

Artigo original

Prevalência da incontinência urinária em gestantes e puérperas em maternidades públicas

Prevalence of urinary incontinence in pregnant and postpartum women in maternity hospitals

Leticia Martins, Ft., M.Sc.*, Ana Luiza Lima Sousa, D.Sc.***, Claudia Maria Salgado, D.Sc.***

.....
*Fisioterapeuta, UnB, Brasília/DF; **Enfermeira, Professora da Faculdade de Enfermagem Universidade Federal de Goiás – UFG, Goiânia/GO, ***Médica, Professora da Faculdade de Medicina Universidade Federal de Goiás – UFG, Goiânia/GO

Resumo

Objetivos: Conhecer a prevalência de IU entre gestantes e puérperas assistidas em maternidades públicas de Goiânia/GO e avaliar se variáveis sociodemográficas, a paridade, o tipo de parto, a ocorrência de episiotomia e o índice de massa corporal antes da gestação influenciam na ocorrência da IU. **Material e métodos:** Estudo descritivo transversal. Foram entrevistadas 200 puérperas internadas em maternidades públicas de baixo risco, de fevereiro a junho de 2009 e coletados dados sociodemográficos, referentes à paridade e à IU. Foram aplicados três questionários: o primeiro pessoalmente; o segundo (30 dias pós-parto) e o terceiro (60 dias pós-parto) por telefone. Para a análise utilizou-se teste t-student, qui-quadrado ($p < 0,05$) e coeficiente kappa (k). **Resultados:** a prevalência da IU na gestação foi de 47,5%; e com 30 e 60 dias após o parto foi de 6,3% e 5,0%, respectivamente. Na gestação a IU foi mais frequente na faixa etária acima de 35 anos (72,7%) ($p = 0,01$); entre as primigestas (59,2%) ($p = 0,01$) e entre as que realizaram somente um parto cesáreo anterior (56,1%) ($p = 0,001$). Não houve correlação da IU no puerpério com as demais variáveis. **Conclusão:** Os fatores associados significativamente com o aumento da IU foram a idade, quantidade de partos e o número de partos cesáreos anteriores.

Palavras-chave: epidemiologia, incontinência urinária, gestação, período pós-parto.

Introdução

A incontinência urinária (IU) foi definida pela International Continence Society (ICS) como sendo a queixa de qualquer perda involuntária de urina [1,2]. É uma condição comum na população feminina e está associada ao envelhecimento da mulher e ao número de partos, porém observam-se também mulheres jovens, nulíparas, queixando-se de perdas urinárias. Considera-se o parto vaginal o principal fator predisponente

Abstract

Aim: To assess the prevalence of UI among pregnancy and postpartum women receiving care at public hospitals in Goiânia/GO and evaluate socio-demographic variables, parity, type of delivery, incidence of episiotomy and body mass index before pregnancy influences the UI occurrence. **Material and methods:** A cross-sectional study. We interviewed 200 postpartum women admitted to public hospitals for low risk, on 2009 February-June and collected socio-demographic data, relating to parity and UI. Three questionnaires were applied: the first in person, the second (30 days postpartum) and third (60 days postpartum) by telephone. For the analysis we used t-student test, chi-square test ($p < 0.05$) and kappa coefficient (k). **Results:** The prevalence of urinary incontinence during pregnancy was 47.5%, and 30 and 60 days after delivery was 6.3% and 5.0% respectively. During pregnancy the UI was more frequent in the age group above 35 years (72.7%) ($p = 0.01$) among primigravidae (59.2%) ($p = 0.01$) and among those who underwent only a prior cesarean delivery (56.1%) ($p = 0.001$). There was no correlation of urinary incontinence after delivery with the other variables. **Conclusion:** The factors significantly associated with an increase in UI were age, number of births and number of previous cesarean deliveries.

Key-words: epidemiology, urinary incontinence, pregnancy, postpartum period.

de IU no puerpério, por traumatizar o assoalho pélvico (AP) e provocar lesões ou alterações nos sistemas de sustentação. Diversos fatores podem ser responsabilizados também pelo aparecimento de IU, como gravidez, obesidade, a ocorrência ou não de episiotomia, fetos de grande tamanho e histerectomia. No Brasil são poucos os dados sobre esta prevalência na população, particularmente, em gestantes e puérperas [3-8].

