



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

CURSO DE GRADUAÇÃO EM FISIOTERAPIA

JULIA COSTA DE-TOFFOL

MAIARA DA SILVA SCHNEIDER

**FATORES ASSOCIADOS À INCONTINÊNCIA URINÁRIA EM GESTANTES
USUÁRIAS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**

Araranguá

2017

**FATORES ASSOCIADOS À INCONTINÊNCIA URINÁRIA EM GESTANTES
USUÁRIAS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**

**FACTORS ASSOCIATED WITH URINARY INCONTINENCE IN PREGNANT
WOMEN USES OF THE SINGLE HEALTH SYSTEM**

INCONTINÊNCIA URINÁRIA EM GESTANTES

Julia Costa De-Toffol ¹

Maiara Da Silva Schneider ²

Janeisa Franck Virtuoso ³

¹ Acadêmica do curso de fisioterapia da Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Araranguá (SC), Brasil.

² Acadêmica do curso de fisioterapia da Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Araranguá (SC), Brasil.

³ Doutora em Ciências do Movimento Humano pela Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC). Professora efetiva do curso de Fisioterapia da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Araranguá (SC), Brasil.

Trabalho de Conclusão de Curso de graduação apresentado à disciplina de TCC II do curso de Fisioterapia da Universidade Federal de Santa Catarina para a obtenção parcial do título de Bacharel em Fisioterapia.

Orientadora: Dra. Janeisa Franck Virtuoso

Araranguá

2017

RESUMO

Objetivo: Analisar os fatores associados à incontinência urinária (IU) em gestantes usuárias do Sistema Único de Saúde no município de Araranguá/SC. **Metodologia:** Trata-se de um estudo transversal, cuja população foi composta por 67 gestantes que fazem acompanhamento do pré-natal nas unidades básicas de saúde. Foram excluídas gestantes com infecções do trato urinário inferior ou gestação de alto risco. Quanto aos instrumentos de pesquisa utilizou-se: (1) *International Consultation on Incontinence Questionnaire – Short Form* (ICIQ-SF) para verificar a presença de IU e (2) Ficha de Identificação de Fatores de Risco para a IU. Os instrumentos foram aplicados nos postos de saúde, em forma de entrevista individual. Utilizou-se estatística inferencial, com nível de significância de 5%. **Resultados:** A prevalência de IU foi de 41,8%. Houve diferença significativa ($p= 0,03$) entre a proporção de incontinência no primeiro (10,7%) e no terceiro trimestre gestacional (53,6%). Quanto à idade gestacional, medida em semanas, identificou-se uma relação positiva com a gravidade dos sintomas ($\rho= 0,552$; $p= 0,002$). Com relação aos fatores associados, observou-se diferença significativa entre o sintoma atual de IU e presença de IU prévia à gestação ($p= 0,04$). **Conclusão:** Em gestantes usuárias do SUS e residentes da cidade de Araranguá, há um aumento da prevalência de IU com o avanço da gestação, assim como a gravidade dos sintomas. Observou-se a IU prévia como principal fator associado, tornando importante a melhora desses sintomas antes do período gravídico, evitando queixas durante a gestação.

Palavras-chave: Incontinência Urinária, Gestantes, Fatores de Risco, Assoalho Pélvico, Gestação.

ABSTRACT

Objective: To analyze the factors associated with urinary incontinence (UI) in pregnant women users of the Unified Health System in the city of Araranguá / SC. **Methodology:** This is a cross-sectional study whose population consisted of 67 pregnant women who monitor prenatal care at basic health units. Pregnant women with lower urinary tract infections or high risk pregnancies were excluded. As for the research instruments, we used: (1) International Consultation on Incontinence Questionnaire - Short Form (ICIQ-SF) to verify the presence of UI and (2) Risk Factors Identification Card for UI. The instruments were applied at the health posts, in the form of an individual interview. Inferential statistics were used, with a significance level of 5%. **Results:** The prevalence of UI was 41.8%. There was a significant difference ($p = 0.03$) between the proportion of incontinence in the first (10.7%) and in the third gestational trimester (53.6%). Regarding the gestational age, measured in weeks, a positive relation with the severity of the symptoms was identified ($\rho = 0.552$, $p = 0.002$). Regarding the associated factors, there was a significant difference between the current UI symptom and the presence of UI prior to pregnancy ($p = 0.04$). **Conclusion:** In pregnant women users of SUS and residents of the city of Araranguá, there is an increase in the prevalence of UI with the advancement of gestation, as well as the severity of the symptoms. It was observed the previous UI as the main associated factor, making important the improvement of these symptoms before the pregnancy period, avoiding complaints during pregnancy.

