

ARTIGO ORIGINAL

HISTÓRICO GESTACIONAL DE MULHERES COM INCONTINÊNCIA URINÁRIA

Bruna Isadora Thomé¹ 
Gisela Maria Assis¹ 
Glenda Naila de Souza¹ 
Auristela Duarte de Lima Moser¹ 

RESUMO

Objetivo: analisar a relação do histórico gestacional com a incontinência urinária em mulheres. **Método:** estudo exploratório descritivo de corte transversal quantitativo, com 227 mulheres com incontinência urinária atendidas em um ambulatório de referência do sul brasileiro, identificando histórico gestacional e subtipo de incontinência. Para análise de associação, utilizou-se os testes qui-quadrado e V de Cramér, nível de significância de 5%.

Resultados: a incontinência urinária mista (87,2%; n=198) foi predominante, com 89% para duas ou mais gestações, e o parto vaginal (dois ou mais) foi mais ocorrente (71,4%) do que a cesariana (14,5%) para dois ou mais, 64,3% receberam episiotomia. Não houve significância estatística entre os subtipos de incontinência e as variáveis de histórico gestacional.

Conclusão: a incontinência urinária mista foi o subtipo mais presente. A multiparidade e parto vaginal caracterizaram este grupo. Demonstra-se a importância do preparo do assoalho pélvico no período perigestacional, minimizando o impacto da incontinência nesta população.

DESCRITORES: Incontinência Urinária; Gravidez; Paridade; Diafragma da Pelve; Saúde da Mulher.

HISTORIAL GESTACIONAL DE MUJERES CON INCONTINENCIA URINARIA

RESUMEN:

Objetivo: analizar la relación entre historia gestacional e incontinencia urinaria en mujeres. **Método:** estudio descriptivo exploratorio, de corte cuantitativo, con 227 mujeres con incontinencia urinaria atendidas en una clínica de referencia en el sur de Brasil, habiéndose identificado antecedentes gestacionales y subtipo de incontinencia. Para el análisis de asociación se utilizaron las pruebas de Chi-cuadrado y V de Cramer, con un nivel de significancia del 5%. **Resultados:** predominó la incontinencia urinaria mixta (87,2%; n = 198), con 89% para dos o más embarazos, y el parto vaginal (dos o más) fue más frecuente (71,4%) que la cesárea (14,5%) para dos o más partos, el 64,3% recibió episiotomía. No hubo significación estadística entre los subtipos de incontinencia y las variables del historial gestacional. **Conclusión:** la incontinencia urinaria mixta fue el subtipo más común. La multiparidad y el parto vaginal caracterizaron a este grupo. Se demuestra la importancia de preparar el suelo pélvico en el período perigestacional para minimizar el impacto de la incontinencia en esta población.

DESCRIPTORES: Incontinencia Urinaria; Embarazo; Paridad; Diafragma pélvico; Salud de la Mujer.

INTRODUÇÃO

A Sociedade Internacional de Continência define a incontinência urinária (IU) como qualquer tipo de perda involuntária de urina. Esta é distribuída em três subtipos: incontinência urinária de esforço (IUE), em que a urina é perdida por ações que exijam esforço, espirros ou tosse; incontinência urinária de urgência (IUU), onde a perda involuntária é acompanhada ou imediatamente precedida de urgência para urinar; e nos casos com presença de sintomas dos dois subtipos anteriores, o termo incontinência urinária mista (IUM) é utilizado⁽¹⁾.

Alguns fatores de risco para o possível desenvolvimento da IU são: diabetes mellitus, incontinência fecal, cirurgia de assoalho pélvico, tabagismo e sobrepeso. Além disso, de forma especial as mulheres acabam sendo mais acometidas, uma vez que a paridade, tipo de parto, uso de fórceps, menopausa e histerectomia também estão associadas a um aumento do risco de desenvolver este tipo de condição⁽²⁻⁴⁾.

A prevalência da IU em mulheres pode diferir de estudo para estudo, podendo encontrar uma variação de 5% a 69% – isto ocorre devido a diversos fatores, como as diferenças nas definições utilizadas para IU, as características da população estudada e as diferenças culturais entre as mulheres que possuem esse tipo de queixa⁽⁵⁾.

