bebês)	1	3,57	0	-	
Única (um bebê)	27	96,43	7	100,00	
Possui filhos					1,000 ^e
Não	21	75,00	5	71,43	
Sim	7	25,00	2	28,57	
Quantos filhos					
Nenhum	21	75,00	5	71,43	1,000 ^e
Um	4	14,29	1	14,29	
Dois	3	10,71	1	14,29	

e- Exato de Fisher

Fonte: Dados da pesquisa (2022)

Com relação à idade, nota-se uma prevalência maior do conhecimento entre as faixas etárias maiores (26 a 30 e 31 a 36 anos). Quanto à escolaridade, observou-se um percentual maior de conhecimento avançado em gestantes que possuíam ensino superior completo (42,86%), enquanto as que tinham conhecimento insuficiente encontravam-se majoritariamente na variável de ensino médio completo (57,57%). Sobre a renda, o maior percentual de conhecimento avançado esteve entre as participantes que afirmaram possuir de 01 a 02 salários-mínimos (42,86%), em contrapartida, o conhecimento insuficiente obteve mais prevalência na renda mensal de até um salário mínimo.

Em concordância, o estudo de Liu, Tan e Han (2019) realizado com gestantes no terceiro trimestre, observou que os escores de conhecimento mais altos sobre IU associavam-se a idade mais alta, maior escolaridade e condição socioeconômica.

A literatura indica que diversos fatores podem interferir no conhecimento das mulheres sobre determinadas disfunções, entre elas a IU. O baixo conhecimento dificulta a prevenção e a busca por tratamento, uma vez que um conhecimento incompleto ou inadequado pode resultar em um mau gerenciamento da condição, enquanto um maior nível de informação favorece um melhor manejo e adesão ao tratamento (FANTE *et al.*, 2019; SZYMONA-PALKOWSKA *et al.*, 2016).

Dentre as limitações encontradas para realização deste estudo encontram-se o curto período para realização da coleta de dados, a abrangência de apenas uma unidade de saúde, resultando em um número de amostra pequeno (n=35).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados encontrados nesta pesquisa permitiram identificar que o conhecimento das gestantes participantes sobre IU é baixo e em sua maioria superficial, visto que, apesar de já terem ouvido falar sobre a condição, grande parte desconhece aspectos mais específicos como fatores de risco, formas de prevenção e tratamento. Além disso, observou-se uma associação estatística para variáveis idade, escolaridade e renda das grávidas.

Nota-se uma lacuna quanto ao conhecimento da IU, tornando clara a necessidade de promover educação em saúde, de modo a incorporar o assunto na rotina de cuidados pré-natais, permitindo a troca de informação e experiências entre as gestantes e os profissionais de saúde, favorecendo o conhecimento, autonomia do cuidado e a possível redução dos riscos de desenvolvimento da IU.

Sugere-se que novos estudos sejam realizados acerca da temática abordada a fim de buscar subsídios que possam auxiliar a melhoria da qualidade de assistência oferecida ao público estudado.

REFERÊNCIAS

- AGUIAR, Lia Cardoso *et al.* Perfil das gestantes e conteúdo das orientações sobre os sinais de trabalho de parto recebidas no pré-natal. **Revista Ciência Plural**, p. 48-60, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.21680/2446-7286.2020v6n1ID21285>. Acesso em: 05 nov. 2022.
- ALMEIDA, Lidiana Lopes; CANDIDO, Thiago; NETTO, Aline. Conhecimento sobre a incontinência urinária e fisioterapia em gestantes: revisão de literatura. **Revista InterSaúde**, v. 1, n. 2, p. 48-60, 2020. Disponível em: http://revista.fundacaojau.edu.br:8078/journal/index.php/revista_intersaude/article/view/123/87. Acesso em: 07 out. 2022.
- BALIK, Gulsah. *et al.* Lower urinary tract symptom, n.s and urinary incontinence during pregnancy. **Lower Urinary Tract Symptoms**. v.8, n.2, p.120-124, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/luts.12082>. Acesso em: 10 set. 2022.
- BARACHO, Elza. **Fisioterapia aplicada à saúde da mulher** / Elza Baracho. 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2018. 552 p.
- BARROSO, Heloisa Helena *et al.* Perfil clínico e epidemiológico das gestantes atendidas no Centro Estadual de Atenção Especializada Jequitinhonha–Minas Gerais. **Brazilian Journal of Development**, v. 7, n. 3, p. 22391-22401, 2021. Disponível em: <https://brazilianjournals.com/ojs/index.php/BRJD/article/view/25809>. Acesso em: 11 nov. 2022.
- BIART, Indira Castañeda *et al.* Aspectos epidemiológicos de incontinência urinária. Revisión bibliográfica. **Revista Cubana de Medicina Física y Rehabilitación**, v. 8, n. S1, p. 88-98, 2016. Disponível em: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=72108>. Acesso em: 24 mai. 2022.
- BORBA, Alice Rios; BRONDANI, Daniela Kich; KNORST, Mara Regina. Incontinência urinária no puerpério de parto vaginal e cesárea: revisão de literatura. **Ciência & Saúde**, v. 7, n. 1, p. 54-59, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.15448/1983-652X.2014.1.14838>. Acesso em: 03 jun. 2022.
- BRASIL, Conselho Nacional de Saúde. **Resolução Nº 510, de 07 de abril de 2016**. Homologo a Resolução CNS no 510, de 07 de abril de 2016, nos termos do Decreto de Delegação de Competência de 12 de novembro de 1991. Brasília, DF: Conselho Nacional de Saúde, 2017. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes-cns>. Acesso em: 31 maio 2022.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Conselho Nacional de Saúde. Resolução Nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. O Plenário do Conselho Nacional de Saúde em sua 240a Reunião Ordinária, realizada nos dias 11 e 12 de dezembro de 2012, no uso de suas competências regimentais e atribuições conferidas pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, e. Brasília,

DF: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em: 31 maio 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria N° 569/MS de 1° de junho de 2000**. Considerando que o acesso das gestantes e recém-nascidos a atendimento digno e de qualidade no decorrer da gestação, parto, puerpério e período neonatal são direitos inalienáveis da cidadania. Brasília, DF: Diário Oficial da União, 2000. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0569_01_06_2000_rep.html Acesso em: 05 nov. 2022.

