

Prevalência e fatores associados à ocorrência de incontinência urinária na gestação

Ana Carolina Monteiro Santini ¹

 <https://orcid.org/0000-0002-1168-7165>

Elisiane Souza Santos ²

 <https://orcid.org/0000-0002-0373-9009>

Luana Schneider Vianna ³

 <https://orcid.org/0000-0001-6196-9884>

João Marcos Bernardes ⁴

 <https://orcid.org/0000-0003-4494-9421>

Adriano Dias ⁵

 <https://orcid.org/0000-0001-6895-372X>

¹ Faculdade Marechal Rondon. UNINOVE. Botucatu, SP, Brasil.

^{2,4,5} Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Faculdade de Medicina de Botucatu. Universidade Estadual Paulista Julio de Mesquita Filho. Av. Prof. Mário Rubens Guimarães Montenegro. s/n. Campus de Botucatu. Botucatu, SP, Brasil. CEP: 18.618-970. E-mail: dias.adriano@unesp.br

³ Centro Universitário Max Planck. Indaiatuba, SP, Brasil.

Resumo

Objetivos: estimar a prevalência de incontinência urinária (IU) na gestação, identificar e quantificar fatores associados à IU gestacional.

Métodos: estudo transversal realizado com mulheres admitidas para o parto nas maternidades da cidade de Botucatu (São Paulo). Foi utilizado um questionário estruturado, baseado na literatura, contendo perguntas sobre a ocorrência de IU, seus tipos, fatores de riscos e momentos que ocorreram as perdas urinárias. Associações entre a ocorrência de IU e as variáveis predictoras foram analisadas por meio de modelos de regressão logística.

Resultados: 950 mulheres foram entrevistadas, dessas 472 queixaram-se de perdas urinárias no período gestacional, resultando em uma prevalência de 49,68% (IC95%= 46,51 – 52,86), sendo a maioria (61,8%) classificada como IU mista. Entre as covariáveis investigadas, tabagismo (OR= 4,56), consumo drogas ilícitas (OR= 25,14), alimentos estimulantes (OR=1,84), constipação intestinal (OR= 1,99), distúrbios hipertensivos na gestação (OR=3,23), diabetes mellitus gestacional (OR= 2,89), paridade (OR=1,52) e parto cesárea (OR= 2,56) aumentaram a chance de perdas urinárias na gestação.

Conclusões: houve uma alta prevalência de IU no período gestacional. Esta condição esteve fortemente associada à fatores como hábitos de vida e morbidades gestacionais. Por fim, merece destaque o achado que o parto via cesárea aumentou a chance de IU em gestação subsequente.

Palavras-chave *Gestação, Incontinência urinária, Epidemiologia, Fatores de risco*



Introdução

A incontinência urinária (IU) é definida como qualquer perda involuntária de urina.¹ Através dos sintomas, as IU podem ser classificadas como: de esforço (IUE) ocorre durante esforço, exercício, tosse ou espirro, de urgência (IUU) quando associada à vontade repentina de urinar e mista (IUM).²

A prevalência da IU na gestação pode alcançar até 75%, mas a estimativa varia em função do período investigado, do delineamento do estudo e, mesmo, da cultura de uma população. A IU pode perdurar no período pós-parto, quando varia de 6% ou mais de 30%.^{3,4} É preciso destacar que no período gestacional o tipo mais frequente é a IUE.⁵

A determinação da IU é multifatorial e as associações mais comumente destacadas ocorrem com a idade materna (quando acima de 35 anos), cor da pele, multiparidade, índice de massa corpórea pré-gestacional elevado, constipação intestinal, consumo de alimentos estimulantes, álcool e drogas ilícitas, comorbidades (como *diabetes mellitus* e hipertensão), além das adaptações evolutivas gestacionais (como as alterações hormonais e ganho de peso) e o aumento da pressão sobre o assoalho pélvico (pelo aumento do volume uterino).^{4,6-8}

No entanto, para além da questão disfuncional, a IU gestacional produz um elevado prejuízo ao bem-estar psicológico e social, pelo alto potencial de produzir constrangimentos, justamente durante este processo tão especial na vida das mulheres.^{1,3,6,9}

Em vista da escassez de evidências epidemiológicas sobre medidas preventivas e de seguimento dos sintomas da IU na gestação, o objetivo do presente trabalho foi estimar a sua prevalência e a quantificação dos principais fatores que predisõem as mulheres a desenvolvê-la neste período.