Key words: Urinary Incontinence, Pregnant Women, Risk Factors, Pelvic Floor, Pregnancy.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	5
2 METODOLOGIA	6
3 DISCUSSÃO	11
4 CONCLUSÃO	14
5 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	15
ANEXO 1 – NORMAS DA REVISTA FISIOTERAPIA E PESQUISA	18

1 INTRODUÇÃO

A incontinência urinária (IU) durante a gestação está relacionada às diversas modificações corporais, cujo objetivo é a adaptação do corpo feminino às alterações advindas desse período¹. Na gestação, ocorrem mudanças do ângulo uretrovesical, aumento da pressão sobre os músculos elevadores e ligamentos, mudanças nos tecidos conjuntivos, incremento do peso corporal materno e peso do útero gravídico, com crescente aumento da pressão sobre a musculatura do assoalho pélvico^{2,3}.

Considerado como um problema de saúde pública, sua prevalência média em mulheres é de 27,6%⁴. Em relação ao período gestacional, essa prevalência costuma ser ainda maior, de modo que o estudo de Sangsawang e Sangsawang (2013) aponta uma ocorrência de IU entre 19 e 60% nas gestantes, devido a essa disfunção estar relacionada às alterações mecânicas, como efeito da pressão do útero gravídico sobre a bexiga e a diminuição significativa da capacidade vesical^{6,7,8,9,10}.

Estudos epidemiológicos mostram vários fatores de risco associados à IU nesta população, como idade materna acima de 35 anos, raça, multiparidade, tamanho fetal, influências hormonais, obesidade, diabetes mellitus, tipo de parto, cirurgia pélvica, medicações e fatores genéticos^{11,12}. Além disso, Sangsawang e Sangsawang (2013), relatam que a IU leva à diminuição da qualidade de vida (QV) durante a gestação, causando repercussões na saúde sexual, psicológica e social da mulher^{13,14}.

Dessa forma, o presente estudo torna-se relevante devido à alta prevalência da IU durante a gestação, ainda que, transitória, leva a um impacto negativo na QV. Ao apontar os principais fatores associados que levam a IU nesse período, identifica-se a presença de alguns sintomas comuns da patologia, que podem ser minimizados o mais cedo possível, melhorando a QV e diminuindo a prevalência de IU nessa população. Além disso, inexistem estudos locais que traçam o perfil dessa população. Portanto, o objetivo desse estudo foi analisar os fatores associados à incontinência urinária em gestantes usuárias do Sistema Único de Saúde no município de Araranguá/SC.

2 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo transversal cuja população foi constituída por gestantes usuárias do Sistema Único de Saúde, residentes em Araranguá/ SC.

A amostra foi recrutada em unidades básicas de saúde do município, por meio de convite. Foram incluídas nesse estudo, gestantes independentemente da idade gestacional, primíparas e múltiparas, que realizaram o acompanhamento pré-natal no Sistema Único de Saúde. Foram excluídas gestantes que possuíam sintomas autorrelatados de infecção do trato urinário ou gestação de alto risco (diabetes mellitus gestacional, hipertensão arterial gestacional, descolamento prematuro de placenta, ruptura prematura de membranas, gestação múltipla, infecção urinária atual).

Para a condução dessa pesquisa, foram aplicados instrumentos para rastreamento a fim de determinar as gestantes elegíveis à pesquisa, identificar os casos de incontinência urinária e os fatores associados a esses sintomas. Para o rastreamento, foram coletadas as seguintes variáveis: dados pessoais (nome, idade, posto de saúde, profissão, escolaridade, estado civil); sintomas da infecção urinária (disúria, aumento da frequência urinária e aspecto físico da urina) e doenças associadas (diabetes e hipertensão gestacional, infecção urinária, gestação múltipla, descolamento prematuro de placenta e ruptura de membrana).

A Ficha de Identificação de Fatores Associados para a Incontinência Urinária identificou os fatores que podem estar associados à IU em mulheres grávidas. Este instrumento foi desenvolvido pelas pesquisadoras, baseado em fatores amplamente discutidos na literatura^{15,16,17,18,19,20}. O instrumento foi dividido em oito subgrupos, sendo estes: Fatores Socioeconômicos, Fatores Ginecológicos, Fatores Obstétricos, Fatores Clínicos, Fatores Comportamentais, Fatores Antropométricos e Fatores Hereditários.

