

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

Gabriela Lima Ribeiro¹ , Mariana Luisa Veras Firmiano² , Camila Teixeira Moreira Vasconcelos^{1,*} ,
José Ananias Vasconcelos Neto³ , Maria Helena Baena de Moraes Lopes⁴ ,
Ana Kelve de Castro Damasceno¹ 

RESUMO

Objetivo: avaliar o conhecimento, a atitude e a prática (CAP) de gestantes sobre incontinência urinária (IU), identificar a prevalência de IU durante a gestação, avaliar seu impacto na qualidade de vida (QV) e identificar os fatores associados ao CAP inadequados em relação à IU. **Metodologia:** Estudo observacional realizado de maio a novembro de 2019 na cidade de Fortaleza, Ceará. Utilizaram-se dois instrumentos para coleta de dados: um para avaliação sociodemográfica, obstétrica e de perdas urinárias e outro para avaliação do CAP sobre IU. **Resultados:** Participaram 237 gestantes. A prevalência de IU foi de 49,3% e observou-se baixo impacto na QV. A maioria apresentou conhecimento (89,6%) e prática inadequados tanto para prevenir (89,2%) quanto para tratar (78,8%) a IU. Identificaram-se baixos percentuais de acerto relacionados ao conhecimento sobre fatores de risco (46,8%), prevenção (43,8%) e tratamento da IU (42,8%). Apesar disso, a atitude foi considerada adequada para a maioria das mulheres (98,5%). Ausência de orientação sobre o preparo do períneo para o parto durante o pré-natal ($p = 0,019$), baixa escolaridade ($p < 0,001$), casos mais leves de IU ($p = 0,027$) e gestação de alto risco ($p = 0,004$) associaram-se a prática inadequada. **Conclusão:** o conhecimento sobre causas, prevenção e tratamento da IU é insuficiente e interfere no manejo dessa condição.

DESCRITORES: Incontinência Urinária. Conhecimentos, Atitudes e Prática em Saúde. Estomaterapia.

KNOWLEDGE, ATTITUDE, AND PRACTICE OF PREGNANT WOMEN ABOUT URINARY INCONTINENCE: OBSERVATIONAL STUDY

ABSTRACT

Objectives: To assess the knowledge, attitude and practice (KAP) of pregnant women about urinary incontinence (UI), identify the prevalence of UI, assess its impact on quality of life (QoL) and identify factors associated with inadequate KAP in relation to UI. **Methodology:** Observational study carried out from May to November 2019 in the city of Fortaleza, Ceará, Brazil. Two instruments were used for data collection: one for sociodemographic, obstetric and urinary loss assessment and another for KAP assessment on UI. **Results:** 237 pregnant women participated. The prevalence of UI was 49.3% and a low impact on QoL was observed. Most had knowledge (89.6%) and inadequate practice both to prevent (89.2%) and to treat (78.8%). Low percentages of correct answers were

1. Universidade Federal do Ceará  – Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem – Departamento de Enfermagem – Fortaleza/Ceará – Brasil.
2. Universidade Federal do Ceará  – Complexo Hospitalar – Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – Fortaleza/Ceará, Brasil.
3. Universidade Federal do Ceará - Faculdade de Medicina - Departamento de Saúde da Mulher da Criança e do Adolescente - Fortaleza/Ceará, Brasil.
4. Universidade Estadual de Campinas  – Faculdade de Enfermagem – Departamento de Enfermagem – Campinas, Brasil.