A gravidez e o pós-parto são considerados os maiores fatores de risco para o desencadeamento de IU [9]. Estudos

Recebido em 4 de janeiro de 2010; aceito em 23 de julho de 2010.

Endereço para correspondência: Leticia Martins, Rua 6-A, 25/1102-A Residencial Alameda das Rosas 74115-080 Goiânia GO, Tel: (62) 9994-7374, E-mail: leticiamartins06@gmail.com

têm demonstrado que a prevalência da IU varia de 37,5%, durante a gestação, a 51,7% no puerpério [10]. Tal fato muitas vezes manifesta-se pela primeira vez durante a gravidez e em muitos casos isto é de caráter transitório. Neste período os músculos do AP sofrem um prolongado teste de resistência e adaptação, pois são extremamente solicitados pelas mudanças corporais [8]. Outros pesquisadores observaram tendência à diminuição da prevalência após o parto. No entanto, esta prevalência pode aumentar se houver gestações sucessivas, devido aos traumas obstétricos [11-14].

Na literatura a exata natureza dos fatores de risco relacionados ao surgimento de sintomas urinários durante a gestação e após o parto não é totalmente compreendida, pois são poucos os estudos epidemiológicos descritivos sobre a prevalência de IU com base em inquérito populacional [10,15]. Por esse motivo os objetivos do presente estudo foram conhecer a prevalência de IU entre gestantes e puérperas assistidas em maternidades públicas de baixo risco em Goiânia/GO e avaliar se variáveis sociodemográficas, a frequência da paridade, o tipo de parto, a ocorrência de episiotomia e o índice de massa corporal (IMC) antes da gestação influenciam na ocorrência da IU.

Material e métodos

Trata-se de estudo descritivo transversal realizado com puérperas assistidas em maternidades públicas de baixo risco no período de fevereiro a junho de 2009. Este estudo obedeceu toda a regulamentação ética referente a pesquisas envolvendo seres humanos, de acordo com a Resolução CNS 196/96, tendo sido aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Goiás sob registro 135/2008.

Participaram do estudo as puérperas que se apresentavam saudáveis até o terceiro dia de pós-parto, sem patologia de base, independente do tipo de parto, que estivessem internadas e que, tendo consentido na participação, assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE). Foram excluídas todas que apresentavam qualquer patologia associada ou não a gravidez como diabetes mellitus/gestacional; litíase renal; doença pulmonar obstrutiva crônica; infecção do trato urinário; história pregressa de cirurgia pélvica; uso de medicações que interferem na função do trato urinário inferior; puérperas que estivessem após o terceiro dia de puerpério, aquelas que não tinham acesso telefônico e menores de idade (até 19 anos) sem a autorização de pais ou responsáveis.

A amostra de 200 indivíduos foi calculada de acordo com os valores de prevalência de IU na gestação e no puerpério identificados nos estudos internacionais de Morkved *et al.* [16] e de Hvidman *et al.* [17] que encontraram valores de 38,0% de IU durante a gestação e 37,5% no puerpério, respectivamente. Ambos considerando um nível de significância de 5%. Os dados foram coletados através de aplicação de instrumento adaptado de Zanatha [18] e de Albrescht [19] com entrevistas realizadas diretamente com as puérperas.

Os dados foram coletados em três momentos diferentes, sendo que o primeiro foi aplicado pessoalmente, até o terceiro dia de puerpério, o segundo com 30 dias e o terceiro com 60 dias. Os dois últimos questionários foram aplicados através de contato telefônico. Foram coletados dados sociodemográficos e também referentes à paridade da mulher como: quantidade de filhos e de gestações, altura e peso referidos antes e ao final da última gravidez e prática de atividade física antes e durante a gravidez. Foi calculado o índice de Quetelet (IMC) e utilizada a classificação da Organização Mundial de Saúde (OMS) para avaliar o excesso de peso/obesidade antes da gestação. Também foram colhidos dados referentes aos tipos de partos, ocorrência de episiotomias, intervalo entre a penúltima e última gestação, peso do recém-nascido em quilogramas e duração do último trabalho de parto.