Métodos

Foi realizado um estudo transversal denominado *PULP Study (Prevalence of Urinary Loss in Pregnancy)*, no município de Botucatu, Estado de São Paulo no período de abril de 2012 a abril de 2014.

Assumindo um universo provável de três mil partos nos dois anos do estudo e uma proporção de IU de 50%, além de erros do tipo I e II de 5 e 10%, respectivamente, e efeito do desenho de 2, o tamanho amostral mínimo foi estimado em 935 gestantes.

A coleta de informações foi realizada com mulheres admitidas para o parto nos dois hospitais com maternidades em funcionamento em Botucatu

(Hospital Misericórdia Botucatuense e Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina).

Todas gestantes admitidas nestas maternidades para a realização do parto e que consentiram com a aplicação do protocolo, independentemente da idade gestacional, foram entrevistadas durante o período entre a internação e a alta, no momento em que se sentiam mais confortáveis para responder. As perguntas, referentes ao período gestacional recém terminado, foram conduzidas por duas entrevistadoras bolsistas previamente treinadas, visando o controle de qualidade na captação e registro das informações.

Mulheres menores de 18 anos sem autorização de pais ou responsáveis, que apresentavam alterações cognitivas que prejudicavam a compreensão das questões e aquelas que tinham histórico de IU prévia à gestação foram excluídas do estudo.

O instrumento de coleta foi um inquérito estruturado, cuja opção de aplicação foi pela leitura e preenchimento conjunto, considerando que as mulheres dos serviços atendidos tinham, na sua maioria, baixo nível de escolaridade. Foram estudados fatores sociodemográficos, informações clínico-antropométricas, histórico obstétrico e histórico clínico-cirúrgico.

Cabe destacar que dentre os fatores associados à IU estudados foram coletados somente aqueles com possibilidade real de investigação e/ou com condições técnicas de mensuração e que apresentavam plausibilidade biológica que suportasse a associação.

As mulheres foram classificadas como incontinentes de acordo com a definição da ICS.¹ Suas perdas foram classificadas da seguinte forma, incontinência urinária de esforço (IUE: perda involuntária de urina após esforços, espirros ou tosse), incontinência urinária de urgência (IUU: perda involuntária de urina acompanhada ou precedida de urgência) ou incontinência urinária mista (IUM: perda involuntária associada à urgência e ao esforço, espirros ou tosse).^{1,2}

As perguntas sobre quantificação da frequência de IUE e IUU para o período da gestação foram padronizadas e validadas conforme Rohr *et al.*,¹⁰ sendo, respectivamente: “Você involuntariamente se molhou durante prática de atividade com esforço, quando tossiu, espirrou, riu ou levantou peso?” e/ou “Você apresentou uma forte urgência de urinar em que não dava tempo de chegar ao banheiro?”. Ambas as questões apresentavam as mesmas cinco possíveis respostas alternativas: nunca apresentou perda urinária; apresentou perda urinária uma vez na vida; apresentou perda urinária mais de uma vez e menos

que semanalmente; apresenta perda urinária uma ou mais vezes na semana; e apresenta perda urinária diariamente.

As situações de referência para a ocorrência das perdas urinárias foram baseadas na literatura^{8,11}: se perdia urina enquanto tossia, espirrava, dormia, durante relações sexuais, quando fazia pequenos esforços, quando não conseguia chegar ao banheiro, quando ouvia barulho ou tinha contato com água, se acontecia sem que percebesse. Além disso, a quantidade de perda de urina foi investigada e classificada de acordo com a percepção da gestante, sendo, perda em pequena, razoável ou grande quantidade.

