



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

GABRIELA LIMA RIBEIRO

**AVALIAÇÃO DO CONHECIMENTO, ATITUDE E PRÁTICA DE GESTANTES
SOBRE INCONTINÊNCIA URINÁRIA: ESTUDO OBSERVACIONAL**

FORTALEZA

2020

GABRIELA LIMA RIBEIRO

AVALIAÇÃO DO CONHECIMENTO, ATITUDE E PRÁTICA DE GESTANTES SOBRE
INCONTINÊNCIA URINÁRIA: ESTUDO OBSERVACIONAL

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de concentração: Enfermagem na Promoção da Saúde.

Linha de pesquisa: Educação em saúde.

Orientadora: Prof^ª Dr^ª Camila Teixeira Moreira Vasconcelos

FORTALEZA

2020

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Biblioteca Universitária

Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

- R369a Ribeiro, Gabriela Lima.
Avaliação do conhecimento, atitude e prática de gestantes sobre Incontinência Urinária : Estudo Observacional / Gabriela Lima Ribeiro. – 2020.
71 f. : il. color.
- Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Fortaleza, 2020.
Orientação: Profa. Dra. Camila Teixeira Moreira Vasconcelos.
1. Incontinência urinária. 2. Conhecimentos, Atitudes e Prática em Saúde. 3. Gravidez. I. Título.
CDD 610.73
-

GABRIELA LIMA RIBEIRO

AValiação do conhecimento, atitude e prática de gestantes sobre
incontinência urinária: estudo observacional

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de concentração: Enfermagem na Promoção da Saúde.

Linha de pesquisa: Educação em saúde.

Orientadora: Prof^ª Dr^ª Camila Teixeira Moreira Vasconcelos

Aprovado em: 06/03/2020

BANCA EXAMINADORA

Prof^ª Dra. Camila Teixeira Moreira Vasconcelos - Orientadora
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof^ª. Maria Helena Baena de Moraes Lopes – Membro Efetivo
Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP)

Prof^ª. Dr^ª. Ana Kelve de Castro Damasceno – Membro Efetivo
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof^ª Dr^ª Paula Renata Amorim Lessa Soares - Membro Suplente
Universidade Federal do Ceará (UFC)

AGRADECIMENTOS

A meu pai, Francisco Antônio Costa Ribeiro, e meus irmãos, Pedro Abner Lima Ribeiro e Francisco Antônio Costa Ribeiro Filho, por me incentivarem e apoiarem em todos os momentos da minha vida. Amo vocês!

Ao meu namorado e melhor amigo, Ítalo Renan Lacerda Lima, pela paciência e ajuda nos momentos difíceis.

À minha orientadora, Prof^a Dra Camila Teixeira Moreira Vasconcelos, por toda paciência e ensinamentos durante esses dois anos de mestrado. Muito obrigada por ter me acolhido de forma tão afetuosa e ter contribuído não só para o meu crescimento profissional, mas também pessoal.

Ao Grupo Interdisciplinar de Pesquisas sobre Saúde da Mulher e Assoalho Pélvico (GISMAP), por todo conhecimento compartilhado.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) que através da bolsa de estudos permitiu minha dedicação exclusiva ao mestrado.

Às gestantes que participaram desse estudo e disponibilizaram o seu tempo para que este pudesse acontecer.

A Deus, meu salvador e criador, por ter guiado todos os meus caminhos e me conduzido até aqui.

RESUMO

O estudo teve como objetivo avaliar o conhecimento, atitude e prática (CAP) de gestantes sobre Incontinência Urinária (IU), identificar a prevalência de IU durante a gestação, avaliar o impacto dessa condição na qualidade de vida das gestantes e identificar os fatores associados ao CAP inadequadas de gestantes em relação à IU. Trata-se de um estudo transversal, envolvendo 237 gestantes, selecionadas por conveniência, que realizavam pré-natal em dois ambulatórios vinculados a Universidade Federal do Ceará (UFC). A coleta de dados aconteceu no período de maio a novembro de 2019, por meio de formulário eletrônico contendo dois instrumentos. O primeiro com questões relacionadas aos dados sociodemográficos e obstétricos e avaliação das perdas urinárias; e o segundo direcionado para avaliação do CAP sobre IU. Os dados foram analisados por meio do IBM SPSS® Statistics versão 20.0 para Windows, utilizando-se o Teste de Qui-quadrado para as variáveis dicotômicas e teste T para variáveis intervalares. O projeto foi submetido e aprovado no Comitê de Ética em pesquisa da Maternidade Escola Assis Chateaubriand, com número de parecer 3.284.173 e respeitou as normas da resolução nº466/12 do Conselho Nacional de Saúde. A amostra foi composta por mulheres com idade entre 18 a 43 anos, sendo a maioria casada ou em união estável (86,1%) e com ensino médio completo (50,6%). A prevalência de IU foi 49,3%, com frequência mínima de perda urinária de 2 a 3 vezes por semana (50%), em “pequena quantidade” (84,2%) e com baixo impacto na qualidade de vida (Md: 4,0±3,6 pontos). Em relação à avaliação do CAP, a maioria apresentou conhecimento (89,6%) e prática tanto para prevenir (89,2%) como para tratar (78,8%) inadequados. Mais da metade das gestantes reconheceu a IU como um problema (55,2%) que acomete mais mulheres (91%) e que pode ocorrer em alguma fase da vida (91%). Na gestação, a maioria (57,2%) considerou normal a perda urinária. Muitas gestantes já tinham ouvido falar sobre IU (84,8%), contudo, baixos percentuais de acerto foram detectados em relação ao conhecimento dos fatores de risco (46,8%), da prevenção (43,8%) e do tratamento da IU (42,8%). Dentre aquelas que apresentavam IU (49,2%), apenas 21(21,2%) buscaram ajuda profissional. Apesar disso, a atitude foi avaliada como adequada para maioria das mulheres (98,5%). A maioria referiu sentir-se muito à vontade para reportar a queixa de IU ao profissional de saúde (92,0%) mesmo que este fosse do sexo masculino(80,1%) e praticamente todas (99,0%) reconheceram o pré-natal com um momento adequado para conversar com um profissional de saúde sobre formas de evitar ou tratar a perda de xixi. Não receber orientações sobre preparo do períneo para o parto durante o pré-natal ($p=0,019$), possuir escolaridade baixa ($p<0,001$), quadros mais leves de IU ($p=0,027$) e ser gestante de alto risco ($p=0,004$) estiveram associados à prática inadequada. Ausência de orientações sobre o preparo do períneo também

esteve associado ao conhecimento inadequado sobre IU ($p < 0,001$). Nenhuma variável apresentou associação com a atitude ou prática (prevenção) inadequadas e apresentar conhecimento inadequado esteve associado à prática para tratamento inadequada ($p = 0,019$). Conclui-se que o conhecimento sobre as causas, formas de prevenir e tratar a IU é insuficiente e interfere na prática para gerenciar essa condição. Apesar de apresentar elevada prevalência na gestação a temática ainda é pouco abordada durante esse período e até mesmo mulheres que já buscaram ajuda profissional não receberam orientação adequada, evidenciando a necessidade de elaboração de intervenções direcionadas à essa população e focadas, especialmente, nos fatores estão associados ao CAP inadequados.

Palavra-chave: Incontinência urinária. Conhecimentos, Atitudes e Prática em Saúde. Gravidez.

ABSTRACT

The study aimed to assess the knowledge, attitude and practice (CAP) of pregnant women on Urinary Incontinence (UI), identify the prevalence of UI during pregnancy, assess the impact of this condition on the quality of life of pregnant women and identify the factors associated with Inadequate CAP of pregnant women in relation to UI. This is a cross-sectional study, involving 237 pregnant women, selected for convenience, who underwent prenatal care at two outpatient clinics linked to the Federal University of Ceará (UFC). Data collection took place from May to November 2019, using an electronic form containing two instruments. The first with questions related to sociodemographic and obstetric data and evaluation of urinary losses; and the second directed to CAP assessment on UI. The data were analyzed using IBM SPSS® Statistics version 20.0 for Windows, using the Chi-square test for dichotomous variables and the T test for interval variables. The project was submitted to and approved by the Research Ethics Committee of the Maternity Escola Assis Chateaubriand, with opinion number 3,284,173 and complied with the rules of Resolution No. 466/12 of the National Health Council. The sample consisted of women aged 18 to 43 years, most of whom were married or in a stable relationship (86.1%) and had completed high school (50.6%). The prevalence of UI was 49.3%, with a minimum frequency of urinary loss 2 to 3 times a week (50%), in “small quantity” (84.2%) and with a low impact on quality of life (Md: 4.0 ± 3.6 points). Regarding the evaluation of the CAP, the majority had knowledge (89.6%) and practice both to prevent (89.2%) and to treat (78.8%) inadequate. More than half of pregnant women recognized UI as a problem (55.2%) that affects more women (91%) and that can occur at some stage in life (91%). During pregnancy, the majority (57.2%) considered urinary loss normal. Many pregnant women had already heard about UI (84.8%), however, low percentages of correct answers were detected in relation to the knowledge of risk factors (46.8%), prevention (43.8%) and treatment of UI (42.8%). Among those with UI (49.2%), only 21 (21.2%) sought professional help. Despite this, the attitude was assessed as adequate for most women (98.5%). Most reported feeling very comfortable reporting the UI complaint to the health professional (92.0%) even though he was male (80.1%) and practically all (99.0%) acknowledged the pre-natural with an appropriate time to talk to a health professional about ways to prevent or treat the loss of pee. Not receiving guidance on preparing the perineum for delivery during prenatal care ($p = 0.019$), having low schooling ($p < 0.001$), lighter UI ($p = 0.027$) and being a high-risk pregnant woman ($p = 0.004$) were associated with inappropriate practice. Lack of guidance on preparing the perineum was also associated with inadequate knowledge about UI ($p < 0.001$). No variable was

associated with an inappropriate attitude or practice (prevention) and having inadequate knowledge was associated with the practice for inadequate treatment ($p = 0.019$). It is concluded that the knowledge about the causes, ways to prevent and treat UI is insufficient and interferes in the practice to manage this condition. Despite having a high prevalence during pregnancy, the theme is still little addressed during this period and even women who have already sought professional help have not received adequate guidance, showing the need to develop interventions aimed at this population and focused, especially, on the factors that are associated inadequate CAP.

Keyword: Urinary incontinence. Health Knowledge, Attitudes and Practice. Pregnancy.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1	Prevalência das queixas de disfunção do assoalho pélvico entre gestantes (n=237). Fortaleza-CE, 2020	32
Gráfico 2	Identificação do momento em que acontece a perda de urina (n=114). Fortaleza-CE, 2020	33
Gráfico 3	Percentual de acertos na subescala de conhecimento sobre sintomas, fatores de risco, severidade, prevenção e tratamento da IU. Fortaleza-CE, 2020	41
Gráfico 4	Distribuição das gestantes (n=201) de acordo com o quanto sentem-se à vontade para falar sobre a perda de urina com profissional da saúde, companheiro e familiares/amigos. Fortaleza-CE, 2020.	42
Gráfico 5	Distribuição das gestantes segundo a classificação do CAP feita de acordo com a pontuação obtida nas respectivas subescalas. Fortaleza-CE, 2020	46
Gráfico 6	Distribuição das gestantes de acordo com os critérios mínimos estabelecidos para classificação do CAP em adequado ou inadequado. Fortaleza-CE, 2020	46

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Critérios para classificação do conhecimento, atitude e prática sobre IU como adequados. Fortaleza-CE, 2020	30
Figura 2	Critérios para classificação do conhecimento, atitude e prática sobre IU a partir dos escores obtidos em cada subescala. Fortaleza-CE, 2020.	31
Figura 3	Distribuição da pontuação obtida (0-100) na subescala conhecimento (n=201). Fortaleza-CE, 2020	41
Figura 4	Distribuição da pontuação obtida (0-100) na subescala atitude (n=201). Fortaleza-CE, 2020	44
Figura 5	Distribuição da pontuação obtida (0-100) na subescala prática (prevenção) (n=102). Fortaleza-CE, 2020	45
Figura 6	Distribuição da pontuação obtida (0-100) na subescala prática (tratamento) (n=99). Fortaleza-CE, 2020	46

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Dados descritivos da avaliação do conhecimento de gestantes sobre IU (n=201). Fortaleza-CE, 2020	39
Quadro 2	Dados descritivos da avaliação da atitude de gestantes sobre IU (n=201). Fortaleza-CE, 2020	43

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Distribuição das gestantes (n=114) com perda urinária segundo frequência, quantidade e impacto na qualidade de vida pelo ICIQ-SF. Fortaleza-CE, 2020	34
Tabela 2	Distribuição dos dados sociodemográficos da amostra geral (n = 237) e por grupo (com e sem queixa de IU). Fortaleza, CE, 2020	36
Tabela 3	Perfil clínico e obstétrico da amostra total (n = 237) e por grupo (com e sem queixa de IU). Fortaleza, CE, 2020	37
Tabela 4	Fatores associados ao conhecimento inadequado sobre IU. Fortaleza-CE,2020	48
Tabela 5	Fatores associados à atitude inadequada sobre IU. Fortaleza-CE,2020	49
Tabela 6	Fatores associados à prática inadequada sobre IU. Fortaleza-CE,2020	50

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	15
2 OBJETIVOS	19
3 REVISÃO DE LITERATURA	20
4. MÉTODO	27
4.1 Tipo de estudo	27
4.2 Local do Estudo	27
4.3 Seleção da amostra	27
4.4 Coleta de dados	28
4.5 Análise dos dados	31
4.6 Aspectos éticos	32
5. RESULTADOS	33
6. DISCUSSÃO	51
7. CONCLUSÃO	55
REFERÊNCIAS	56
ANEXO A - Escala de avaliação do Conhecimento, Atitude e Prática (CAP) de gestantes sobre IU	62
APÊNDICE A - TERMO CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	66
APÊNDICE B – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	68
APÊNDICE C – AUTORIZAÇÃO PARA USO DA ESCALA	70
APÊNDICE D – FOLHA DE APROVAÇÃO COMITÊ DE ÉTICA	71

1 INTRODUÇÃO

O período gestacional é um momento na vida reprodutiva feminina marcado por transformações. Dentre as diversas modificações que ocorrem no organismo materno, pode-se destacar alterações significativas no conjunto de estruturas que compõem o assoalho pélvico (AP) e que são fundamentais para a evolução da gestação. O AP tem como função conter as estruturas pélvicas. Possui finalidade tanto estática como dinâmica, já que coordena, também, ações de armazenamento e evacuação de urina e fezes, bem como exerce grande influência desde a concepção ao processo de parturição (FREITAS, 2011).

Durante a gravidez, o ganho de peso materno associado ao aumento do volume uterino resulta na elevação da pressão sobre os músculos do assoalho pélvico (MAP), além disso, alterações estruturais nos tecidos conectivos decorrentes das mudanças hormonais influenciam na função de suporte e continência do assoalho pélvico. Essas alterações podem predispor as chamadas disfunções do assoalho pélvico (DAP), tornando-se mais prevalentes à medida que a gestação evolui (MOCCELLIN; RETT; DRIUSSO, 2016).

Dentre as principais DAP que podem ocorrer durante o período gravídico-puerperal pode-se destacar a incontinência urinária (IU), sendo definida pela Sociedade Internacional de Continência (ICS) como a “perda involuntária de urina em qualquer quantidade” (ABRAMS et al., 2017). A IU apresenta prevalência de 25% a 45% somente na população feminina. Durante a gestação, pode variar de 18,6% a 75% e, em até 6 meses após o parto, essa condição pode afetar 27,4% das mulheres (ABRAMS et al., 2017; SANGSAWANG; SANGSAWANG, 2013; SERATI et al., 2008)

Diversos eventos que envolvem o período gravídico-puerperal se relacionam com as causas da IU. O aumento do peso do abdome grávido no último trimestre gestacional e a fisiologia do trabalho de parto e parto, parecem levar a alterações na estática pélvica. A pressão das partes fetais contra o tecido materno causa desarranjos estruturais e das fâscias, estiramento e até avulsão em músculos e nervos desta região. Com a integridade dos músculos do assoalho pélvico afetada, a região torna-se incapaz de realizar a sustentação adequada dos órgãos pélvicos, levando à mobilidade do colo da bexiga e uretra, o que resulta em sintomas de incontinência urinária (SIEVERT et al, 2012; SANGSAWANG; SANGSAWANG, 2013).

Estudo que avaliou a prevalência da IU em gestantes mostrou que 51,5% referiram IU de esforço durante a gestação e 12,5% permaneceram com a queixa até 12 meses após o parto, principalmente aquelas que tiveram parto vaginal (LIN et al., 2018). Em outro estudo, a prevalência de IU chegou a 75,25%, e a gestação, paridade e tabagismo apresentaram

associação com a ocorrência dessa condição durante o período gestacional (NIGAM et al., 2016).

Sabe-se que a ocorrência da IU pode estar relacionada a diversos fatores de risco como obesidade, aumento da idade, gestação, paridade e tipo de parto (ABRAMS et al., 2017), apresentando impacto negativo na qualidade de vida das mulheres, independentemente do tipo de IU (SABOIA et al., 2017).

O impacto que essa condição representa na vida das mulheres, influencia diretamente o convívio social e limita a realização das atividades diárias, como trabalho e lazer, e até mesmo nas relações sexuais (OLIVEIRA et al., 2013). Quando ocorre durante o puerpério, mesmo em pequena quantidade, acarreta grande comprometimento na qualidade de vida, principalmente nos domínios relacionados à saúde física e mental (LEROY; LOPES, 2012).

À vista disso, a IU apresenta-se como uma condição de impacto global com elevada prevalência, custos econômicos e impacto substancial na qualidade de vida. Apesar disso, o comportamento de busca por cuidados profissionais ainda é baixo. Os motivos que impedem ou dificultam a busca por tratamento incluem: considerar a IU como condição natural do processo de envelhecimento ou mesmo não reconhecê-la como anormal; constrangimento em reportar a queixa ao profissional; baixa expectativa com relação ao tratamento ou desconhecimento do mesmo, ou até falta de tempo para busca de cuidados (ABRAMS et al., 2017; MINASSIAN; DRUTZ; AL-BADR, 2003; PERERA et al., 2014; VASCONCELOS et al., 2018).

Com a finalidade de compreender tais comportamentos, estudos que avaliam o Conhecimento, a Atitude e a Prática (CAP) de mulheres relacionado a IU têm sido desenvolvidos. A metodologia CAP se propõe a identificar o que uma determinada população sabe, pensa e age em relação a um determinado assunto (BANO et al, 2013), além disso, possibilita a elaboração de intervenções a partir da necessidade da população estudada.

Revisão sistemática, que teve como objetivo avaliar o CAP de mulheres relacionados a IU, revelou que de um total de 19 artigos identificados, o conhecimento foi avaliado pela maioria (n=15) e todos concluem que existe desinformação sobre a IU nas populações estudadas. A intenção de busca por cuidados de saúde para IU foi estudada em sete artigos, e apenas um evidenciou uma atitude adequada em mais de 70% das participantes. Todos os artigos desta revisão que investigaram o item prática revelaram baixas taxas de busca por cuidados (VASCONCELOS et al., 2018).

A partir disso, alguns estudos (GEOFFRION et al., 2009; LIAO et al., 2006; ZHANG et al., 2016) descreveram variadas estratégias educacionais para aumentar o

conhecimento das mulheres sobre IU e objetivaram medir o impacto dessas intervenções em seus conhecimentos, atitudes e/ou práticas.