A IU foi considerada presente sempre que relatada a perda involuntária de urina em qualquer quantidade ou fase da gestação e/ou puerpério. Coletou-se com que frequência ocorreram as perdas urinárias e quando iniciou; a presença no momento da entrevista e se houve necessidade de uso de absorventes, fraldas, forros ou trocas de roupas íntimas durante o dia; se a situação foi incômoda e se isso implicou em mudanças nas atividades diárias. E também se buscou esclarecimento sobre o sintoma/tratamento com profissionais da área da saúde ou orientação quanto aos exercícios possíveis.

Os dados foram analisados descritivamente. As variáveis quantitativas foram apresentadas em seus valores máximo e mínimo, média e desvio padrão. As variáveis qualitativas foram apresentadas em suas frequências absolutas e relativas e calculadas taxas de prevalência. Utilizou-se o teste qui-quadrado para análise de correlação das variáveis categóricas considerando o nível de significância de 5%, com um Intervalo de Confiança de 95%. A análise de concordância interobservadores foi realizada através do coeficiente kappa (k).

Resultados

Caracterização da amostra

A amostra foi composta por 293 puérperas. Foram excluídas 93 mulheres, sendo que destas, 71 (76,3%) apresentaram, em algum momento da gestação, infecção de urina, 3 (3,2%) tiveram hipertensão arterial gestacional, 5 (5,4%) já tinham mais de três dias de puerpério, 2 (2,2%) não possuíam telefone e 12 (13,0%) se recusaram a participar. Totalizaram-se então 200 puérperas que participaram do estudo.

A idade média das participantes foi de 24,6 anos, variando de 14 a 44 anos (DP: 5,5 anos) sendo que 73,0% (n = 146) eram casadas/união estável, 53,5% (n = 107) possuíam ensino médio completo ou incompleto e 55,5% (n = 111) desempenhavam função doméstica. Segundo os dados obstétricos,

62,0% (n = 124) tinham tido dois ou mais partos. A via do último parto foi vaginal em 58,5% (n = 113) e episiotomia foi realizada em 76,9% (n = 87) desses partos. A maioria 71,5% (n = 143) tinha um ou dois filhos. Considerando-se o período anterior a gestação, não realizavam nenhuma modalidade de exercício 143 mulheres (71,5%) e durante a gestação, o número aumentou para 81,5% (n = 163). Apresentavam sobrepeso ou obesidade antes da gestação 20,5% (n = 41) (Tabela I).

Tabela I - Caracterização da amostra do estudo, Goiânia, GO, 2009.

	Frequência (n)	Porcentagem (%)
Idade		
14-19	32	16,0%
20-24	79	39,5%
25-29	47	23,5%
30-34	31	15,5%
35 ou +	11	5,5%
Total	200	100%
Estado civil		
Solteira	54	27,0%
Casada/União Estável	146	73,0%
Total	200	100%
Escolaridade		
Não-alfabetizada/alfabetizada	6	3,0%
Fundamental Completo/incompleto	77	38,5%
Médio Completo/incompleto	107	53,5%
Superior Completo/incompleto	10	5,0%
Total	200	100%
Ocupação		
Do lar	111	55,5%
Trabalho informal	28	14,0%
Trabalho formal	38	19,0%
Outras atividades	23	11,5%
Total	200	100%
Paridade total		
Primíparas	76	38,0%
Multíparas	124	62,0%
Total	200	100%
Último parto		
Normal	113	58,5%
Cesário	80	41,4%
Total	193	100%
Episiotomia no último parto		
Sim	87	76,9%
Não	26	23,0%
Total	113	100%
Número de filhos		
1-2	143	71,5%
3-4	54	27,0%
Mais de 4	3	1,5%
Total	200	100%

IMC antes da gestação		
Magreza/Normal	159	79,5%
Sobrepeso/Obesidade	41	20,5%
Total	200	100%
Atividade física antes da gestação		
Regular	35	17,5%
Irregular	22	11,0%
Sem atividade	143	71,5%
Total	200	100%
Atividade física durante a gestação		
Regular	20	10,0%
Irregular	17	8,5%
Sem atividade	163	81,5%
Total	200	100%

Valores expressos em média.