CARUSO, Fernanda Borsatto *et al.* Fatores de risco para incontinência urinária na gravidez: Um estudo de caso controle. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 42, p. 787-792, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1055/s-0040-1718951>. Acesso em: 03 jun. 2022.

CARVALHO, Maitê Peres *et al.* O impacto da incontinência urinária e seus fatores associados em idosas. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 17, p. 721-730, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1809-9823.2014.13135>. Acesso em: 24 mai.2022

CAVENAGHI, Simone *et al.* Efeitos da fisioterapia na incontinência urinária feminina. **Rev Pesqui Fisioter**. v. 10, n. 2, p. 658-665, 2020. Disponível em: <https://10.17267/2238-2704rpfv.10i4.3260> . Acesso em: 20 set. 2022.

CHEN, Chi Chiung *et al.* Knowledge of pelvic floor disorders in women seeking primary care: A cross-sectional study. **BMC Family Practice**, v. 20, n. 1, p. 1–10, 2019. Disponível em: <https://bmcpriamcare.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12875-019-0958-z>. Acesso em: 10 nov. 2022.

DAVENPORT, Margie. *et al.* Prenatal exercise (including but not limited to pelvic floor muscle training) and urinary incontinence during and following pregnancy: a systematic review and meta-analysis. **British Journal of Sports Medicine**. v.52, n.21, p.1397- 1404, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1136/bjsports-2018-099780>. Acesso em: 05 ago. 2022.

DEMIRCAN, Nejat. *et al.* What are the probable predictors of urinary incontinence during pregnancy? **Peer Journal**. v. 4, e: 2283 p.1-19, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.7717/peerj.2283>. Acesso em: 10 set. 2022.

DINÇ, Ayten. Prevalence of urinary incontinence during pregnancy and associated risk factors. **Lower Urinary Tract Symptoms**. v.10, n.3, p.303-307, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/luts.12182>. Acesso em: 05 ago. 2022.

DIRETRIZ NG210, NICE. Disfunção do assoalho pélvico: prevenção e manejo não cirúrgicos, 2021. Disponível em: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng210>. Acesso em: 10 set. 2022.

DU, Yihui *et al.* The effect of antenatal pelvic floor muscle training on labor and delivery outcomes: a systematic review with meta-analysis. **International urogynecology journal**, v. 26, n. 10, p. 1415-1427, 2015. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00192-015-2654-4>. Acesso em: 01 nov. 2022.

FANTE, Julia Ferreira *et al.* Do Women have Adequate Knowledge about Pelvic Floor Dysfunctions? A Systematic Review. **Rev Bras Ginecol Obstet**, v. 41, p. 508–519, 2019. Disponível em: <https://www.thiemeconnect.com/products/ejournals/html/10.1055/s-0039-1695002>. Acesso em: 13 nov. 2022.

FERREIRA, Brunelle Kauanne Anjos Costa; MERCURIO, Gabriela; SANCHES, Bianca Zezi. Prevalência de incontinência urinária autorreferida em gestantes e parturientes. **Revista Científica**, v. 1, n. 1, 2020. Disponível em: <http://189.112.117.16/index.php/revista-cientifica/article/view/396>. Acesso em: 07 nov. 2022.

FIRMIANO, Maria Luísa Veras. **Escala de avaliação do conhecimento, atitude e prática de gestantes sobre incontinência urinária: construção e validação de conteúdo**. 2017. 139 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2017. Disponível em: <https://repositorio.ufc.br/handle/riufc/30332>. Acesso em: 17 abr. 2022.

GEYNISMAN-TAN, Julia. M.; TAUBEL, Debra.; ASFAW, Tirsit. Is something missing from antenatal education: a survey of pregnant women's knowledge of pelvic floor disorders. **Female Pelvic Medicine & Reconstructive Surgery**. v.24, n.6, p.440-443, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/SPV.0000000000000465>. Acesso em: 10 nov. 2022.

JOHN, Winsome *et al.* Women's Management of Urinary Incontinence in Daily Living. **Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing**, v. 40, p. 524-532, 2013. Disponível em: <https://10.1097/WON.0b013e3182a2198a>. Acesso em: 06 out. 2022.

LIU, Jiayi; TAN, Shu Qi; HAN, How Chuan. Knowledge of pelvic floor disorder in pregnancy. **International Urogynecology Journal**, v. 30, n. 6, p. 991-1001, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s00192-019-03891-3>. Acesso em: 08 nov. 2022.

MAZO, SANDRA. **Fisioterapia pélvica como modalidade de tratamento da incontinência urinária em mulheres**. 2021. 37 f. Monografia (Bacharel em Fisioterapia) – Faculdade de Educação e Meio Ambiente – FAEMA, Ariquemes – RO, 2021. Disponível em: <https://repositorio.unifaema.edu.br/handle/123456789/2950>. Acesso em: 10 set. 2022.

MCKAY, Elishia R. *et al.* Knowledge of pelvic floor disorders in obstetrics. **Female Pelvic Medicine & Reconstructive Surgery**, v. 25, n. 6, p. 419-425, 2019. Disponível em:

https://journals.lww.com/fpmrs/Abstract/2019/11000/Knowledge_of_Pelvic_Floor_Disorders_in_Obstetrics.4.aspx. Acesso em: 10 nov. 2022.

MENDES, Adilson. **Conhecer para prevenir e cuidar: pesquisa-ação para promover a saúde da mulher com incontinência urinária**. 2017. 179 f. Tese (Doutor em Ciências) - Universidade de São Paulo, São Paulo, 2017. Disponível em: [10.11606/T.7.2018.tde-27042018-103457](https://doi.org/10.11606/T.7.2018.tde-27042018-103457). Acesso em: 10 out. 2022.

MENDES, Adilson. *et al.* Adult women's experiences of urinary incontinence: a systematic review of qualitative evidence. **JBI Database of Systematic Reviews and Implementation Report**. v.15, n.5, p.1350-1408, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.11124/JBISRIR-2017-003389>. Acesso em: 10 set. 2022.

MOOSSDORFF-STEINHAUSER, Heide *et al.* Prevalence, incidence and bothersomeness of urinary incontinence in pregnancy: a systematic review and meta-analysis. **Int Urogynecol**, v. 32, p. 1633–1652, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s00192-020-04636-3>. Acesso em: 07 out. 2022.