*Autora correspondente: camilavasconcelos@ufc.br

Editora de Seção: Gisela Maria Assis

Recebido: Out. 10, 2022 | Aceito: Fev. 22, 2023

Como citar: Ribeiro GL, Firmiano MLV, Vasconcelos CTM, Vasconcelos Neto JA, Lopes MHBM, Damasceno AKC (2023) Conhecimento, atitude e prática de gestantes sobre incontinência urinária: estudo observacional. ESTIMA, Braz. J. Enterostomal Ther., 21: e1324. https://doi.org/10.30886/estima.v21.1324_PT

identified related to knowledge about risk factors (46.8%), prevention (43.8%) and treatment of UI (42.8%). Despite this, the attitude was considered adequate for most women (98.5%). Absence of guidance on preparation of the perineum for childbirth during prenatal care ($p = 0.019$), low education ($p < 0.001$), milder cases of UI ($p = 0.027$) and high-risk pregnancy ($p = 0.004$) were associated with inappropriate practice. **Conclusions:** knowledge about the causes, prevention and treatment of UI is insufficient and interferes with the management of this condition.

DESCRIPTORS: Urinary incontinence. Knowledge, Attitude and Practice in Health. Enterostomal Therapy.

CONOCIMIENTO, ACTITUD Y PRÁCTICA DE GESTANTES SOBRE LA INCONTINENCIA URINARIA: ESTUDIO OBSERVACIONAL

RESUMEN

Objetivos: evaluar el conocimiento, la actitud y la práctica (CAP) de las gestantes sobre la incontinencia urinaria (IU), identificar la prevalencia de la IU, evaluar su impacto en la calidad de vida (CV) e identificar los factores asociados a una PAC inadecuada en relación con la IU. **Metodología:** estudio observacional realizado de mayo a noviembre de 2019 en la ciudad de Fortaleza/CE. Se utilizaron dos instrumentos para la recolección de datos: uno para la evaluación sociodemográfica, obstétrica y de pérdidas urinarias y otro para la evaluación del CAP en la IU. **Resultados:** Participaron 237 gestantes. La prevalencia de IU fue del 49,3% y se observó un bajo impacto en la CV. La mayoría tenía conocimiento (89,6%) y práctica inadecuada tanto para prevenir (89,2%) como para tratar (78,8%). Se identificaron bajos porcentajes de aciertos relacionados con el conocimiento sobre factores de riesgo (46,8%), prevención (43,8%) y tratamiento de la IU (42,8%). A pesar de ello, la actitud fue considerada adecuada por la mayoría de las mujeres (98,5%). La ausencia de orientación sobre la preparación del perineo para el parto durante el control prenatal ($p = 0,019$), la baja escolaridad ($p < 0,001$), los casos más leves de IU ($p = 0,027$) y el embarazo de alto riesgo ($p = 0,004$) se asociaron con una atención inadecuada. **Conclusión:** el conocimiento sobre las causas, la prevención y el tratamiento de la IU es insuficiente e interfiere con el manejo de esta condición.

DESCRIPTORES: Incontinencia Urinaria. Conocimientos, Actitudes y Prácticas en Salud. Estomaterapia.

INTRODUÇÃO

A incontinência urinária (IU), definida como perda involuntária de urina em qualquer quantidade, é um sintoma de elevada prevalência na gestação. Sua ocorrência pode variar de 41% a 75% a depender dos fatores de risco preexistentes e até mesmo do trimestre gestacional investigado. Além disso, mostra-se como uma condição que resulta em impacto negativo na qualidade de vida (QV)¹⁻³.

Sua ocorrência está relacionada a alterações anatômicas e hormonais que ocorrem no organismo materno e, quando associada à presença de outros fatores — como alto índice de massa corporal (IMC), idade materna (> 35 anos), constipação, multiparidade, comorbidades prévias ao parto (como diabetes e infecção do trato urinário) — tem seu risco e sua gravidade aumentados durante a gestação e até mesmo após o parto^{1,4}.

A IU é uma condição com grande potencial preventivo. Dessa forma, medidas apoiadas por evidências científicas devem ser implementadas a fim de diminuir a suscetibilidade da mulher à IU durante a gestação. Ações de prevenção primária podem ser realizadas destacando-se o incentivo a perda de peso e realização do treinamento da musculatura do assoalho pélvico (TMAP)^{5,6}. Além disso, a intervenção profissional pode estar focada na busca precoce de sintomas (prevenção secundária) durante as consultas⁶.