Caracterização da perda involuntária de urina durante a gravidez e puerpério

A prevalência de IU durante a gestação foi de 47,5% (n = 95). Todas estas referiram ao menos um episódio de perda involuntária de urina em algum momento da gestação. Dentre elas, 93,6% (n = 89) referiram a ocorrência da IU durante eventos de tosse, riso ou espirro.

A IU se apresentou de forma variável, ocorrendo desde uma única vez durante a gestação até mais de uma vez ao dia. A frequência das perdas variou de uma vez por dia em 15,7% (n = 15) e mais vezes ao dia em 11,5% (n = 11). E dezoito puérperas (18,9%) relataram que perderam urina somente uma única vez durante a gestação.

A maioria das mulheres incontinentes durante a gestação 62,1% (n = 59) relatou incomodar-se com a IU, mas a interferência nas atividades de vida diária foi pouco relevante. Dezenove (20,0%) relataram modificação na rotina das atividades e 15,7% (n = 15) relataram o uso de algum tipo de protetor higiênico visando minimizar o desconforto advindo da IU.

Durante a gravidez 17,8% (n = 13) mulheres que se sentiam incomodadas com a IU referiram que procuraram ajuda de um profissional de saúde. Trinta e três mulheres (34,7%) afirmaram que receberam orientações de profissionais sobre a possível ocorrência de IU durante a gestação e destas 18,5% (n = 6) referiram conhecer os exercícios para o fortalecimento dos músculos do AP.

Durante o puerpério tardio, 30 dias após o parto, foram entrevistadas 143 mulheres. Dentre elas, 6,3% (n = 9) relataram perda de urina. Já com 60 dias de puerpério, foram entrevistadas 121 mulheres, identificando uma prevalência de IU de 5,0% (n = 6). Dentre essas, quatro tiveram os sintomas também com 30 dias de pós-parto.

Dentre as 9 mulheres que apresentaram IU com 30 dias de puerpério, 88,9% (n = 8) também apresentaram esta queixa durante a gestação (Kappa, p = 0,013). E dentre as 6 que apresentaram IU com 60 dias apenas 4 relataram as perdas durante a gravidez (Kappa, p = 0,355).

A principal queixa de perda urinária após o parto foi durante tosse, espirro ou riso relatada por 72,7% das onze puérperas, com frequência de uma ou mais vezes ao dia em 45,4% (n = 5). Somente uma puérpera (9,0%) não modificou suas atividades diárias devido a IU e 72,7% (n = 8) relataram não ter necessidade de usar absorventes, fraldas e/ou trocas íntimas durante o dia.

Fatores relacionados à perda involuntária de urina durante a gestação

A idade média das mulheres com IU durante a gestação foi de $24,2 \pm 5,7$ anos e das sem incontinência de $25,0 \pm 5,4$ anos; $p = 0,320$ (teste t). Verificou-se uma prevalência alta de IU entre as mulheres com 14 a 24 anos (54,9%). Entretanto, este número diminuiu na faixa etária de 25 a 34 anos (33,3%) e aumentou significativamente entre aquelas que tinham acima de 35 anos (72,7%) ($p = 0,001$) (Tabela II).

A prevalência da IU, durante a gestação, foi maior entre as primíparas (59,2%) quando comparadas as múltiparas (40,3%) ($p = 0,018$). Em relação ao tipo de parto, a prevalência da IU na gestação o índice foi maior entre aquelas que tiveram somente um parto cesáreo (56,1%) quando comparadas com as que tiveram dois ou mais partos cesáreos (30,8%) ($p = 0,001$) (Tabela II).

O número de filhos, intervalo gestacional, o parto vaginal, a ocorrência ou não de episiotomia, a prática de atividade física antes e durante a gestação, a presença de sobrepeso/obesidade antes da gestação e o ganho de peso durante na gravidez não apresentaram correlação significativa com a prevalência de IU na gestação ($p > 0,05$) (Tabela II).