Pesquisas apontam que a gestação e o parto aumentam a frequência de IU, decorrente das modificações no assoalho pélvico (AP), causadas mesmo que parcialmente por estes fatores⁽⁶⁻⁷⁾. Os processos fisiológicos que ocorrem nesta época, o alongamento e sobrecarga nestes tecidos resultam na diminuição da função muscular do AP e nas suas propriedades teciduais, que por muitas vezes acabam sendo irreversíveis, resultando assim na alteração do mecanismo de suporte uretral e de continência. Mesmo assim, não existem evidências suficientes que sustentem que optar pelo parto de cesariana possa diminuir esse impacto na musculatura e minimize o risco de desenvolver IU⁽⁸⁻⁹⁾.

Este artigo é parte de uma pesquisa mais ampla, que investigou a constipação intestinal em mulheres com incontinência urinária. Diante de uma amostra considerável para o período de coleta, a escassez de dados epidemiológicos nacionais e a menção de diversos autores a respeito da história gestacional como fator de risco para IU, decidiu-se por analisar o histórico gestacional desse grupo de mulheres⁽¹⁰⁻¹¹⁾, buscando compreender a sua relação com o subtipo de incontinência apresentada. Logo, o objetivo do estudo foi analisar a relação do histórico gestacional com a incontinência urinária em mulheres.

MÉTODO

Este estudo, do tipo exploratório descritivo de corte transversal com abordagem quantitativa, teve sua coleta de dados realizada no período de setembro de 2019 a janeiro de 2020, em um ambulatório de disfunções miccionais de um hospital público universitário da região sul do país.

Participaram do estudo 227 mulheres, após a leitura e assinatura do TCLE. Os critérios de inclusão foram: ser maior de 18 anos, estar em atendimento no ambulatório, e possuir sintomas de IU. Os critérios de exclusão foram: presença de alterações anatômicas e/ou disfunções neurológicas que pudessem levar à IU.

A coleta de dados ocorreu em uma das salas do ambulatório, na forma de entrevista individual, aplicada por um único avaliador que preencheu os dados digitalmente. O instrumento utilizado foi construído pelas autoras para este fim, com o objetivo de identificar

as variáveis de saúde geral e promover um levantamento sociodemográfico que pudesse caracterizar a população. O instrumento também contava com perguntas específicas em relação à característica da incontinência urinária, distribuída entre os três subtipos (IUE, IUU e IUM), por meio de uma seleção de frases específicas que representassem os sintomas de esforço e urgência de forma distinta.

A IU foi classificada através das respostas levantadas pela participante, e nas situações em que havia presença de sintomas de esforço e urgência, a classificação foi mista. As questões foram elaboradas por um compilado de instrumentos já validados, como o ICIQ_SF (*International Consultation on Incontinence Questionnaire - Short Form*), e complementado com sintomas que identificam os tipos mais comuns de IU, conforme descrito no consenso de padronização de termos da Sociedade Internacional de Continência⁽¹²⁾. As variáveis de saúde escolhidas para a análise informavam características do histórico gestacional da participante.

A análise estatística foi feita com o uso do programa SPSS Statistics, versão 25.0 e o nível de significância assumido foi 5%. Para descrição das variáveis sociodemográficas, gestacionais e tipo de IU, foram utilizadas medidas de frequência absoluta e relativa, média (\pm DP). O teste qui-quadrado foi empregado para análise de associação da variável episiotomia com os subtipos de IU. Para as variáveis que não atenderam os requisitos para o uso do teste qui-quadrado (gestações, aborto, parto vaginal e cesárea), o teste V de Cramér foi utilizado.

O estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos e aprovado sob o parecer nº 3.575.829.

RESULTADOS

Um total de 227 mulheres, com média de idade de $60,33 \pm 12,26$ anos, participaram do estudo. A distribuição dos tipos de IU encontrados nesta população demonstrou a IUM como prevalente, em 198 (87,2%), conforme Tabela 1.