Por fim, para verificar a ocorrência de IU, foi aplicado o *International Consultation on Incontinence Questionnaire - Short Form* (ICIQ-SF). Trata-se de um questionário de triagem para IU, que avalia a frequência e a quantidade de perda urinária, a situação de perda de urina e a interferência dessa condição nas atividades de vida diária²¹.

A coleta foi conduzida entre junho a setembro de 2017, nos postos de saúde do município de Araranguá. Os instrumentos foram aplicados em forma de entrevista individual, com duração em média de 30 minutos, antes ou após a consulta obstétrica. As gestantes foram

convidadas a participar da pesquisa, sendo apresentados os objetivos. As que concordaram em participar do estudo assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, ficando uma em posse da pesquisadora.

Quanto à análise estatística, os dados coletados foram armazenados em um banco de dados no programa Microsoft Excel® e cada participante foi cadastrada segundo um número codificador. A análise estatística foi realizada no pacote estatístico *SPSS – Statistical Package for Social Sciences* (versão 17.0). Inicialmente, todas as variáveis foram analisadas descritivamente por meio de frequência simples e porcentagens (variáveis categóricas) e medidas de posição e dispersão (variáveis numéricas).

Para associação entre variáveis categóricas, foi utilizado o teste de Qui Quadrado χ^2 ou exato de Fisher, quando necessário. A comparação entre os dois grupos, com variáveis numéricas, foi realizada por meio do teste t para amostras independentes ou teste de Mann-Whitney, conforme a distribuição dos dados. A comparação entre proporções será realizada no SoftwareMedCalc®.

Para verificar os fatores associados foi utilizada uma regressão logística binária. Será adotado um nível de significância de 5%.

3 RESULTADOS

A amostra desse estudo foi composta por 67 gestantes com a média de idade de 26,28 anos ($DP = \pm 6,05$). A maioria das mulheres era casada (70,1%), recebiam renda familiar de até três salários mínimos (65,7%) e obtinham ensino médio completo (59,7%). Em relação a idade gestacional, a média foi de 25,82 semanas ($DP = \pm 10,51$).

Quanto à ocorrência de IU, 41,8% ($n=28$) das gestantes apresentaram esse sintoma. Ao comparar a presença da IU e os períodos gestacionais pode ser observado que uma proporção de mulheres com IU com o avanço do trimestre gestacional, de modo que houve diferença significativa entre o primeiro e terceiro trimestre gestacional ($p=0,03$) (Figura 1).

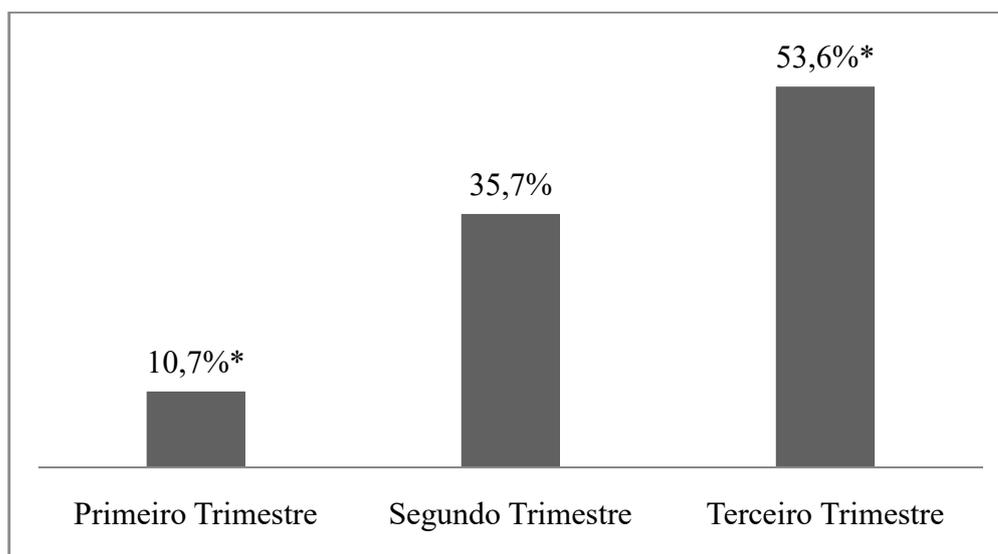


Figura 1 – Correlação entre idade gestacional e IU ($n=67$)

Quando se correlaciona a idade gestacional com a gravidade da IU verificada por meio do escore do ICIQ-SF, vê-se que quanto maior a idade gestacional, maior é a gravidade de IU nas gestantes ($\rho = 0,552$; $p = 0,002$) (Figura 2). Aproximadamente 30% da variação de gravidade dos sintomas de IU pode ser creditada a idade gestacional.