Fatores relacionados à perda involuntária de urina durante o puerpério

Não foi identificada correlação da prevalência da IU no puerpério com as demais variáveis e considerando ainda o peso do recém-nascido e o tempo de trabalho de parto na última gestação analisando nos dois momentos, com 30 e 60 dias ($p > 0,05$).

Discussão

O presente estudo mostrou que a IU é um problema frequente. Os resultados revelaram uma prevalência de IU na gestação de 47,5% que diminuiu com 30 e 60 dias de puerpério. Estes dados são semelhantes ao já relatado em outros estudos que também encontraram uma alta taxa de IU durante a gravidez e que diminuiu após o parto [11,15,20,21].

Estudos recentes apresentaram resultados onde mulheres mantiveram ou aumentaram as queixas de IU no pós-parto quando comparado com o período gestacional. Estes resultados podem estar relacionados com o tamanho da amostra, faixa etária maior que a obtida no presente estudo e pela maior frequência de parto vaginal entre as entrevistadas [22,23].

Houve várias dificuldades para a localização das mulheres no puerpério tardio e com 60 dias pós-parto, reduzindo em muito o tamanho da amostra para a análise nestes momentos. Esta é uma limitação do estudo que foi considerada ao discutir tais resultados.

A IU atinge mulheres de todas as idades, mas tende a aumentar com o envelhecimento. O aumento da prevalência de IU nas faixas etárias maiores é também relato de outros estudos

Tabela II - Fatores relacionados à perda involuntária de urina durante a gestação, Goiânia, GO, 2009.

Variável	Categorias	Incontinente	Não-incontinente	χ^2	p
Paridade total	Primíparas	45 – 59,2%	31 – 40,8%	6,741	0,018*
	Múltiparas	50 – 40,3%	74 – 59,7%		
Paridade Cesárea Sem o último parto	1 parto	32 – 56,1%	25 – 43,9%	6,004	0,001*
	2 ou +	12 – 30,8%	27 – 69,2%		
Idade da Mãe	14-19	17 – 53,1%	15 – 46,9%	17,725	0,001*
	20-24	44 – 55,7%	35 – 44,3%		
	25-29	21 – 44,7%	26 – 55,3%		
	30-34	5 – 16,1%	26 – 83,9%		
	35 ou +	8 – 72,7%	3 – 27,3%		
Atividade Física antes da gestação	S/ atividade	72 – 50,3%	71 – 49,7%	1,634	0,201
	C/ atividade	23 – 40,4%	34 – 59,6%		
Atividade física durante a gestação	S/ atividade	81 – 49,7%	82 – 50,3%	1,700	0,192
	C/ atividade	14 – 37,8%	23 – 62,2%		
Episiotomia	Não Episio	36 – 45,6%	43 – 54,4%	0,195	0,659
	Episio	59 – 48,8%	62 – 51,2%		
IMC antes da gestação	Magreza/ Normal	77 – 48,4%	82 – 51,6%	0,268	0,605
	Sobrepeso/Obesa	18 – 43,9%	23 – 56,1%		
Intervalo entre gestação	1 a 3 anos	28 – 45,2%	34 – 55,7%	0,837	0,360
	3 ou + anos	22 – 35,5%	40 – 64,5%		

$\chi^2 =$ Teste Qui-quadrado

[20,24-27]. No presente estudo houve aumento significativo da prevalência da IU com o avançar da idade. Este fato pode estar relacionado à debilidade do AP e das estruturas vesicais, pois com o envelhecimento ocorre uma diminuição de fibras colágenas, substituição de tecido muscular por tecido adiposo e diminuição nos níveis hormonais [9,13].