Liao et al. (2006) administraram um programa educacional de 4 h sobre o treinamento dos músculos do assoalho pélvico (TMAP) com uma coorte de 55 mulheres taiwanesas com IU e avaliaram o conhecimento antes e 8 semanas após a intervenção educativa. Após a intervenção as participantes apresentaram maiores pontuações de conhecimento, mostrando que a melhora do conhecimento sobre IU e TMAP resultam no aperfeiçoamento da habilidade em gerenciar a IU (LIAO et al., 2006).

Outro estudo que avaliou o impacto de um programa educativo direcionado à mulheres com incontinência e prolapso de órgãos pélvicos (POP) mostrou que após três meses de intervenção houve um aumento no conhecimento sobre a temática, assim como melhora na qualidade de vida e adesão a programas de tratamento (GEOFFRION et al., 2009).

Esses resultados destacam a educação em saúde como ferramenta fundamental no combate ao conhecimento, atitude e práticas inadequadas em relação à IU. Portanto, os profissionais responsáveis pela assistência à mulher nas diversas fases de sua vida devem lançar mão dessa ferramenta elaborando estratégias para prevenção e tratamento da IU.

As evidências encontradas em revisão de literatura sobre a prevenção de IU, indicam que esta pode ser evitada na maioria dos casos, quando os fatores de risco forem modificáveis (SIEVERT et al., 2012) o que sugere um direcionamento mais robusto por parte dos profissionais no foco preventivo.

A atuação do profissional na prevenção da IU pode acontecer ainda no rastreamento de sintomas precoces e subsequente tratamento (prevenção secundária), ou no direcionamento para reabilitação e prevenção de recorrências futuras (prevenção terciária) (SIEVERT et al., 2012). No entanto, sabe-se que a prevenção primária se sobressai, visto que traz resultados favoráveis e de baixo custo (SESHAN; MULIIRA, 2013).

Medidas, apoiadas por evidências científicas (WESNES; LOSE, 2013), devem ser implementadas para diminuir a suscetibilidade da mulher à IU durante a gestação. Dentre elas, estão as ações relacionadas a fatores modificáveis, ou seja, ao estilo de vida, com destaque para manutenção adequada do peso, evitar constipação, e a realização de exercícios para fortalecimento dos músculos do assoalho pélvico. Desta forma, a ação profissional estará direcionada à promoção de comportamentos de saúde protetores, a fim de reduzir a incidência de IU. Agindo dentro do contexto da prevenção primária de modo a identificar potenciais fatores de risco e realizar ações de educação em saúde para estimular mudanças comportamentais que tenham potencial para evitar a IU (SIEVERT et al., 2012).

Prever o desencadeamento de sintomas urinários na gestação e pós-parto se faz fundamental para promoção do bem-estar físico e emocional das mulheres a curto e longo prazo, uma vez que as medidas de fortalecimento do assoalho pélvico trarão diminuição das queixas urinárias na gravidez e após o parto (OLIVEIRA et al., 2010).

Uma vez que a gestação e o parto são importantes fatores de risco, as intervenções dos profissionais de saúde devem ser focadas em grupos vulneráveis, a partir do conhecimento dos fatores de risco, realizando oportunamente busca de sintomas em consultas pré-concepção, pré-natal e pós-parto, durante a investigação de queixas ou mesmo ao exame físico.

Lamentavelmente, há na literatura evidências de indiferença por parte dos profissionais de saúde a estes sintomas, como no estudo de Perera et al. (2014), em que 100% das mulheres estudadas não foram orientadas quanto a prevenção da IU durante o pré-natal (PERERA et al., 2014), e, ainda mais alarmante, aquelas que comunicaram a intercorrência ao profissional de saúde não receberam qualquer tratamento (LOPES; PRAÇA, 2010). Estes aspectos demonstram a fragilidade dos serviços de saúde em corresponder a totalidade das necessidades das mulheres durante a gravidez.

Destaca-se que, no Brasil, os enfermeiros compõem a equipe interdisciplinar responsável pelo pré-natal de risco habitual, porta de entrada da mulher na atenção obstétrica, sendo por isso responsáveis também por essa investigação e assistência (VASCONCELOS et al., 2018).

Considerando-se que o surgimento da IU é resultado de múltiplos fatores de risco que devem e podem ser trabalhados durante a gestação com o objetivo de reduzir o impacto negativo que essa condição pode causar na qualidade de vida das mulheres não só na gravidez, mas também no puerpério e em outras fases da vida; e que, apesar de ser uma queixa comum, poucas gestantes reportam esses sintomas aos profissionais de saúde, surgiram os seguintes questionamentos: qual o conhecimento das gestantes sobre IU? Elas conseguem reconhecer a causa, a possibilidade de prevenção e tratamento dessa condição? Que fatores estão associados ao conhecimento, atitude e prática adequados diante da IU?

No Brasil, poucos estudos foram desenvolvidos em relação a temática apresentada, mostrando ainda lacunas que precisam ser preenchidas a fim de se melhorar a assistência prestada durante o período gravídico-puerperal. Avaliar o conhecimento, a atitude e a prática de gestantes sobre IU permitirá uma melhor compreensão sobre como essa população pensa e age diante dessa condição sendo o passo inicial para direcionar a construção de intervenções voltadas às necessidades dessa clientela.

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

Avaliar o conhecimento, atitude e prática de gestantes sobre incontinência urinária.

2.2 Específicos

Identificar a prevalência e os fatores de risco associados à queixa de incontinência urinária durante a gestação;

Avaliar o impacto da incontinência urinária na qualidade de vida das gestantes;

Identificar os fatores associados ao conhecimento, atitude e prática inadequadas de gestantes em relação à IU.

3 REVISÃO DA LITERATURA

Sintomas urinários são frequentemente relatados durante o período pré e pós-natal e podem ser chamados de *Lower Urinary Tract Symptoms (LUTS)* ou Sintomas do Trato Urinário Inferior (STUI), em português, podendo se apresentar como: urgência urinária, noctúria, polaciúria e incontinência urinária. Durante o período gestacional o sistema urogenital passa por modificações anatômicas e fisiológicas decorrentes do aumento do volume uterino e alterações hormonais. Tais modificações alteram os mecanismos envolvidos com a continência urinária, resultando nos sintomas urinários (BALIK et al., 2016; PANAYI; KHULLAR, 2009; SCARPA et al., 2006).

A IU caracterizada como a “perda involuntária de urina em qualquer quantidade” é classificada pela Sociedade Internacional de Continência (ICS) como IU de esforço (IUE) quando a perda urinária ocorre durante esforço ou atividade física, IU de urgência (IUU) quando a perda está associada à necessidade imediata de urinar e a IU mista (IUM) quando há perda urinária associada à urgência e esforço (ABRAMS et al., 2017).

Semelhante ao aparecimento de outros sintomas do trato urinário inferior, a IU pode começar nas primeiras semanas de gestação e aumentar significativamente sua prevalência durante a gravidez. A IUU e a IUE são os sintomas bastante relatados sendo o mais prevalente a IUE (FITZGERALD; GRAZIANO, 2007) que varia de 18,6 a 75% e apresenta-se mais grave no terceiro trimestre (SANGSAWANG; SANGSAWANG, 2013).

Em uma coorte prospectiva realizada com 515 nulíparas, que buscou identificar as mudanças na prevalência de sintomas urogenitais durante a gestação e a avaliar o incômodo gerado por esses sintomas, Van Brummen e colaboradores (2006) identificaram que com 12 semanas de gestação 91,5% das mulheres vivenciaram um ou mais sintomas urogenitais como: aumento da frequência e urgência miccional, IU de urgência ou estresse, dificuldade de esvaziar a bexiga, sintomas de prolapso, dor em baixo ventre entre outros, e com 36 semanas de gestação essa prevalência passou a ser de 96,5%.

Sintomas de urgência, frequência e urge-incontinência aumentaram de 3% na 12ª semana de gestação para 15% na 36ª semana e estiveram associados a impacto negativo da qualidade de vida (VAN BRUMMEN et al., 2006).

Outro estudo realizado por Balik e colaboradores (2016), que investigou a presença de STUI entre gestantes de 28 a 40 semanas de gestação, mostrou que a prevalência desses sintomas foi de 81,6%. Sintomas como aumento da frequência, noctúria, urgência e disúria

apresentaram prevalência de 77,6, 52,8, 27,2 e 39,2%, respectivamente. A prevalência de IU foi de 37,2% sendo a IUE mais comum em multíparas do que em primigestas, com diferença estatisticamente significativa ($p=0,041$). Além disso, idade avançada, tabagismo e multiparidade foram fatores de risco associados a ocorrência de IU (BALIK et al., 2016).

Estudo transversal conduzido com 750 gestantes também mostrou uma prevalência de IU de 40%, sendo a IUE o tipo mais comum, acometendo 80,3% das participantes. Dentre as mulheres que vivenciaram a perda urinária, esta foi usualmente classificada como moderada (59,7%) e a maioria ocorria mais de uma vez ao dia (29,3%) sendo mais comum no terceiro trimestre (54%) (DINÇ, 2018).

Observou-se também que a queixa de IU aumentou com o aumento das semanas de gestação ($p<0,001$) e a prevalência de IU naquelas que tiveram três ou mais gestações ($p<0,001$) e eram multíparas ($p<0,001$) foi maior. As queixas de IU foram mais frequentes naquelas que tiveram parto instrumental e parto vaginal ($p<0,001$) e menos frequentes naquelas gestantes com baixo peso ou peso adequado ($p<0,001$, $p=0,003$, respectivamente) (DINÇ, 2018).

A IU é uma condição que pode estar relacionada a diversos fatores de risco na população feminina. Estudos apontam que a idade avançada, obesidade, cirurgias ginecológicas como histerectomia, paridade, gestação e tipo de parto, comorbidades como diabetes, infecção do trato urinário (ITU) entre outras podem resultar em sintomas urinários. Contudo, apesar dos vários estudos longitudinais de alta qualidade sobre os fatores de risco relacionados à IU, a literatura ainda é muito heterogênea sendo possível afirmar que entre mulheres jovens e de meia-idade, apenas idade, elevado índice de massa corpórea (IMC), paridade e tipo de parto estão inequivocamente associados à IU sendo a associação com a UIE maior que a IUU (ABRAMS et al., 2017).

A paridade é considerada como um dos fatores de risco mais importantes para IU, sendo o número de partos diretamente relacionado ao risco para o desenvolvimento da IU, especialmente na terceira e quarta décadas de vida. Quanto ao tipo de parto, tem sido postulado que o parto vaginal, especialmente durante o período expulsivo, pode ter um efeito negativo sobre as estruturas nervosas que sustentam o assoalho pélvico (ABRAMS et al., 2017; FITZGERALD; GRAZIANO, 2007).

Meta-análise de dados de 15 estudos transversais mostrou que o parto vaginal está associado ao dobro de chances da ocorrência de IUE no longo prazo com risco 8% maior quando comparado à cesariana, sendo sua influência maior na ocorrência de IU em mulheres jovens (TÄHTINEN et al., 2016). Dessa forma, evidências apontam que, em curto prazo, a cesariana apresenta um efeito protetor na ocorrência de IUE e IUM (ABRAMS et al., 2017).

Embora exista um crescente corpo de evidências que suportam a ideia do parto vaginal como risco potencial para o desenvolvimento de sintomas urinários, é importante destacar que à longo prazo a ocorrência de IU e outras disfunções do assoalho pélvico estarão relacionadas a outros fatores risco. Sendo assim, é preciso identificar mulheres com maior risco para o desenvolvimento dessas disfunções e atuar de forma preventiva nesses fatores (DIETZ; SCHIERLITZ, 2005; FITZGERALD; GRAZIANO, 2007).

Apesar do efeito protetor da cesariana, na maioria das mulheres o início da incontinência ocorre durante a gravidez e em alguns casos permanece no puerpério, apresentando nesse período uma prevalência estimada de 6 a 31% (ABRAMS et al, 2017; SIEVERT et al., 2012).

Estudo que buscou determinar a presença de disfunções do assoalho pélvico 3 a 5 anos após o parto, mostrou que a prevalência da IU nesse período foi de 40,8% nas mulheres que tiveram parto vaginal e 22,7% naquelas que tiveram cesariana (NG et al., 2017). Coorte prospectiva mostrou que sintomas urinários foram reportados 12 anos após o parto em 66% das mulheres que tiveram IU durante a gestação e pós-parto quando comparadas aquelas que foram continentemente durante esses períodos (32,6%) (VIKTRUP; RORTVEIT; LOSE, 2008).

Em outra coorte que também investigou a persistência de sintomas urinários 12 anos após o parto mostrou que entre aquelas que apresentaram IU três meses após o parto, 76,4% continuaram incontinentes (MACARTHUR et al., 2016).

Vale salientar que, além do tipo de parto, outros fatores podem contribuir para a persistência da IU no puerpério. Dentre eles pode-se citar IMC elevado, presença de IU na gestação, idade gestacional maior que 37 semanas, constipação, multiparidade e idade materna acima de 35 anos. Fatores como episiotomia, indução do parto, peso do RN ao nascer, perímetro cefálico do RN podem estar relacionados à ocorrência de IU, contudo ainda é necessário evidências de maior qualidade (ABRAMS et al, 2017; SIEVERT et al., 2012; LEROY; LÚCIO; LOPES, 2016; MACARTHUR et al., 2016).

Diante do exposto, nota-se que a IU está associada a fatores de risco em muitos casos modificáveis. Dessa forma mudanças no estilo de vida e adoção de comportamentos que visem prevenir a ocorrência de sintomas urinários devem ser adotadas antes mesmo da gestação e independente do tipo de parto que a mulher possa vir a ter. A prevenção primária dessa condição pode estar relacionada ao incentivo de perder de peso, evitar constipação, realizar o TMAP e mudanças na alimentação (BURGIO et al., 2003; SIEVERT et al., 2012).

A realização do TAMP pode ser útil tanto na prevenção como tratamento da IU na gestação podendo evitar sua ocorrência até mesmo no pós-parto se realizada de forma adequada com orientação profissional (FITZGERALD; GRAZIANO, 2007; SIEVERT et al., 2012).

Morkved e colaboradores (2003), através da realização de um ensaio clínico randomizado (ECR), designaram aleatoriamente 301 mulheres nulíparas para participar de um curso de TMAP de 12 semanas ou para receberem cuidados habituais sem o TMAP. Após o estudo evidenciou-se que menos mulheres no grupo de TMAP relatou IU com 36 semanas de gestação (32% com incontinência no grupo de treinamento, 48% no grupo controle) e 3 meses após o parto (20% no grupo de treinamento, 32% no grupo controle) (MØRKVED et al., 2003).

Em ECR mais recente que buscou investigar o efeito de um programa de TMAP de 6 semanas para prevenir IUE durante a gestação mostrou que menos mulheres do grupo intervenção, 9 de 33 (27,3%), comparadas ao do grupo controle, 16 de 30(53,3%), apresentaram IUE com 38 semanas de gestação. Além de ser eficaz na prevenção da IU, o programa de TMAP reduziu a gravidade dos sintomas nas mulheres que apresentaram a perda urinaria ao final da gestação (SANGSAWANG; SANGSAWANG, 2016).

Além da realização supervisionada do TMAP para prevenir a IU (BURGIO et al., 2003; FITZGERALD; GRAZIANO, 2007; MØRKVED et al., 2003; SANGSAWANG; SANGSAWANG, 2016), outras tecnologias e formas de orientação podem ser adotadas pelo profissionais de saúde para prover informações sobre a temática às mulheres. Como por exemplo o aplicativo denominado Continece App que é uma tecnologia educacional que tem como objetivo promover a adesão de mulheres no pós-parto na realização de exercícios do assoalho pélvico e prevenir IU (SABOIA et al., 2019).

Diante do exposto, evidencia-se ainda mais a necessidade de estudos que avaliem o conhecimento dessa população sobre a temática e identifiquem o que impede a busca por cuidados profissionais. Mesmo a IU sendo uma condição prevalente na gestação e de grande impacto na qualidade de vida a busca por cuidados e o conhecimento da população acerca dessa temática ainda é deficiente.

Conforme destacado anteriormente, avaliar o conhecimento, a atitude e a prática de uma população permite compreender o que a mesma sabe, pensa e age sobre determinado assunto (BANO et al, 2013) possibilitando a elaboração de intervenções direcionadas as suas necessidades. É reconhecido que o conhecimento adequado sobre essa condição é importante para que as mulheres possam fazer escolhas informadas acerca dos seus cuidados pré-natais, incluindo adoção de medidas protetoras e a busca por cuidado caso sejam identificados os sintomas

De acordo com a revisão sistemática conduzida por Vasconcelos et al (2018), ainda existem diversas lacunas no conhecimento sobre a IU, e não somente a falta de conhecimento interfere na busca por cuidados, mas também concepções errôneas a respeito da temática influenciam diretamente sua atitude e prática.

Os estudos avaliados apontaram que, dentre as falsas concepções a respeito da IU, muitas mulheres ainda acreditam que a IU é uma condição normal do processo de envelhecimento (BRANCH et al., 1994; LIAO et al., 2006; SALEH et al., 2005) e além disso, não conhecem as causas da IU nem reconhecem a possibilidade de tratamento (PERERA et al., 2014). O baixo conhecimento sobre como prevenir ou tratar a IU também foi identificado, mostrando que a realização do TMAP é pouco conhecida pela população feminina e a cirurgia é vista como a melhor forma de tratar a IU (BRANCH et al., 1994; LOPEZ et al, 2003).

O baixo conhecimento sobre a temática muitas vezes impede o relato da queixa aos profissionais de saúde. Estudo transversal, realizado com 288 mulheres com até 6 meses após o parto mostrou que dentre as mulheres que referiam IU, apenas 14% comunicaram o sintoma ao profissional de saúde (LOPES; PRAÇA, 2010), contudo quando questionadas a respeito da presença de sintomas essas mulheres tendem a relatar a queixa (GEYNISMAN-TAN; TAUBEL; ASFAW, 2018).

Atitude e prática também estiveram relacionadas ao nível de conhecimento das populações estudadas. Mulheres com conhecimento inadequado tendem a apresentar atitudes negativas, além disso sentimento de culpa e vergonha também impedem a busca por cuidados profissionais (YUAN; WILLIAMS; LIU, 2011).

A literatura mostra que diversas barreiras interferem na atitude e prática adequadas, dentre elas estão o constrangimento em reportar a queixa, concepção de que a IU é natural durante o processo de envelhecimento ou após o parto, baixas expectativas quanto aos cuidados profissionais, crença de que os sintomas irão se resolver de forma espontânea ou mesmo pensar que o tratamento terá custo elevado (EL-AZAB; SHAABAN, 2010). Percebe-se então que o conhecimento, atitude e prática estão relacionados entre si, e ainda, são influenciados por fatores sociais e culturais.

Dessa forma, mesmo diante da ampliação do acesso à informação, concepções equivocadas a respeito da IU ainda necessitam ser trabalhadas pelos profissionais de saúde e o baixo conhecimento das mulheres implica na dificuldade de reconhecer formas de prevenção e tratamento, afetando de forma negativa a busca por cuidados e adoção de comportamentos saudáveis.

Além de avaliar o escopo da literatura existente sobre o CAP de mulheres relacionado à IU a revisão sistemática citada identificou que dentre os 19 artigos avaliados, foram encontrados 14 instrumentos de coleta de dados, sendo quatro apenas para avaliação do conhecimento, dois para atitude, três para prática, dois para conhecimento e atitude, um para conhecimento e prática e dois para conhecimento, atitude e prática. Nenhum dos instrumentos descritos foi construído ou validado para língua portuguesa (VASCONCELOS et al., 2018).

Para suprir essa lacuna, em 2017, a Escala de avaliação do Conhecimento, Atitude e Prática de gestantes sobre IU (ANEXO A) foi construída e validada por Firmiano (2017), segundo referencial teórico-metodológico proposto por Pasquali (1998), o qual estabelece como necessária a aplicação de três conjuntos de procedimentos (polo teórico, polo experimental e polo analítico) no processo de construção e validação de escalas (PASQUALI, 1998).