Apesar da elevada prevalência, custos econômicos e impacto substancial na QV, estudos apontam que ainda existe desinformação a respeito da IU⁷⁻⁹. Considerando isso, surgiram os seguintes questionamentos: qual o conhecimento das gestantes sobre IU? Elas conseguem reconhecer a causa, formas de prevenção e tratamento dessa condição? Que fatores estão associados a conhecimento, atitude e prática (CAP) inadequados diante da IU?

A pesquisa CAP é uma metodologia utilizada para estudar o comportamento humano diante de problema ou doença. Tem como objetivo identificar o que a população sabe sobre um problema de saúde/doença (conhecimento), sua forma de agir e crenças em face dele (atitude) e quais comportamentos preventivos adotam para se proteger (prática). É importante ressaltar que essas três construções estão interrelacionadas, e que o conhecimento e a atitude influenciam diretamente na prática⁹. Para que essa avaliação seja adequada, é importante que os profissionais utilizem instrumentos válidos e confiáveis, adaptados à cultura da população estudada.

No Brasil, poucos estudos foram desenvolvidos com relação à temática apresentada, mostrando ainda lacunas que precisam ser preenchidas a fim de se melhorar a assistência prestada durante o período gravídico-puerperal. Dessa forma, os objetivos desse estudo foram: (a) avaliar o CAP de gestantes sobre IU; (b) identificar a prevalência e os fatores de risco associados à queixa de IU durante a gestação e seu impacto na QV e (c) identificar os fatores associados ao CAP inadequado de gestantes em relação à IU.

MATERIAIS E MÉTODOS

Para a apresentação e descrição dos dados ora apresentados, foram utilizadas as recomendações da iniciativa *Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology* (STROBE)¹⁰.

Design do estudo e coleta de dados

Trata-se de um estudo de natureza observacional, de corte transversal. A investigação ocorreu em duas instituições públicas vinculadas à Universidade Federal do Ceará, Brasil. A primeira realiza atendimento pré-natal de risco habitual e a segunda é uma instituição de referência e possui ambulatório materno-fetal direcionado a gestações de alto risco.

A coleta de dados foi realizada no período de maio a novembro de 2019 e, considerando a média de atendimentos pré-natais mensais e o período destinado à coleta de dados, a amostra 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. Foram selecionadas gestantes com idade maior ou igual a 18 anos em qualquer idade gestacional. Mulheres com diagnóstico de infecção do trato urinário no momento da coleta de dados foram excluídas.

As participantes foram selecionadas por conveniência e abordadas enquanto aguardavam a consulta de pré-natal. Avaliados os critérios de elegibilidade, eram convidadas a participar do estudo e, após o aceite e assinatura do termo de consentimento, dava-se início à pesquisa. Os instrumentos de coleta de dados, no formato eletrônico, foram aplicados por meio de entrevista individualizada, em ambiente reservado, por uma equipe composta por três pesquisadores treinados.

Foram aplicados dois instrumentos. O primeiro continha três seções, a saber: variáveis sociodemográficas (seção I), variáveis obstétricas (seção II) e avaliação de queixas urinárias e de prolapso de órgãos pélvicos (POP) (seção III). A avaliação das queixas urinárias foi realizada por meio do *International Consultation Incontinence Questionnaire – Short Form* (ICIQ-SF), versão traduzida e validada para o português que avalia o impacto da IU 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 pelas pacientes. O escore do questionário é realizado através da soma aritmética das questões, com variações de 0 a 21. Quanto maior o escore, mais severos são os sintomas¹¹. Já os sintomas de *bola na vagina* e *frouxidão vagina* foram avaliados por meio da autopercepção da participante.