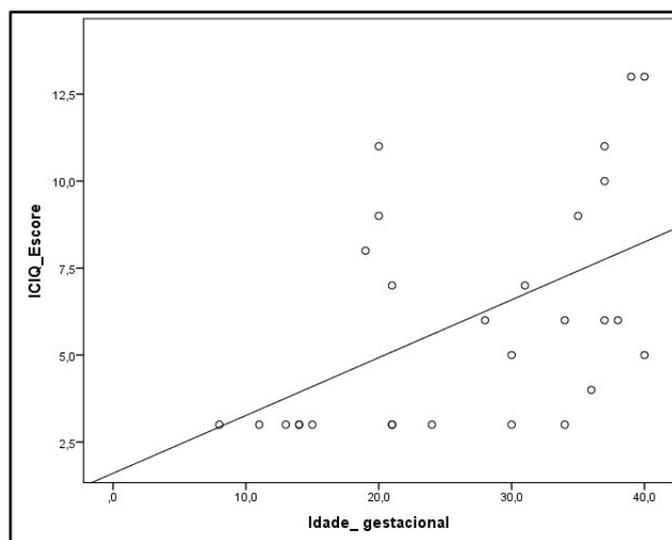


Figura 2 – Correlação entre ICIQ-SF e idade gestacional das gestantes com sintomas de IU (n=28)

Quanto aos fatores associados à IU, observou-se associação significativa em mulheres com IU prévia à gestação ($p= 0,04$). Entre as mulheres com sintomas atuais de IU, observou-se que 21,4% apresentavam sintomas prévios, enquanto no grupo sem IU atual, a ocorrência de sintomas anteriores foi de apenas 5,1%. No entanto, cirurgia ginecológica, gestação anterior, histórico familiar e IMC não apresentaram diferença estatisticamente significativa (Tabela 1).

Tabela 1. Fatores associados à incontinência urinária em gestantes (n=67)

Fatores Associados	Presença de IU f (%)	Ausência de IU f(%)	Total f (%)	X²	p
Cirurgia Ginecológica					
Sim	1 (3,6)	1 (2,6)	2 (3,0)	0,057	0,81
Não	27 (96,4)	38 (97,4)	65 (97,0)		
Gestação anterior					
Sim	20 (71,4)	23 (59,0)	43 (64,2)	1,100	0,29
Não	8(28,6)	16 (41,0)	24 (35,8)		
IU antes da Gestação					
Sim	6 (21,4)	2 (5,1)	8 (11,9)	4,119	0,04*
Não	22 (78,6)	37 (94,9)	59 (88,1)		
Histórico Familiar					
Sim	7 (63,6)	4 (36,4)	28 (41,8)	2,582	0,10
Não	21 (37,5)	35 (62,5)	39 (58,2)		
IMC					
Peso normal	15 (37,5)	25 (62,5)	28 (41,8)	2,582	0,10
Sobrepeso	13 (48,1)	14 51,9)	39 (58,2)		

Legenda: X₂ = valor do teste qui-quadrado; IMC = Índice de Massa Corporal; IU = Incontinência Urinária.

3 DISCUSSÃO

Neste estudo, observou-se uma alta prevalência de IU nesta população, sendo de 41,8% das gestantes. Houve um aumento da proporção de mulheres com IU com o avanço da idade gestacional, sendo analisada uma diferença significativa entre o primeiro e o terceiro trimestre gestacional. Em relação à idade gestacional, demonstrou um aumento diretamente proporcional a gravidade dos sintomas. Quanto aos fatores associados à IU, foi observada associação com a presença de sintomas prévios à gestação.

Nesse estudo foi possível identificar a alta prevalência de IU entre gestantes (41,8%), corroborando com os resultados de Oliveira et al. (2013), que encontraram sintomas de IU em 71% das gestantes, Santini e Dias (2015) observaram os sintomas em 52% e Rocha et al. (2017) em 51,89%. Além disso, identificou-se que há o aumento da queixa de IU com o avanço da idade gestacional. Essa informação concorda com os achados de Scarpa et al. (2006), que evidenciaram uma alta prevalência de sintomas urinários irritativos no terceiro trimestre da gestação (94,4%). Este fato pode estar associado à pressão exercida pela cabeça fetal sobre a bexiga, com conseqüente redução da capacidade vesical²⁶.