A prevalência de IU e seu respectivo intervalo de confiança foram estimados pelo método de pontuação de Wilson.¹² A análise exploratória dos dados foi apresentada em medidas de frequências simples e acumuladas (quando pertinentes) para as variáveis categóricas e respectivas comparações pelo teste qui quadrado, além de médias e desvios-padrão para as variáveis contínuas e comparações pelo teste *t*-Student, visto terem apresentado distribuição normal. As análises foram desenvolvidas utilizando-se os pacotes estatísticos IBM/SPSS® *Statistics* v.25.0 e *OpenEpi* v.3.01.

Inicialmente, para as estimações dos fatores associados à IU, foram ajustados modelos univariados de regressão logística, com variável resposta dicotômica à ocorrência de IU (continentes=0, incontinentes=1) e como variáveis preditoras cada uma daquelas que foram julgadas biologicamente plausíveis investigadas nos instrumentos, sendo as variáveis contínuas: idade (em anos), peso pré-gestacional (kg), peso ao final da gestação (kg), ganho de peso na gestação atuam (kg), índice de massa corporal (IMC) pré-gestacional, IMC gestacional; e as variáveis categóricas: cor/raça (branca, não branca), situação conjugal (com e sem companheiro), renda salarial (até 1 salário mínimo, de 1-2 salários mínimos, de 2-3 salários mínimos ou 3 e mais salários mínimos), vias de parto (parto vaginal, parto cesárea de emergência, cesariana eletiva), e as demais variáveis categóricas dicotômicas (não/sim), trabalho fora de casa, tabagismo, consumo de drogas ilícitas, consumo de álcool, consumo de alimentos estimulantes, presença de constipação, prática de exercício físico regularmente, doenças prévias e/ou associadas como, hipertensão arterial (HA) anterior, distúrbios hipertensivos na gestação (DHG), *diabetes mellitus* tipo 1 (DM1), *diabetes mellitus* tipo 2 (DM2), *diabetes mellitus* gestacional (DMG) anterior, DMG nesta gestação, infecções do trato urinário, aborto e cirurgias abdominais.

Posteriormente, foi ajustado modelo de regressão

logística múltipla, em que a variável resposta categórica dicotômica foi a ocorrência de IU (continentes=0, incontinentes=1) e as variáveis preditoras foram aquelas que nos modelos univariados produziram estimativas de *odds ratio* (OR) com valores $p \leq 0,25$. No modelo final valores $p < 0,05$ bicaudais foram considerados significativos.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Botucatu (protocolo 3714-2010).

Resultados

Durante o período da investigação foram admitidas 1.032 mulheres para realização de parto nas duas maternidades. Dessas, 82 (7,9%) tiveram o período de internação ou alta hospitalar nos fins de semana (período em que os pesquisadores não estavam presentes) ou se recusaram a responder. Sendo assim, 950 mulheres foram entrevistadas, com 472 apresentando queixas de perda urinária (incontinentes), resultando em uma prevalência de IU de 49,68% (IC95%=46,51-52,86). A estimativa da prevalência não se distinguiu estatisticamente da proporção assumida ao estimar a amostra mínima para execução do estudo ($p=0,186$).

A Tabela 1 mostra as informações antropométricas e sociodemográficas estratificadas entre mulheres continentas e incontinentes, grupos que se diferenciaram estatisticamente pela cor da pele e renda. Ainda que ambos os grupos tenham sido compostos majoritariamente por mulheres que se declararam brancas (acima de 70%), a proporção foi maior no grupo de incontinentes, enquanto que relativamente à renda familiar, a maior parte das famílias é de baixa renda, e cerca de 90% recebe menos que 2 salários mínimos (SM). A concentração de famílias que recebem até 1 SM foi maior no grupo de continentas.

Quanto à classificação do tipo de IU, entre as gestantes incontinentes, o tipo mais frequente foi a IUM (61,8%), seguidos pela IUE (31,8%) e IUU (6,4%). Apesar da prevalência de IU nesta população ser bastante alta, quando foram questionadas sobre a perda urinária percebida, a maior parte das mulheres referiu que a quantidade de urina que perdia era “razoável” (48,1%) (Tabela 2). A Tabela 2 mostra, ainda, que o terceiro trimestre de gestação teve a maior incidência de perdas urinárias (70%) e que mais de 43% das mulheres apresentaram episódios de perdas urinárias várias vezes por semana. Também foram avaliadas as situações mais comuns para a perda urinária entre as mulheres classificadas como incontinentes, sendo que a tosse (74%), o

Tabela 1

Variáveis descritivas (antropométricas e sociodemográficas) pelos grupos de mulheres estratificados pelas perdas urinárias (n=950).