Durante a execução do polo teórico, foi realizada revisão da literatura, cuja síntese dos estudos selecionados guiou a operacionalização dos 23 itens da escala e suas dimensões. Dez especialistas em uroginecologia realizaram a análise teórica dos itens e as avaliações e alterações sugeridas foram analisadas por meio do Coeficiente de Validade de Conteúdo (CVC) e coeficiente Kappa. Foram realizadas as análises de adequações semânticas a partir da aplicação da escala em 30 gestantes e, ao final de todas as etapas de avaliação, o valor médio do coeficiente de *Kappa* calculado foi de 0,84 ($p < 0,01$). Verificou-se que houve concordância entre os juízes no que se refere a classificação dos itens dentro das dimensões conhecimento, atitude e prática.

Tendo em vista que a escala proposta é de grande interesse para a promoção da continência em gestantes, já que a avaliação do CAP sobre IU possibilitará identificar as barreiras para a adoção de comportamentos saudáveis e desenvolver estratégias de intervenção nos construtos avaliados como inadequados, optou-se por utilizá-la nessa pesquisa conforme autorização da autora (APÊNDICE C).

Para tanto, vale ressaltar que devido a forma como a Escala de avaliação do Conhecimento, Atitude e Prática de gestantes sobre IU foi construída, utilizando-se perguntas com respostas dicotômicas, em sua maioria, não possibilitou realização do pólo analítico (análise fatorial) proposto por Pasquali (1998). Isso pode ser atribuído à complexidade de se construir uma escala que envolve três construtos desafiadores concomitantemente, o que também foi encontrado durante a revisão psicométrica realizada na fase preliminar dessa pesquisa (RIBEIRO et al., 2019) com o objetivo de analisar as propriedades psicométricas dos instrumentos que medem conhecimento e/ou atitude e/ou prática relacionada à incontinência

urinária (UI), que concluiu não ser possível recomendar qualquer um dos instrumentos avaliados sem reservas.

Dos sete estudos incluídos na amostra final dessa revisão, quatro avaliaram somente o conhecimento, dois a prática e apenas um, os três construtos (EL-AZAB; SHAABAN, 2010b; HEIT; BLACKWELL; KELLY, 2008; HENDERSON; KASHKA, 1999; JU et al., 2017; KANG; JONES; KIM, 2012; KARA et al., 2018; SHAH et al., 2008). O instrumento, chamado *Urinary Incontinence Scales* (HENDERSON; KASHKA, 1999) foi construído para avaliar o conhecimento, atitude, prática e crenças de enfermeiros sobre IU. Embora tenha sido construído com categorias de resposta Likert de seis e quatro pontos e itens "verdadeiros ou falsos", apresentou consistência interna questionável na subescala de conhecimento. Contudo, o desempenho da análise fatorial confirmatória mostrou que a eliminação desse domínio faria a solidez das outras subescalas questionáveis, o que levou os autores a optar por mantê-lo no instrumento (RIBEIRO et al., 2019).

Outro instrumento, desenvolvido por Zhang et al. (2010), foi utilizado para avaliar o conhecimento, atitude e prática das mulheres a respeito da realização dos exercícios de treinamento muscular no assoalho pélvico no período pós-parto. No entanto, este instrumento não apresentou um estudo de validação (RIBEIRO et al., 2019).

Dessa forma, apesar de concordar com a recomendação da Sociedade Internacional de Continência (ICS) que reforça a importância da utilização de instrumentos submetidos à avaliação de suas propriedades psicométricas, optou-se por utilizar a escala desenvolvida por Firmiano (2017), que, apesar de não ter passado por processo de avaliação da confiabilidade, apresenta como vantagens ser a única construída em português, contemplar os três construtos de interesse da pesquisa com gestantes, e que a mesma representa o construto que pretende medir devido ao consenso alcançado entre os juízes (coeficiente de $Kappa=0,84$; $p < 0,01$).

4 MÉTODO

4.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo de natureza observacional, de corte transversal. O delineamento transversal é utilizado quando se pretende descrever variáveis e seus padrões de distribuição. As medições do efeito à exposição são realizadas em uma única ocasião, possibilitando a obtenção de dados de prevalência (HULLEY et al, 2015). Com o objetivo de melhorar a qualidade de apresentação e descrição dos dados ora apresentados, foram utilizadas as recomendações da iniciativa *Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology* (STROBE) (MALTA et al., 2010).

4.2 Local do estudo

A investigação ocorreu em duas instituições pertencentes à Universidade Federal do Ceará. Uma delas foi a Coordenadoria de Desenvolvimento Familiar (CDEFAM), onde são desenvolvidos atendimentos direcionados a saúde da mulher, como pré-natal, prevenção e consultas de planejamento familiar. A outra foi o ambulatório de pré-natal da Maternidade Escola Assis Chateaubriand (MEAC), que é uma instituição de referência no estado em Obstetrícia. A referida maternidade oferece atendimentos de urgência e emergência, ambulatoriais, além de leitos de enfermaria e de unidade de terapia intensiva com equipe interdisciplinar (médicos, fisioterapeutas e enfermeiros) nos campos da obstetrícia, ginecologia e neonatologia.

4.3 Seleção da amostra

A população do estudo foi composta pelas gestantes que estavam realizando acompanhamento pré-natal nas duas instituições vinculadas à Universidade Federal do Ceará citadas anteriormente. Para compor a amostra foram selecionadas gestantes com idade maior ou igual a 18 anos. Mulheres com diagnóstico de Infecção do Trato Urinário (ITU) no momento da coleta foram excluídas.

Considerando a média de atendimentos pré-natais mensais e o período destinado à coleta de dados a amostra probabilística foi calculada com base na fórmula para cálculo de populações finitas, adotando-se coeficiente de confiança de 95%, e erro amostral máximo permitido de 5%, contabilizando um tamanho amostral de 237 gestantes.

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

Onde: n= tamanho da amostra, $Z\alpha^2$ = nível de significância escolhido, expresso em número de desvio padrão p = prevalência do agravo de saúde, q = complementar da prevalência (1-p), N = tamanho da população e E^2 =nível de precisão.

As gestantes foram selecionadas por conveniência e eram abordadas enquanto aguardavam a consulta de pré-natal.

4.4 Coleta de dados

4.4.1 Procedimento para coleta de dados

A coleta de dados foi realizada no período de maio a novembro de 2019. As gestantes eram abordadas pelos pesquisadores enquanto aguardavam a consulta de pré-natal, e após avaliados os critérios de elegibilidade, eram convidadas a participar do estudo. Após o consentimento da participante, dava-se assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A), e início a pesquisa.

Os instrumentos foram aplicados por meio de entrevista individualizada, em ambiente reservado, e a equipe de coleta foi composta por três pesquisadores treinados: a pesquisadora principal e dois bolsistas do Grupo Interdisciplinar de Pesquisas sobre Saúde da Mulher e Assoalho Pélvico (GISMAP). O treinamento consistiu em uma atualização proporcionada pelo GISMAP sobre IU (definição, classificação, fatores de risco e tratamento) de acordo com o recomendado pela IUGA/ICS e de reuniões em que a pesquisadora principal revisou, com os dois bolsistas, item por item dos instrumentos utilizados na coleta de dados. Além disso, inicialmente eles apenas observaram a autora principal aplicar o instrumento; em seguida, aplicaram o instrumento sob supervisão da pesquisadora principal até que a mesma os liberasse para, enfim, aplicarem sozinhos.

Para facilitar a coleta de dados, impedir o extravio de instrumentos coletados e minimizar a possibilidade de deixar perguntas em branco, a aplicação do instrumento foi realizada por meio eletrônico, utilizando-se o *Google Forms*, ativando a ferramenta de resposta obrigatória. A equipe de coleta de dados utilizou dispositivos móveis (celulares e/ou tablets) para acessar o instrumento e realizar a entrevista de segunda a sexta nos turnos da manhã e tarde, conforme os horários de realização de pré-natal nas instituições selecionadas.

4.4.2 Instrumentos para coleta de dados

Para obtenção dos dados foram aplicados 2 instrumentos. O primeiro questionário (APÊNDICE B), é dividido em três partes e foi utilizado para avaliação dos dados sociodemográficos (parte I), obstétricos (parte II) e avaliação das queixas urinárias (parte III). Para avaliação das queixas urinárias (parte III) foi utilizado *International Consultation Incontinence Questionnaire –Short Form* (ICIQ-SF).

A parte I do instrumento contém as seguintes variáveis independentes: idade, estado civil, escolaridade, renda, religião, peso, altura e prática de atividade física.

A parte II do instrumento contém variáveis consideradas como fatores de risco obstétrico para o surgimento da IU, como: idade gestacional, número de gestações, parto (normal, cesárea e instrumental), trauma perineal anterior, peso do recém-nascido, orientações recebidas no pré-natal e número de consultas.

A parte III do instrumento foi elaborada com perguntas para investigar principalmente a presença da IU, mas também frouxidão vaginal, através da autopercepção da participante, e sensação de bola na vagina. A busca por outros sintomas que não somente a IU justifica-se pelo fato de as disfunções não ocorrerem de forma isolada, na maioria das vezes, o que torna relevante para melhor análise dos resultados. Ainda na parte III do mesmo instrumento, optou-se por incluir o *International Consultation Incontinence Questionnaire –Short Form* (ICIQ-SF), que se trata de um questionário específico, traduzido e validado para o português, que avalia o impacto da IU na qualidade de vida e qualifica as perdas urinárias quanto à frequência e à gravidade, acrescido de oito itens de autodiagnóstico, relacionados às causas ou às situações de IU vivenciadas pelos pacientes (TAMANINI et al., 2004).

Após o preenchimento do primeiro instrumento subdividido em três partes, procedia-se a utilização da Escala de Avaliação do Conhecimento, Atitude e Prática (CAP) de Gestantes sobre IU (ANEXO A). Essa Escala é validada quanto aparência e conteúdo, e possui 23 itens, distribuídos em 3 subescalas:

- A primeira, que avalia o construto Conhecimento é composta por 10 perguntas (itens 1 a 10), relacionadas ao entendimento da IU enquanto doença. As perguntas avaliam o conhecimento das mulheres sobre sintomas, fatores de risco, severidade da IU e formas de prevenção e tratamento.
- A segunda, que avalia a Atitude é composta por oito perguntas (itens 11 a 18) e busca identificar a percepção de busca por cuidados. Os itens relacionados a essa

subescala avaliam as atitudes de enfrentamento e busca de apoio por formas de prevenir ou tratar a IU.

- A terceira subescala, que avalia o construto Prática, está relacionada a realização de medidas de prevenção e tratamento, é composta por cinco perguntas (itens 19 a 23). Para essa subescala, as perguntas sobre prevenção são direcionadas às mulheres sem queixa de perda urinária. Já os itens sobre tratamento, são voltados à mulheres com IU (FIRMIANO, 2017). As três subescalas apresentam pontuação em escores que variam de 0 a 100.

Apesar de a Escala proposta avaliar os construtos por meio de escores, em seu processo de validação inicial, não foram estabelecidos pontos de corte para que o conhecimento, a atitude e a prática fossem categorizados como adequados ou inadequados.

Apesar disso, a partir do embasamento teórico sobre a temática, e de outros estudos já realizados (MALTA et al., 2017; RIBEIRO et al., 2019; VASCONCELOS et al., 2018), para o estudo ora apresentado, o conhecimento, a atitude e a prática foram avaliados e classificados conforme os critérios descritos a seguir (Figura 1).

Figura 1 – Critérios para classificação do conhecimento, atitude e prática sobre IU como adequados. Fortaleza-CE, 2020.

CONHECIMENTO	<i>Adequado:</i> para ser considerada com conhecimento adequado, a mulher deve, no mínimo: ter ouvido falar sobre IU; saber que existe algo para evitar a IU e citar alguma forma correta de prevenção; saber que existe tratamento para a IU e citar alguma forma correta de tratamento.
ATITUDE	<i>Adequada:</i> para ser considerada com atitude adequada, a mulher deve, no mínimo: afirmar que caso a mulher tenha grande perda de xixi deve buscar ajuda profissional para tratá-la.
PRÁTICA	<i>Adequada:</i> para ser considerada com prática adequada, a mulher <i>sem queixa de IU</i> deve, no mínimo: ter perguntado para algum profissional de saúde o que fazer para evitar a perda de urina ou praticar algo correto para evitar a perda de urina. Já a mulher <i>com queixa de IU</i> deve, no mínimo: ter buscado ajuda para tratar a perda de urina com um profissional de saúde.

Fonte: Elaborado pela autora.

Mulheres que não atendessem aos critérios estabelecidos na Figura 1, eram classificadas como CAP inadequados.

Considerando que para cada subescala as gestantes poderiam pontuar de 0 a 100 escores, estes também foram categorizados conforme apresentado a seguir (Figura 2). O escore para cada item da escala apresenta um peso diferente, conforme critérios utilizados por Firmiano (2017) e que podem ser visualizados no Anexo A.

Figura 2 – Critérios para classificação do conhecimento, atitude e prática sobre IU a partir dos escores obtidos em cada subescala. Fortaleza-CE, 2020.

CONHECIMENTO ESCORE (0-100)	ATTITUDE ESCORE (0-100)	PRÁTICA ESCORE (0-100)
<ul style="list-style-type: none"> • < 75 pontos: INSUFICIENTE • 75 pontos: BÁSICO (pontuação mínima para ser considerado adequado) • > 75 pontos: AVANÇADO 	<ul style="list-style-type: none"> • < 60 pontos: INSUFICIENTE • 60 pontos: BÁSICA (pontuação mínima para ser considerado adequado) • > 60 pontos: AVANÇADA 	<ul style="list-style-type: none"> • Mulheres sem IU: • < 50 pontos: INSUFICIENTE • 50 pontos: BÁSICO (pontuação mínima para ser considerado adequado) • 100 pontos: AVANÇADO • Mulheres com IU: • < 80 pontos: INSUFICIENTE • 80 pontos: BÁSICO (pontuação mínima para ser considerado adequado) • 100 pontos: AVANÇADO

Fonte: Elaborado pela autora.

4.4 Análise dos dados

Os dados obtidos durante a coleta foram armazenados em um banco de dados no Excel e exportados para o IBM SPSS® Statistics versão 20.0 para Windows e apresentados em tabelas e gráficos.

Para a avaliação do conhecimento, atitude e prática de gestantes sobre IU foram considerados tanto o percentual de mulheres classificadas com conhecimento, atitude e prática adequados e inadequados, conforme os critérios estabelecidos; como, a média dos escores de cada uma das três subescalas.

A prevalência da queixa de IU urinária durante a gestação foi calculada a partir da primeira pergunta do ICIQ-SF, sendo considerada como IU ausente, a resposta “nunca” e as demais, como IU presente.

Para avaliação do impacto da IU na qualidade de vida das gestantes utilizou-se a terceira pergunta do ICIQ-SF.

A fim de identificar os fatores associados ao conhecimento, atitude e prática inadequadas de gestantes em relação à IU, as mulheres foram subdivididas em conhecimento adequado/inadequado, atitude adequada/inadequada e prática adequada/inadequada e as variáveis sociodemográficas, obstétricas e presença/ausência de IU foram comparadas entre os grupos.

As variáveis dicotômicas foram descritas em suas frequências e percentuais e comparadas por meio do Teste de Qui-quadrado. As variáveis intervalares foram expressas em média±dp, mediana (p25-p75) e comparadas utilizando-se o teste T.

4.5 Aspectos éticos

O projeto foi submetido e aprovado no Comitê de Ética em pesquisa da Maternidade Escola Assis Chateaubriand via Plataforma Brasil, com número de parecer 3.284.173, no dia 25 de abril de 2019. As participantes do estudo assinaram Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A), sendo garantido sigilo sobre todas as informações coletadas, assegurando o anonimato das participantes, segundo as normas da resolução nº466/12 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde para pesquisa com seres humanos (BRASIL, 2012).

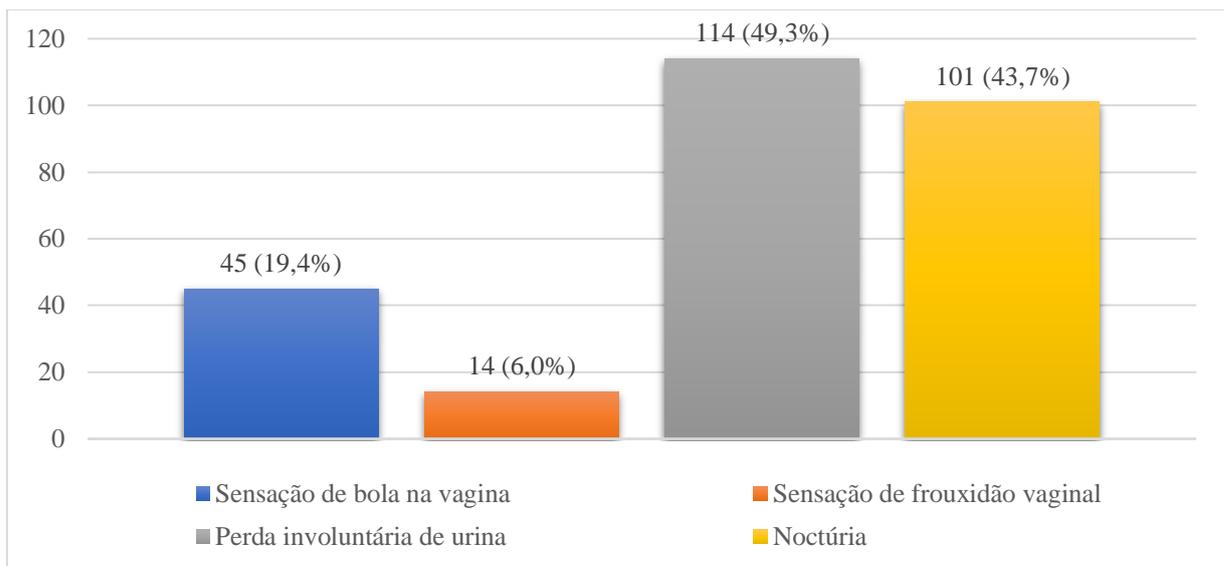
5 RESULTADOS

5.1 Identificação da prevalência das queixas de disfunção do assoalho pélvico na gestação

A amostra total do estudo foi composta por 237 gestantes. Dessas, 114 apresentavam perda involuntária de urina, representando 49,3% da amostra total. Dentre as que possuíam IU 43,7% referiram noctúria (Gráfico 1).

Com relação a presença de sintomas de prolapso uterino, 19,4% das mulheres referiram sensação de bola na vagina e dentre aquelas que tinham vida sexual ativa, 6% apresentaram queixa de frouxidão vaginal durante a relações (Gráfico 1).

Gráfico 1. Prevalência das queixas de disfunção do assoalho pélvico entre gestantes (n=237). Fortaleza-CE, 2020.