Tabela 1 – Distribuição dos subtipos de incontinência urinária na população do estudo (n=227). Curitiba, PR, Brasil, 2020

Subtipo de incontinência urinária	n	(%)
Incontinência urinária de esforço	17	7,5
Incontinência urinária de urgência	12	5,3
Incontinência urinária mista	198	87,2
Total	227	100

Fonte: Autores (2020)

O nível de escolaridade foi predominantemente baixo para a população do estudo com 135 (59,5%) para ensino fundamental e 10 (4,4%) para analfabetas. Com relação à atividade laboral, o maior percentual foi o de mulheres do lar, 138 (60,8%). Observa-se

na Tabela 2 que tanto a distribuição do ensino fundamental quanto da atividade do lar se apresentaram de forma similar entre os subtipos de IU.

Tabela 2 – Características sociodemográficas e perfil gestacional da população do estudo e distribuição de acordo com os tipos de IU (n=227). Curitiba, PR, Brasil, 2020

Variáveis	Total (n=227) (% e média)	IUE (n=17) (% e média)	IUU (n=12) (% e média)	IUM (n=198) (% e média)
Idade	60,33 (±12,26)	63,29 (±10,35)	60,33 (±14,46)	60,07 (±12,3)
Escolaridade				
Analfabeto	10 (4,4)	-	1 (8,3)	9 (4,5)
Ens. fundamental	135 (59,5)	9 (52,9)	6 (50)	120 (60,6)
Ens. Médio	65 (28,6)	8 (47,1)	3 (25)	54 (27,3)
Ens. superior	17 (7,5)	-	2 (16,7)	15 (7,6)
Atividade laboral				
Do lar	138 (60,8)	12 (70,6)	9 (75)	117 (59,1)
Aposentada	5 (2,2)	-	1 (8,3)	4 (2)
Trabalho remunerado	84 (37)	5 (29,4)	2 (16,7)	77 (38,9)
Nº de gestações				
0	8 (3,5)	-	1 (12,5)	7 (87,5)
1	17 (7,5)	2 (11,8)	2 (5,9)	14 (82,4)
≥2	202 (89)	15 (7,4)	10 (5)	177 (87,6)
Partos vaginais				
0	39 (17,2)	1 (2,6)	1 (2,6)	37 (94,9)
1	26 (11,5)	2 (7,7)	3 (11,5)	21 (80,8)
≥2	162 (71,4)	14 (8,6)	8 (4,9)	140 (86,4)
Cesáreas				
0	122 (53,7)	10 (8,2)	8 (6,6)	104 (85,2)
1	72 (31,7)	6 (8,3)	3 (4,2)	63 (87,5)
≥2	33 (14,5)	1 (3)	1 (3)	31 (93,9)
Abortos				
0	132 (58,1)	11 (8,3)	5 (3,8)	116 (87,9)
1	67 (9,5)	5 (7,5)	4 (6)	58 (86,6)
≥2	28 (12,3)	1 (3,6)	3 (10,7)	24 (85,7)
Episiotomia				
Sim	146 (64,3)	12 (8,2)	8 (5,5)	126 (86,3)
Fórceps				
Sim	39 (17,2)	2 (11,8)	-	37 (18,7)

IUE: incontinência urinária de esforço; IUU: incontinência urinária de urgência; IUM: incontinência urinária mista.
Fonte: Autores (2020)

Sobre o perfil gestacional das avaliadas, a quantidade de gestações ≥ 2 foi a mais prevalente entre os grupos, correspondendo a 89% (n=202) da amostra. Em relação à paridade, a ocorrência do parto vaginal se apresentou com total de 188 (82,9%) para os casos de 1 ou ≥ 2 na população estudada. Valor superior às cesarianas, apresentando 105 (46,2%) para 1 ou ≥ 2 .

As variáveis episiotomia e uso de fórceps apresentaram incidência de 146 (64,3%) e 39 (17,2%), respectivamente, sendo que apenas o grupo com IUU relatou não ter feito o uso do fórceps durante o parto. Na população estudada, 58,1% (n=132) das mulheres não apresentou aborto.

Foram avaliadas, através dos testes de correlação, as variáveis de história gestacional (nº de gestações, partos vaginais, cesáreas, abortos e episiotomia) com os três subtipos de IU. Não foi encontrado significância estatística para nenhum destes cruzamentos (Tabela 3).