Após o preenchimento do primeiro instrumento, foi aplicada a Escala CAP de Gestantes sobre IU. Essa escala é composta por 23 itens, distribuídos em três subescalas. A subescala Conhecimento possui 10 perguntas que englobam aspectos relacionados a sintomas, fatores de risco, severidade da IU, formas de prevenção e tratamento da IU. 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 última 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 a mulheres com IU. Cada subescala permite classificar o CAP em adequado e inadequado, dependendo das respostas dadas pelos participantes, de acordo com os critérios abaixo¹²:

- **Conhecimento:** para ser considerada com conhecimento adequado, a participante deve minimamente: ter ouvido falar sobre IU; saber que há algo para prevenir a IU e mencionar alguma maneira correta de preveni-la; saber que há tratamento para IU e mencionar alguma maneira correta de tratá-la.
- **Atitude:** para ser considerada com uma atitude adequada, a participante deve minimamente: afirmar que, se a mulher tem uma grande perda de urina, ela deve procurar ajuda profissional para tratá-la.
- **Prática:** para ser considerada com prática adequada, a participante:
 - *Sem queixa de IU (I) deve, minimamente: ter perguntado a algum profissional de saúde o que fazer para evitar a IU ou praticar algo correto para evitá-la.*
 - *Com queixa de IU (II) deve, minimamente: ter procurado ajuda para tratar a perda de urina com um profissional de saúde.*

Análise dos dados

Os dados foram analisados por meio do IBM SPSS Statistics versão 20.0 para Windows.

A prevalência da queixa de IU foi calculada a partir da primeira pergunta do ICIQ-SF — *Com que frequência você perde urina?* — sendo considerada como IU ausente a resposta “nunca”, e as demais como IU presente. Para avaliação do impacto da IU na QV utilizou-se a terceira pergunta do ICIQ-SF — *Em geral, quanto que perder urina interfere em sua vida diária?*²¹

A fim de identificar os fatores associados ao CAP inadequados 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.

Conforme definido pela Escala CAP-IU, foram utilizados requisitos para classificar cada elemento CAP em adequado ou inadequado¹². 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 \pm desvio-padrão (Md \pm DP), mediana (p25-p75) e comparadas utilizando-se o teste T de Student.

O estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética sob o n.º 3.284.173/2019.

RESULTADOS

Características sociodemográficas e obstétricas e sintomas urinários

O estudo foi conduzido com 237 gestantes, com média de $28,94 \pm 6,14$ anos de idade, mais de 9 anos de estudo, a maioria morando com o companheiro e renda média de R\$ 1.497,19 \pm 903,04 (Tabela 1). A maioria das gestantes iniciou o pré-natal no primeiro trimestre de gestação (66,7%) e estava, no momento da entrevista, no final do segundo trimestre (Md: $26,2 \pm 7,6$ semanas); maior parte era secundigesta (83/35,0%) e primípara (Md: $1,11 \pm 1,18$) com parto vaginal anterior (Md: $0,6 \pm 1,1$). O IMC médio foi de $27,35 \pm 5,93$ (kg/m²). Apenas 19 (8,0%) referiam praticar alguma atividade física, sendo a caminhada/corrida a atividade mais relatada (11/57,8%).

Das 237 gestantes, 114 (49,3%) apresentaram IU. Com relação à presença de sintomas de POP, 45 (19,4%) mulheres referiram sensação de *bola na vagina* e, entre as que tinham vida sexual ativa, 14 (16%) apresentaram queixas de *frouxidão vaginal*.

As gestantes com IU referiram que IU acontece principalmente “antes de chegar ao banheiro” (37/32,4%) ou “quando tosse ou espirra” (90/78,9%). Mais da metade (79/70,1%) relacionou o início da queixa com a gestação atual. Para outras, essa queixa se prolonga desde a gestação (21/19,2%) ou de parto anterior (2/2,6%).

Com relação à frequência da perda urinária, metade das gestantes relatou uma frequência mínima de 2 a 3 vezes/semana, na maioria das vezes, em pequena quantidade (96/84,2%) e com baixo impacto na QV (Md: $4,0 \pm 3,6$ pontos), avaliada pelo ICIQ-SF.