MOOSSDORFF-STEINHAUSER, Heide *et al.* Urinary incontinence during pregnancy: prevalence, experience of bother, beliefs, and help-seeking behavior. **Int Urogynecol**, v. 32, p. 695–701, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s00192-020-04566-0>. Acesso em: 17 set. 2022.

MOURA, Anna Caroline Ribeiro; NASCIMENTO, Simony Lira. **Impacto da incontinência urinária na qualidade de vida de gestantes com sobrepeso e obesidade**. 2018. 22 f. Artigo. (Graduação em Fisioterapia) - Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2018. Disponível em: <https://repositorio.ufc.br/handle/riufc/39596>. Acesso em: 12 abr. 2022.

MOURÃO, Luana Feitosa *et al.* Caracterização e fatores de risco de incontinência urinária em mulheres atendidas em uma clínica ginecológica. **Estima**, v. 15, n. 2, p. 82-91, 2017. Disponível em: [10.5327/Z1806-3144201700020004](https://doi.org/10.5327/Z1806-3144201700020004). Acesso em: 03 jun. 2022.

NETO, Ademar Gonçalves *et al.* Avaliação do conhecimento sobre o tratamento fisioterápico da incontinência urinária de esforço entre gestantes e puérperas atendidas na rede pública de saúde do município de Patrocínio-MG. **Revista Interdisciplinar de Promoção da Saúde**, v. 1, n. 1, p. 41-45, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.17058/rips.v1i1.11942>. Acesso em: 09 nov. 2022.

NUNES, Juliana Teixeira *et al.* Qualidade da assistência pré-natal no Brasil: revisão de artigos publicados de 2005 a 2015. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 24, p. 252-261, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/cadsc/a/tJwFM7zS4kvLGSXX4CQrKHG/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 05 nov. 2022.

OLIVEIRA, Andressa; SILVA, Mylena, PERES, Maria. Os benefícios da fisioterapia pélvica para mulheres com incontinência urinária. **Revista Cathedral**, v. 3, n. 2, p. 48-55, 2021. Disponível em:

<http://cathedral.ojs.galoa.com.br/index.php/cathedral/article/view/301/101>. Acesso em: 09 set. 2022.

OLIVEIRA, Layla Guimarães Paixão *et al.* Impacto da incontinência urinária na qualidade de vida de mulheres: revisão integrativa da literatura. **Revista Enfermagem UERJ**, v. 28, p. 51896, 2020. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/51896>. Acesso em: 12 abr. 2022.

PELAEZ, Mirea *et al.* Pelvic floor muscle training included in a pregnancy exercise program is effective in primary prevention of urinary incontinence: a randomized controlled trial. **Neurourol Urodyn**, v. 33, n. 1, p. 67-71, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/nau.22381>. Acesso em: 09 set. 2022.

PEREIRA, Jennifer. *et al.* Descriptive cross sectional study on prevalence, perceptions, predisposing factors and health seeking behaviour of women with stress urinary incontinence. **BMC women's health**, v. 14, n. 1, p. 78, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/1472-6874-14-78>. Acesso em: 12 abr. 2022.

PETRICELLI, Carla Dellabarba. **Função dos músculos do assoalho pélvico no terceiro trimestre de gravidez: extensibilidade e força muscular**. 2013, 112 f. Dissertação (Mestre em Ciências) - Universidade Federal de São Paulo. São Paulo, 2013. Disponível em: <https://repositorio.unifesp.br/handle/11600/23079>. Acesso em: 17 abr. 2022.

RIBEIRO, Gabriela Lima. **Avaliação do conhecimento, atitude e prática de gestantes sobre incontinência urinária: estudo observacional**. 2020. 71 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2020. Disponível em: <http://www.repositorio.ufc.br/handle/riufc/51393>. Acesso em: 03 jun. 2022.

SACOMORI, Cinara *et al.* Prevalência e variáveis associadas à incontinência urinária no trimestre gestacional. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 13, n. 3, pág. 215-221, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbsmi/a/FbMftFsPKrsNmkhmmLzDtpS/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 05 jul. 2022.

SANGSAWANG, Bussara; SANGSAWANG, Nucharee. Is a 6-week supervised pelvic floor muscle exercise program effective in preventing stress urinary incontinence in late pregnancy in primigravid women?: a randomized controlled trial. **Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol**, v. 197, p. 103-110, 2016. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26720598/>. Acesso em: 27 ago. 2022.

SANGSAWANG, Bussara; SANGSAWANG, Nucharee. Stress urinary incontinence in pregnant women: a review of prevalence, pathophysiology, and treatment. **International urogynecology journal**, v. 24, n. 6, p. 901-912, 2013. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23436035/>. Acesso em: 29 mar. 2022.

SANTINI, Ana Carolina Monteiro *et al.* Prevalência e fatores associados à ocorrência de incontinência urinária na gestação. **Revista Brasileira de Saúde Materno**

Infantil, v. 19, p. 967-974, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1806-93042019000400013>. Acesso em: 12 abr. 2022.

SESHAN, Vidya; MULIIRA, Joshua Kanaab. Self-reported urinary incontinence and factors associated with symptom severity in community dwelling adult women: implications for women's health promotion. **BMC women's health**, v. 13, n. 1, p. 16, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/1472-6874-13-16>. Acesso em: 12 abr. 2022.

SILVA, Aurenice Gomes *et al.* Incontinência urinária em mulheres: fatores de risco segundo tipo e gravidade. **Cogitare enfermagem**, v. 25, e. 68514, 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v25i0.68514>. Acesso em: 25 mai. 2022.

SILVA, Débora *et al.* Efeitos do fortalecimento muscular do assoalho pélvico em pacientes pós-acidente vascular encefálico com incontinência urinária. **Fisioterapia Brasil**, v. 20, n. 4, p. 515-25, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.33233/fb.v20i4.2794>. Acesso em: 07 out 2022.

SILVA, Lais; NUNES, Erica; LATORRE, Gustavo. O conhecimento de mulheres sobre incontinência urinária e atuação da fisioterapia: revisão sistematica. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 43, n. 3, p. 641-652, 2019. Disponível em: <https://10.22278/2318-2660.2019.v43.n3.a2798>. Acesso em: 09 set. 2022.

SILVA, Leonardo; CAVALCANTE, Ana Neiline; OLIVEIRA, Maria. Perfil obstétrico de gestantes atendidas em pré-natal em Centro de Saúde da Família. **Saúde em Revista**, v. 19, n. 51, p. 15-23, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.15600/2238-1244/sr.v19n51p15-23>. Acesso em: 10 nov. 2022.