Tabela 3 – Testes de correlação entre as variáveis dos três subtipos de IU (variáveis dependentes) e as variáveis de história gestacional (variáveis independentes). Curitiba, PR, Brasil, 2020

Variáveis	Correlação r	Valor de p
Episiotomia	0,253	>0,05*
Nº de gestações	0,089	>0,05+
Abortos	0,123	>0,05+
Partos vaginais	0,148	>0,05+
Cesáreas	0,093	>0,05+

Testes de correlação: Teste qui-quadrado*, Teste V de Cramér+, (p>0,05 não significativo)

Fonte: Autores (2020)

DISCUSSÃO

Dentre os três subtipos de IU, o mais prevalente neste estudo foi a IUM, com um total de 198 (87,2%) mulheres nesta condição, seguido de IUE 17 (7,5%) e IUU 12 (5,3%). A média de idade na população estudada foi de 60,33($\pm 12,26$) anos. Essa prevalência de IUM pode justificar não ter sido possível relacionar as variáveis de perfil gestacional com sintomas de esforço ou de urgência, pois a IUM indica presença de sintomas para os dois outros subtipos, dificultando a análise.

De acordo com as pesquisas, a idade pode afetar a distribuição dos tipos de IU, sendo que os normalmente observados entre as mulheres idosas e de meia idade são a IUM e a IUU⁽¹³⁾, enquanto para as mais jovens, a IUE é a mais prevalente^(1,14-15). Resultados estes de acordo com os achados em estudos realizados com jovens na média dos vinte anos de idade, cujo tipo de IU mais prevalente foi de esforço^(9,16).

Pesquisas demonstraram que mulheres que apresentaram sintomas de IU no período gestacional tinham média de idade mais alta que as continentas, muitas vezes em decorrência do processo natural de envelhecimento juntamente com a pressão exercida no AP durante o ciclo gravídico⁽¹⁷⁻¹⁹⁾.

Um estudo com 420 mulheres que apresentavam IU, realizado nos Estados Unidos, encontrou prevalência de IUM (57%), IUU (20%) e IUE (17%); o mesmo tipo de distribuição foi encontrado em uma pesquisa realizada na Tailândia, corroborando com os achados do presente estudo⁽²⁰⁻²¹⁾.

Autores relatam que, durante a gestação, a IUE e a IUM são mais comumente encontrados do que a IUU de forma isolada. O aumento do peso corporal e abortos anteriores acabam se tornando fatores contribuintes para o aparecimento da IUE durante este período^(18,22).

Estudos encontraram resultados semelhantes sobre o nível socioeducacional, apontando uma baixa instrução⁽²³⁻²⁴⁾. O percentual elevado para mulheres do lar neste estudo, 138 (60,8%), também foi observado em outras pesquisas^(3,21).

O nível socioeducacional da amostra, demonstrado pela baixa escolaridade e ocupação predominantes, pode ser um fator dificultador no gerenciamento da condição de saúde, uma vez que o tratamento de primeira linha na IU são as medidas comportamentais, que exigem uma capacidade cognitiva para compreensão da necessidade e seguimento das metas formadas entre o profissional e a paciente. Autores trazem que estas condições socioeducacionais e econômicas seriam fatores que apresentam grande impacto no desenvolvimento de IU^(13,25).

Observando a variável número de gestações, no presente estudo houve prevalência de 202 (89%) para ≥ 2 , 17 (7,5%) para uma gestação e oito (3,5%) de mulheres que nunca engravidaram. Um estudo na Inglaterra comenta, em relação à paridade, que 36% das participantes tiveram dois filhos, 11% tiveram três e 4% tiveram quatro, sendo a maioria por partos vaginais, corroborando com o perfil achado no presente estudo⁽²⁶⁾. Resultados semelhantes foram encontrados em outra pesquisa realizada na Bélgica, cuja média de paridade foi $2 \pm 1,4$ e mais de 70% tiveram parto vaginal⁽¹⁵⁾.