Os dados sociodemográficos e obstétricos são descritos nas Tabelas 1 e 2, respectivamente. Destaca-se que não houve diferença com relação ao perfil sociodemográfico das gestantes com e sem queixa de IU, contudo, com relação ao perfil obstétrico, as gestantes com IU possuíram maior número de gestações ($p = 0,022$), de partos ($p = 0,008$), principalmente por via vaginal ($p = 0,002$) e partos instrumentalizados ($p = 0,045$).

Tabela 1. Distribuição dos dados sociodemográficos da amostra geral (237) e por grupo (com e sem queixa de IU), 2020.

Variável	Amostra total (237)		Sem IU (123/50,7%)		Com IU (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)		

+Renda mensal considerando o salário mínimo de 2019 de R\$ 998. *teste T **Qui-quadrado de Pearson. IU: incontinência urinária; Md: média; DP: desvio-padrão. Fonte: Elaborada pelos autores.

Tabela 2. Perfil clínico e obstétrico por amostra total (237) e grupo (com ou sem queixa de IU), 2020.

Variável	Amostra total (237)		Sem IU (123/50,7%)		Com IU (114/49,3%)		P
	N (%)	Md ± DP (p25-p75)	N (%)	Md ± DP (p25-p75)	N (%)	Md ± DP (p25-p75)	
Início do pré-natal	158 (66,7)		76 (61,8)		82 (71,9)		0,223**
1º trimestre	62 (26,2)		36 (29,6)		26 (22,8)		
2º trimestre	17 (7,2)		11 (8,9)		06 (5,3)		
3º trimestre		26,2 ± 7,6 (20-33)		25,7 ± 8,1 (19-33)		26,8 ± 7,0 (21-32)	
Idade gestacional (sem.)							0,307*
Recebeu orientação sobre como preparar o períneo para o parto?	17 (7,2)		05 (4,1)		12 (10,5)		0,054**
Sim	220 (92,8)		118 (95,9)		102 (89,5)		
Não							

continua...

Tabela 2. Continuação...

Variável	Amostra total (237)		Sem IU (123/50,7%)		Com IU (114/49,3%)		P
	N (%)	Md ± DP (p25-p75)	N (%)	Md ± DP (p25-p75)	N (%)	Md ± DP (p25-p75)	
Atividade física (gestação)	218 (92,0)		114 (92,7)		104 (91,2)		0,680**
Não	19 (8,0)		09 (7,3)		10 (8,8)		
Sim							
Se sim, qual? (19)	11 (57,8)		06 (66,6)		05 (50)		
Caminhada/corrida	03 (15,8)		02 (22,2)		01 (10)		0,857**
Musculação	01 (5,3)		00 (0,0)		01 (10)		0,606**
Zumba	01 (5,3)		00 (0,0)		01 (10)		0,298**
Pilates	03 (15,8)		01 (11,2)		02 (20)		0,298**
Outros		5,28 ± 2,94 (3-7)		4,93 ± 2,79 (2-7)		5,66 ± 3,05 (4-7)	0,517**
Número de consultas		2,53 ± 1,41 (1-3)		2,33 ± 1,27 (1-3)		2,75 ± 1,53 (2-4)	0,058*
Gesta		1,11 ± 1,18 (0-2)		0,91 ± 1,04 (0-1)		1,32 ± 1,28 (0-2)	0,022*
Parto		0,43 ± 0,71 (0-1)		0,46 ± 0,77 (0-1)		0,39 ± 0,65 (0-1)	0,008*
Cesárea		0,64 ± 1,11 (0-1)		0,42 ± 0,81 (0-1)		0,88 ± 1,31 (0-1)	0,408*
Vaginal		0,02 ± 0,12 (0-1)		0		0,04 ± 0,18 (0-0)	0,002*
Parto instrumentalizado		75,3 ± 15,9 (64,5-83,6)		75,1 ± 15,0 (64,8-83,0)		75,5 ± 16,9 (63,8-85,4)	0,045*
IMC (kg/m²)		3270,9 ± 755,3 (2847,5-3775)		3398,29 ± 586,95 (3150-1787)		3174,97 ± 852,52 (2722-3750)	0,870*
Peso do RN							0,091*
Trauma perineal anterior (88)	28 (31,8)		09 (27,3)		19 (34,5)		0,478*
Períneo íntegro	60 (68,2)		24 (72,7)		36 (65,5)		
Laceração/episiotomia							

*teste T **Qui-quadrado de Pearson. IU: incontinência urinária; Md: média; DP: desvio-padrão; IMC: índice de massa corporal. Números em negrito: p < 0,05. Fonte: Elaborada pelos autores.