As lesões do AP ocorrem durante o segundo estágio do trabalho de parto (período expulsivo), momento em que as contrações uterinas são mais fortes e que acontece a dilatação do colo uterino, levando a uma projeção da cabeça do bebê repetidamente sobre o AP. Este estágio está presente tanto nos partos vaginais quanto nos partos cesáreos, pois é comum que a cesárea seja iniciada durante o período expulsivo. E é justamente esta dilatação do período expulsivo que pode provocar as lesões no AP. O estiramento acentuado dos elementos de sustentação do AP durante o período expulsivo aumenta a probabilidade de danos a estas estruturas. E o pós-parto pode deixar os músculos do AP frouxos afetando adversamente a ação e força do músculo elevador do ânus e da uretra, levando à IU [16,28,29].

A maioria das mulheres com perda urinária durante a gestação, neste estudo, era primigesta. Este achado é contraditório ao que está descrito na literatura, vários estudos relatam prevalência maior de IU em mulheres múltiparas [9,22,30]. Pode-se afirmar que o maior causador de lesão do AP é o parto uma vez que, quanto maior for a paridade maior é o aparecimento de lesões do pavimento pélvico ou tecido adjacente aumentando o risco de desenvolver IU [9,16]. Em contrapartida, o estudo de Lopes [8], ao estudar mulheres no pós-parto, observou maior prevalência de IU entre as que tiveram somente um parto.

Pôde-se observar no presente estudo que o parto cesáreo teve uma associação significativa com a prevalência de IU, quando analisado em referência aos partos anteriores entre as múltiparas ($n = 124$). É discutido por outros autores que a maior prevalência de IU é encontrada entre aquelas que realizaram o parto vaginal quando comparado com o parto cesáreo. Este resultado deve ser analisado considerando que existe uma maior prevalência de IU entre múltiparas e que o tipo de parto foi um fator secundário. O parto cesáreo tem sido associado com a redução do risco para IU, apesar de que o seu efeito protetor em relação ao surgimento de perda involuntária de urina é incerto, principalmente a longo prazo [3,5]. Os tipos de parto são fatores relevantes para a IU, sendo que o parto vaginal é considerado o principal fator predisponente, por traumatizar o AP e provocar lesões ou alterações nos sistemas de sustentação [22,31].

O mecanismo exato pelo qual a gravidez e o parto vaginal têm um impacto na IU, e em qual situação o parto cesáreo pode preveni-la ainda é controverso. Na literatura a exata natureza dos fatores de risco relacionados ao surgimento de sintomas urinários durante a gestação não é totalmente compreendida, pois o aumento do risco de IU após o parto pode ser devido ao próprio parto ou a outros fatores não relacionados ao parto [15].

Observou-se no presente estudo que a maior causa de perda de urina está relacionada a algum tipo de esforço. Esta é a forma mais comum de IU descrita. O sintoma de perda de urina mais relatado na população feminina é o de esforço e as perdas apresentam-se de forma variada [19,32,33].

Quanto ao uso de protetor íntimo ou forro para minimizar o desconforto causado pela perda urinária durante a gestação e puerpério, no presente estudo, foi observado seu baixo uso até mesmo entre aquelas que relataram ter mudado suas atividades devido às essas perdas. O uso de absorvente para resolver o problema da IU parece não ser um hábito. Outro estudo registrou esse uso somente em 22% a 29% das mulheres [31,34]. Esse comportamento, observado nas participantes pode refletir uma estratégia de como elas enfrentam o problema das perdas urinárias indicando a necessidade de se usar ou não os protetores íntimos ou de mudar as suas atividades diárias. A análise do desconforto social no estudo de Scarpa *et al.* [33] mostrou que somente 35,6% das mulheres com sintomas exclusivamente irritativos sentiam desconforto social, elevando-se este índice para 91,4% em mulheres que concomitantemente perdiam urina ao esforço. Neste estudo, também foi observado que 76,8% das mulheres que apresentaram perda urinária referiram sensação de incômodo, porém somente 29,2% mudaram suas atividades diárias. Outro estudo encontrou uma prevalência ainda menor, somente 3-4% das mulheres relataram que a IU interferiu nas atividades de vida diária [35].