	Continentes (n=478)		Incontinentes (n=472)		p*
	$\bar{X} \pm DP$		$\bar{X} \pm DP$		
Idade (anos)	25,14 ± 5,83		26,95 ± 5,81		0,433
IMC pré-gestacional (kg/m ²)	26,33 ± 5,92		26,69 ± 6,41		0,565
IMC gestacional (kg/m ²)	29,48 ± 6,11		29,77 ± 6,01		0,413
Peso pré-gestacional (kg)	64,86 ± 13,14		65,84 ± 14,16		0,621
Peso final da gestação (kg)	76,34 ± 14,07		77,95 ± 15,56		0,488
Ganho de peso gestação atual (kg)	11,69 ± 6,45		11,37 ± 6,24		0,149
	N	%	N	%	p**
Cor da pele					0,012
Branca	342	71,5	371	78,6	
Não branca	136	28,5	101	21,4	
Situação conjugal					0,601
Companheiro	402	84,1	391	82,8	
Sem companheiro	76	15,9	81	17,2	
Trabalho fora de casa					0,043
Não	314	65,7	280	59,3	
Sim	164	34,3	192	40,7	
Renda familiar (salário mínimo)					<0,001
Até 1	167	34,9	79	16,6	
1 - 2	259	54,2	350	74,2	
2 - 3	41	8,6	38	8,1	
3 ou mais	11	2,3	5	1,1	

*Teste t-Student; **quadrado; IMC= índice de massa corporal.

espirro (71%) e o riso (61%) foram as situações em que mais mulheres referiram sua ocorrência. Merece destaque o achado de que mais de 40% delas perderam urina sem perceber.

A Tabela 3 apresenta as estimativas de OR e respectivos intervalos de confiança obtidos nos ajustes dos modelos de regressão logística simples, sendo que as seguintes variáveis foram estatisticamente significativas, de maneira independente: idade, cor da pele, tabagismo, consumo de álcool e drogas ilícitas, presença de constipação intestinal e morbidades gestacionais (DHG e DMG), assim como a paridade, vias de parto e peso do recém-nascido (RN) na gestação atual.

Ao ajustar o modelo de regressão logística múltipla pela técnica *insert stepwise*, com as variáveis que apresentaram valores de $p \leq 0,25$ nos modelos simples, observou-se que ter pele não branca permaneceu estatisticamente significativa no ajuste, como fator que reduz a chance de ocorrência de IU em 35%, aproximadamente, enquanto que

tabagismo, consumo drogas ilícitas e de alimentos estimulantes, presença de constipação intestinal, DHG e DMG, assim como a paridade e parto cesárea aumentam a chance de ocorrência de IU na gestação. Merece especial destaque a força de associação de algumas dessas variáveis com a ocorrência de IU, como o consumo de drogas ilícitas, que aumenta a chance de IU em mais de 25 vezes (OR = 25,1), o tabagismo que a quadruplica (OR = 4,5) e morbidades gestacionais como a DHG e o DMG, que incrementam a chance em 3,3 e 2,9 vezes, respectivamente. Além disso, ter realizado ao menos um parto por via cesárea mais que dobra a chance de IU em gestação subsequente (OR = 2,56).

Discussão

Destacam-se como limitações desse estudo o delineamento transversal, limitado como ferramenta para o entendimento dos determinantes da ocorrência de IU, além do uso de dados retrospectivos,

Tabela 2

Características das perdas urinárias entre as mulheres apresentavam sinais e sintomas (n=472).