Em relação à IU no primeiro trimestre gestacional, no estudo de Beksac et al. (2017) foi analisado uma prevalência de 4,9% em gestantes com aproximadamente 11 semanas de gestação. No estudo de Riesco (2014), apontou uma prevalência de 19% das gestantes neste mesmo período. Estes estudos corroboram com a prevalência da presente pesquisa, em que 10,7% das gestantes apresentavam IU neste período. Na análise do estudo de Riesco (2014) demonstrou que a maior idade materna e o antecedente de IU explicam, em conjunto, a ocorrência do sintoma no primeiro trimestre da gravidez. Ao comparar com os achados do presente estudo, observou-se que houve relação significativa com o sintoma prévio, entretanto não houve relação significativa entre idade materna e IU.

O estudo de Sacomori et al.(2013), identificou um aumento da prevalência de IU de 59,5% no terceiro trimestre gestacional. No estudo de Dinç (2017) a queixa da IU também foi observada com maior frequência no terceiro trimestre da gravidez (54%), com os sintomas aumentando com os meses crescentes da gravidez, assim como no presente estudo em que identificou-se uma prevalência de 53,6% de gestantes com IU neste período. Além desses fatores, o estudo de Sacomori et al. (2013) verificou que a perda de urina antes da gestação, esteve associada a perdas de urina no último trimestre gestacional, indicando que mulheres

com histórico de IU antes da gestação têm maior probabilidade de apresentar essa condição com mais intensidade no último trimestre, corroborando com os resultados do presente estudo.

Dentre os fatores associados à IU, 21,4% das mulheres relataram perdas urinárias prévias à gestação, assim como no estudo de Zizzi et al. (2017), que encontraram o mesmo sintoma em 36,7% e Dinç (2017), em 8,3% das gestantes. Isto é, embora vários fatores sejam conhecidos na literatura, observa-se que o que se associa à IU atual na gestante são os sintomas de IU prévios, antes de gerar. Dessa forma, políticas de tratamento dos sintomas são essenciais entre a população adulta em idade fértil.

Em relação aos fatores que não obtiveram diferença, no estudo de Santini (2015) as variáveis eleitas como plausíveis para a associação com a ocorrência de IU na gestação foram: idade, altura, peso, IMC, etnia, realização de atividade física regular e morbidades gestacionais. Também foi avaliado o consumo de bebidas estimulantes (chá, café e refrigerantes) e alcoólicas, drogas ilícitas, histórico de aborto, paridade e vias de parto. Observou-se que idade, peso, etnia, consumo de drogas ilícitas, morbidades gestacionais, aborto, consumo de alimentos estimulantes foram variáveis que se apresentaram independentemente associadas à ocorrência de IU. Assim como a atual pesquisa, que não observou relação da IU com estas variáveis.

A fisioterapia tem se mostrado como tratamento de grande importância na prevenção e tratamento da IU causada pela gravidez¹. Dentre os recursos utilizados estão o treino da musculatura do assoalho pélvico e a massagem perineal que proporcionam conscientização e aprendizado de contração dessa musculatura¹. No estudo de Florêncio et al. (2015) sugere que as mulheres devem ser encorajadas a realizar o treino da musculatura do assoalho pélvico, supervisionado por profissional qualificado, durante a gestação, a fim de prevenir e/ou tratar IU. No estudo de Morkved et al. (2005) os exercícios da musculatura do assoalho pélvico em gestantes nulíparas preveniram o desencadeamento de sintomas urinários na gestação e após o parto. O conhecimento de uma alta prevalência de sintomas urinários na gestação pode trazer um argumento favorável para a implementação de uma intervenção preventiva na gestação, como um programa intensivo de exercícios da musculatura do assoalho pélvico que mantenha a função satisfatória do mecanismo da continência. Demonstra-se então que a fisioterapia trata-se de uma intervenção de grande relevância³².

Este estudo limita-se por utilizar um questionário validado, porém baseado no autorrelato, para mensurar as perdas urinárias o que pode levar a um erro de interpretação ou omissão por parte da gestante. A amostra limitou-se a um nível socioeconômico similar entre as gestantes o que pode dificultar que os resultados sejam ampliados para mulheres de outros contextos culturais ou níveis socioeconômicos. Observou-se a falta de uma cartilha para entregar as gestantes com as devidas explicações e possíveis formas de tratamentos para a IU, pois nota-se que muitas gestantes julgam ser um sintoma normal da gestação, que desaparecerá com o tempo, o que acaba impactando negativamente na qualidade de vida.