A multiparidade acaba sendo relacionada na maioria das pesquisas como um fator facilitador para o desenvolvimento da IU durante e após o período gestacional, principalmente atrelado aos partos vaginais e o processo de trabalho de parto. Este tipo de perfil pode ser observado no presente estudo, onde a maioria dessas mulheres teve um número considerável de partos vaginais ≥ 2 162 (71,4%) e destas, 146 (64,3%) passaram por procedimento de episiotomia. Este perfil apresentou incidência mais alta para as mulheres com IUM, porém, este resultado pode estar atrelado à grande quantidade de mulheres dentro deste tipo de IU no presente estudo, além do fator idade, que aumenta a probabilidade de apresentarem sintomas de esforço e urgência de forma conjunta.

Pesquisas apontam resultados controversos em relação à episiotomia, e indicaram que ela, associada ao parto vaginal, demonstrou menor lesão no tecido do AP após o parto, no entanto, mulheres que não foram submetidas a este procedimento durante o parto vaginal poderiam ter maior probabilidade de laceração nestes tecidos de suporte⁽¹³⁾. Já um dado encontrado em outro estudo descreve que, em sua população, quase todas as mulheres tiveram parto vaginal e foram submetidas à episiotomia, supondo que a força do AP encontrada neste grupo foi menor se comparada às cesáreas, provavelmente influenciada por lesão no AP causada pelo trauma da episiotomia, dado este também observado no presente estudo⁽²⁷⁾.

Um estudo realizado em 2018 traz a presença de multiparidade em 62 (57,9%) mulheres apresentando IU associada, e a episiotomia foi um recurso utilizado em 144 (55,4%) da amostra⁽⁵⁾. Levantam também que a paridade é um grande fator de risco para o desenvolvimento de IU no período gestacional e que essa incidência aumenta em mulheres que já pariram anteriormente, sendo este também um fator importante no surgimento da IU após o parto^(6,17).

Estudos trazem que o parto vaginal tem sido relatado como a principal variável associada à presença de IU e estas questões seriam causadas pelo estiramento e

enfraquecimento na região do AP, decorrente do trabalho de parto e da passagem da cabeça fetal pelo canal vaginal^(9,25).

Pesquisas procuram observar a influência do tipo de parto sobre a IU, e que a cesariana seria um possível fator protetivo em relação ao surgimento de IU após o parto. Porém, estas evidências ainda não apresentam força suficiente, principalmente se a cesariana for precedida de trabalho de parto, onde a condição de pressão sobre as estruturas do AP ocorreria da mesma forma; então a situação menos agressiva ao AP se daria através de uma cesariana planejada, evitando portanto o trabalho de parto^(2,27-28). Observou-se na literatura que os sintomas de IU, após 12 meses do parto, foram mais prevalentes no grupo de parto vaginal em relação às cesarianas⁽²⁹⁾.

No presente estudo, a taxa de cesariana foi consideravelmente inferior (n=105, 14,5%) à de partos vaginais, dado semelhante a outros estudos que encontraram o parto vaginal como o mais recorrente entre as avaliadas⁽³⁰⁾.

Portanto, é importante considerar as variáveis de histórico gestacional em conjunto com a presença de cada tipo de IU nesta população, a fim de entender melhor os fatores que as levaram a sofrer com estes sintomas, e como se desenvolveu o impacto no AP, para uma melhor abordagem no tratamento. Observa-se que a condição de IU, além de afetar a saúde física destas mulheres, acaba gerando repercussões negativas dentro do convívio social, de trabalho, religioso, de relações sexuais e saúde psicológica, atingindo diretamente a qualidade de vida, e na maioria das vezes deixam de procurar orientação por desconhecimento ou constrangimento^(3,27).

Como limitações, pode-se citar a não utilização de um instrumento validado completo e sim a adaptação e compilação de questões de referenciais distintos, o que dificulta a replicação e comparação do estudo. Ademais, pode-se considerar que a amostra pode ter sido insuficiente para alcançar associações entre variáveis relacionadas a fatores gestacionais com os tipos de IU. Vale considerar que não foram aplicados testes objetivos ou exames diagnósticos para se certificar a característica da perda urinária, sendo assim sujeita a viéses de memória e compreensão das pacientes.