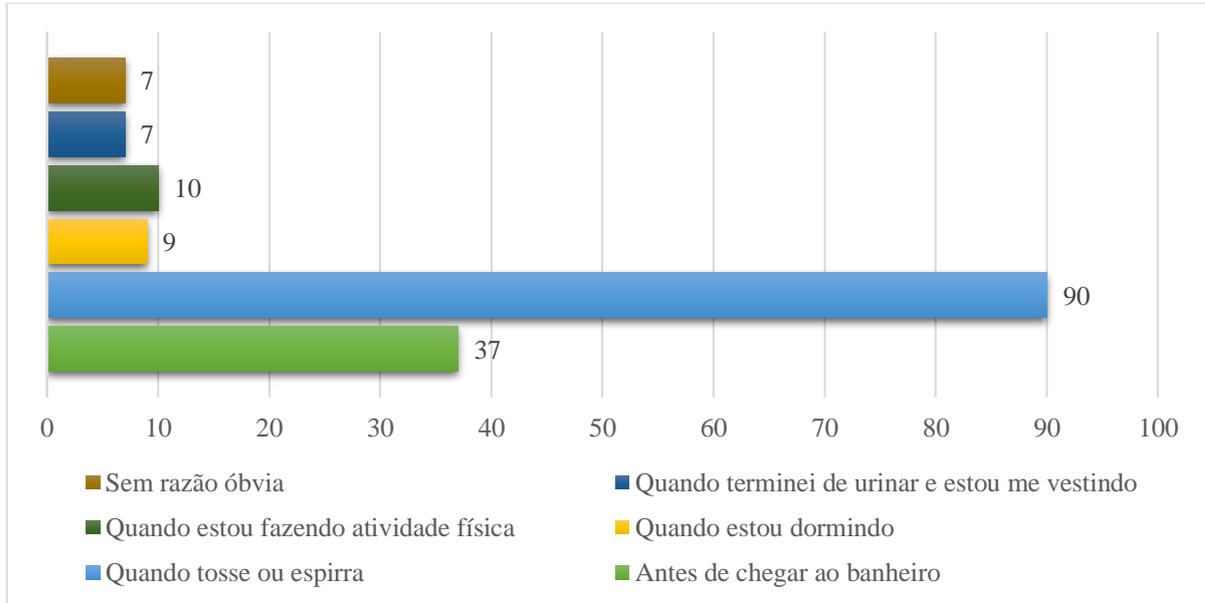
Fonte: Elaborado pela autora

5.2 Avaliação da frequência, intensidade e impacto da IU na qualidade de vida da gestante

Dentre as gestantes que apresentaram perda involuntária de urina (49,3%), referiram que esta acontece principalmente durante as seguintes situações: antes de chegar ao banheiro (32,4%) ou quando tosse ou espirra (78,9%) (Gráfico 2). Mais da metade (70,1%) relacionou o início da queixa com a gestação atual. Para outras, essa queixa se prolonga desde

a gestação (19,2%) ou parto anterior (2,6%). Apenas nove (7,8%) mulheres não perceberam qualquer relação entre a perda urinária atual e a gestação ou parto.

Gráfico 2. Identificação do momento em que acontece a perda de urina (n=114). Fortaleza-CE, 2020.



Fonte: Elaborado pela autora

Com relação à frequência da perda urinária, metade (50%) das gestantes relatou uma frequência mínima de 2 a 3 vezes por semana, em “pequena quantidade”, na maioria das vezes (84,2%), e com baixo impacto na qualidade de vida (Md: $4,0 \pm 3,6$ pontos) (Tabela 1). Apenas 12 (10,5%) gestantes referiram utilizar forros devido à perda de urina, sendo a média de $1,2 \pm 2,3$ forros por dia.

Tabela 1 – Distribuição das gestantes (n=114) com perda urinária segundo frequência, quantidade e impacto na qualidade de vida pelo ICIQ-SF. Fortaleza-CE, 2020.

Variável	N (%)	Md±dp (P25-P75)
Frequência da perda		
Uma vez por semana ou menos	57 (50,0)	
Duas ou três vezes por semana	18 (15,8)	
Uma vez ao dia	16 (14,0)	
Diversas vezes ao dia	20 (17,5)	
O tempo todo	03 (2,6)	
Quantidade da perda		
Pequena quantidade	96 (84,2)	
Moderada quantidade	12 (10,5)	
Grande quantidade	06 (5,3)	
Impacto da IU na qualidade de vida		$4,0 \pm 3,6$ (0,0-7,0)
Score Total		$7,7 \pm 5,4$ (3,0-12,0)

Fonte: Elaborado pela autora

5.3 *Identificação dos fatores de risco para IU entre gestantes*

A amostra total (n=237) foi composta por mulheres com idade entre 18 a 43 anos (Md: 28,9±6,14), sendo a maioria casada ou em união estável (86,1%) e católica (46%). Aproximadamente metade (50,6%) possui ensino médio completo (12 anos de estudo), com média de 11,27±3,69 anos de estudo e de R\$ 1.497,19±903,04 de renda familiar mensal. Não houve diferença em relação ao perfil sociodemográficos das gestantes com e sem queixa de IU (Tabela 2).

A maioria das gestantes iniciou o pré-natal ainda no primeiro trimestre de gestação (66,7%) e estavam, no momento da entrevista, no final do segundo trimestre da gestação (Md: 26,2±7,6 semanas), com uma média de 5,28±2,94 consultas. Apesar disso, mais de 90% referiu não ter recebido qualquer orientação durante esse período sobre como preparar o períneo para o parto. Apenas 19 (8,0%) afirmaram praticar alguma atividade física, sendo a corrida/caminhada a mais referida (57,8%) (Tabela 3).

O perfil obstétrico da amostra foi composto, em sua maioria, por secundigestas (n=83/35,0%), primíparas (Md:1,11±1,18), principalmente por via vaginal (Md:0,6±1,1), com relato de episiotomia/laceração em 68,2% após o parto de recém-nascidos pesando, em média, 3270,94±755,37g. O IMC médio das entrevistadas foi de 25,35±5,93 (Kg/m²). As mulheres com IU possuíram maior número de gestações (p=0,022), de partos (p=0,008), principalmente por via vaginal (p=0,002) e instrumentalizados (p=0,045) (Tabela 3).

Tabela 2 – Distribuição dos dados sociodemográficos da amostra geral (n = 237) e por grupo (com e sem queixa de IU). Fortaleza, CE, 2020.

Variável	Amostra Total (n=237)		Sem IU (n=123/50,7%)		Com IU (n=114/49,3%)		p
	N (%)	Md ± DP	N (%)	Md ± DP	N (%)	Md ± DP	
Idade		28,94 ± 6,14		28,28±5,97		29,66±6,26	0,084*
18 - 20	19 (8,0)		13(10,6)		06 (5,3)		
21 - 29	110 (46,4)		59 (48,0)		51 (44,7)		
30 - 39	91(38,4)		45 (36,6)		46 (40,4)		
40 - 43	17(7,2)		06 (4,9)		11 (9,6)		
Escolaridade (anos de estudo)		11,27 ± 3,69		11,45±4,37		11,08±2,78	0,445*
Até 9 anos	50 (21,1)		26 (21,2)		24 (21,1)		
> 9 anos	187 (78,9)		97 (78,8)		90 (78,9)		
Renda (R\$)⁺		1497,19 ± 903,04		1559,50± 844,38		1429,97±961,56	0,271*
≤ 998,00	133 (56,1)		62 (50,4)		71 (62,3)		
> 998,00	104 (43,9)		61 (49,6)		43 (37,7)		
Estado civil							0,281**
Casada/União Estável	204 (86,1)		103 (83,7)		101 (88,6)		
Solteira/Viúva/ Divorciada	33 (13,9)		20 (16,3)		13 (11,4)		
Possui religião							0,146**
Sim	204 (81,6)		102 (82,9)		102 (89,5)		
Não	33 (13,9)		21 (17,1)		12 (10,5)		

Fonte: Elaborado pela autora ⁺Renda mensal considerando o salário mínimo do ano de 2019 de R\$998 ^{*}Teste T ^{**}Qui-quadrado de Pearson

Tabela 3 – Perfil clínico e obstétrico da amostra total (n = 237) e por grupo (com e sem queixa de IU). Fortaleza, CE, 2020.

Variável	Amostra Total (n=237)		Sem IU (n=123/50,7%)		Com IU (n=114/49,3%)		p
	N (%)	Md ± DP (p25-p75)	N (%)	Md ± DP (p25-p75)	N (%)	Md ± DP (p25-p75)	
Início do Pré-natal							0,223**
1º trimestre	158 (66,7)		76 (61,8)		82 (71,9)		
2º trimestre	62 (26,2)		36 (29,6)		26 (22,8)		
3º trimestre	17 (7,2)		11 (8,9)		06 (5,3)		
Idade Gestacional (sem.)		26,2±7,6 (20-33)		25,7±8,1 (19-33)		26,8±7,0 (21-32)	0,307*
Recebeu orientação sobre como preparar o períneo para o parto?							0,054**
Sim	17 (7,2)		05 (4,1)		12 (10,5)		
Não	220 (92,8)		118 (95,9)		102 (89,5)		
Atividade física (gestação)							0,680**
Não	218 (92,0)		114 (92,7)		104 (91,2)		
Sim	19 (8,0)		09 (7,3)		10 (8,8)		
Se sim, qual? (n=19)							
Caminhada/corrida	11 (57,8)		06 (66,6)		05 (50)		0,857**
Musculação	03 (15,8)		02 (22,2)		01 (10)		0,606**
Zumba	01 (5,3)		00 (0,0)		01 (10)		0,298**
Pilates	01 (5,3)		00 (0,0)		01 (10)		0,298**
Outros	03 (15,8)		01 (11,2)		02 (20)		0,517**
Número de consultas		5,28 ±2,94 (3-7)		4,93±2,79 (2-7)		5,66±3,05 (4-7)	0,058*
Gesta		2,53 ± 1,41 (1-3)		2,33±1,27 (1-3)		2,75±1,53 (2-4)	0,022*
Parto		1,11 ± 1,18 (0-2)		0,91±1,04 (0-1)		1,32±1,28 (0-2)	0,008*
Cesárea		0,43 ± 0,71 (0-1)		0,46±0,77 (0-1)		0,39±0,65 (0-1)	0,408*
Vaginal		0,64 ± 1,11 (0-1)		0,42±0,81 (0-1)		0,88±1,31 (0-1)	0,002*
Parto instrumentalizado		0,02 ± 0,12 (0-1)		0 (0-0)		0,04±0,18 (0-0)	0,045*
IMC (kg/m²)		75,3 ±15,9 (64,5-83,6)		75,1±15,0 (64,8-83,0)		75,5±16,9 (63,8-85,4)	0,870*
Peso do RN		3270,9±755,3 (2847,5-3775)		3398,29±586,95 (3150-1787)		3174,97±852,52(2722-3750)	0,091*
Trauma perineal anterior (n=88)							0,478*
Períneo íntegro	28 (31,8)		09 (27,3)		19 (34,5)		
Laceração/Episiotomia	60 (68,2)		24 (72,7)		36 (65,5)		

Fonte: Elaborado pela autora *Teste T **Qui-quadrado de Pearson

5.4 *Conhecimento, Atitude e Prática de gestantes sobre IU*

A avaliação do conhecimento, atitude e prática de gestantes sobre IU foi realizada através da Escala de Firmiano (2017) (ANEXO A). Conforme estabelecido pelos critérios de aplicação dessa escala, mulheres que nunca ouviram falar sobre IU (pergunta 01 da subescala de conhecimento) não tiveram seu conhecimento, atitude e prática avaliados por ela. Dessa forma, apesar de terem sido abordadas 237 gestantes, como 36 (15,2%) relataram nunca ter ouvido falar sobre IU, apenas 201 foram avaliadas quanto ao conhecimento, atitude e prática.

5.4.1 *Conhecimento sobre IU*

O conhecimento das gestantes foi avaliado por meio de 10 perguntas (Quadro 1) que englobam aspectos relacionados a sintomas, fatores de risco, severidade IU, formas de prevenção e tratamento da IU.

Apesar de mais da metade das gestantes reconhecer a IU como um problema (55,2%) que acomete mais mulheres (91%), podendo ocorrer em alguma fase da vida (91%), na gestação, a maioria (57,2%) considera normal a perda urinária.

Mais da metade (55,7%) não soube citar nenhum fator de risco para a ocorrência da IU. Dentre as que citaram algum, a gravidez/parto/parto instrumental foi o mais referido (23,4%). Apenas 10 (5,0%) gestantes reconheceram a fraqueza do músculo do assoalho pélvico/falta de preparo do períneo como fator de risco. Episiotomia e laceração não foram citados.

A maioria acredita haver formas de evitar (74,6%) e tratar (90,5%) a IU, contudo mais da metade não soube citar qualquer forma de prevenção (55,2%) ou tratamento (57,2%). Realizar exercício de fortalecimento do assoalho pélvico (13,4%) e cirurgia (26,4%) foram, respectivamente, as respostas mais frequentes para prevenir e tratar IU.

Apenas 21 (10,4%) gestantes possuíam o conhecimento elencado nesse estudo como mínimo a respeito da IU para ser considerado adequado, que é ter ouvido falar sobre IU; saber que existe algo para evitá-la e citar alguma forma correta de prevenção; saber que existe tratamento e citar alguma forma correta.

Quadro 1– Dados descritivos da avaliação do conhecimento de gestantes sobre IU (n=201). Fortaleza-CE, 2020.

Pergunta <i>Subescala Conhecimento</i>	Categorias de resposta (Pontuação) N(%)		
CAP 01			
<i>Você já ouviu falar que algumas mulheres perdem xixi quando não estão com vontade (quando tosse ou espirram) ou porque não conseguem chegar a tempo ao banheiro?</i>	Sim (15 pts)	Não (0 pts)	
	201 (84,8)	36 (15,2)	
CAP 02			
<i>Você acha que perder xixi quando não está com vontade (quando tosse ou espirra) ou porque não consegue chegar a tempo ao banheiro acontece mais com homens ou com mulheres?</i>	Mulher (05 pts)	Homem (0 pts)	Não sabe (0 pts)
	183 (91,0)	04 (2,0)	14 (7,0)
CAP 03			
<i>Você acha que é um problema perder xixi na roupa quando não está com vontade (quando tosse ou espirra) ou porque não consegue chegar a tempo ao banheiro?</i>	Sim (05 pts)	Não (0 pts)	
	111 (55,2)	90 (44,8)	
CAP 04			
<i>Você acha que perder xixi quando não está com vontade (quando tosse ou espirra) ou porque não consegue chegar a tempo ao banheiro é um problema que as mulheres podem enfrentar em alguma fase da vida (gestação, após o parto, envelhecimento)?</i>	Sim (05 pts)	Não (0 pts)	
	183 (91,0)	18 (9,0)	
CAP 05			
<i>Você acha que é normal a gestante ter perda de xixi em momentos como tossir, espirrar ou realizar algum esforço físico? Ou perder urina antes de chegar ao banheiro?</i>	Sim (0 pts)	Não (05 pts)	
	115 (57,2)	86 (42,8)	
CAP 06			
<i>Você sabe o que pode causar a perda de xixi quando a mulher não está com vontade (quando tosse ou espirra) ou porque não conseguem chegar a tempo ao banheiro?</i>	Sim (05 pts)	Não sabe/Outros (0 pts)	
		47 (23,4)	112 (55,7)
	Gravidez/Parto/ Parto instrumental	00 (0,0)	
	Episiotomia/laceração	05 (2,5)	
	Menopausa/ Envelhecimento	01 (0,5)	
	Cirurgia pélvica	11 (5,5)	
	Comorbidades (ITU, demências, doença do colágeno)	10 (5,0)	
	Fraqueza dos MAP/ Falta de preparo do períneo	29 (14,4)	
	POP (bexiga baixa)	01 (0,5)	
	Obesidade	04 (2,0)	
	Levantar peso ou fazer muito esforço físico		

CAP 07

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

Sim (2,5 pts)

150 (74,6)

Não (0 pts)

51 (25,4)

CAP 08

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

Respostas corretas (27,5 pts)

Realizar exercício de fortalecimento do assoalho pélvico	27 (13,4)
Evitar reter urina/Urinar em intervalos curtos	10 (5,0)
Evitar levantar peso	3 (1,5)
Evitar constipação/ Manter peso adequado	0 (0,0)

Não sabe (0 pts)

111 (55,2)

CAP 09

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

Sim (2,5 pts)

182 (90,5)

Não (0 pts)

19 (9,5)

CAP 10

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

Respostas corretas (27,5 pts)

Terapia comportamental	7 (3,5)
TMAP	10 (5,0)
Pessário para IU	1 (0,5)
Cirurgia	53 (26,4)
Medicamentos	8 (4,0)
Eletroestimulação neuromuscular/Cones vaginais	0 (0,0)

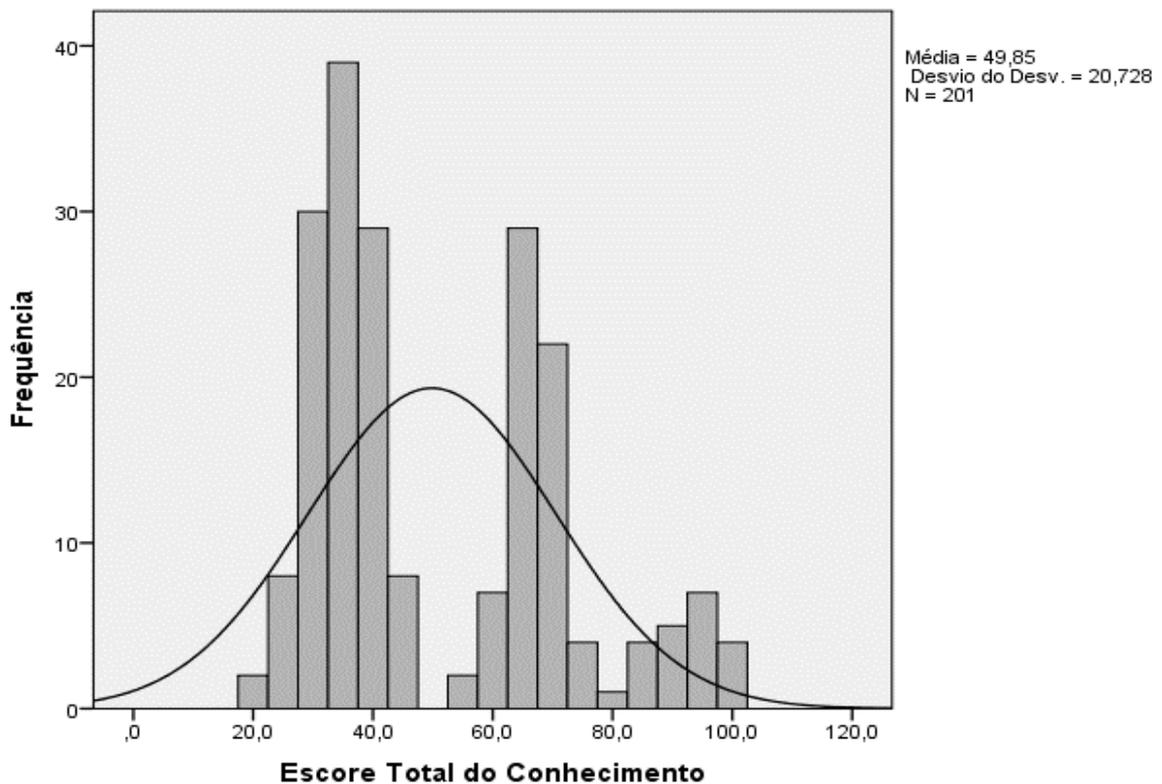
Não sabe (0 pts)

115 (57,2)

Fonte: Elaborado pela autora

Os escores obtidos variaram de 20 a 100 pontos, com uma média de $49,8 \pm 20,7$ pontos (Figura 3). Mais da metade (89,6%) obteve pontuação inferior a 75 pontos, o que as classificou com conhecimento insuficiente. Quatro gestantes (2,0%) obtiveram a pontuação máxima na subescala do conhecimento.