SOBHGOL, Sahar Sadat; SMITH, Caroline A.; DAHLEN, Hannah Grace. The effect of antenatal pelvic floor muscle exercises on labour and birth outcomes: a systematic review and meta-analysis. **International Urogynecology Journal**, v. 31, n. 11, p. 2189-2203, 2020. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00192-020-04298-1>. Acesso em: 01 nov. 2022.

SZYMONA-PAŁKOWSKA, Katarzyna *et al.* Knowledge of the Disease, Perceived Social Support, and Cognitive Appraisals in Women with Urinary Incontinence. **BioMed Research International**, v. 2016, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1155/2016/3694792>. Acesso em: 10 nov. 2022.

THOMÉ, Bruna Isadora *et al.* Histórico gestacional de mulheres com incontinência urinária. **Cogitare Enfermagem**. v. 26, e. 75803, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.5380/ce.v26i0.75803>. Acesso em: 12 abr. 2022.

VASCONCELOS, Camila Teixeira Moreira. *et al.* Women's knowledge, attitude and practice related to urinary incontinence: systematic review. **International Urogynecology Journal**, v. 30, n. 2, p. 171-180, 2018. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30182183/>. Acesso em: 29 mar. 2022.

VAZ, Jaiana Rocha *et al.* Treinamento da musculatura do assoalho pélvico no período gestacional: revisão integrativa. **Brazilian Journal of health Review**, v. 2, n.

2, p. 2164-2178, mar./abr., 2019. Disponível em: <https://www.brazilianjournals.com/index.php/BJHR/article/view/1604/1481>. Acesso em: 13 abr. 2022.

VAZ, Jaiana Rocha. **Construção e validação de ambiente virtual de ensino-aprendizagem acerca da incontinência urinária gestacional**. 2019. 119 f. Dissertação (Mestrado em Saúde da Família) - UNINOVAFAPI, CENTRO UNIVERSITÁRIO, Teresina, 2018. Disponível em: <https://assets.uninovafapi.edu.br/arquivos/subsites/mestrado/tcm/2021/jaiana-tcm-viii-turma.pdf>. Acesso em: 10 set. 2022.

WOODLEY Stephanie John *et al.* Pelvic floor muscle training for preventing and treating urinary and faecal incontinence in antenatal and postnatal women. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, ed. 5, n. CD007471, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD007471.pub4>. Acesso em: 01 nov. 2022.

XAVIER, Rozania Bicego *et al.* Risco reprodutivo e renda familiar: análise do perfil de gestantes. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, p. 1161-1171, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232013000400029>. Acesso em: 11 nov. 2022.

ZAGO, A.C. *et al.* Prevalência e conhecimento sobre incontinência urinária e possibilidades de tratamentos entre mulheres trabalhadoras de baixa renda. **Fisioterapia e Movimento**. v.30, p.151-159, 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1980-5918.030.S01.AO15>. Acesso em: 17 set. 2022.

ZHANG, Ning. *et al.* Effects of a new community-based reproductive health intervention on knowledge of and attitudes and behaviors toward stress urinary incontinence among young women in Shanghai: a cluster-randomized controlled trial. **International urogynecology journal**, v. 27, n. 4, p. 545-553, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s00192-015-2851-1>. Acesso em: 17 set. 2022.

ANEXOS

ANEXO A – Escala de avaliação do Conhecimento, Atitude e Prática (CAP) de gestantes sobre IU

Construto	Item da escala	Itens de resposta	Pontuação	
CONHECIMENTO	1	Você já ouviu falar que algumas mulheres perdem xixi quando não estão com vontade (quando tosse ou espirram) ou porque não conseguem chegar a tempo ao banheiro?	1. Sim 2. Não	1. Para resposta “Sim” contabiliza-se 10 escores 2. Para resposta “Não” contabiliza-se 00 escores e FINALIZAR A ENTREVISTA.
	2	Você acha que perder xixi quando não está com vontade (quando tosse ou espirra) ou porque não consegue chegar a tempo ao banheiro acontece mais com homens ou com mulheres?	1. Mulher 2. Homem 3. Não sabe	1. Para resposta “mulher” contabiliza-se 10 escores 2. Para respostas 2 e 3 contabiliza-se 0,0 escores
	3	Você acha que é uma doença perder xixi na roupa quando não está com vontade (quando tosse ou espirra) ou porque não consegue chegar a tempo ao banheiro?	1. Sim 2. Não	1. Para resposta “Sim” contabiliza-se 10 escores 2. Para resposta “Não” contabiliza-se 0,0 escores
	4	Você acha que perder xixi quando não está com vontade (quando tosse ou espirra) ou porque não consegue chegar a tempo ao banheiro é um problema que as mulheres podem enfrentar em alguma fase da vida (gestação, após o parto, envelhecimento)?	1. Sim 2. Não	1. Para resposta “Sim” contabiliza-se 10 escores 2. Para resposta “Não” contabiliza-se 0,0 escores
	5	Você acha que é normal a gestante ter perda de xixi em momentos como tossir, espirrar ou realizar algum esforço físico? Ou perder urina antes de chegar ao banheiro?	1. Sim 2. Não	1. Para resposta “Sim” contabiliza-se 0,0 escores 2. Para resposta “Não” contabiliza-se 10 escores
	6	Você sabe o que pode causar a perda de xixi quando a mulher não está com vontade (quando tosse ou espirra) ou porque não conseguem chegar a tempo ao banheiro?	1. Não sabe 2. Gravidez/Parto/ Parto instrumental 3. Epsiotomia/laceração 4. Menopausa/ Envelhecimento 5. Cirurgia pélvica 6. Comorbidades (Infecção urinária, demências, doença do colágeno) 7. Fraqueza do músculo do assoalho pélvico/ Falta de preparo do períneo 8. POP (bexiga baixa) 9. Obesidade 10. Atividade de levantar peso ou fazer muito esforço físico Outros	Peça que mulher cite o maior número de fatores que souber 1. Para respostas do item 2 a 10, contabiliza-se 10 escores 2. Para resposta “não sabe” ou erradas no item 11, contabiliza-se 00 escores