	n	%	% acum
Tipo de incontinência urinária			
Urgência	30	6,4	6,4
Esforço	150	31,8	38,2
Mista	292	61,8	100
Trimestre gestacional de início das perdas			
1º trimestre	60	12,7	12,7
2º trimestre	82	17,4	30,1
3º trimestre	330	69,9	100,0
Quantidade de perda			
Pequena	175	37,1	37,1
Razoável	227	48,1	85,2
Bastante	70	14,8	100,0
Frequência de perda			
Diariamente	76	16,1	16,1
1vez por semana	191	40,5	56,6
Várias vezes na semana	205	43,4	100,0
Situação de perda*			
Riso	288	61,0	-
Tosse	350	74,2	-
Espirro	336	71,2	-
Carregar peso	75	15,9	-
Salto	7	1,5	-
Pequenos esforços	60	12,7	-
Coito	81	17,2	-
Dormindo	137	29,0	-
Enquanto tem vontade de urinar	248	52,5	-
Indo ao banheiro	178	37,7	-
Ao ouvir som de água	19	4,0	-
Contato da mão com a água	17	3,6	-
Contato do pé com a água	1	0,2	-
Sem perceber	194	41,1	-

*cada mulher incontinente pode apresentar histórico de múltiplas situações de perda.

que normalmente trazem falhas na quantidade e qualidade de informações, ainda que tenham sido exaustivamente auditados. Entretanto, utilizar uma amostra grande se comparada às de outros estudos¹³⁻¹⁵ auxiliou a produção de resultados fidedignos, o principal ponto positivo do estudo.

A prevalência de IU durante a gestação encontrada no presente estudo foi de 49,68%, proporção coincidente com a literatura.^{3,7,16} No entanto, é importante ressaltar que a casuística do estudo, para além da sua magnitude, que já chama a atenção quando comparada à literatura,^{8,17,18} foi composta sequencialmente por todas as gestantes admitidas no período e, salvo os poucos critérios de não-inclusão e perdas eventuais aos fins de semana, aproxima-se

muito da base populacional das parturientes do município. Dessa maneira, não há nenhum indício de que esse achado não possa ser extrapolado a outros municípios de mesmo porte que sejam referência regional em serviços obstétricos.

Outro achado importante que corrobora a literatura é que a IU afeta de maneira negativa e gera impactos na qualidade de vida das gestantes.^{6,13,18} O tipo de IU mais relatado foi a mista (61,8%), ou seja, aquelas que ocorrem tanto pelo esforço quanto pela urgência, e que 40% dessas mulheres perdem urina sem perceber, deixando-as susceptíveis em diversas ocasiões, além da imprevisibilidade. Em termos de quantidades, quase metade (48,1%) das gestantes incontinentes consideram a perda urinária como

Tabela 3

Estimativas de OR e respectivos intervalos de confiança obtidos no ajuste da regressão logística univariada entre diversas covariáveis e ocorrência de incontinência urinária.

	OR	IC95%	p
Idade (anos)	1,055	1,031 - 1,079	<0,001
IMC pré-gestacional (kg/m ²)	1,011	0,989 - 1,031	0,364
IMC gestacional(kg/m ²)	1,008	0,987 - 1,029	0,463
Peso pré-gestacional (kg)	1,005	0,996 - 1,015	0,268
Peso final da gestação (kg)	1,007	0,999 - 1,016	0,095
Ganho peso na gestação atual (kg)	0,992	0,972 - 1,012	0,432
Cor da pele (ref. não-branca)	0,685	0,509 - 0,921	0,012
Atividade física	0,907	0,638 - 1,289	0,586
Tabagismo	3,389	2,551 - 4,504	<0,001
Consumo de álcool	0,491	0,295 - 0,817	0,006
Consumo de drogas ilícitas	4,841	1,382 - 16,953	0,014
Consumo de alimentos estimulantes	1,633	0,094 - 2,738	0,063
Constipação intestinal	1,688	1,271 - 2,242	<0,001
HAS prévia	0,218	0,133 - 1,359	0,284
DHG	2,689	1,803 - 4,009	<0,001
DM1	0,000	0,000	1,000
DM2 prévio	1,695	0,403 - 7,134	0,472
DMG	2,592	1,514 - 4,441	0,001
ITU	1,176	0,906 - 1,527	0,223
Cirurgia abdominal prévia	0,000	0,000	1,000
Aborto	1,145	0,814 - 1,611	0,437
Paridade	1,417	1,251 - 1,607	<0,001
Vias de parto (ref. vaginal)	1,507	1,125 - 2,018	0,006
Peso RN (gestação atual)	1,252	1,093 - 1,434	0,001

IMC= índice de massa corporal; HAS= Hipertensão arterial sistêmica; DHG= distúrbio hipertensivo gestacional; DM1= *diabetes mellitus* tipo 1; DM2= *diabetes mellitus* tipo 2; DMG=*diabetes mellitus* gestacional; ITU= Infecção trato urinário; RN= recém-nascido.

razoável, o que é, evidentemente, algo que desperta preocupação e possível isolamento social, a fim de evitar constrangimentos.