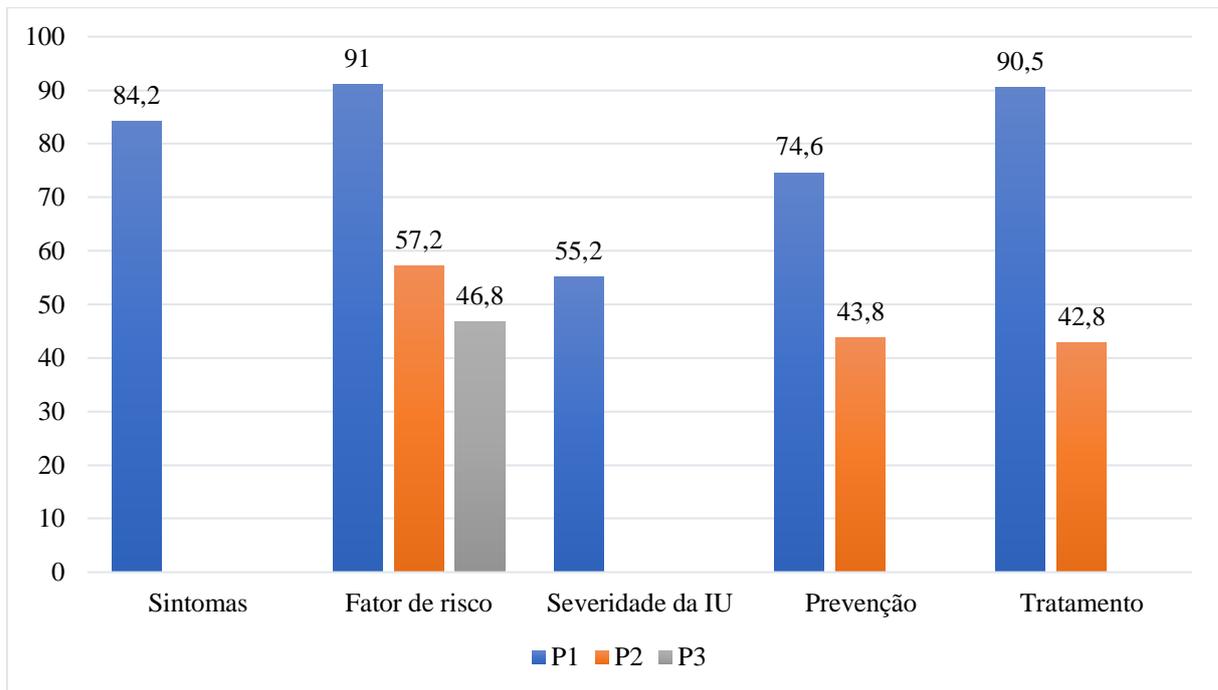
Figura 3 – Distribuição da pontuação obtida (0-100) na subescala conhecimento (n=201). Fortaleza-CE, 2020.



Fonte: Elaborado pela autora

A Escala foi proposta a fim de avaliar aspectos específicos do conhecimento, como sintomas (com apenas uma pergunta – CAP 01), fatores de risco (com três perguntas – CAP 02, 05 e 06), severidade da IU (com uma pergunta – CAP03), formas de prevenção (com duas perguntas – CAP 07 e 08) e tratamento (com duas perguntas – CAP 09 e 10). Os percentuais mais baixos de acerto foram detectados em relação ao conhecimento dos fatores de risco (46,8%), com a pergunta “CAP06 – *Você sabe o que pode causar a perda de xixi ?*”; da prevenção (43,8%), com a pergunta “CAP08- *Que formas de evitar a IU você conhece?*”; e, por fim, do tratamento da IU (42,8%), com a pergunta “CAP10 - *Que formas de tratar a IU você conhece?*” (Gráfico 3).

Gráfico 3. Percentual de acertos na subescala de conhecimento sobre sintomas, fatores de risco, severidade, prevenção e tratamento da IU. Fortaleza-CE, 2020.



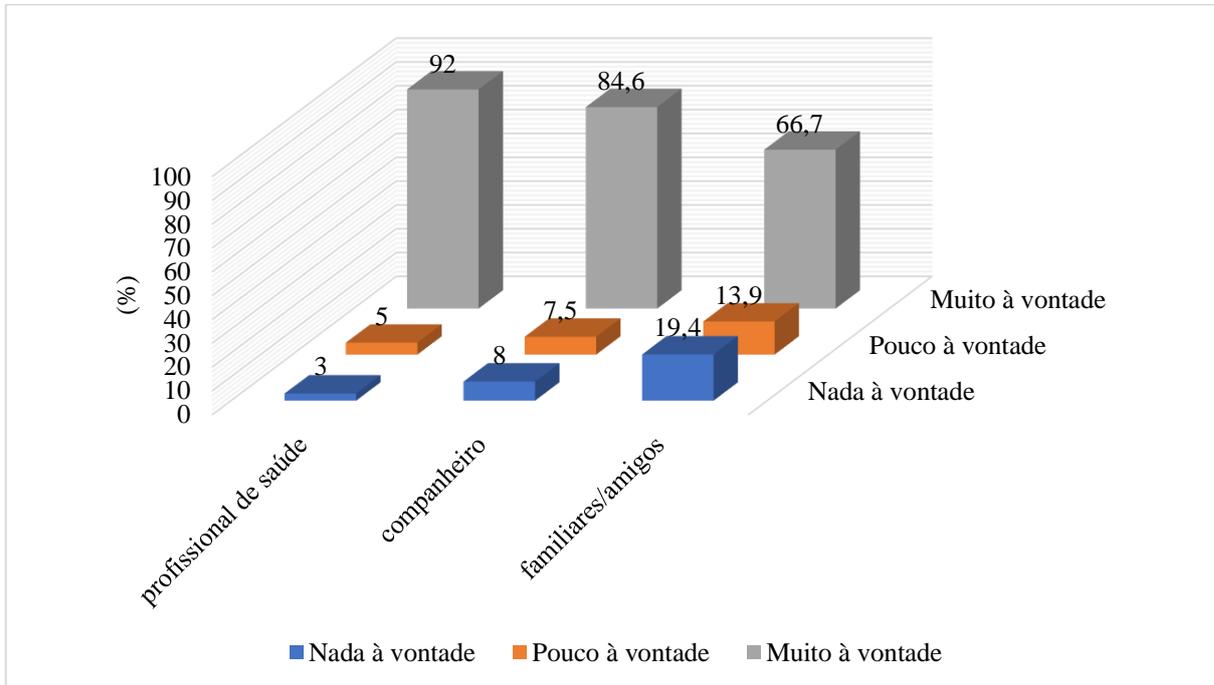
Fonte: Elaborado pela autora P1: Pergunta 1; P2: Pergunta 2; P3: Pergunta 3.

5.4.2 Avaliação da Atitude sobre IU (n=201)

Diferente do conhecimento, a atitude das gestantes relacionada a IU foi mais bem avaliada nesse estudo. Os aspectos analisados foram: atitude para busca de cuidados de prevenção e tratamento e enfrentamento/busca por apoio.

A maioria referiu se sentir muito à vontade para reportar a queixa de IU ao profissional de saúde (92,0%), ao companheiro (84,6%) ou a familiar/amigos (66,7%) (Gráfico 4). Quando questionadas especificamente sobre a possibilidade de conversar sobre a perda de urina com um profissional do sexo masculino (CAP-14), a maioria respondeu que falaria sem qualquer problema (80,1%) e praticamente todas (99,0%) reconheceram o pré-natal com um momento adequado para conversar com um profissional de saúde sobre formas de evitar ou tratar a perda de urina (CAP-15).

Gráfico 4. Distribuição das gestantes (n=201) de acordo com o quanto sentem-se à vontade para falar sobre a perda de urina com profissional da saúde, companheiro e familiares/amigos. Fortaleza-CE, 2020.



Fonte: Elaborado pela autora

Sobre a atitude de busca por cuidados para prevenir IU, 65,2% das participantes reconheceram a importância da busca por ajuda profissional antes mesmo de apresentarem a perda urinária. Número ainda maior de mulheres considerou a busca por tratamento importante, sendo a perda urinária pequena (91%) ou grande (98,5%) (Quadro 2).

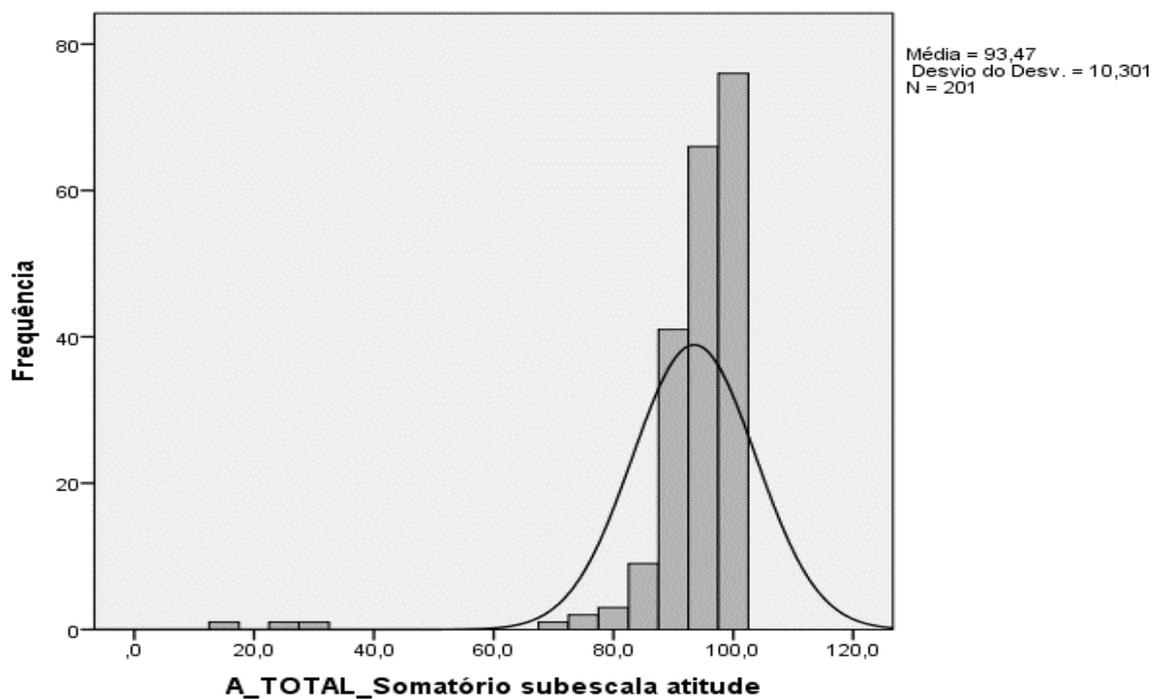
Quadro 2 – Dados descritivos da avaliação da atitude de gestantes sobre IU (n=201). Fortaleza-CE, 2020.

Pergunta Subescala Atitude	Categorias de resposta (Pontuação) N (%)	
CAP 16 <i>Você acha que a mulher que não tem perda de urina (perda de xixi quando não está com vontade ou porque não consegue chegar a tempo ao banheiro) deve buscar ajuda de um profissional de saúde para evitá-la?</i>	Sim (5 pts)	Não (0 pts)
	131 (65,2)	70 (34,8)
CAP 17 <i>Você acha que mesmo quando a mulher tem uma pequena perda de xixi deve buscar ajuda de profissionais de saúde para tratá-la?</i>	Sim (5 pts)	Não (0 pts)
	183 (91,0)	18 (9,0)
CAP 18 <i>Você acha que caso a mulher tenha uma grande perda de xixi deve buscar ajuda de profissionais de saúde para tratá-la?</i>	Sim (60 pts)	Não (0 pts)
	198 (98,5)	3 (1,5)

Fonte: Elaborado pela autora

Os escores para a subescala atitude variaram entre 15 e 100, com média de $93,4 \pm 10,3$ pontos (Figura 4). Para a atitude ser considerada adequada a mulher deveria, no mínimo, responder que para uma grande perda de urina ela deveria ter a atitude de buscar ajuda profissional (CAP-18), com isso, 98,5% (n=198) foram classificadas com atitude adequada. Apenas 1,5% (n=3) das mulheres fizeram menos de 60 pontos (atitude insuficiente), e 33,8% (n=68) obtiveram pontuação máxima.

Figura 4 – Distribuição da pontuação obtida (0-100) na subescala atitude (n=201). Fortaleza-CE, 2020.



Fonte: Elaborado pela autora

5.4.3 Avaliação da Prática sobre IU

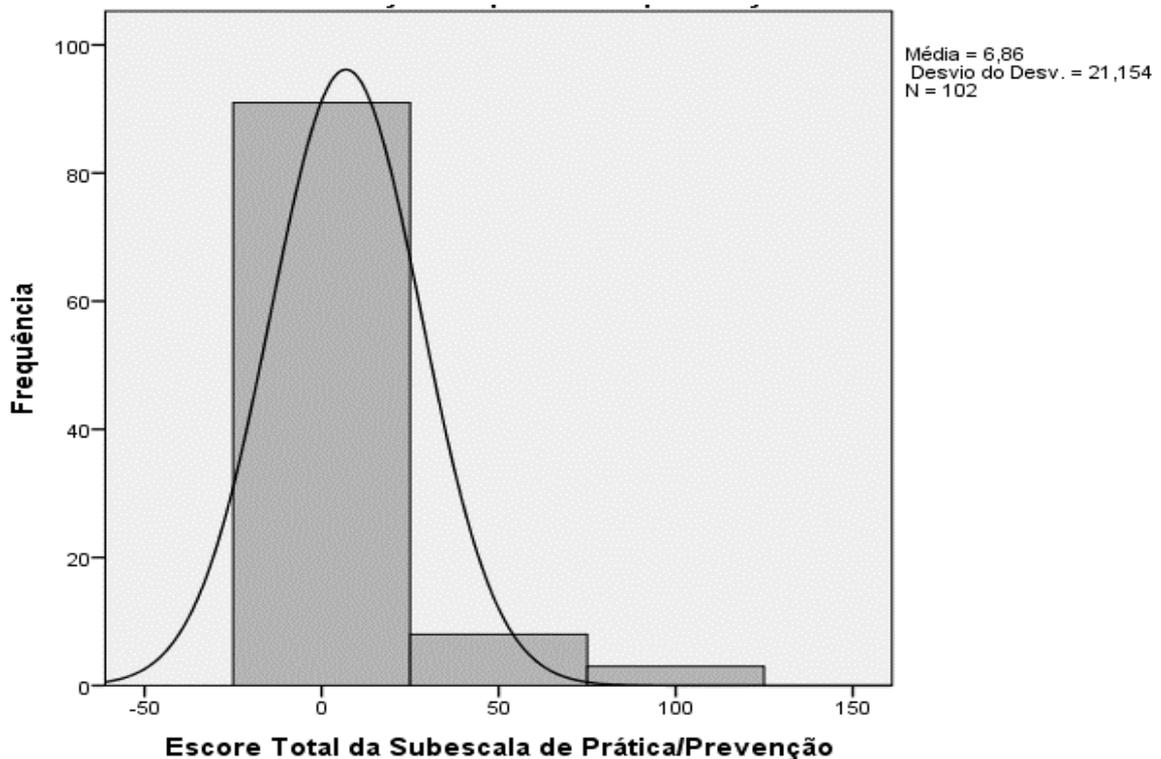
A avaliação da prática possui critérios diferentes de acordo com a presença ou ausência da queixa de perda de urina. Para as que não apresentavam IU (n=102/50,7%), foram questionados aspectos relacionados à prática de comportamentos preventivos e, para as que apresentavam queixa de IU (n=99/49,3%) os relacionados à adoção de comportamentos direcionados ao tratamento.

Para aquelas sem queixa de IU no momento da entrevista, 97 (95,1%) nunca perguntaram a algum profissional de saúde o que fazer para evitar IU e apenas nove relataram

alguma prática correta de prevenção IU, como: evitar reter urina (n=5), realizar TMAP (n=3) e evitar levantar peso (n=1).

Os escores para a subescala prática (prevenção) variaram entre 0 e 100, com média de $6,8 \pm 21,1$ pontos (Figura 5). Para a mulher sem queixa de IU ser considerada com prática adequada deveria, no mínimo, responder que já perguntou para algum profissional da saúde sobre como evitar a IU (CAP-19) ou praticar algo correto para evitá-la (CAP-20). Com isso, apenas 11 (10,8%) mulheres sem queixa de IU foram classificadas com prática adequada de cuidados preventivos. 91 (89,2%) gestantes pontuaram 0 escores e apenas 3 (2,9%) conseguiram pontuação máxima.

Figura 5 – Distribuição da pontuação obtida (0-100) na subescala prática (prevenção) (n=102). Fortaleza-CE, 2020.



Fonte: Elaborado pela autora

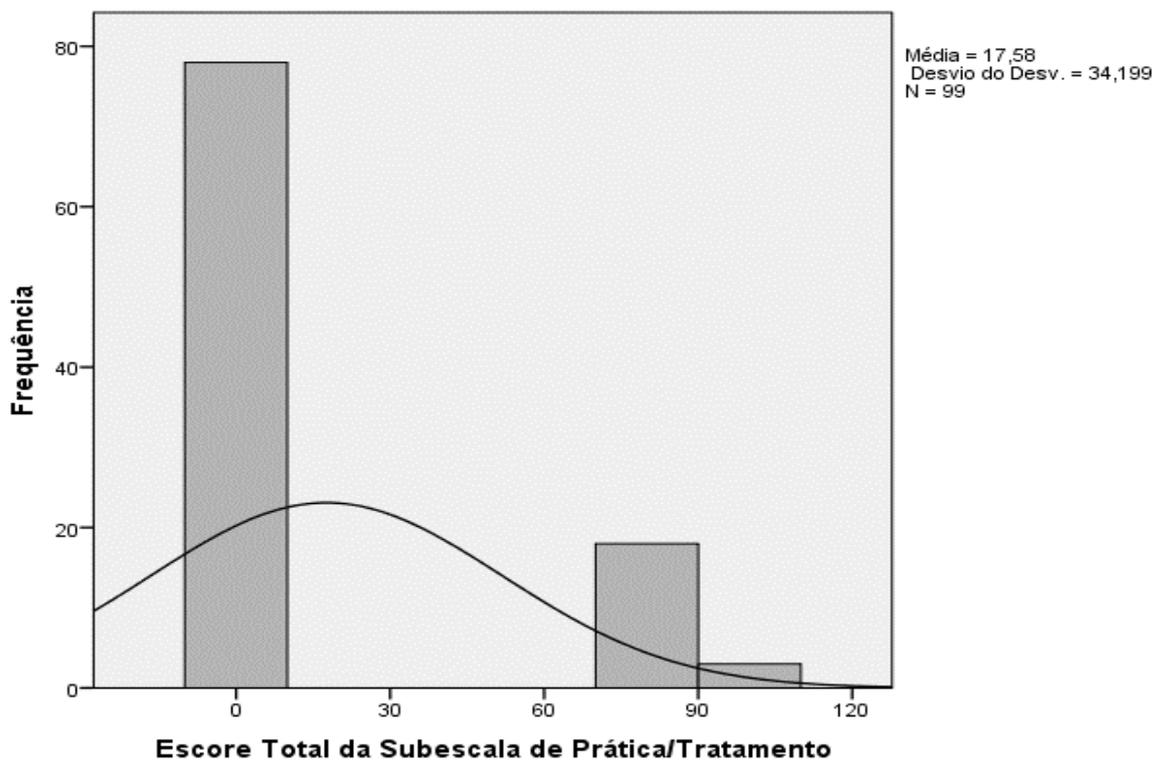
Para aquelas com queixa de IU (n=99/49,3%) no momento da entrevista, apenas 21 (21,2%) já haviam buscado ajuda para tratar IU, dessas, 19 (19,2%) recorreram ao médico e duas (2%) ao enfermeiro. Dessas, 15 (71,4%) relataram não ter recebido nenhuma orientação específica para essa queixa por parte desses profissionais. Dentre as seis que receberam alguma orientação [cirurgia (n=2/33,3%), TMAP (n=1/16,6%), terapia comportamental (n=1/16,6%) e

medicamento (n=1/16,6%)], apenas metade (n=3) realizou a recomendação recebida. Uma gestante recebeu outra orientação que não estava elencada no instrumento de coleta.