	7	Você acha que, em mulheres que não tem queixa de perda de xixi quando não estão com vontade (quando tosse ou espirra) ou porque não conseguem chegar a tempo ao banheiro, existe algo que possa ser feito para evitar?	3. Sim 4. Não	1. Para resposta “Sim” contabiliza-se 10 escores 2. Para resposta “Não” contabiliza-se 0,0 escores
	8	Você disse que existe como evitar a perda de xixi em mulheres que não tem essa queixa. Pode me dizer quais você conhece?	0. Não sabe 1. Evitar reter urina/Urinar em intervalos de poucas horas 2. Evitar constipação 3. Manter peso corporal saudável 4. Evitar levantar peso 5. Realizar exercício de fortalecimento do assoalho pélvico	1. Caso responda qualquer um dos itens de 1-5, contabiliza-se 10 escores 2. Para resposta “não sabe” ou erradas contabiliza-se 00 escores
	9	Você acha que existe tratamento para mulheres que perdem xixi quando não estão com vontade (quando tosse ou espirra) ou porque não conseguem chegar a tempo ao banheiro?	1. Sim 2. Não	1. Para resposta “Sim” contabiliza-se 10 escores 2. Para resposta “Não” contabiliza-se 0,0 escores
	10	Você acha que existe tratamento para perda de xixi. Pode me dizer quais você conhece?	1. Nada 2. Terapia comportamental (treino da bexiga, perda de peso, adequação de hábitos alimentares) 3. TMAP 4. Pessário para incontinência 5. Eletroestimulação neuromuscular 6. Cones vaginais 7. Cirurgia 8. Medicamento 9. Orações 10. Ervas 11. Outros	1. Para respostas do item 2 a 7 contabiliza-se 10 escores 2. Para resposta “não sei”, 8,9,10,11 ou erradas - 00 escores
Escore total do CONHECIMENTO (0 – 100):				
ATTITUDE	11	O quanto você se sentiria à vontade para falar com profissional de saúde que você perde urina (perda de xixi quando não está com vontade ou porque não consegue chegar a tempo ao banheiro), se esse fosse o seu caso?	1 - Nada à vontade 2 - Pouco à vontade 3 - Muito à vontade	1. Para a opção de resposta 01 – 00 escores 2. Para a opção de resposta 02 – 05 escores 3. Para a opção de resposta 03 – 10 escores
	12	O quanto você se sentiria à vontade para falar com seu companheiro (namorado, marido) sobre esse assunto (perda de xixi quando não está com vontade ou porque não consegue chegar a tempo ao banheiro), se esse fosse o seu caso?	1 - Nada à vontade 2 - Pouco à vontade 3 - Muito à vontade	1. Para a opção de resposta 01 – 00 escores 2. Para a opção de resposta 02 – 05 escores 3. Para a opção de resposta 03 – 10 escores
	13	O quanto você se sentiria à vontade para falar com	1 - Nada à vontade	1. Para a opção de resposta 01 – 00 escores

	seu familiar ou amigos sobre esse assunto (perda de xixi quando não está com vontade ou porque não consegue chegar a tempo ao banheiro), se esse fosse o seu caso?	2 - Pouco à vontade 3 - Muito à vontade	2. Para a opção de resposta 02 – 05 escores 3. Para a opção de resposta 03 – 10 escores
	14 Você conversaria sobre perda de urina com profissionais de saúde do sexo masculino sobre esse assunto (perda de xixi quando não está com vontade ou porque não consegue chegar a tempo ao banheiro), se esse fosse o seu caso??	1. Sim 2. Não	1. Para resposta “Sim” contabiliza-se 10 escores 2. Para resposta “Não” contabiliza-se 0,0 escores
	15 Você acha que o pré-natal pode ser um momento para a gestante conversar com um profissional de saúde sobre formas de evitar ou tratar a perda de xixi?	1. Sim 2. Não	1. Para resposta “Sim” contabiliza-se 15 escores 2. Para resposta “Não” contabiliza-se 0,0 escores
	16 Você acha que a mulher que não tem perda de urina (perda de xixi quando não está com vontade ou porque não consegue chegar a tempo ao banheiro) deve buscar ajuda de um profissional de saúde para evitá-la?	1. Sim 2. Não	1. Para resposta “Sim” contabiliza-se 10 escores 2. Para resposta “Não” contabiliza-se 0,0 escores
	17 Você acha que mesmo quando a mulher tem uma pequena perda de xixi deve buscar ajuda de profissionais de saúde para tratá-la?	1. Sim 2. Não	1. Para resposta “Sim” contabiliza-se 10 escores 2. Para resposta “Não” contabiliza-se 0,0 escores
	18 Você acha que caso a mulher tenha uma grande perda de xixi deve buscar ajuda de profissionais de saúde para tratá-la?	1. Sim 2. Não	1. Para resposta “Sim” contabiliza-se 05 escores 2. Para resposta “Não” contabiliza-se 0,0 escores
Escore total da ATITUDE (0 – 80):			
PRÁTICA	19 Você já perguntou a algum profissional de saúde o que fazer para evitar a perda de urina (perda de xixi quando não está com vontade de urinar ou porque não consegue chegar a tempo ao banheiro)?	1. Sim 2. Não	1. Para resposta “Sim” contabiliza-se 20 escores 2. Para resposta “Não” contabiliza-se 00 escores
	20 Você faz algo para evitar (prevenir) perda de urina?	1. Sim 2. Não	1. Para resposta “Não” contabiliza-se 00 escores. 2. Para resposta “Sim”, devem ser considerados os valores abaixo (no próximo item) contabiliza-se 00 escores.
	O que você faz para evitar(prevenir) a perda de urina?	0. Não sabe 1. Evitar reter urina/Urinar em intervalos de poucas horas 2. Evitar constipação 3. Manter peso corporal saudável 4. Evitar levantar peso	1. Caso responda qualquer um dos itens de 1-5, contabiliza-se 20 escores 2. Para resposta “não sabe” ou erradas contabiliza-se 00 escores