CONCLUSÃO

A amostra de mulheres com incontinência urinária estudada foi predominantemente idosa, com ensino fundamental e que exerciam as atividades do lar. A maioria apresentou mais de duas gestações e partos vaginais. O subtipo de incontinência mais encontrado foi a IUM.

Não houve associação estatisticamente significativa entre as variáveis relacionadas ao perfil gestacional e os subtipos de incontinência urinária estudados. Mais estudos são necessários para confirmar esses dados e, principalmente, avaliar outros fatores associados ao parto e ao seu impacto no assoalho pélvico, que podem contribuir para o desenvolvimento de incontinência urinária.

Espera-se, com os achados do presente estudo, lançar luz para o histórico gestacional como fator de risco para as incontinências urinárias de forma a estimular o preparo do assoalho pélvico e minimizar desta forma o impacto da incontinência urinária nesta população.

AGRADECIMENTOS

O presente trabalho foi realizado com o apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) – Código de Financiamento 001.

REFERÊNCIAS

1. Linde JM, Nijman RJM, Trzpis M, Broens PMA. Urinary incontinence in the netherlands: prevalence and associated risk factors in adults. *Neurourol Urodyn*. [Internet]. 2016 [acesso em 28 mar 2020]; 36(6). Disponível em: <https://doi.org/10.1002/nau.23121>.
2. Leroy L da S, Lúcio A, Lopes MHB de M. Risk factors for postpartum urinary incontinence. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2016 [acesso em 07 abr 2020]; 50(2). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420160000200004>.
3. Elbiss HM, Osman N, Hammad FT. Social impact and healthcare-seeking behavior among women with urinary incontinence in the United Arab Emirates. *Int J Gynaecol Obstet*. [Internet]. 2013 [acesso em 08 abr 2020]; 122(2). Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2013.03.023>.
4. Al-Badr A, Brasha H, Al-Raddadi R, Noorwali F, Ross S. Prevalence of urinary incontinence among saudi women. *Int J Gynaecol Obstet*. [Internet]. 2012 [acesso em 28 mar 2019]; 117(2). Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2011.12.014>.
5. Dinç A. Prevalence of urinary incontinence during pregnancy and associated risk factors. *LUTS*. [Internet]. 2018 [acesso em 05 abr 2020]; 10(3). Disponível em: <https://doi.org/10.1111/luts.12182>.
6. Lopes DBM, Praça N de S. Self-reported urinary incontinence in the postpartum period: clinical characteristics. *Rev Esc Enferm USP*. [Internet]. 2012 [acesso em 05 abr 2020]; 46(3). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0080-62342012000300005>.
7. Scarpa KP, Herrmann V, Palma PCR, Ricetto CLZ, Morais S. Sintomas do trato urinário inferior três anos após o parto: estudo prospectivo. *Rev Bras Ginecol Obstet*. [Internet]. 2008 [acesso em 29 mar 2019]; 30(7). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0100-72032008000700006>.
8. Assis LC de, Bernardes JM, Barbosa AMP, Santini ACM, Vianna LS, Dias A. Efetividade de um manual de exercícios domiciliares na promoção da continência urinária durante a gestação: um ensaio clínico aleatorizado pragmático. *Rev Bras Ginecol Obstet*. [Internet]. 2015 [acesso em 29 mar 2019]; 37(10). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0100-720320150005361>.
9. Ferederice CP, Amaral E, Ferreira N de O. Sintomas urinários e função muscular do assoalho pélvico após o parto. *Rev Bras Ginecol Obstet*. [Internet]. 2011 [acesso em 06 abr 2020]; 33(4). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0100-72032011000400007>.
10. Aydin A, Kocaöz S, Kara P. Prevalence of lower urinary tract symptoms in pregnant adolescents and the influencing factors. *Pediatr Adolesc Gynecol*. [Internet]. 2019 [acesso em 01 maio 2020]; 33(2). Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jpag.2019.10.007>.
11. Lima MC de, Moccelin GBA, Silva MB da, Nogueira GB. Effect of mode of delivery and parities on the occurrence of urinary incontinence during pregnancy. *Fisioter Mov*. [Internet]. 2015 [acesso em 30 mar 2019]; 28(1). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0103-5150.028.001.AO11>.
12. D'Ancona C, Haylen B, Oelke M, Abranches-Monteiro L, Arnold E, Goldman H, et al. The International Continence Society (ICS) report on the terminology for adult male lower urinary tract and pelvic floor symptoms and dysfunction. *Neurourol Urodyn*. [Internet]. 2019 [acesso em 31 mar 2019]; 38(2). Disponível em: <https://doi.org/10.1002/nau.23897>.
13. Liu B, Wang L, Huang SS, Wu Q, Wu DL. Prevalence and risk factors of urinary incontinence among Chinese women in Shanghai. *Int J Clin Exp Med*. [Internet]. 2014 [acesso em 02 abr 2020]; 7(3). Disponível em: <https://doi.org/10.1002/nau.23897>.