Os resultados desta investigação evidenciaram que a cor da pele está fortemente associada com a incontinência, no sentido de que ter pele não-branca reduz as chances de ter IU na gestação, o que é corroborado pela literatura.¹⁹ Alguns autores^{6,19} explicam esse achado por meio de aspectos genéticos e anátomo-funcionais, que colocam as mulheres de pele não-branca, principalmente as negras, com musculatura de assoalho pélvico mais forte, bem como no que se refere à posição anatômica dos órgãos, que parecem favorecer a continência.

Outro resultado que chamou a atenção foi o tabagismo, em que as gestantes que fumavam apresentam uma chance 4,5 vezes maior de apresentar IU na gestação do que aquelas que não fumavam. Uma das possíveis maneiras de explicar o achado é por meio de uma das consequências do tabagismo - a

tosse crônica - que aumenta a sobrecarga à musculatura do assoalho pélvico, já estressada pelo processo gravídico, favorecendo assim as perdas urinárias.^{5,20}

Outros fatores de risco, como consumo de drogas ilícitas e comorbidades gestacionais, como DMG, mostraram-se fortemente associados com a ocorrência de IU em nossa amostra, resultados que também são evidenciados pela literatura.^{5,16,21} A associação entre DMG e IU se dá pelas repercussões que esta comorbidade provoca, como obesidade e o consequente aumento do IMC e a macrossomia dos lactentes, que geram aumento da pressão abdominal e músculos do assoalho pélvico, resultando em diminuição da continência urinária.⁵ Porém a associação desta condição com drogas ilícitas não é evidenciada pela literatura, mas explicação mais plausível seria pelos achados de que gestantes que consomem drogas ilícitas também consomem bebidas alcoólicas²² que são estimulantes à atividade detrusora. Outra possível explicação é que, gestantes

que fazem uso de drogas ilícitas tendem a ter baixa adesão ao pré-natal, não recebendo orientações e acompanhamentos adequados, aumentando a probabilidade de comorbidades obstétricas, podendo a IU, ser uma delas.²²

Merece destaque o fato que ter realizado ao menos um parto por via cesárea mais que dobra a chance de IU em gestação subsequente (OR = 2,56). Tal associação poderia ser explicada por possíveis traumas que podem comprometer os componentes responsáveis pela fisiologia da micção e consequente continência urinária causadas pelo procedimento cirúrgico, como, por exemplo, a compressão do nervo pudendo e lesões à musculatura do assoalho pélvico,²³ ainda que esses traumas possam ocorrer em alguns procedimentos relacionados ao parto vaginal, como as episiotomias.

Alguns autores consideram que o parto vaginal é fator de risco para o desenvolvimento de IU em futuras gestações.^{2,4,6} No entanto, outro estudo enfatizou que essa associação não estava totalmente elucidada.²³ Ainda na tentativa de esclarecer e buscar respostas sobre vias de parto como sendo fator de risco para IU em gestações subsequentes, um estudo de achados ultrassonográficos da musculatura de assoalhos pélvico em partos vaginais e cesarianas (eletivas e não eletivas) foi realizado e não encontrou diferenças estatisticamente significativas entre vias de parto e sintomatologia de IU e nem com alterações anatômicas do assoalho pélvico.¹⁷

Além da via de parto, a paridade se associou com IU, no sentido de que o incremento no número de partos aumenta a chance de incontinência urinária gestacional em mais de 40% (OR=1,41), isso pode ser explicado pelo fato de que o período gestacional expõe o corpo da mulher à ação de hormônios como

a relaxina, que atua na frouxidão ligamentar e coopera para ocorrência de IU. Desta forma, entende-se que com o aumento da paridade, a dose-resposta hormonal resulta no aumento da susceptibilidade à IU em gestação subsequente.^{13,23}