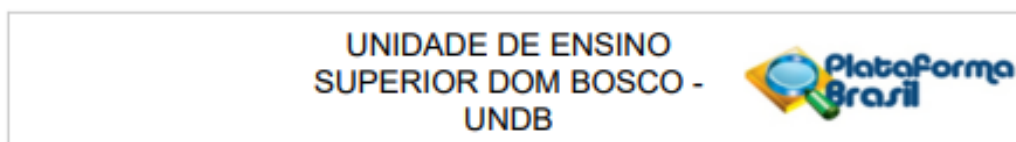
		5. Realizar exercício que fortaleça o assoalho pélvico Outros: _____	
21	Você já buscou ajuda para tratar a perda de urina (perda de xixi quando não está com vontade de urinar ou porque não consegue chegar a tempo ao banheiro)?	1. Sim 2. Não	1. Quando a resposta foi “Sim” contabiliza-se 20 escores 2. Quando a resposta for “Não” contabiliza-se 00 escores
22	Quem você buscou para tratar a perda de urina? Se não buscou, porque?	1 - Enfermeira 2 - Médico 3 – Fisioterapeuta 4 - Outro profissional da saúde: _____ 5 – Leigos:	1. Para resposta 1, 2, 3 e 4 contabiliza-se 20 escores 2. Para resposta 5 contabiliza-se 0,0 escores
23	Você disse que buscou tratamento, qual foi a orientação dada?	1. Nada 2. Cirurgia 3. TMAP 4. Terapia comportamental (treino da bexiga, perda de peso, adequação de hábitos alimentares) 5. Pessário para incontinência 6. Eletroestimulação neuromuscular 7. Cones vaginais 8. Medicamento 9. Outra: _____	Este item tem o objetivo de guiar o entrevistador para o item seguinte em caso de resposta: 2 a 8
	Qual o tratamento que você realiza ou já realizou?	1. Nada 2. Cirurgia 3. TMAP 4. Terapia comportamental (treino da bexiga, perda de peso, adequação de hábitos alimentares) 5. Pessário para incontinência 6. Eletroestimulação neuromuscular 7. Cones vaginais 8. Medicamento 9. Outra: _____	1. Para resposta 2 a 8 contabiliza-se 20 escores 2. Para resposta Nada ou erradas contabiliza-se 0,0 escores
ESCORE Total da PRÁTICA (0 – 100):			

ANEXO B - Subescala de avaliação do conhecimento sobre IU.

<i>SUBESCALA DE AVALIAÇÃO DO CONHECIMENTO SOBRE IU</i>			
	Pergunta	Resposta	Pontuação
Sintomas	01 Você já ouviu falar que algumas mulheres perdem xixi quando não estão com vontade (quando tosse ou espirram) ou porque não conseguem chegar a tempo ao banheiro?	1. Sim 2. Não	1. Para resposta “Sim” contabiliza-se 15 escores 2. Para resposta “Não” contabiliza-se 00 escores e FINALIZAR A ENTREVISTA.
Fator de risco	02 Você acha que perder xixi quando não está com vontade (quando tosse ou espirra) ou porque não consegue chegar a tempo ao banheiro acontece mais com homens ou com mulheres?	1. Mulher 2. Homem 3. Não sabe	1. Para resposta “mulher” contabiliza-se 05 escores 2. Para respostas 2 e 3 contabiliza-se 00 escores
Severidade da IU	03 Você acha que é um problema perder xixi na roupa quando não está com vontade (quando tosse ou espirra) ou porque não consegue chegar a tempo ao banheiro?	1. Sim 2. Não	1. Para resposta “Sim” contabiliza-se 05 escores 2. Para resposta “Não” contabiliza-se 00 escores
Fator de risco	04 Você acha que perder xixi quando não está com vontade (quando tosse ou espirra) ou porque não consegue chegar a tempo ao banheiro é um problema que as mulheres podem enfrentar em alguma fase da vida (gestação, após o parto, envelhecimento)?	1. Sim 2. Não	1. Para resposta “Sim” contabiliza-se 05 escores 2. Para resposta “Não” contabiliza-se 00 escores
	05 Você acha que é normal a gestante ter perda de xixi em momentos como tossir, espirrar ou realizar algum esforço físico? Ou perder urina antes de chegar ao banheiro?	1. Sim 2. Não	1. Para resposta “Sim” contabiliza-se 00 escores 2. Para resposta “Não” contabiliza-se 05 escores
	06 Você sabe o que pode causar a perda de xixi quando a mulher não está com vontade (quando tosse ou espirra) ou porque não conseguem chegar a tempo ao banheiro?	1. Não sabe 2. Gravidez/Parto/ Parto instrumental 3. Episiotomia/laceração 4. Menopausa/ Envelhecimento 5. Cirurgia pélvica 6. Comorbidades (Infecção urinária, demências, doença do colágeno) 7. Fraqueza do músculo do assoalho pélvico/ Falta de preparo do períneo 8. POP (bexiga baixa) 9. Obesidade 10. Atividade de levantar peso ou fazer muito esforço físico	Peça que a mulher cite o maior número de fatores que souber 1. Para, no mínimo, 1 resposta do item 2 a 10, contabiliza-se 05 escores 2. Para resposta “não sabe” ou outras que não os itens 2 a 10, contabiliza-se 00 escores

Prevenção	07	Você acha que, em mulheres que não tem queixa de perda de xixi quando não estão com vontade (quando tosse ou espirra) ou porque não conseguem chegar a tempo ao banheiro, existe algo que possa ser feito para evitar?	1. Sim 2. Não	Só contabiliza o ponto caso a mulher responda 1. Para resposta “Sim” contabilizar 2,5 escores. 2. Para resposta “Não” contabiliza-se 00 escores
	08	Você disse que existe como evitar a perda de xixi em mulheres que não tem essa queixa. Pode me dizer quais você conhece?	0. Não sabe 1. Evitar reter urina/Urinar em intervalos curtos 2. Evitar constipação 3. Manter peso corporal saudável 4. Evitar levantar peso 5. Realizar exercício de fortalecimento do assoalho pélvico	1. Caso responda qualquer um dos itens de 1-5, contabiliza-se 27,5 escores 2. Para resposta “não sabe” ou outras que não os itens 1-5, contabiliza-se 00 escores
Tratamento	09	Você acha que existe tratamento para mulheres que perdem xixi quando não estão com vontade (quando tosse ou espirra) ou porque não conseguem chegar a tempo ao banheiro?	1. Sim 2. Não	1. Para resposta “Sim” contabiliza-se 2,5 escores 2. Para resposta “Não” contabiliza-se 00 escores
	10	Você acha que existe tratamento para perda de xixi. Pode me dizer quais você conhece?	1. Não sabe 2. Terapia comportamental (treino da bexiga, perda de peso, adequação de hábitos alimentares) 3. TMAP 4. Pessário para incontinência 5. Eletroestimulação neuromuscular 6. Cones vaginais 7. Cirurgia 8. Medicamento 9. Orações 10. Ervas	1. Para respostas do item 2 a 8 contabiliza-se 27,5 escores 2. Para resposta “não sabe”, 9 e 10 ou outras que não os itens 2-8, contabiliza-se 00 escores
<p>Escore total do CONHECIMENTO (0 – 100): _____</p>				