em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3992409/>.

14. Amaral MOP, Coutinho EC, Nelas PAAB, Chaves CMB, Duarte JC. Risk factors associated with urinary incontinence in Portugal and the quality of life of affected women. *Int J Gynaecol Obstet*. [Internet]. 2015 [acesso em 28 mar 2020]; 131(1). Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2015.03.041>.
15. Wyndaele M, Winter BYD, Pelckmans P, Wyndaele JJ. Lower bowel function in urinary incontinent women, urinary continent women and in controls. *Neurourol Urodyn*. [Internet]. 2011 [acesso em 03 abr 2020]; 30(1). Disponível em: <https://doi.org/10.1002/nau.20900>.
16. Carvalho C, Serrão PRM da S, Beleza ACS, Driusso P. Pelvic floor dysfunctions in female cheerleaders: a cross-sectional study. *Int Urogynecol J*. [Internet]. 2019 [acesso em 28 mar 2020]; 31. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s00192-019-04074-w>.
17. Sacomori C, Böer L, Sperandio FF, Cardoso FL. Prevalência e variáveis associadas à incontinência urinária no terceiro trimestre gestacional. *Rev Bras. Saúde Matern. Infant*. [Internet]. 2013 [acesso em 05 abr 2020]; 13(3). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1519-38292013000300003>.
18. Kocaöz S, Talas MS, Atabekoglu CS. Urinary incontinence in pregnant women and their quality of life. *J Clin Nurs*. [Internet]. 2010 [acesso em 31 mar 2020]; 19(23-24). Disponível em: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2010.03421.x>.
19. Solans-Domènech M, Sánchez E, Espuña-Pons M. Urinary and anal incontinence during pregnancy and postpartum: incidence, severity, and risk factors. *Obstet Gynaecol*. [Internet]. 2010 [acesso em 29 mar 2020]; 115(3). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1097/AOG.0b013e3181d04dff>.
20. Cameron AP, Smith AR, Lai HH, Bradley CS, Liu AB, Merion RM, et al. Bowel function, sexual function, and symptoms of pelvic organ prolapse in women with and without urinary incontinence. *Neurourol Urodyn*. [Internet]. 2018 [acesso em 30 mar 2020]; 37(8). Disponível em: <https://doi.org/10.1002/nau.23587>.
21. Manonai J, Wattanayingcharoenchai R, Sarit-apirak S, Vannatim N, Chittacharoen A. Prevalence and risk factors of anorectal dysfunction in women with urinary incontinence. *Arch Gynecol Obstet*. [Internet]. 2010 [acesso em 01 abr 2020]; 281. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s00404-009-1223-9>.
22. Brown SJ, Donath S, MacArthur C, McDonald EA, Krastev AH. Urinary incontinence in nulliparous women before and during pregnancy: prevalence, incidence and associated risk factors. *Int Urogynecol J*. [Internet]. 2010 [acesso em 31 mar 2020]; 21. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s00192-009-1011-x>.
23. Abreu GE de, Dourado ER, Alves D de N, Araujo MQ de, Mendonça NSP, Barroso Junior U. Functional constipation and overactive bladder in women: a population-based study. *Arq Gastroenterol*. [Internet]. 2018 [acesso em 01 abr 2020]; 55(supl1). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/s0004-2803.201800000-46>.
24. Bezerra LRPS, Vasconcelos Neto JA, Vasconcelos CTM, Karbage SAL, Lima AC, Frota IPR, et al. Prevalence of unreported bowel symptoms in women with pelvic floor dysfunction and the impact on their quality of life. *Int Urogynecol J*. [Internet]. 2014 [acesso em 01 abr 2020]; 25. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s00192-013-2317-2>.
25. Mendes E de PB, Oliveira SMJV de, Caroci A de S, Francisco AA, Oliveira SG, Silva RL da. Pelvic floor muscle strength in primiparous women according to the delivery type: cross-sectional study. *Rev Latino-Am Enfermagem*. [Internet]. 2016 [acesso em 06 abr 2020]; 24. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.0926.2758>.
26. Amselem C, Puigdollers A, Azpiroz F, Sala C, Videla S, Fernández-Fraga X, et al. Constipation: a potential cause of pelvic floor damage. *Neurogastroenterol Motil*. [Internet]. 2010 [acesso em 03 abr 2020]; 22(2). Disponível em: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2982.2009.01409.x>.
27. Zizzi PT, Trevisan KF, Leister N, Cruz C da S, Riesco MLG. Women's pelvic floor muscle strength and urinary and anal incontinence after childbirth: a cross-sectional study. *Rev Esc Enferm USP*. [Internet]. 2017