4 CONCLUSÃO

Conclui-se neste estudo que houve uma alta prevalência de incontinência urinária nas gestantes que fazem uso do sistema único de saúde e residem na cidade de Araranguá. Observou-se relação do sintoma com o primeiro e o terceiro trimestre gestacional e dentre os fatores avaliados, a IU prévia apresentou maior significância, tornando importante a melhora desses sintomas antes do período gravídico, a fim de evitar essas queixas durante a gestação.

Sugere-se a realização de mais estudos para a melhor visualização da IU durante o período gestacional, suas implicações relacionadas aos trimestres e os principais fatores associados a este sintoma.

5 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. FLORÊNCIO, R.C.C.C. et al. Fisioterapia na Prevenção e Tratamento da Incontinência Urinária na Gravidez: Uma revisão de literatura. An da Jor de Fisiot da UFC. Fortaleza, 2015.
2. KOCAOZ, S.; TALAS, M.S.; ATABEKOGLU, C.S. Urinary incontinence in pregnant women and their quality of life. J Clin Nurs. 2010; 19 (23-24): 3314-23.
3. LOPES, D.B.M.; PRAÇA, N.S. Incontinência urinária autorreferida no pós-parto. Texto Contexto Enferm. 2010; 19(4): 667-74.
4. KNORST, M.R.; ROYER, C.S.; BASSO, D.M.; RUSSO, J.S.; GUEDES, R.G.; RESENDE, T.L. Avaliação da qualidade de vida antes e depois de tratamento fisioterapêutico para incontinência urinária. Fisioter Pesq. 2013.
5. SANGSAWANG, B.; SANGSAWANG, N. Stress urinary incontinence in pregnant women: a review of prevalence, pathophysiology, and etamente. Int Urogynecol J. 2013.
6. SCARPA, K.P.; HERRMANN, V.; PALMA, P.C.R.; RICETTO, C.L.Z.; MORAIS, S. Sintomas do trato urinário inferior três anos após o parto: estudo prospectivo. Ver Bras Ginecol Obstet. 2008.
7. WIJIMA, J.; WEIS POTTERS, A.E.; TINGA, D.J.; AARNOUDSE, J.G. The diagnostic strength of the 24-h pad test for self-reported symptoms of urinary incontinence in pregnancy and after child birth. Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct 2008.
8. SHARMA, J.B.; AGGARWAL, S.; SINGHAL, S.; KUMAR, S.; ROY, KK. Prevalence of urinary incontinence and other urological problems during pregnancy: a questionnaire based study. Arch Gynecol Obstet 2008.
9. FRITEL, X.; FAUCONNIER, A.; BADER, G.; et al. Diagnosis and management of adult female stress urinary incontinence: guidelines for clinical practice from the French College of Gynaecologists and Obstetricians. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 2010.
10. LIANG, C.C.; CHANG, S.D.; LIN, S.J.; LIN, Y.J. Lower urinary tract symptoms in primiparous women before and during pregnancy. Arch Gynecol Obstet 2012.
11. STOTHERS, L.; FRIEDMAN, B. Risk factors for the Development of Stress Urinary Incontinence in Women. Curr Urol Rep. 2011.