ANEXO C - Parecer consubstanciado do CEP

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: Análise do conhecimento de gestantes usuárias do Sistema Único de Saúde sobre incontinência urinária

Pesquisador: Jaiana Rocha Vaz Tanaka

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 62692222.0.0000.8707

Instituição Proponente: COLEGIO DOM BOSCO LTDA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.676.481

Apresentação do Projeto:

Segundo a Sociedade Internacional de Continência (ICS), a incontinência urinária (IU) é caracterizada como o escape involuntário de urina em qualquer quantidade. Sendo esta, uma condição apresentada como um problema de saúde pública, uma vez que acomete cerca de 200 milhões de pessoas ao redor do mundo, especialmente no sexo feminino, com uma prevalência de 20 a 50% ao longo da vida (OLIVEIRA et al., 2020).

A IU classifica-se em três principais subtipos: incontinência urinária de esforço (IUE), em que a perda de urina é decorrente de algum esforço; incontinência urinária de urgência (IUU), caracterizada por sensação de urgência miccional; e a incontinência urinária mista (IUM), que reúne mecanismos fisiopatológicos mistos das situações supracitadas (MOURA; NASCIMENTO, 2018).

Embora possuam uma origem multifatorial, os períodos gestacional e puerperal apresentam-se como fatores de risco consideráveis para o desenvolvimento de IU (MARTINS, 2010). Para Thomé et al., (2021) as mudanças anatômicas e fisiológicas decorrentes deste processo como alongamento e sobrecarga dos tecidos do assoalho pélvico (AP), alterações estruturais, hormonais, dentre outras, podem influenciar nas funções de continência e suporte uretral, desencadeando sintomas urinários.

Endereço: Avenida Colares Moreira, nº 443, Prédio Norte, Térreo, Sala CEP
Bairro: Renascença CEP: 65.075-441
UF: MA Município: SAO LUIS
Telefone: (98)4009-7074 E-mail: cep@undb.edu.br

UNIDADE DE ENSINO
SUPERIOR DOM BOSCO -
UNDB



Continuação do Parecer: 5.676.481

A prevalência da IU no período gestacional sofre variações em decorrência da época de investigação, tipo de estudo e das características da população, no entanto, alguns estudos estimam o acometimento de até 75% das gestantes (SANGSAWANG; SANGSAWANG, 2013; SANTINI et al., 2019). Sacomore et al (2013) afirmam que esse problema muitas vezes pode ser julgado como um sintoma habitual da gestação, provocando frequentemente sub-diagnósticos e sub-tratamentos, o que pode gerar impactos negativos na qualidade de vida.

4

1.2 Delimitação do tema

Análise do conhecimento de gestantes usuárias do Sistema Único de Saúde sobre incontinência urinária.

Objetivo da Pesquisa:

3.1 Geral

Investigar o conhecimento de gestantes usuárias do Sistema Único de Saúde acerca da incontinência urinária.

3.2 Específicos

Compreender as principais modificações fisiológicas decorrentes do período gestacional com foco nos fatores de risco para o desenvolvimento de incontinência urinária.

Identificar as variáveis associadas ao conhecimento de gestantes em relação à incontinência urinária.

Evidenciar o papel do fisioterapeuta no tratamento e conscientização da incontinência urinária em gestantes.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Conforme a Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, todas as pesquisas que envolvem seres humanos possuem riscos em natureza e gradações diversas. Os potenciais riscos da presente pesquisa aos participantes serão mínimos, podendo ser de ordem psicológica, visto que poderá haver pequeno incômodo referente à presença da pesquisadora durante a aplicação dos questionários, bem como ao desconforto

Endereço: Avenida Colares Moreira, nº 443, Prédio Norte, Térreo, Sala CEP
Bairro: Renascença **CEP:** 65.075-441
UF: MA **Município:** SAO LUIS
Telefone: (98)4009-7074 **E-mail:** cep@undb.edu.br

UNIDADE DE ENSINO
SUPERIOR DOM BOSCO -
UNDB



Continuação do Parecer: 5.676.481

para responder aos questionamentos. Nesse sentido, objetivando reduzir estes, a pesquisadora garantirá a oferta de um ambiente reservado e agradável segundo as necessidades da participante.

Ainda segundo aos riscos, destaca-se também ao esforço de empregar uma parte de seu tempo para responder às perguntas, implicando afetar a sua carga de atividades diárias, contudo, enfatiza-se que a pesquisadora fará todo o possível para não comprometer as atividades posteriores da participante, dando-lhe condições claras de responder os questionamentos de forma mais objetiva.

Não haverá perspectivas quanto à riscos físicos, dado que a coleta de dados será realizada em espaços apropriados na instituição pesquisada. Os participantes terão orientações e esclarecimentos a respeito de todo o processo de aplicação dos instrumentos.

Baseando-se na Resolução Nº 510/2016, em seu Capítulo I, Art. 2º - III, os benefícios da pesquisa incidem em "[...] contribuições atuais ou potenciais para o ser humano, para a comunidade na qual está inserido e para a sociedade [...]" (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2016, p. 2). Desse modo, os benefícios desta pesquisa estarão relacionados ao aumento dos debates acerca da temática abordada, uma vez que todos os participantes terão acesso aos resultados desta pesquisa, o que permitirá a ampliação de seus conhecimentos sobre o tema. Somado a isso, a mesma poderá contribuir para um melhor direcionamento referente ao desenvolvimento de intervenções voltadas às necessidades desse público, favorecendo a assistência oferecida à estas durante o ciclo gravídico-puerperal.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de uma pesquisa de natureza aplicada, visto que volta-se para a investigação de questões para a aplicação prática. Para Prodanov e Freitas, (2013) este tipo de pesquisa objetiva promover conhecimentos voltados à resolução de questões específicas, compreendendo verdades e interesses particulares. Quanto