O Brasil, apesar do decréscimo recente, ainda é considerado um dos países com maior ocorrência de partos cirúrgicos,²⁴ com cerca de 56% dos partos,²⁵ valor muito acima do preconizada pela OMS (10 - 15% de todos os partos).²⁶ Partos cirúrgicos se baseiam fundamentalmente nas crenças médicas transferidas às gestantes, como sendo a maneira mais segura de evitar possíveis danos ao corpo da mulher,²⁷ atribuídos ao parto vaginal.

Dessa maneira, os achados obtidos neste estudo indicam que há uma alta prevalência de IU no período gestacional, merecendo destaque para a maior porcentagem relatada, ser classificada em IU mista (61,8%). Além disso, esta condição está fortemente associada a fatores como hábitos de vida e morbidades manifestadas no período gestacional. Nossos achados sustentam a afirmação de que o parto via cesárea aumenta a chance de desenvolver IU em gestação subsequente.

Contribuição dos autores

Santini ACM participou da elaboração de protocolo/projeto, coleta e gerenciamento de dados, redação/edição. Santos ES e Vianna LS realizaram coleta e gerenciamento de dados, redação/edição. Bernandres JM analisou e interpretou os dados; redação/edição. Dias A participou da elaboração de protocolo/projeto, análise e interpretação de dados, redação/edição. Todos os autores aprovaram a versão final do artigo.

Referências

1. Homma Y. Lower urinary tract symptomatology: Its definition and confusion. *Int J Urol*. 2008; 15 (1): 35-43.
2. Zizzi PT, Trevisan KF, Leister N, Cruz CS, Riesco MLG. Women's pelvic floor muscle strength and urinary and anal incontinence after childbirth: A cross-sectional study. *Rev Esc Enferm USP*. 2017; 51: 1-8.
3. Sangsawang B, Sangsawang N. Stress urinary incontinence in pregnant women: A review of prevalence, pathophysiology, and treatment. *Int Urogynecol J*. 2013; 24 (6): 901-12.
4. Viktrup L, Rortveit G, Lose G. Does the impact of subsequent incontinence risk factors depend on continence status during the first pregnancy or the postpartum period 12 years before? A cohort study in 232 primiparous women. *Am J Obstet Gynecol*. 2008; 199 (1): 1-4.
5. Sangsawang B. Risk factors for the development of stress urinary incontinence during pregnancy in primigravidae: A review of the literature. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2014; 178: 27-34.
6. Oliveira C, Seleme M, Cansi PF, Consentino RFDC, Kumakura FY, Moreira GA, et al. Urinary incontinence in pregnant women and its relation with socio-demographic variables and quality of life. *Rev Assoc Med Bras*. 2013; 59 (5): 460-6.
7. Dinç A. Prevalence of Urinary Incontinence During Pregnancy and Associated Risk Factors. *Low Urin Tract Symptoms*. 2018; 10 (3): 303-7.