[acesso em 08 abr 2020]; 51. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s1980-220x2016209903214>.

28. Hutton EK, Hannah ME, Willan AR, Ross S, Allen AC, Armson BA, et al. Urinary stress incontinence and other maternal outcomes 2 years after caesarean or vaginal birth for twin pregnancy: a multicentre randomised trial. BJOG. [Internet]. 2018 [acesso em 07 abr 2020]; 125(13). Disponível em: <https://doi.org/10.1111/1471-0528.15407>.

29. Yi-Hao L, Chang SD, Hsieh WC, Chang YL, Chueh HY, Chao AS, et al. Persistent stress urinary incontinence during pregnancy and one year after delivery; its prevalence, risk factors and impact on quality of life in Taiwanese women: an observational cohort study. Taiwan J Obstet Gynaecol. [Internet]. 2018 [acesso em 07 abr 2020]; 57(3). Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.tjog.2018.04.003>.

30. Chen L, Luo D, Yu X, Jin M, Cai W. Predicting stress urinary incontinence during pregnancy: combination of pelvic floor ultrasound parameters and clinical factors. Acta Obstet Gynecol Scand. [Internet]. 2018 [acesso em 08 abr 2020]; 97(8). Disponível em: <https://doi.org/10.1111/aogs.13368>.

COMO REFERENCIAR ESTE ARTIGO:

Thomé BI, Assis GM, Souza GN, Moser AD de L. Histórico gestacional de mulheres com incontinência urinária. Cogit. Enferm. [Internet]. 2021 [acesso em "colocar data de acesso, dia, mês abreviado e ano"]; 26. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v26i0.75803>.

*Artigo extraído da dissertação de mestrado "Constipação Intestinal em Mulheres com Incontinência Urinária". Pontifícia Universidade Católica do Paraná, 2020.

Recebido em: 10/08/2020

Aprovado em: 16/03/2021

Editora associada: Luciana Puchalski Kalinke

Autor Correspondente:

Bruna Isadora Thomé

Pontifícia Universidade Católica do Paraná – Curitiba, PR, Brasil

E-mail: brunathome.fisioterapia@gmail.com

Contribuição dos autores:

Contribuições substanciais para a concepção ou desenho do estudo; ou a aquisição, análise ou interpretação de dados do estudo – GMA, GNS, ADLM

Elaboração e revisão crítica do conteúdo intelectual do estudo – GMA

Aprovação da versão final do estudo a ser publicado – ADLM

Responsável por todos os aspectos do estudo, assegurando as questões de precisão ou integridade de qualquer parte do estudo – BIT

ISSN 2176-9133



Copyright © 2021 Este é um artigo em acesso aberto distribuído nos termos da Licença Creative Commons Atribuição, que permite o uso irrestrito, a distribuição e reprodução em qualquer meio desde que o artigo original seja devidamente citado.