Endereço: Avenida Colares Moreira, nº 443, Prédio Norte, Térreo, Sala CEP
Bairro: Renascença **CEP:** 65.075-441
UF: MA **Município:** SAO LUIS
Telefone: (98)4009-7074 **E-mail:** cep@undb.edu.br

UNIDADE DE ENSINO
SUPERIOR DOM BOSCO -
UNDB



Continuação do Parecer: 5.676.481

quantificação dos aspectos lógicos e fundamentais de um fato ou fenômeno pesquisado. São mecanismos de caráter racional, intuitivo e descritivo que cooperam com os pesquisadores em suas investigações científicas e profissionais. Com relação aos procedimentos técnicos, será realizado um estudo de campo, que conforme Gil (2002), trata-se de um trabalho que possui foco em uma comunidade, quer seja de lazer, trabalho, estudo ou qualquer operação humana, sendo elaborada através observação direta das atividades do grupo pesquisado e de entrevistas para absorver suas explicações e interpretações dos acontecimentos do grupo. Nestes estudos, o pesquisador é responsável por realizar grande parte do trabalho pessoalmente, visto que é ressaltado a importância deste ter experiência com a situação pesquisada. Dentre as etapas da pesquisa de campo, necessita-se, inicialmente, a realização de um levantamento bibliográfico acerca do assunto em questão, a fim de obter respostas quanto ao estado em que o problema se encontra no momento, quais estudos já foram realizados e as teorias importantes sobre o tema (PRODANOV; FREITAS, 2013). Diante disso, para o referencial teórico do presente trabalho será realizado uma pesquisa bibliográfica em livros, artigos, dissertações e teses disponíveis nas

13

bases de dados Google Acadêmico, PubMed, SciELO e repositórios institucionais, com recorte temporal de nove anos (2013-2022), por meio dos descritores: Incontinência urinária; gravidez; conhecimento; diafragma da pelve e modalidades de fisioterapia na língua portuguesa, e os mesmos descritores na língua inglesa, sendo estes: urinary incontinence; pregnancy; knowledge; pelvic floor e physical therapy modalities.

Endereço: Avenida Colares Moreira, nº 443, Prédio Norte, Térreo, Sala CEP
Bairro: Renascença **CEP:** 65.075-441
UF: MA **Município:** SAO LUIS
Telefone: (98)4009-7074 **E-mail:** cep@undb.edu.br

**UNIDADE DE ENSINO
SUPERIOR DOM BOSCO -
UNDB**



Continuação do Parecer: 5.676.481

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Vide Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequação

Recomendações:

Ajustar o valor total do orçamento no projeto detalhado de 587 para 687 reais

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Todas as pendências foram devidamente sanadas.

Considerações Finais a critério do CEP:

Ressalta-se que cabe ao pesquisador responsável encaminhar relatórios parciais e final da pesquisa, por meio da Plataforma Brasil, via notificação do do tipo "relatório" para que sejam devidamente apreciadas no CEP, conforme Resolução 466/2012 do CONEP, item XI.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_1999048.pdf	19/09/2022 19:55:24		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_TCC_COMPLETO_LB.docx	19/09/2022 19:54:00	Jailana Rocha Vaz Tanaka	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_TCC_COMPLETO_LB.pdf	19/09/2022 19:53:51	Jailana Rocha Vaz Tanaka	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO_FINANCEIRO.docx	19/09/2022 19:53:16	Jailana Rocha Vaz Tanaka	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO_FINANCEIRO.pdf	19/09/2022 19:53:09	Jailana Rocha Vaz Tanaka	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA_LB.pdf	19/09/2022 19:52:40	Jailana Rocha Vaz Tanaka	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA_LB.docx	19/09/2022 19:52:32	Jailana Rocha Vaz Tanaka	Aceito
Outros	APENDICEB_QUESTIONARIO_SOCIO_DEMOGRAFICO_E_OBSTETRICO.pdf	19/09/2022 19:51:32	Jailana Rocha Vaz Tanaka	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	APENDICEA_TCLE.docx	19/09/2022 19:49:21	Jailana Rocha Vaz Tanaka	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	APENDICEA_TCLE.pdf	19/09/2022 19:49:11	Jailana Rocha Vaz Tanaka	Aceito

Endereço: Avenida Colares Moreira, nº 443, Prédio Norte, Térreo, Sala CEP
 Bairro: Renascença CEP: 65.075-441
 UF: MA Município: SAO LUIS
 Telefone: (98)4009-7074 E-mail: cep@undb.edu.br

**UNIDADE DE ENSINO
SUPERIOR DOM BOSCO -
UNDB**



Continuação do Parecer: 5.676.481

Outros	ANUENCIA.pdf	19/09/2022 19:48:23	Jaiana Rocha Vaz Tanaka	Aceito
Folha de Rosto	FolhaRostoLarissa.pdf	15/08/2022 10:10:46	Jaiana Rocha Vaz Tanaka	Aceito
Outros	APENDICEB_QUESTIONARIO_SOCIO DEMOGRAFICO_E_OBSTETRICO.doc	12/08/2022 12:43:27	Jaiana Rocha Vaz Tanaka	Aceito
Outros	QUESTIONARIO_ESPECIFICO_DIGITA LIZADO.docx	12/08/2022 12:41:39	Jaiana Rocha Vaz Tanaka	Aceito
Outros	QUESTIONARIO_ESPECIFICO_DIGITA LIZADO.pdf	12/08/2022 12:41:24	Jaiana Rocha Vaz Tanaka	Aceito
Declaração de Pesquisadores	TERMO_DE_COMPROMISSO_ETICO_ DOS_PESQUISADORES.docx	12/08/2022 12:38:39	Jaiana Rocha Vaz Tanaka	Aceito
Declaração de Pesquisadores	TERMO_DE_COMPROMISSO_ETICO_ DOS_PESQUISADORES.pdf	12/08/2022 12:38:32	Jaiana Rocha Vaz Tanaka	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO LUIS, 30 de Setembro de 2022

**Assinado por:
Johnny Ramos do Nascimento
(Coordenador(a))**

Endereço: Avenida Colares Moreira, nº 443, Prédio Norte, Térreo, Sala CEP
Bairro: Renascença **CEP:** 65.075-441
UF: MA **Município:** SAO LUIS
Telefone: (98)4009-7074 **E-mail:** cep@undb.edu.br