Foi observada baixa procura pelo serviço de saúde na presença do sintoma de perda involuntária de urina. Este parece ser um sintoma que é tomado como dentro de padrões normais e as mulheres aceitam dentro de todas as alterações que seu organismo está passando durante a gestação. A maioria das mulheres nem chega a se queixar com os médicos se não forem objetivamente questionadas. Há uma desvalorização do sintoma, ou seja, o incômodo da perda urinária não era suficiente para justificar uma consulta médica ou para ter prioridade sobre outras atividades que ocupavam seu tempo [8,10,11,19,36].

A investigação da manifestação da IU durante a gestação é um fator crucial para se prevenir a perda de urina no puerpério, pois história de IU durante a gestação correlaciona significativamente com um aumento do risco de desenvolver esses sintomas no puerpério [17,20,22], apesar de que neste estudo devido ao baixo número de incontinentes no puerpério não foi possível avaliar essa correlação.

Conclusão

A IU afeta um grande número de mulheres durante a gravidez. Os fatores associados significativamente com o aumento da prevalência das perdas urinárias foram o aumento da idade e o tipo de parto e número de gestações. A prevalência da IU durante a gestação entre primigestas foi maior do que entre as múltiparas e não houve correlação da prevalência de IU com o tipo do último parto e com a realização de episiotomia.

Encontrou-se uma baixa prevalência de IU no puerpério quando comparado com o período gestacional. Esta foi considerada uma limitação do estudo em razão do número de puérperas localizadas.