8. Imamura M, Abrams P, Bain C, Buckley B, Cardozo L, Cody J, Cook J, Eustice S, Glazener C, Grant A, Hay-Smith J, Hislop J, Jenkinson D, Kilonzo M, Nabi G, N'Dow J, Pickard R, Terner L, Wallace S, Wardle J, Zhu S, Vale L. Systematic review and economic modelling of the effectiveness and cost-effectiveness of non-surgical treatments for women with stress urinary incontinence. *Health Technol Assess.* 2010; 14 (40): 1-188.
9. Santini ACM, Barbosa AMP, Sousa VO, Dias A. Cross-sectional study of the influence of gestational hyperglycemia associated with urinary incontinence on quality of life. *J Womens Health Care.* 2015; 4 (1): 1-4.
10. Rohr G, Christensen K, Ulstrup K KJ. Reproducibility and validity of simple questions to identify urinary incontinence in elderly women. *Acta Obs Gynecol Scand.* 2004; 969-72.
11. Figueiredo EM, Lara JO, Cruz MC, Quintão DMG, Monteiro MVC. Sociodemographic and clinical profile of female users of public urogynecological physical therapy services. *Rev Bras Fisioter.* 2008; 12 (2): 136-42.
12. Dean AG, Sullivan KM, Soe MM. OpenEpi: Open Source Epidemiologic Statistics for Public Health. Versão 2013, atualizado 2013/04/06. www.OpenEpi.com. Available at: https://www.openepi.com/Menu/OE_Menu.htm
13. Moccellini AS, Rett MT, Driusso P. Incontinência urinária na gestação: implicações na qualidade de vida. *Rev Bras Saúde Matern Infant.* 2014; 14 (2): 147-54.
14. Riesco MLG, Fernandes-Trevisan K, Leister N, Cruz CDS, Caroci ADS, Zanetti MRD. Urinary incontinence related to perineal muscle strength in the first trimester of pregnancy: cross-sectional study. *Rev Esc Enferm USP.* 2014; 48 (1): 32-8.
15. Lin KL, Shen CJ, Wu MP, Long CY, Wu CH, Wang CL. Comparison of low urinary tract symptoms during pregnancy between primiparous and multiparous women. *Biomed Res Int.* 2014; 2014: 8-12.
16. Wesnes SL, Hunnskaar S, Rortveit G. Epidemiology of urinary incontinence in pregnancy and postpartum. In: Alhasso A, editor. *Urinary incontinence.* Rijeka: InTech; 2012. p.21-40.
17. Araujo CC, Coelho SSA, Martinho N, Tanaka M, Jales RM, Juliato CRT. Clinical and ultrasonographic evaluation of the pelvic floor in primiparous women: a cross-sectional study. *Int Urogynecol J.* 2018; 1543-9.
18. Leroy LS, Lúcio A, Lopes MM. Fatores de risco para a incontinência urinária no puerpério. *Rev Esc Enferm USP.* 2016; 50 (2): 200-7.
19. DeLancey JO, Fenner DE, Guire K, Patel DA, Howard D, Miller JM. Differences in continence system between community-dwelling black and white women with and without urinary incontinence in the EPI study. *Am J Obstet Gynecol.* 2010; 202 (6): 584.
20. Hannestad YS, Rortveit G, Daltveit AK, Hunnskaar S. Are smoking and other lifestyle factors associated with female urinary incontinence? The Norwegian EPINCONT Study. *Int J Obstet Gynaecol.* 2003; 110 (3): 247-54.
21. Higa R, Lopes MHB, Reis MJ. Fatores de risco para incontinência urinária na mulher. *Rev Esc Enferm.* 2008; 42 (1): 187-92.
22. Oliveira TA, Bersusa AAS, Santos TF, Aquino MMA, Neto CM. Perinatal outcomes in pregnant women users of illegal drugs. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2016; 38 (4): 183-8.
23. Dellú MC, Zácara PMD, Schmitt ACB. Prevalência de sintomas urinários e fatores obstétricos associados em mulheres adultas. *Rev Bras Fisioter.* 2008; 7-12.
24. Oliveira RR, Melo EC, Novaes ES, Ferracioli PLRV, Mathias TAF. Fatores associados ao parto cesárea nos sistemas público e privado de atenção à saúde. *Rev Esc Enferm USP.* 2016; 50 (5): 733-40.
25. Batista Filho M, Rissin A. WHO and the epidemic of cesarians. *Rev Bras Saúde Matern Infant.* 2018; 18 (1): 3-4.
26. UNASUS. Declaração da OMS sobre Taxas de Cesáreas. 2015. (acesso em 11 set 2018). Disponível em: <https://www.unasus.gov.br/noticia/declaracao-da-oms-sobre-taxas-de-cesareas>.
27. Riscado LC, Jannotti CB, Barbosa RHS. A decisão pela via de parto no Brasil: temas e tendências na produção da saúde coletiva. *Texto Contexto Enferm.* 2016; 25 (1): e3570014.

Recebido em 10 de Março de 2019

Versão final apresentada em 10 de Junho de 2019

Aprovado em 30 de Julho de 2019