Para as gestantes com queixa de IU, os escores para a subescala prática (tratamento) variaram entre 0 e 100, com média de $17,5 \pm 34,1$ pontos (Figura 6). Mais da metade dessas gestantes (n=78/78,8%) obteve zero na subescala de avaliação da prática (tratamento). Apenas 18 (18,2%) gestantes alcançaram a pontuação básico (80 pontos) e três (3,0%), a pontuação máxima (100 pontos).

Para a mulher com queixa de IU ser considerada com prática adequada deveria, no mínimo, responder que já buscou ajuda para tratar a IU (CAP-21) com um profissional de saúde (CAP-22). Com isso, apenas 21 (21,2%) mulheres com queixa de IU foram classificadas com prática adequada de cuidados para tratamento da IU.

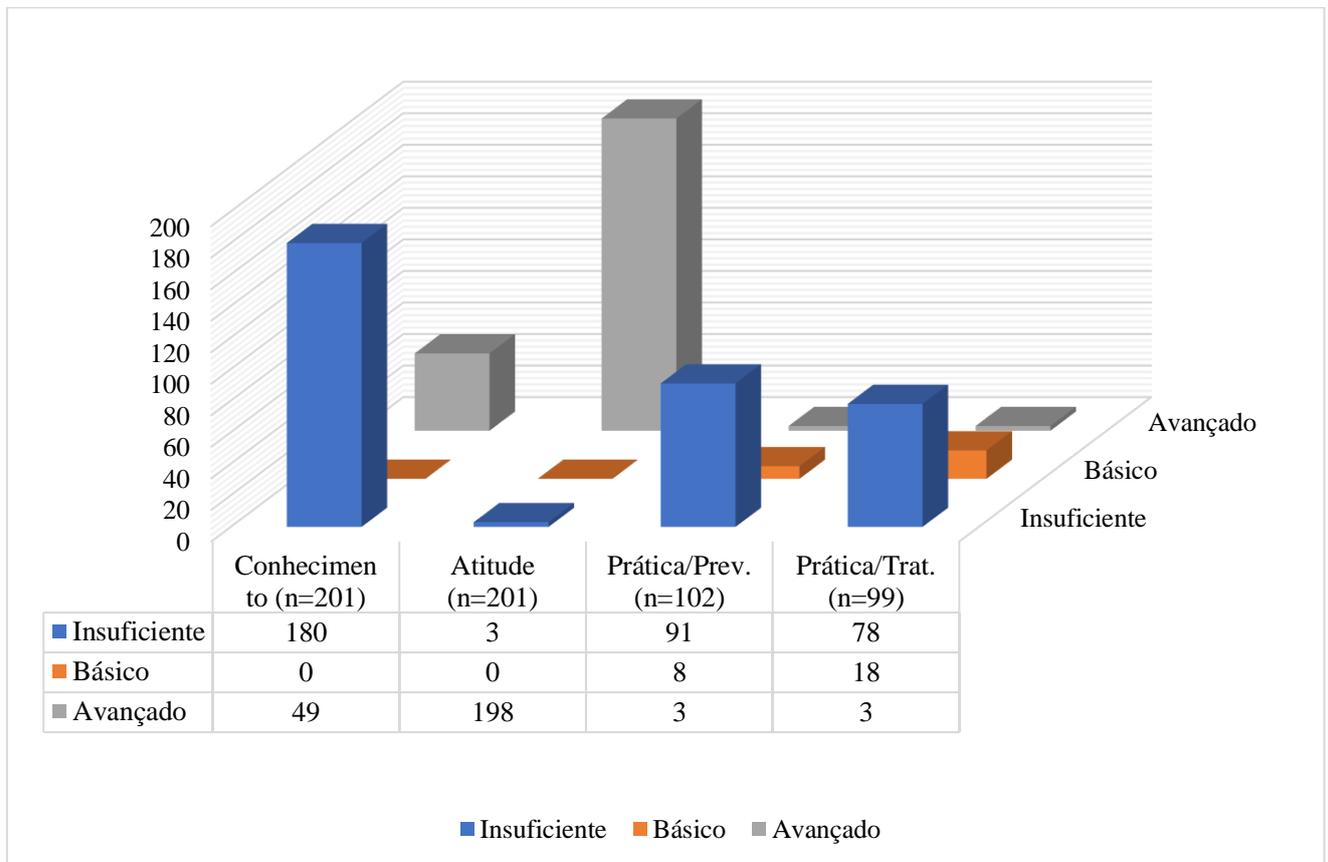
Figura 6 – Distribuição da pontuação obtida (0-100) na subescala prática (tratamento) (n=99). Fortaleza-CE, 2020.



Fonte: Elaborado pela autora

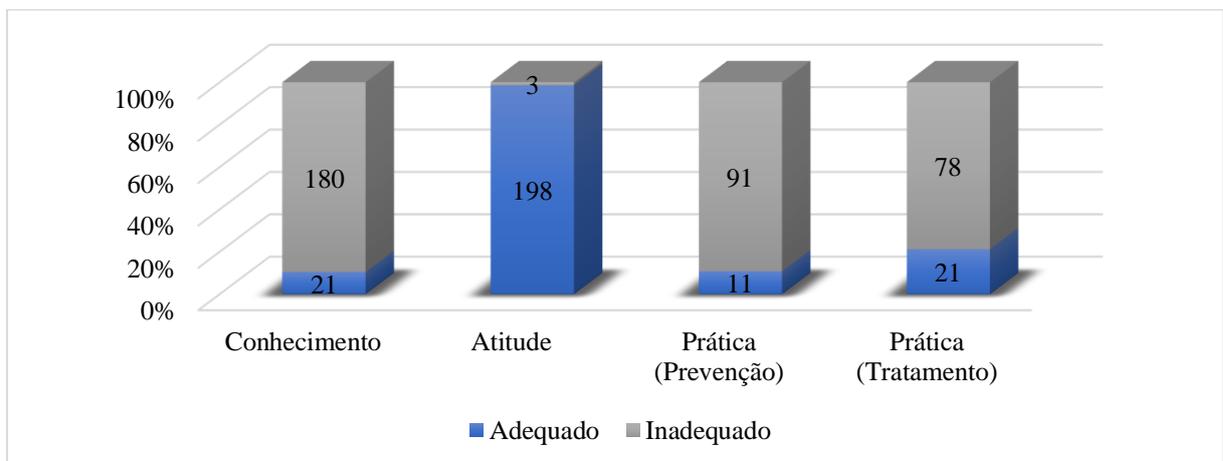
Os gráficos 5 e 6, sintetizam os dados de conhecimento, atitude e prática apresentados até o momento. Apesar de terem obtido, em sua maioria, conhecimento e prática insuficientes/inadequados, as gestantes possuíam atitude avançada em relação à busca por cuidados de prevenção/tratamento e enfrentamento da IU.

Gráfico 5 – Distribuição das gestantes segundo a classificação do CAP feita de acordo com a pontuação obtida nas respectivas subescalas. Fortaleza-CE, 2020.



Fonte: Elaborado pela autora

Gráfico 6 – Distribuição das gestantes de acordo com os critérios mínimos estabelecidos para classificação do CAP em adequado ou inadequado. Fortaleza-CE, 2020.



Fonte: Elaborado pela autora

5.5 Fatores relacionados ao conhecimento, atitude prática inadequados sobre IU

A fim de investigar a presença de fatores relacionados ao conhecimento, atitude e prática inadequados em relação à IU, foram comparadas as variáveis sociodemográficas e clínicas entre os grupos de gestantes formados a partir da classificação em cada subescala.

A ausência de orientações sobre cuidados com o períneo foi a única variável que esteve associada ao conhecimento inadequado ($p < 0,001$; OR=0,093; IC 0,029-0,294) (Tabela 4).

Tabela 4 – Fatores associados ao conhecimento inadequado sobre IU. Fortaleza-CE, 2020

Variável	Conhecimento Adequado (n=21/10,4%)	Conhecimento Inadequado (n=180/89,6%)	p	OR (IC95%)
	Md ± DP	Md ± DP		
Idade	29,67±5,60	28,92±6,16	0,598*	
Escolaridade (anos de estudo)	12,43±2,24	11,17±3,93	0,153*	
Renda (em reais)	1744,6±821,8	1489,3±949,5	0,239*	
Número de consultas	5,81±3,54	5,31±2,95	0,475*	
Idade gestacional (semanas)	27,24±7,72	26,21±7,70	0,564*	
O quanto a IU interfere na vida diária (0-10)	2,57±3,99	2,38±3,48	0,812*	
ICIQ Score	5,10±6,70	4,56±5,68	0,687*	
	N (%)	N (%)		
Risco no pré-natal			0,717**	
Alto risco	13 (61,9)	104 (57,8)		
Risco habitual	8 (38,1)	76 (42,2)		
Recebeu orientação no pré-natal sobre como preparar o períneo para o parto?			0,000**	0,093 (0,029-0,294)
Sim	7 (33,3)	08 (4,4)		
Não	14 (66,7)	172 (95,6)		
Queixa de IU			0,874**	
Sim	10 (47,6)	89 (49,4)		
Não	11 (52,4)	91 (50,6)		
Sensação de bola na vagina			0,682**	
Sim	5 (23,8)	36 (20,0)		
Não	16 (76,2)	144 (80,0)		
Frouxidão vaginal durante relação			0,188**	
Sim	3 (17,6)	9 (5,8)		
Não	14 (82,4)	144 (94,2)		

Fonte: Elaborado pela autora *Teste T **Qui-quadrado de Pearson

Nenhuma das variáveis sociodemográficas e obstétricas analisadas apresentou associação com atitude inadequada ($p>0,05$) (Tabela 5).

Tabela 5 - Fatores associados à atitude inadequada sobre IU. Fortaleza-CE,2020

Variável	Atitude Adequada	Atitude Inadequada	p
	(n=198/98,5%)	(n=3/1,5%)	
	Md ± DP	Md ± DP	
Idade	29,1±6,06	22,3±5,77	0,056*
Escolaridade (anos de estudo)	11,33±3,82	9,33±2,51	0,368*
Renda (em reais)	1511,2±941,5	1831,3±764,4	0,559*
Número de consultas	5,38±3,03	4,00±1,00	0,432*
Idade gestacional (semanas)	26,36±7,69	23,67±9,01	0,549*
O quanto a IU interfere na vida diária (0-10)	2,39±3,52	2,67±4,61	0,895*
ICIQ Score	4,62±5,78	4,33±7,50	0,933*
	N (%)	N (%)	
Risco no pré-natal			0,379**
Alto risco	116 (58,6)	1 (33,3)	
Risco habitual	82 (41,4)	2 (66,7)	
Recebeu orientação no pré-natal sobre como preparar o períneo para o parto?			0,086**
Sim	14 (7,1)	1 (33,3)	
Não	184 (92,9)	2 (66,7)	
Queixa de IU			0,578**
Sim	98 (49,5)	1 (33,3)	
Não	100 (50,5)	2 (66,7)	
Sensação de bola na vagina			0,575**
Sim	40 (20,2)	1 (33,3)	
Não	158 (79,8)	2 (66,7)	
Frouxidão vaginal durante relação			0,647**
Sim	12 (7,2)	0 (0,0)	
Não	156 (92,8)	2 (100)	

Fonte: Elaborado pela autora *Teste T ** Qui-quadrado de Pearson

Da mesma forma, não houve associação entre variáveis sociodemográficas e clínicas e a prática para prevenção da IU ($p>0,05$) (Tabela 6). Em contrapartida, foram identificados fatores associados à prática inadequada para o tratamento da IU.

Gestantes com IU que possuíam prática inadequada apresentaram menor escolaridade (Md: 10,62±2,75) ($p<0,001$) e menor severidade dos sintomas de IU ($p=0,027$). Quanto ao risco no pré-natal, 56,4% das gestantes que apresentavam prática inadequada, realizavam pré-natal no ambulatório de alto risco ($p=0,004$; OR=0,136; IC 0,03-0,62).

A maioria (n=73) também não havia recebido orientação sobre como preparar o períneo para o parto e apresentava prática inadequada ($p=0,019$; OR=0,219; IC 0,057-0,848).

Tabela 6 - Fatores associados à prática inadequada sobre IU. Fortaleza-CE,2020

Variável	Prática Prevenção		p*	Prática Tratamento		p	OR (IC95%)
	Adequada (n=11/10,8%)	Inadequada (n=91/89,2%)		Adequada (n=21/21,2%)	Inadequada (n=78/78,8%)		
	Md ± DP	Md ± DP		Md ± DP	Md ± DP		
Idade	27±5,49	28,75±6,06	0,365	31,76±5,81	28,83±6,18	0,054*	
Escolaridade (anos de estudo)	11,36±3,29	11,59±4,80	0,878	12,57±1,56	10,62±2,75	0,000*	
Renda (em reais)	1715,9±1050,2	1604,2±860,5	0,692	1507,7±1319	1387,1±891,5	0,623*	
Número de consultas	5,36±2,80	5,04±2,83	0,724	6,24±3,14	5,50±3,20	0,350*	
Idade gestacional (semanas)	28,45±8,49	25,51±8,05	0,257	27,90±7,49	26,54±7,19	0,445*	
O quanto a IU interfere na vida diária (0-10)	-	-	-	6,19±3,58	4,51±3,59	0,060*	
ICIQ Score	-	-	-	11,43±4,87	8,81±4,70	0,027*	
	N (%)	N (%)		N (%)	N (%)		
Risco no pré-natal			0,164			0,004**	0,136 (0,03-0,62)
Alto risco	8 (72,7)	46 (50,5)		19 (90,5)	44 (56,4)		
Risco habitual	3 (27,3)	45 (49,5)		2 (9,5)	34 (43,6)		
Recebeu orientação no pré-natal sobre como preparar o períneo para o parto?			0,425			0,019**	0,219 (0,05-0,84)
Sim	0 (0,0)	5 (5,5)		5 (23,8)	5 (6,4)		
Não	11 (100)	86 (94,5)		16 (76,2)	73 (93,6)		
Sensação de bola na vagina			0,116			0,149**	
Sim	2 (18,2)	5 (5,5)		10 (47,6)	24 (30,8)		
Não	9 (81,8)	86 (94,5)		11 (52,4)	54 (69,2)		
Frouxidão vaginal durante relação			0,629			0,342**	
Sim	1 (11,2)	3 (3,9)		3 (17,6)	5 (7,4)		
Não	8 (88,8)	73 (96,1)		14 (82,4)	63 (92,6)		

Fonte: Elaborado pela autora *Teste T ** Qui-quadrado de Pearson

Por fim, houve associação entre o conhecimento e a prática para tratamento (p=0,019; OR=4,56; IC 1,18-17,64), em que 82% das gestantes que tiveram conhecimento inadequado, também apresentaram prática inadequada.

6 DISCUSSÃO

A presença de IU foi referida por 49,3% das gestantes entrevistadas, sendo a perda de urina ao esforço a mais comum entre elas (38%). Noctúria também foi relatada por 43,7% assim como outros sintomas de DAP, apesar de apresentarem menor prevalência. Sintoma de POP ocorreu em 19,4% das gestantes e a sensação de frouxidão vaginal esteve presente em 6%.

A presença de LUTS é de elevada prevalência entre gestantes e varia de 18,6% a 75%. Pode aumentar de 26% (antes da gestação) para 58% na 30ª semana e, em até 6 meses após o parto, essa condição pode afetar 27,4% das mulheres (ABRAMS et al., 2017; MARTINS et al., 2010; SERATI et al., 2008).

Noctúria, IUE, urgência e aumento da frequência urinária são geralmente presentes e aumentam à medida que a gestação evolui. Urgência, frequência e noctúria desencadeadas durante a gravidez normalmente são sintomas transitórios e desaparecem após o parto, mas a IU geralmente permanece no puerpério (WESNES et al., 2007). Nesse período, a IU pode se apresentar como uma situação transitória, apresentando resolução espontânea no primeiro trimestre após o parto. Caso os sintomas persistam após esse período, a IU tende a permanecer por longo prazo (MACARTHUR et al., 2016).

O início da perda urinária também esteve relacionado, em grande parte dos casos, à gestação, tanto atual como gestação anterior, mostrando assim a forte associação já comprovada em outros estudos, entre gestação e IU (ABDULLAH et al., 2016; ABRAMS et al., 2017; BALIK et al., 2016; PERERA et al., 2014; SANGSAWANG; SANGSAWANG, 2013). IU apresenta-se três vezes mais comum entre mulheres com gestação anterior (66,6%) quando comparadas a nulíparas (48%) (WESNES et al., 2007).

Gravidez e parto são os principais fatores de risco para incontinência urinária porém, IMC elevado, idade avançada, tabagismo, exercícios de alta intensidade entre outros (ARRUE et al., 2011; BALIK et al., 2016; TROKO; BACH; TOOZS-HOBSON, 2016; WESNES et al., 2007) são vistos como fatores importantes para ocorrência de IU não somente durante a gestação mas em outras fases da vida.

No que se refere ao impacto da IU na qualidade de vida, estudos apontam que a ocorrência desse sintoma acarreta impacto negativo na vida das mulheres, em especial nos aspectos relacionados ao convívio social e sexualidade (ABRAMS; SMITH; COTTERILL, 2015; LOPES, DANIELA BIGUETTI MARTINS; PRAÇA, 2012). Nesse estudo, o impacto da IU na qualidade de vida não foi elevado, tal achado pode estar associado ao fato de a

severidade dos sintomas ter sido baixa. Como se tratou de uma avaliação rápida, não se pode perceber com mais exatidão, em que áreas da qualidade de vida a gestante percebeu maior impacto.

A avaliação do conhecimento sobre IU permitiu identificar que ainda existe um grande déficit relacionado ao o que a população feminina sabe a respeito dessa condição. Outros estudos que também investigaram o conhecimento de mulheres sobre IU mostraram que essas apresentam baixo conhecimento sobre a temática, evidenciando que fatores de risco e tratamento não são completamente compreendidos por essa população (CARDOSO; LIMA; FERREIRA, 2018; KIM; LEE; PARK, 2004; OJENGBEDE et al., 2011; PERERA et al., 2014; WONG et al., 2006). Estudos apontam prevalência de 50 a 72% de conhecimento inadequado relacionado a IU (CHEN et al., 2019; PERERA et al., 2014), sobre conhecimento relacionado à formas de prevenção esse número pode variar de 30 a 63% (BRANCH et al., 1994; LOPEZ; ZAVALAGA; GARCIA, 2003).

Dentre os fatores de risco para IU reconhecidos pelas gestantes os mais citados foram gravidez e parto, seguido de comorbidades como ITU. Tal achado pode ser resultado das próprias experiências vivenciadas pelas mulheres durante a gravidez, já que é comum a mudança no padrão miccional e também o aumento de episódios de ITU que pode resultar em sintomas de urgência e perda urinária.

Muitas gestantes não reconhecem a realização do TMAP como forma de reduzir o risco para IU, e não sabem que o aumento do peso também pode levar a ocorrência desses sintomas (MCLENNAN et al., 2005).

Através de estudo transversal realizado com 249 mulheres, O’Neeil et al (2017) buscaram avaliar o conhecimento a respeito das DAP (incontinência fecal, prolapso de órgãos pélvicos e incontinência urinaria) e mostrou que o percentual de acerto das três disfunções foi de 45%, considerando o máximo de 100%. Para a IU a média de acertos foi de 63%, contudo ao se avaliar questões discriminatórias (estruturadas para distinguir conhecimento superficial de um conhecimento detalhado) os escores foram de 41%, em média, mostrando que, apesar de muitas mulheres possuírem algum conhecimento sobre IU, em muitos casos esse conhecimento ainda é superficial.