12. WESNES, S.L.; LOSE, G. Preventing urinary incontinence during pregnancy and postpartum: a review. *Int Urogynecol J* 2013.
13. OLIVEIRA, C.; SELEME, M.; CANSI, P.F.; CONSENTINO, R.F.; KUMAKURA, F.Y.; MOREIRA, G.A. et al. Urinary incontinence in pregnant women and its relation with socio-demographic variables and quality of life. *Ver Assoc Med Bras.* 2013.
14. TORRISI, G.; MININI, G.; BERNASCONI, F.; PERRONE, A.; TREZZA, G.; GUARDABASSO, V. et al. A prospective study of pelvic floor dysfunctions related to delivery. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2012.
15. BØ, K. Urinary Incontinence, Pelvic Floor Dysfunction, Exercise and Sport. *Sports Medicine*, 2004.
16. MORENO, A.L. Avaliação Fisioterapêutica. Fisioterapia em Uroginecologia. São Paulo: Manole, 2004.
17. HIGA, R.; LOPES, M.H.B.M. Fatores associados com a incontinência urinária na mulher. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 2005.
18. AGOSTINHO, A.D.; AMARO, J.L.; TRINDADE, J.C.S. Epidemiologia da Incontinência Urinária Feminina. In: AMARO, J.L. Reabilitação do assoalho pélvico nas disfunções urinárias e anorretais. São Paulo: Segmento Farma, 2005.
19. CHIARAPA, T.R.; CACHO, D.P.; ALVES, A.F.D. Avaliação Cinético Funcional. Incontinência urinária feminina: assistência fisioterapêutica e multidisciplinar. São Paulo: Livraria Médica Paulista, 2007.
20. HIGA, R.; LOPES, M. H. B. M.; REIS, M.J. Fatores de risco para incontinência urinária na mulher. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 2008.
21. TAMANINI, J.T.N.; DAMDROS, M.; D'ANCORA, C.A.L.; PALMA, P.C.R.; NETTO, J.N.R. Validação para o português do "International Consultation on Incontinence Questionnaire – Short Form" (ICIQ-SF). *Rev Saúde Pública.* 2004.
22. SANTINI, A.C.M., DIAS, A. Prevalência e fatores associados à ocorrência de perdas urinárias na gestação. Botucatu, 2015.
23. ROCHA, J. et al. Avaliação da Incontinência Urinária na Gravidez e no Pós-Parto: Estudo Observacional. *Revista Científica da Ordem dos Médicos.* Julho, 2017.
24. SCARPA, K.P., HERRMANN, V., PALMA, P.C., RICETTO, C.L., MORAIS, S. Prevalence of urinary symptoms in the third trimester of pregnancy. *Rev Assoc Med Bras.* 2006.
25. THORP, J.M.J., Norton PA, Wall LL, Kuller JA, Eucker B, Wells E. Urinary incontinence in pregnancy and the puerperium: a prospective study. *Am J Obstet Gynecol* 1999.

26. BEKSAC, A.T et al. Gestational Urinary Incontinence in Nulliparous Pregnancy- A Pilot Study. *J Clin Diagn Res.* 2017.
27. RIESCO, M.L.G. et al., Incontinência urinária relacionada à força muscular perineal no primeiro trimestre da gestação: estudo transversal. *Rev Esc Enferm USP.* São Paulo, 2014.
28. SACOMORI, C et al., Prevalência e variáveis associadas à incontinência urinária no terceiro trimestre gestacional *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.,* Recife, 2013
29. DINÇ, A. Prevalence of Urinary Incontinence During Pregnancy and Associated Risk Factors. 2017.
30. Zizzi PT, Trevisan KF, Leister N, Cruz CS, Riesco MLG. Women's pelvic floor muscle strength and urinary and anal incontinence after childbirth: a crosssectional study. *Rev Esc Enferm USP.* 2017.
31. Morkved S, Bo K, Schei B, Salvesen KA. Pelvic floor muscle training during pregnancy to prevent urinary incontinence: a single-blind randomized controlled trial. *Obstet Gynecol* 2003.
32. SANTINI, A.C.M., DIAS, A. Características da incontinência urinária na gestação. Botucatu, 2015.

ANEXO 1 – NORMAS DA REVISTA FISIOTERAPIA E PESQUISA

Forma e preparação dos manuscritos

1 – Apresentação:

O texto deve ser digitado em processador de texto Word ou compatível, em tamanho A4, com espaçamento de linhas e tamanho de letra que permitam plena legibilidade. O texto completo, incluindo páginas de rosto e de referências, tabelas e legendas de figuras, deve conter no máximo 25 mil caracteres com espaços.

2 – A página de rosto deve conter:

- a) título do trabalho (preciso e conciso) e sua versão para o inglês;
- b) título condensado (máximo de 50 caracteres);
- c) nome completo dos autores, com números sobrescritos remetendo à afiliação institucional e vínculo, no número máximo de 6 (casos excepcionais onde será considerado o tipo e a complexidade do estudo, poderão ser analisados pelo Editor, quando solicitado pelo autor principal, onde deverá constar a contribuição detalhada de cada autor);
- d) instituição que sediou, ou em que foi desenvolvido o estudo (curso, laboratório, departamento, hospital, clínica, universidade, etc.), cidade, estado e país;
- e) afiliação institucional dos autores (com respectivos números sobrescritos); no caso de docência, informar título; se em instituição diferente da que sediou o estudo, fornecer informação completa, como em “d”); no caso de não-inserção institucional atual, indicar área de formação e eventual título;
- f) endereço postal e eletrônico do autor correspondente;
- g) indicação de órgão financiador de parte ou todo o estudo se for o caso;
- f) indicação de eventual apresentação em evento científico;
- h) no caso de estudos com seres humanos ou animais, indicação do parecer de aprovação pelo comitê de ética; no caso de ensaio clínico, o número de registro do Registro Brasileiro de Ensaios Clínicos-REBEC (<http://www.ensaiosclinicos.gov.br>) ou no *Clinical Trials* (<http://clinicaltrials.gov>).