Referências

1. Abrams PH, Cardozo L, Fall M, Griffiths D, Rosier P, Ulmsten U, et al. The standardization of terminology of lower urinary tract function: report from the Standardization Sub-committee of the International Continence Society. *Urology* 2003;61:37-49.
2. Sousa CM. Eficácia dos exercícios cinesioterapêuticos no tratamento da incontinência urinária de esforço [TCC]. Cascavel: Universidade Estadual do Oeste do Paraná; 2004.
3. Fritel X, Ringa V, Varnoux N, Fauconnier A, Piauxt S, Bréart G. Mode of delivery and severe stress incontinence: a cross-sectional study among 2,625 perimenopausal women. *BJOG* 2005;112:1646-51.
4. Oliveira C, Lopes MAB. Efeitos da cinesioterapia no assoalho pélvico durante o ciclo gravídico-puerperal [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; 2006.
5. Casey BM, Schaffer JI, Bloom SL, Heartwell SF, McIntire DD, Leveno KJ. Obstetric antecedents for postpartum pelvic floor dysfunction. *Am J Obstet Gynecol* 2005;192:1655-62.
6. Van Brummen HJ, Bruinse HW, Van de Pol G, Heintz AP, Van de Vaart CH. The effect of vaginal and cesarean delivery on lower urinary tract symptoms: what makes the difference? *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 2007;18(2):133-9.
7. Castro RCOS. Perfil epidemiológico e qualidade de vida das mulheres com incontinência urinária SUS-dependentes, na região de Jaú [Dissertação]. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas; 2005.
8. Lopes DBM. Prevalência e fatores associados de incontinência urinária autorreferida no pós-parto [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2010.
9. Marinho AL, Leal BB, Flister JS, Bernardes NO, Rett MT. Incontinência urinária feminina e fatores de risco. *Rev Bras Fisioter* 2006;7(4):301-6.
10. Guarisi T, Pinto Neto AM, Osis MJ, Pedro AO, Paiva LHC, Faúndes A. A incontinência urinária entre mulheres climatéricas brasileiras: inquérito domiciliar. *Rev Saúde Pública* 2000;35:428-35.
11. Rogers RG. Urinary stress incontinence in women. *N Engl J Med* 2008;358(6):1029-36.
12. Van Brummen HJ, Bruinse HW, Van der Bom JG, Heintz APM, Van der Vaart CH. How do the prevalences of urogenital symptoms change during pregnancy? *Neurourol Urodyn* 2006;25(2):135-9.
13. Polden M, Mantle J. Fisioterapia em ginecologia e obstetria. 2a ed. São Paulo: Santos; 2005.
14. Thomason AD, Miller JM, DeLancey JOL. Urinary incontinence symptoms during and after pregnancy in continent and incontinent primiparas. *Int Urogynecol J* 2006;18(2):147-51.
15. Norton P, Brubaker L. Urinary incontinence in women. *Lancet* 2006;367:57-67.
16. Morkved S, Bo K. Effect of postpartum pelvic floor muscle training in prevention and treatment of urinary incontinence: a one-year follow-up. *J Obstet Gynaecol* 2000;107(07):1022-8.
17. Hvidman L, Foldspang A, Mommsen S, Nielsen JB. Postpartum urinary incontinence. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2003;82:556-63.
18. Zanatta GML. Incontinência Urinária de Esforço Feminina: Uma abordagem fisioterapêutica [TCC]. Cascavel: Universidade Estadual do Oeste do Paraná; 2003.
19. Albrescht MJ. Estudo exploratório sobre a ocorrência de perda involuntária de urina entre puérperas de uma maternidade filantrópica de um município paulista [dissertação]. Riberão Preto: Universidade de São Paulo; 2006.
20. Spellacy CE. Urinary incontinence in pregnancy and the puerperium. *J Obst Gynecol Neonatal Nurs* 2008;30(6):634-41.
21. Lewicky-Gaupp D, Cao C, Culberston S. Urinary and anal incontinence in African American teenaged gravidas during pregnancy and the puerperium. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2008;21:21-26.
22. Foldspang A, Hvidman L, Mommsen S, Nielsen JB. Risk of postpartum urinary incontinence associated with pregnancy and mode of delivery. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2004;83:923-7.
23. Raza-Khan F, Graziano S, Kenton K, Shott S, Brubaker L. Peripartum urinary incontinence in a racially diverse obstetrical population. *Int Urogynecol J Pelvic Dysfunct* 2006;17(5):525-30.
24. Holroyd-Leduc JM, Straus SE. Management of urinary incontinence in women. *Jama* 2004;291(8):986-5.
25. Danforth KN, Townsend MK, Lifford K, Curhan GC, Resnick NM, Grodstein F. Risk factors for urinary incontinence among middle-age women. *Am J Obstet Gynecol* 2006;194(2):339-45.
26. Higa R, Lopes MHB, Reis MJ. Fatores de risco para incontinência urinária na mulher. *Rev Esc Enferm USP* 2008;42(1):187-92.
27. Higa R, Lopes MHB. Fatores associados com a incontinência urinária nas mulheres. *Rev Bras Enfermagem* 2005;58(4):422-8.
28. Hatem M, Paquier JC, Fraser W, Lepire E. Factors associated with postpartum urinary/anal incontinence in primiparous women in Quebec. *J Obstet Gynaecol Can* 2007;29(3):232-9.
29. Hermann V, Palma PR. Incontinência urinária. In: Netto NJ, Wroclawski ER. *Urologia: fundamentos para o clínico*. São Paulo: Sarvier; 2001. p.247-50.
30. Daneshgari F, Imrey PB, Risendalt B, Dwyert A, Barbet MD, Byerst T. Differences in urinary incontinence between Hispanic and non-Hispanic white women: a population-based study. *BJU Int* 2008;101:575-79.
31. Fritel X, Fauconnier A, Levet C, Bénifla JL. Stress incontinence 4 years after the first delivery: a retrospective cohort survey. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2004;83:941-5.
32. Herschorn S, Gajewski J, Schulzt J, Corços J. A population-based study of urinary symptoms and incontinence: the Canadian Urinary Bladder Survey. *BJU Int* 2007;101:52-8.
33. 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* 2008;30(7):355-9.
34. Figueiredo EM, Lara JO, Cruz MC, Quintão DMG, Monteiro MVC. Perfil sociodemográfico e clínico de usuárias de Serviço de Fisioterapia Uroginecológica da rede pública. *Rev Bras Fisioter* 2008;12(2):136-42.
35. Farrell SA, Allen VM, Baskett TF. Parturition and urinary incontinence in primiparas. *Obstet Gynecol* 2001;97(3):350-6.
36. Tomoe H, Sekiguchi Y, Horiguchi M, Toma H. Questionnaire survey on female urinary frequency and incontinence. *Int J Urol* 2005;12:621-30.