Existe também uma importante relação entre o conhecimento e comportamento de busca por cuidados. Mulheres que acreditam que a perda urinária está associada a causas intrínsecas (não modificáveis) como gestação, paridade e envelhecimento tendem a apresentar comportamentos negativos, pois acreditam que nada pode ser feito para evitar ou tratar essa condição. Em contrapartida, aquelas que pensam que fatores modificáveis como ganho de peso

podem resultar em sintomas urinários tendem a assumir uma maior responsabilidade no que se refere a adotar mudança de comportamentos (MELVILLE et al., 2008).

Dentre as gestantes que não apresentavam IU, 95,1% nunca haviam perguntado a um profissional de saúde o que fazer para prevenir IU e entre aquelas que apresentavam a queixa de IU e que buscaram ajuda para tratá-la a grande maioria não recebeu orientação do profissional de saúde. Tal resultado, em concordância com outros estudos, mostra o despreparo dos profissionais de saúde e até mesmo uma deficiência no seu conhecimento a respeito da temática, e evidencia que o recebimento de orientações acerca das modificações do assoalho pélvico durante a gestação e pós-parto necessita ser mais trabalhada pelas equipes de saúde (LOPES; PRAÇA, 2010; MANDIMIKA et al., 2014; PERERA et al., 2014).

Normalmente, as gestantes recebem um número maior de orientações sobre cuidados com a gravidez como: ganho de peso, hipertensão, parto prematuro, ruptura de membranas, cirurgia cesariana entre outras, do que orientações sobre o assoalho pélvico e suas complicações (MCLENNAN et al., 2005).

Apesar de muitas gestantes apresentarem prática inadequada, a maioria considerou importante que formas de prevenir e tratar a IU fossem abordadas durante o pré-natal. Entretanto, apesar de iniciarem o pré-natal ainda no período adequado e possuírem média de consultas satisfatórias a minoria recebeu orientação sobre a temática.

A literatura mostra a existência de fatores que podem interferir no CAP de mulheres relacionado as determinadas disfunções, entre elas a IU. Além do baixo conhecimento prejudicar a busca por prevenção e tratamento para IU, podem estar associados a prática inadequada: constrangimento em reportar a queixa, não perceber a IU como problema de saúde ou mesmo possuir baixas expectativas quanto ao tratamento (FANTE et al., 2019). Diferente desses achados, a atitude da maioria das gestantes foi considerada adequada. Número considerável de mulheres referiram que conversariam com profissional de saúde sobre o assunto, e consideraram o pré-natal momento importante para que a temática fosse abordada.

Quanto às características que podem interferir no conhecimento, níveis de escolaridade e raça são apontados como fatores associados ao conhecimento deficiente sobre a temática. O'Neill et al (2017) mostrou que mulheres com maior escolaridade tendem a apresentar maior conhecimento e Mandimika et al (2014) mostrou que mulheres negras, asiáticas e hispânicas apresentaram menor conhecimento sobre o assunto quando comparadas à mulheres brancas.

Diversos fatores influenciam o conhecimento, atitude e prática inadequada de mulheres relacionado a IU, e esses podem ser representados por características

sociodemográficas como escolaridade e raça, aspectos culturais que interferem na busca por cuidados, e ao acesso deficiente de informações dessa população sobre a temática. Em alguns casos, mesmo quando profissionais de saúde são consultados, poucas intervenções adequadas são realizadas. Dessa forma identifica-se a necessidade de criação de programas educacionais tanto para gestantes como para profissionais de saúde (FANTE et al., 2019).

O conhecimento de pacientes acerca de sua condição de saúde pode ser proveniente de várias fontes, como de médicos ou outros profissionais de saúde, opinião de outros pacientes com a mesma condição ou meios eletrônicos de comunicação, e esse conhecimento pode apresentar diferentes graus de precisão acreditando-se que, quanto mais informados acerca de sua condição, melhor será sua adesão ao tratamento. Em contrapartida, conhecimento incompleto ou inadequado pode resultar no mau gerenciamento da condição de saúde (SZYMONA-PAŁKOWSKA et al., 2016).

Dessa forma, estabelecer programas educativos, tanto coletivos como individuais na atenção pré-natal é passo crucial para que se melhore os níveis de conhecimento da população feminina acerca da IU fazendo com essa população tome atitudes adequadas diante dessa condição.

O conhecimento a respeito das DAP é necessário para o entendimento sobre o próprio corpo e torna mais fácil a compreensão das orientações e tratamentos oferecidos pelos profissionais de saúde. Oferecer informações corretas possibilita maior adesão a formas de tratamento e prevenção, reduz ansiedade e aumenta satisfação das pacientes com os resultados favorecendo assim o sucesso terapêutico (FANTE et al., 2019).

A partir dos dados encontrados, sugere-se a realização de estudos mais robustos a fim de que se identifique o efeito de intervenções educativas no CAP sobre IU dessa população. O fato de não ter sido utilizada uma Escala avaliada quanto a confiabilidade e validade pode ser vista como uma limitação do estudo, contudo os resultados obtidos inicialmente fornecem um embasamento para realização de pesquisas futuras.

7 CONCLUSÃO

A realização desse estudo permitiu detectar que a prevalência da IU entre gestantes é alta (49,3%), mas com baixo impacto na qualidade de vida. Além disso, enfatiza-se que ainda há mulheres que nunca ouviram falar sobre incontinência urinária (15,2%) e que, apesar de muitas participantes já terem ouvido falar, o conhecimento geral ainda é deficiente, e boa parte desconhece as causas, formas de prevenção e tratamento dessa condição. A prática foi inadequada para maioria das mulheres, e entre aquelas que já buscaram ajuda profissional, a minoria recebeu orientações adequadas.

A atitude foi o aspecto melhor avaliado, poucas barreiras que impediriam a busca por cuidados profissionais foram identificadas, mostrando que, apesar de apresentarem prática insuficiente, talvez se esse assunto fosse abordado pelos profissionais de saúde muitas gestantes estariam dispostas a relatar a queixa e até mesmo adotar medidas de prevenção ou tratamento.

Esses resultados demonstram a necessidade premente de realizar uma abordagem mais ampla sobre o assunto na rotina de cuidados pré-natais através de ações individuais e coletivas de forma a ampliar o conhecimento de mulheres e favorecer a adoção de comportamentos adequados de saúde.

Dessa forma, de acordo com os objetivos dos estudos que utilizam a metodologia CAP, sugere-se a realização de intervenções educativas com profissionais de saúde envolvidos na assistência pré-natal e com gestantes, principalmente sobre os aspectos relacionados ao conhecimento e à prática de cuidados em relação à prevenção e tratamento da IU.

Essa pesquisa demonstrou que o instrumento CAP é uma ferramenta útil para avaliação do conhecimento, da atitude e da prática de gestantes sobre IU. Contudo, sugere-se que apenas a subescala conhecimento seja finalizada caso a mulher nunca tenha ouvido falar sobre IU, tendo em vista que as três subescalas são independentes entre si.

REFERÊNCIAS

- ABDULLAH, B. et al. Urinary incontinence in primigravida: The neglected pregnancy predicament. **European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology**, v. 198, p. 110–115, 2016.
- ABRAMS, P. et al. **Incontinence: 6th International Consultation on Incontinence, Tokyo, September, 2017.**
- ABRAMS, P.; SMITH, A. P.; COTTERILL, N. The impact of urinary incontinence on health-related quality of life (HRQoL) in a real-world population of women aged 45-60 years: Results from a survey in France, Germany, the UK and the USA. **BJU International**, v. 115, n. 1, p. 143–152, 2015.
- ARRUE, M. et al. Factors involved in the persistence of stress urinary incontinence from pregnancy to 2 years post partum. **International Journal of Gynecology and Obstetrics**, v. 115, n. 3, p. 256–259, 2011.
- BALIK, G. et al. Lower Urinary Tract Symptoms and Urinary Incontinence During Pregnancy. **LUTS: Lower Urinary Tract Symptoms**, v. 8, n. 2, p. 120–124, 2016.
- BRANCH, L. G. et al. Urinary Incontinence Knowledge Among Community-Dwelling People 65 Years of Age and Older. **Journal of the American Geriatrics Society**, v. 42, n. 12, p. 1257–1261, 1994.
- BURGIO, K. L. et al. Urinary incontinence in the 12-month postpartum period. **Obstetrics and Gynecology**, v. 102, n. 6, p. 1291–1298, 2003.
- CARDOSO, A. M. B.; LIMA, C. R. O. DE P.; FERREIRA, C. W. S. Prevalence of urinary incontinence in high-impact sports athletes and their association with knowledge, attitude and practice about this dysfunction. **European Journal of Sport Science**, v. 18, n. 10, p. 1405–1412, 2018.
- CHEN, C. C. G. et al. Knowledge of pelvic floor disorders in women seeking primary care: A cross-sectional study. **BMC Family Practice**, v. 20, n. 1, p. 1–10, 2019.
- DE OLIVEIRA, C. et al. Urinary incontinence in pregnant women and its relation with socio-demographic variables and quality of life. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 59, n. 5, p. 460–466, 2013.
- DIETZ, H. P.; SCHIERLITZ, L. Pelvic floor trauma in childbirth – Myth or reality? **Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology**, n. 45, p. 3–11, 2005.
- DINÇ, A. Prevalence of Urinary Incontinence During Pregnancy and Associated Risk Factors. **LUTS: Lower Urinary Tract Symptoms**, v. 10, n. 3, p. 303–307, 2018.
- DR. RAFIA BANO, DR. EYAD ALSHAMMARI, S. B. F. DAN N. A. A.-S. A comparative study of Knowledge , Attitude , Practice of nutrition and non-nutrition student towards a

balanced diet in. **Journal of Nursing and Health Science**, v. 2, n. 3, p. 29–36, 2013.

EL-AZAB, A. S.; SHAABAN, O. M. Measuring the barriers against seeking consultation for urinary incontinence among Middle Eastern women. **BMC women's health**, v. 10, p. 3, jan. 2010.

FANTE, J. F. et al. Do Women have Adequate Knowledge about Pelvic Floor Dysfunctions ? A Systematic Review. **Rev Bras Ginecol Obstet**, v. 41, p. 508–519, 2019.

FIRMIANO, M. L. V. Escala de avaliação do conhecimento, atitude e prática de gestantes sobre incontinência urinária: construção e validação de conteúdo. **Universidade Federal do Ceará**, v. Dissertação, p. 1–139, 2017.

FITZGERALD, M. P.; GRAZIANO, S. Anatomic and Functional Changes of the Lower Urinary Tract During Pregnancy. **Urologic Clinics of North America**, v. 34, n. 1, p. 7–12, 2007.

GEOFFRION, R. et al. Evaluating patient learning after an educational program for women with incontinence and pelvic organ prolapse. **International Urogynecology Journal**, v. 20, n. 10, p. 1243–1252, 2009.

GEYNISMAN-TAN, J. M.; TAUBEL, D.; ASFAW, T. S. Is Something Missing From Antenatal Education ? A Survey of Pregnant Women ' s Knowledge of Pelvic Floor Disorders. v. 24, n. 6, p. 440–443, 2018.

GUILLEN LOPEZ, O.; LLANOS ZAVALAGA, F.; LECCA GARCIA, L. Conocimientos sobre incontinencia urinaria en pacientes hospitalizados. **Revista Medica Herediana**, v. 14, n. 4, p. 186–194, 2003.

HEIT, M.; BLACKWELL, L.; KELLY, S. Measuring barriers to incontinence care seeking. **Neurourology and urodynamics**, v. 27, n. 3, p. 174–178, 2008.

HENDERSON, J. S.; KASHKA, M. S. Development and testing of the Urinary Incontinence Scales. **Urologic nursing : official journal of the American Urological Association Allied**, v. 19, n. 2, p. 109–119, 1999.

JU, R. et al. A validated translation of a survey for measuring incontinence knowledge in Chinese-speaking American immigrants. **International urogynecology journal**, v. 28, n. 6, p. 851–856, jun. 2017.

KANG, Y.; JONES, E. G.; KIM, S. S. Evaluation of the psychometric properties of the Korean language version of the Incontinence Quiz. **Urologic nursing**, v. 32, n. 6, p. 313–318, 2012.

KARA, K. C. et al. Reliability and validity of the Incontinence Quiz–Turkish version. **Journal of Obstetrics and Gynaecology Research**, v. 44, n. 1, p. 144–150, 2018.

KARL-DIETRICH SIEVERT, et al. Can We Prevent Incontinence?: ICI-RS 2011 Karl-Dietrich. **Neurourology and Urodynamics**, v. 31, p. 390–399, 2012.

- KIM, J. S.; LEE, E. H.; PARK, H. C. Urinary incontinence: prevalence and knowledge among community-dwelling Korean women aged 55 and over. **Taehan Kanho Hakhoe chi**, v. 34, n. 4, p. 609–616, 2004.
- LEROY, L. DA S.; LÚCIO, A.; LOPES, M. H. B. DE M. Fatores de risco para a incontinência urinária no puerpério. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 50, n. 2, p. 200–207, 2016.
- LIAO, Y. M. et al. Pelvic floor muscle training effect on urinary incontinence knowledge, attitudes, and severity: An experimental study. **International Journal of Nursing Studies**, v. 43, n. 1, p. 29–37, 2006.
- LIMA, J.; LOPES, M. A Incontinência Urinária no Puerpério e o Impacto na Qualidade de Vida. **REV, Latino AM. Enfermage**, v. 20, n. 2, p. 8, 2012.
- LIN, Y. H. 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. **Taiwanese Journal of Obstetrics and Gynecology**, v. 57, n. 3, p. 340–345, 2018.
- LOPES, DANIELA BIGUETTI MARTINS; PRAÇA, N. DE S. Incontinência urinária autorreferida no pós-parto: características clínicas. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 46, n. 3, p. 559–564, 2012.
- LOPES, D. B. M.; PRAÇA, N. DE S. Incontinência Urinária Autorreferida No Pós-Parto. **Texto Contexto Enferm**, v. 19, n. 4, p. 667–74, 2010.
- MACARTHUR, C. et al. Urinary incontinence persisting after childbirth: Extent, delivery history, and effects in a 12-year longitudinal cohort study. **BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology**, v. 123, n. 6, p. 1022–1029, 2016.
- MALTA, E. F. G. D. et al. Inadequate Practice Related of the Papanicolaou Test Among Women. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 26, n. 1, p. 1–9, 2017.
- MALTA, M. et al. STROBE initiative: guidelines on reporting observational studies. **Revista de Saude Publica**, v. 44, n. 3, p. 559–565, 2010.
- MANDIMIKA, C. L. et al. Knowledge of pelvic floor disorders in a population of community-dwelling women. **American Journal of Obstetrics and Gynecology**, v. 210, n. 2, p. 165.e1-165.e9, 2014.
- MARTINS, G. et al. Prevalence and risk factors for urinary incontinence in healthy pregnant Brazilian women. **International Urogynecology Journal**, v. 21, n. 10, p. 1271–1277, 2010.
- MCLENNAN, M. T. et al. Patients ' knowledge of potential pelvic floor changes associated with pregnancy and delivery. p. 22–26, 2005.
- MELVILLE, J. L. et al. Women ' s Perceptions about the Etiology of Urinary Incontinence. **JOURNAL OF WOMEN'S HEALTH**, v. 17, n. 7, p. 1093–1098, 2008.

MINASSIAN, V. A.; DRUTZ, H. P.; AL-BADR, A. Urinary incontinence as a worldwide problem. **International Journal of Gynecology and Obstetrics**, v. 82, p. 327–338, 2003.

MOCCELLIN, A. S.; RETT, M. T.; DRIUSSO, P. Existe alteração na função dos músculos do assoalho pélvico e abdominais de primigestas no segundo e terceiro trimestre gestacional? **Fisioterapia e Pesquisa**, v. 23, n. 2, p. 136–141, 2016.

MØRKVED, S. et al. Pelvic floor muscle training during pregnancy to prevent urinary incontinence: A single-blind randomized controlled trial. **Obstetrics and Gynecology**, v. 101, n. 2, p. 313–319, 2003.

NG, K. et al. An observational follow-up study on pelvic floor disorders to 3–5 years after delivery. **International Urogynecology Journal**, v. 28, n. 9, p. 1393–1399, 2017.

NIGAM, A. et al. Prevalence and risk factors for urinary incontinence in pregnant women during late third trimester. **International Journal of Reproduction, Contraception, Obstetrics and Gynecology**, v. 5, n. 7, p. 2187–2191, 2016.

TAMANINI, J. T. N et al. Validação para o português do “International Consultation on Incontinence Questionnaire - Short Form” (ICIQ-SF). **Revista de Saude Publica**, v. 38, n. 3, p. 438–444, 2004.

OJENGBEDE, O. A. et al. Prevalence and the associated trigger factors of urinary incontinence among 5000 black women in sub-Saharan Africa: Findings from a community survey. **BJU International**, v. 107, n. 11, p. 1793–1800, 2011.

OLIVEIRA, E. et al. Avaliação dos fatores relacionados à ocorrência da Incontinência Urinária Feminina. **Rev Assoc Med Bras**, v. 56, n. 6, p. 688–690, 2010.

PANAYI, D. C.; KHULLAR, V. Urogynaecological problems in pregnancy and postpartum sequelae. **Current Opinion in Obstetrics and Gynecology**, v. 21, n. 1, p. 97–100, 2009.

PASQUALI, L. Princípios de elaboração de escalas psicológicas. *Revista de Psiquiatria Clínica*, v. 25, n. 5, p. 206-213, 1998.

PERERA, J. et al. Descriptive cross sectional study on prevalence , perceptions , predisposing factors and health seeking behaviour of women with stress urinary incontinence. p. 1–7, 2014.

RIBEIRO, G. L. et al. Knowledge, attitude, and practice instruments for urinary incontinence: A psychometric review. **Neurourology and Urodynamics**, v. 39, n. 1, p. 25–34, 2019.

SABOIA, D. M. et al. Impacto dos tipos de incontinência urinária na qualidade de vida de mulheres. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 51, n. 0, p. 1–8, 2017.

SABOIA, D. M. et al. Continence App: Construction and validation of a mobile application for postnatal urinary incontinence prevention. **European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology**, v. 240, p. 330–335, 2019.

SALEH, N. et al. Prevalence, awareness and determinants of health care-seeking behaviour for urinary incontinence in Qatari women: A neglected problem? **Maturitas**, v. 50, n. 1, p.

58–65, 2005.

SANGSAWANG, B.; SANGSAWANG, N. Stress urinary incontinence in pregnant women: A review of prevalence, pathophysiology, and treatment. **International Urogynecology Journal**, v. 24, n. 6, p. 901–912, 2013.

SANGSAWANG, B.; SANGSAWANG, N. Is a 6-week supervised pelvic floor muscle exercise program effective in preventing stress urinary incontinence in late pregnancy in primigravid women?: A randomized controlled trial. **European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology**, v. 197, p. 103–110, 2016.

SCARPA, K. P. et al. Prevalence and correlates of stress urinary incontinence during pregnancy: A survey at UNICAMP Medical School, São Paulo, Brazil. **International Urogynecology Journal**, v. 17, n. 3, p. 219–223, 2006.

SERATI, M. et al. Prospective study to assess risk factors for pelvic floor dysfunction after delivery. **Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica**, v. 87, n. 3, p. 313–318, 2008.