OBS: A partir de 01/01/2014 a FISIOTERAPIA & PESQUISA adotará a política sugerida pela Sociedade Internacional de Editores de Revistas em Fisioterapia e exigirá na submissão do manuscrito o registro retrospectivo, ou seja, ensaios clínicos

que iniciaram recrutamento a partir dessa data deverão registrar o estudo ANTES do recrutamento do primeiro paciente. Para os estudos que iniciaram recrutamento até 31/12/2013, a revista aceitará o seu registro ainda que de forma prospectiva.

3 – *Resumo, abstract, descritores e keywords:*

A segunda página deve conter os resumos em português e inglês (máximo de 250 palavras). O resumo e o *abstract* devem ser redigidos em um único parágrafo, buscando-se o máximo de precisão e concisão; seu conteúdo deve seguir a estrutura formal do texto, ou seja, indicar objetivo, procedimentos básicos, resultados mais importantes e principais conclusões. São seguidos, respectivamente, da lista de até cinco descritores e *keywords* (sugere-se a consulta aos DeCS – Descritores em Ciências da Saúde da Biblioteca Virtual em Saúde do Lilacs (<http://decs.bvs.br>) e ao MeSH – Medical Subject Headings do Medline (<http://www.nlm.nih.gov/mesh/meshhome.html>)).

4 – *Estrutura do texto:*

Sugere-se que os trabalhos sejam organizados mediante a seguinte estrutura formal:

- a) Introdução – justificar a relevância do estudo frente ao estado atual em que se encontra o objeto investigado e estabelecer o objetivo do artigo;
- b) Metodologia – descrever em detalhe a seleção da amostra, os procedimentos e materiais utilizados, de modo a permitir a reprodução dos resultados, além dos métodos usados na análise estatística;
- c) Resultados – sucinta exposição factual da observação, em seqüência lógica, em geral com apoio em tabelas e gráficos. Deve-se ter o cuidado para não repetir no texto todos os dados das tabelas e/ou gráficos;
- d) Discussão – comentar os achados mais importantes, discutindo os resultados alcançados comparando-os com os de estudos anteriores. Quando houver, apresentar as limitações do estudo;
- e) Conclusão – sumarizar as deduções lógicas e fundamentadas dos Resultados.

5 – *Tabelas, gráficos, quadros, figuras e diagramas:*

Tabelas, gráficos, quadros, figuras e diagramas são considerados elementos gráficos. Só serão apreciados manuscritos contendo no máximo cinco desses elementos. Recomenda-se especial

cuidado em sua seleção e pertinência, bem como rigor e precisão nas legendas, as quais devem permitir o entendimento do elemento gráfico, sem a necessidade de consultar o texto. Note que os gráficos só se justificam para permitir rápida compreensão das variáveis complexas, e não para ilustrar, por exemplo, diferença entre duas variáveis. Todos devem ser fornecidos no final do texto, mantendo-se neste, marcas indicando os pontos de sua inserção ideal. As tabelas (títulos na parte superior) devem ser montadas no próprio processador de texto e numeradas (em arábicos) na ordem de menção no texto; decimais são separados por vírgula; eventuais abreviações devem ser explicitadas por extenso na legenda. Figuras, gráficos, fotografias e diagramas trazem os títulos na parte inferior, devendo ser igualmente numerados (em arábicos) na ordem de inserção. Abreviações e outras informações devem ser inseridas na legenda, a seguir ao título.

6 – Referências bibliográficas:

As referências bibliográficas devem ser organizadas em seqüência numérica, de acordo com a ordem em que forem mencionadas pela primeira vez no texto, seguindo os Requisitos Uniformizados para Manuscritos Submetidos a Jornais Biomédicos, elaborados pelo Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas – ICMJE (<http://www.icmje.org/index.html>).

7 – Agradecimentos:

Quando pertinentes, dirigidos a pessoas ou instituições que contribuíram para a elaboração do trabalho, são apresentados ao final das referências. O texto do manuscrito deverá ser encaminhado em dois arquivos, sendo o primeiro com todas as informações solicitadas nos itens acima e o segundo uma cópia cegada, onde todas as informações que possam identificar os autores ou o local onde a pesquisa foi realizada devem ser excluídas.