SESHAN, V.; MULIIRA, J. K. Self-reported urinary incontinence and factors associated with symptom severity in community dwelling adult women: Implications for women's health promotion. **BMC Women's Health**, v. 13, n. 1, 2013.

SHAH, A. D. et al. A reliable, valid instrument to assess patient knowledge about urinary incontinence and pelvic organ prolapse. **International urogynecology journal and pelvic floor dysfunction**, v. 19, n. 9, p. 1283–1289, set. 2008.

SZYMONA-PAŁKOWSKA, K. et al. Knowledge of the Disease, Perceived Social Support, and Cognitive Appraisals in Women with Urinary Incontinence. **BioMed Research International**, v. 2016, 2016.

TÄHTINEN, R. M. et al. Long-term Impact of Mode of Delivery on Stress Urinary Incontinence and Urgency Urinary Incontinence: A Systematic Review and Meta-analysis. **European Urology**, v. 70, n. 1, p. 148–158, 2016.

TROKO, J.; BACH, F.; TOOZS-HOBSON, P. Predicting urinary incontinence in women in later life: A systematic review. **Maturitas**, v. 94, n. July 1974, p. 110–116, 2016.

VAN BRUMMEN, H. J. et al. How do the prevalences of urogenital symptoms change during pregnancy? **Neurourology and Urodynamics**, v. 25, n. 2, p. 135–139, 2006.

VASCONCELOS, C. T. M. et al. Women's knowledge, attitude and practice related to urinary incontinence: systematic review. **International Urogynecology Journal**, 2018.

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. **American Journal of Obstetrics and Gynecology**, v. 199, n. 1, p. 73.e1-73.e4, 2008.

WESNES, S. L. et al. Urinary incontinence during pregnancy. **OBSTETRICS & GYNECOLOGY**, v. 109, n. 4, p. 922–928, 2007.

WESNES, S. L.; LOSE, G. Preventing urinary incontinence during pregnancy and postpartum: A review. **International Urogynecology Journal**, v. 24, n. 6, p. 889–899, 2013.

WONG, T. et al. Changing prevalence and knowledge of urinary incontinence among Hong Kong Chinese women. **International Urogynecology Journal**, v. 17, n. 6, p. 593–597, 2006.

YUAN, H. BIN; WILLIAMS, B. A.; LIU, M. Attitudes toward urinary incontinence among community nurses and community-dwelling older people. **Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing**, v. 38, n. 2, p. 184–189, 2011.

ZHANG, N. et al. Effects of a new community-based reproductive health intervention on knowledge of and attitudes and behaviors toward stress urinary incontinence among young women in Shanghai: a cluster-randomized controlled trial. **International Urogynecology Journal**, v. 27, n. 4, p. 545–553, 2016.

ANEXOS

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

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

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

Score total do CONHECIMENTO (0 – 100): _____

SUBESCALA DE AVALIAÇÃO DA ATITUDE SOBRE IU

Enfrentamento/Busca de apoio	11	O quanto você se sentiria à vontade para falar com profissional de saúde que você perde urina (perda de xixi quando não está com vontade ou porque não consegue chegar a tempo ao banheiro), se esse fosse o seu caso?	1 -Nada à vontade 2 -Pouco à vontade 3 -Muito à vontade	1. Para a opção de resposta 01 – 00 escores 2. Para a opção de resposta 02 – 05 escores 3. Para a opção de resposta 03 – 10 escores
	12	O quanto você se sentiria à vontade para falar com seu companheiro (namorado, marido) sobre esse assunto (perda de xixi quando não está com vontade ou porque não consegue chegar a tempo ao banheiro), se esse fosse o seu caso?	1 -Nada à vontade 2 -Pouco à vontade 3 -Muito à vontade	1. Para a opção de resposta 01 – 00 escores 2. Para a opção de resposta 02 – 2,5 escores 3. Para a opção de resposta 03 – 05 escores
	13	O quanto você se sentiria à vontade para falar com seu familiar ou amigos sobre esse assunto (perda de xixi quando não está com vontade ou porque não consegue chegar a tempo ao banheiro), se esse fosse o seu caso?	1 -Nada à vontade 2 -Pouco à vontade 3 -Muito à vontade	1. Para a opção de resposta 01 – 00 escores 2. Para a opção de resposta 02 – 2,5 escores 3. Para a opção de resposta 03 – 05 escores
	14	Você conversaria sobre perda de urina com profissionais de saúde do sexo masculino sobre esse assunto (perda de xixi quando não está com vontade ou porque não consegue chegar a tempo ao banheiro), se esse fosse o seu caso?	1. Sim 2. Não	1. Para resposta “Sim” contabiliza-se 05 escores 2. Para resposta “Não” contabiliza-se 00 escores
	15	Você acha que o pré-natal pode ser um momento para a gestante conversar com um profissional de saúde sobre formas de evitar ou tratar a perda de xixi?	1. Sim 2. Não	1. Para resposta “Sim” contabiliza-se 05 escores 2. Para resposta “Não” contabiliza-se 00 escores
Prevenção	16	Você acha que a mulher que não tem perda de urina (perda de xixi quando não está com vontade ou porque não consegue chegar a tempo ao banheiro) deve buscar ajuda de um profissional de saúde para evitá-la?	1. Sim 2. Não	1. Para resposta “Sim” contabiliza-se 05 escores 2. Para resposta “Não” contabiliza-se 00 escores
Tratamento	17	Você acha que mesmo quando a mulher tem uma pequena perda de xixi deve buscar ajuda de profissionais de saúde para tratá-la?	1. Sim 2. Não	1. Para resposta “Sim” contabiliza-se 05 escores 2. Para resposta “Não” contabiliza-se 00 escores
	18	Você acha que caso a mulher tenha uma grande perda de xixi deve buscar ajuda de profissionais de saúde para tratá-la?	1. Sim 2. Não	1. Para resposta “Sim” contabiliza-se 60 escores 2. Para resposta “Não” contabiliza-se 00 escores

Escore total da ATITUDE (0 – 100): _____

SUBESCALA DE AVALIAÇÃO DA PRÁTICA SOBRE IU

PERGUNTAS PARA AS MULHERES QUE NÃO TEM QUEIXA DE IU:

Prevenção	19	Você já perguntou a algum profissional de saúde o que fazer para evitar a perda de urina (perda de xixi quando não está com vontade de urinar ou porque não consegue chegar a tempo ao banheiro)?	1. Sim 2. Não	1. Para resposta “Sim” contabiliza-se 50 escores 2. Para resposta “Não” contabiliza-se 00 escores
	20	Você faz algo para evitar (prevenir) perda de urina?	1. Sim 2. Não	1. Para resposta “Não” contabiliza-se 00 escores. 2. Para resposta “Sim”, devem ser considerados os valores abaixo (no próximo item):
		O que você faz para evitar(prevenir)a perda de urina?	0. Não sabe 1. Evitar reter urina 2. Evitar constipação 3. Manter peso corporal adequado 4. Evitar levantar peso 5. Realizar TMAP	1. Caso responda qualquer um dos itens de 1-5, contabiliza-se 50 escores 2. Para resposta “não sabe” ou outras respostas que não os itens 1-5, contabiliza-se 00 escores

Escore total da PRÁTICA (0 – 100): _____

PERGUNTAS PARA AS MULHERES QUE TEM QUEIXA DE IU:

Tratamento	21	Você já buscou ajuda para tratar a perda de urina (perda de xixi quando não está com vontade de urinar ou porque não consegue chegar a tempo ao banheiro)?	1. Sim 2. Não	1. Quando a resposta foi “Sim” contabiliza-se 40 escores 2. Quando a resposta for “Não” contabiliza-se 00 escores
	22	Quem você buscou para tratar a perda de urina? Se não buscou, porque?	1 Enfermeira 2 Médico 3 Fisioterapeuta 4 Outro profissional da saúde 5 Leigos	1. Para resposta 1, 2, 3 e 4 contabiliza-se 40 escores 2. Para resposta 5 contabiliza-se 00 escores
	23	Você disse que buscou tratamento, qual foi a orientação dada?	1. Nenhuma 2. Cirurgia 3. TMAP 4. Terapia comportamental (treino da bexiga, perda de peso, adequação de hábitos alimentares) 5. Pessário para IU 6. Eletroestimulação 7. Cones vaginais 8. Medicamento	Se a resposta for “Nenhuma”, ENCERRAR A ENTREVISTA. Somente se a paciente tiver recebido alguma orientação (respostas 2-8), o entrevistador deve prosseguir para a próxima pergunta.
		Qual o tratamento que você realiza ou já realizou?	1. Nenhum 2. Cirurgia 3. TMAP 4. Terapia comportamental (treino da bexiga, perda de peso, adequação de hábitos alimentares) 5. Pessário para IU 6. Eletroestimulação 7. Cones vaginais 8. Medicamento	1. Se a paciente praticar o tratamento que foi orientado na pergunta anterior (2-8), contabilizar 20 escores

Escore total da PRÁTICA (0 – 100): _____

APÊNDICES

APÊNDICE A - TERMO CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO –

PÚBLICO ALVO

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Caro (a) Senhor (a),

Sou aluna do Curso de Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará (UFC). Estou realizando, neste momento, um trabalho sob orientação da Professora Camila Teixeira Moreira Vasconcelos, com título “**ESCALA DE AVALIAÇÃO DO CONHECIMENTO, ATITUDE E PRÁTICA DE GESTANTES SOBRE INCONTINÊNCIA URINÁRIA**”. São objetivos do estudo validar um instrumento de avaliação do Conhecimento da Atitude e da Prática de gestantes sobre Incontinência Urinária (IU). Para isso, o instrumento precisa ser submetido a um rigoroso protocolo de avaliação das propriedades psicométricas em termos de validade e confiabilidade do instrumento.

Por essa razão, a Sr^a está sendo convidada a participar da pesquisa. A sua colaboração acontecerá respondendo a algumas perguntas sobre: (1) dados sócio demográficos; (2) história relacionada a saúde reprodutiva; (3) presença de queixas urinárias e (4) sobre seu conhecimento e comportamento sobre incontinência urinária.

Os benefícios esperados com o estudo são o de tornar o questionário confiável para uma avaliação adequada do conhecimento e comportamento das mulheres sobre incontinência urinária

Todas as informações serão utilizadas exclusivamente para esta pesquisa, assim, suas respostas e dados pessoais serão confidenciais, e seu nome não aparecerá nos resultados que forem apresentados na pesquisa.

A sua participação é voluntária. Caso a Sra. aceite participar, não receberá nenhuma compensação financeira. Também não sofrerá qualquer prejuízo se não aceitar ou se desistir após ter iniciado a intervenção educativa.

Se tiver alguma dúvida a respeito dos objetivos da pesquisa e/ou dos métodos utilizados na mesma, pode procurar a pesquisadora Gabriela Lima Ribeiro, no endereço institucional localizado à Rua Universidade Federal do Ceará (UFC) Departamento/ Curso de Pós Graduação em Enfermagem – Rua Alexandre Baraúna, nº 1115, Rodolfo Teófilo, Fortaleza - CE, telefone: (85) 3366-8464. Se desejar obter informações sobre os seus direitos e os aspectos éticos envolvidos na pesquisa poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa - CEP, da Universidade Federal do Ceará localizado na Rua Coronel Nunes de Melo, 1000 - Rodolfo Teófilo, fone: 3366-8344/46. (Horário: 08:00-12:00 horas de segunda a sexta-feira).

Se a Sra. estiver de acordo em participar deverá preencher e assinar o Termo de Consentimento Pós-esclarecido que se segue, e receberá uma cópia deste Termo.

Atenciosamente,

Gabriela Lima Ribeiro

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
(Público Alvo)

Eu, _____, declaro que tomei conhecimento do estudo mencionado, e tendo sido devidamente esclarecida pela pesquisadora e entendido o que me foi explicado, concordo em participar desta pesquisa.

Fortaleza, ____ de _____ de _____

Assinatura do participante

Nome do profissional que aplicou TCLE

Nome do pesquisador

APÊNDICE B - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

INSRUMENTO DE COLETA DE DADOS		Nº _____
PARTE I - DADOS SOCIO DEMOGRÁFICOS		
1	Nome:	SPSS
2	Idade:	
3	Estado civil: 1 - solteira/viúva/divorciada 2 - casada/união estável	
4	Escolaridade: _____ anos de estudo	
(Analfabeto = 0 anos; Ens. Fund. I Completo (até 5ºano) = 5 anos; Ens. Fund. Completo (até 9ºano) = 9 anos; Ens. Média completo (até 3ºano) = 12 anos; Ens. Superior completo = adicionar o nº de anos do curso)		
5	Tipo de assistência pré-natal: 1 - SUS 2 - Convênios 3 - Particular	
6	Renda: R\$ _____ . Reais (Salário Mínimo: 945,80)	
7	Religião: 1 - católica 2 - evangélica 3- cultos afro-brasileiros 4 - espiritismo 5- outros _____	
8	Peso: _____ g (Consultar cartão de pré-natal)	
9	Altura: _____ cm (Consultar cartão de pré-natal)	
10	Praticava atividade física imediatamente antes da gestação: 1 - Sim 2 - Não	
11	Se sim, qual? 1- Caminhada 2- Musculação 3- Zumba 4-Pilates 5- Outros: _____	
12	Pratica atividade física durante a gestação: 1 - Sim 2 - Não	
13	Se sim, qual? 1- Caminhada 2- Musculação 3- Zumba 4-Pilates 5- Outros: _____	
PARTE II - DADOS OBSTÉTRICOS		
Consultar dados no cartão de pré-natal para itens a seguir (14 a 22)		
14	Nº de consultas pré-natais: _____	
15	Qual trimestre iniciou pré-natal: 1 - 1º trimestre 2 - 2º trimestre 3 - 3º trimestre	
16	Idade gestacional (semanas) no momento da entrevista: _____	
	17. Gesta _____ 18. Parto _____ 29. Aborto _____ 20. P.cesárea _____ 21. P.vaginal _____ 22. P.fórceps _____	
Se Parto = Zero marcar “não se aplica” em itens 23 e 24:		
23	No parto anterior seu períneo: 0 – Não se aplica 1- Se manteve íntegro 2 – Houve laceração 3 – Necessitou de episiotomia 4 - Não sei/lembro	
24	Qual o peso do recém-nascido (em gramas): _____ g 0 – Não se aplica	
Questionar sobre orientações de prevenções de lesão perineal durante o parto		
25	Foi orientada no pré-natal para preparar o períneo para o parto: 1 - sim 2 – não	

PARTE III - AVALIAÇÃO DAS QUEIXAS URINÁRIAS	
ICIQ-SF	
1	Com que frequência você perde urina? (Leia as respostas e assinale a opção que a participante indicou) 0 - Nunca 1 - Uma vez por semana ou menos 2 - Duas ou três vezes por semana 3 - Uma vez ao dia 4 - Diversas vezes ao dia 5 - O tempo todo
2	Gostaríamos de saber a quantidade de urina que você pensa que perde 0 - Nenhuma 2 - Pequena quantidade 4 - Moderada quantidade 6 - Grande quantidade
3	Em geral quanto que perder urina interfere em sua vida diária? Por favor, circule um número entre 0 (não interfere) e 10 (interfere muito) - 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
4	ICIQ escore: soma dos resultados 3 + 4 + 5 = _____
5	Quando você perde urina? (Identifique 1 para “Sim” e 2 para “Não”) 5.1. Nunca 5.2. Perco antes de chegar ao banheiro 5.3. Perco quando tusso ou espiro 5.4. Perco quando estou dormindo 5.5. Perco quando estou fazendo atividades físicas 5.6. Perco quando terminei de urinar e estou me vestindo 5.7. Perco sem razão óbvia 5.8. Perco o tempo todo
Se a participante não tiver perda involuntária de urina seguir para questão 11	
6	Quando começou a perda de urinária: 1 - Durante a gestação atual 2- Durante a gestação anterior 3- Após parto anterior 4- Sem relação gest/parto
7	Apresenta perda de urina associada a um desejo forte e súbito de urinar : 1 - Sim 2 - Não
8	É acordada durante a noite com desejo forte de urinar (noctúria): 1 - Sim 2 - Não
9	Perde urina de forma contínua (fístula): 1 - Sim 2 - Não
10	Quantos forros usa por dia:
11	Tem sensação de bola na vagina: 1 - Sim 2 - Não
Se participante não estiver sexualmente ativa seguir para inquérito CAP	
12	Durante atividade sexual tem sensação de frouxidão na vagina: 1 - Sim 2 - Não 3- não se aplica

APÊNDICE C – AUTORIZAÇÃO PARA USO DA ESCALA

Autorização para uso da Escala de Avaliação do Conhecimento, atitude e prática de gestantes sobre Incontinência Urinária



M

Mariana <mariana-luisa@hotmail.com>



Você

Boa noite Gabriela,

É uma honra saber que pesquisadoras de tanta competência fazem uso da Escala de Avaliação do Conhecimento, atitude e prática (CAP) de Gestantes sobre Incontinência Urinária (IU). Enquanto autora da escala, concedo autorização, desejando sucesso na sua jornada e que sua pesquisa traga resultados importantes para o cuidado da saúde das mulheres.

Atenciosamente,
Mariana Luisa Veras Firmiano

Enviado do meu iPhone

Pedido de Autorização de Utilização de Escala

Sra. Enfermeira Ms. Mariana Luisa Veras Firmiano

Me chamo Gabriela Lima Ribeiro e sou aluna de mestrado do Programa de Pós-graduação em Enfermagem (PPGENF) da Universidade Federal do Ceará (UFC).

Estou desenvolvendo uma pesquisa intitulada "Avaliação do Conhecimento, atitude e prática de Gestantes sobre Incontinência Urinária (IU)". Neste contexto e tendo conhecimento da sua dissertação de mestrado em Enfermagem, em que construiu e validou a Escala de Avaliação do Conhecimento, atitude e prática (CAP) de Gestantes sobre Incontinência Urinária (IU) solicito sua autorização para a utilização no trabalho que me proponho desenvolver.

Atenciosamente,

Gabriela Lima Ribeiro

Enfermeira Obstetra (RESENF/MEAC/UFC)

Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará (PPGENF/DENF/UFC).

CV: <http://lattes.cnpq.br/7925042106517388>

APÊNDICE D – FOLHA DE APROVAÇÃO COMITÊ DE ÉTICA



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
MATERNIDADE ESCOLA ASSIS CHATEAUBRIAND – MEAC

Fortaleza, 13/03/2019

Do: NESAR

À Coordenação do Ambulatório - MEAC/UFC/EBSERH

Encaminhamos a pesquisa intitulada **ESCALA DE AVALIAÇÃO DO CONHECIMENTO, ATITUDE E PRÁTICA DE GESTANTES SOBRE INCONTINÊNCIA URINÁRIA: PROPRIEDADES PSICOMÉTRICAS** dos pesquisadores **GABRIELA LIMA RIBEIRO, LIA GOMES LOPES, MARIANA ALVES FIRMEZA e TENNYSON KESLER LUSTOSA DE MORAIS** e da orientadora **CAMILA TEIXEIRA MOREIRA VASCONCELOS**, para a sua análise e parecer sobre execução nesse serviço.

R. R. Autran Coelho
ginecologia - Colposcopia
CRP 12.518 / 2014 / 2017 67821 6105

Dra. Silvia Bomfim Hyppólito
 Coordenadora do NESAR/MEAC/UFC

TERMO DE CIÊNCIA

Aprovado para execução

Fortaleza, 14/03/19

Muse Santiago de Oliveira

Dra. Muse Santiago de Oliveira
 Chefe da Unidade de Atenção à Saúde da Mulher
 MEAC/UFC/EBSERH
 Assinatura e Carimbo

Não aprovado para execução

Motivo:

Fortaleza, ___/___/___

Assinatura e Carimbo