CAP sobre IU

De acordo com os critérios estabelecidos previamente, a Escala CAP-IU só deve ser aplicada em mulheres que já ouviram falar sobre IU. Portanto aquelas que responderam sim à primeira pergunta do instrumento: *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?*

Dessa forma, apesar de terem sido abordadas 237 gestantes, como 36 (15,2%) relataram nunca ter ouvido falar sobre IU, apenas 201 (84,8%) foram avaliadas quanto ao CAP. Neste estudo, a recomendação inicial do autor principal da escala foi seguida, apesar dessa recomendação ter sido modificada posteriormente¹².

Conhecimento sobre IU

A maioria das participantes (111/55,2%) reconheceu a IU como um problema de saúde e afirmou que a IU é mais prevalente na população feminina (183/91%) podendo ocorrer em alguma fase da vida. Contudo a maioria (115/57,2%) considerou ser normal a ocorrência de perda urinária durante a gestação.

Mais da metade (112/55,7%) não soube citar qualquer fator de risco para IU. Dentre as que citaram algum, gravidez/parto/parto instrumental foi o mais referido (47/23,4%). Apenas 10 (5,0%) gestantes reconheceram a fraqueza do músculo do assoalho pélvico/falta de preparo do períneo como fator de risco. A maioria acredita haver formas de evitar (150/74,6%) e tratar (182/90,5%) a IU, contudo mais da metade não soube citar qualquer forma de prevenção (111/55,2%) ou tratamento (115/57,2%). Realizar exercício de fortalecimento do assoalho pélvico (27/13,4%) e cirurgia (53/26,4%) foram, respectivamente, as respostas mais frequentes para prevenir e tratar IU.

Apenas 21 (10,4%) gestantes possuíam o conhecimento elencado nesse estudo como mínimo para ser considerado adequado.

Atitude relacionada a IU

Diferente do conhecimento, a atitude das gestantes relacionada à IU foi melhor avaliada. 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, caso a tivessem, ao profissional de saúde (184/92,0%), inclusive se esse profissional fosse do sexo masculino (80,1%). Praticamente todas (198/99,0%) reconheceram o pré-natal como um momento adequado para conversar com um profissional de saúde sobre formas de evitar ou tratar a perda de urina; 65,2% (131) das participantes reconheceram a importância da busca por ajuda profissional antes mesmo de apresentarem a perda urinária. Número ainda maior considerou a busca por tratamento importante, sendo a perda urinária pequena (183/91%) ou grande (198/98,5%).

Nesta subescala, 98,5% (198) das participantes foram classificadas com atitude adequada.

Prática relacionada a IU

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

Para aquelas sem IU, 97 (95,1%) nunca perguntaram a algum profissional de saúde o que fazer para evitar IU e apenas 9 (8,8%) relataram alguma prática correta de prevenção IU, como: evitar reter urina (5/9), realizar TMAP (3/9) e evitar levantar peso (1/9). Dessa forma, apenas 11 (10,8%) mulheres foram classificadas com prática adequada de cuidados preventivos.

Para aquelas com IU, apenas 21 (21,2%) já haviam buscado ajuda para tratar IU: 19 recorreram ao médico e 2 ao enfermeiro. Dessas, 15 (71,4%) relataram não ter recebido nenhuma orientação específica para essa queixa pelos profissionais. Dentre as 6 (28,6%) que receberam alguma orientação (cirurgia [2/33,3%], TMAP [1/16,6%], terapia comportamental [1/16,6%] e medicamento [1/16,6%]), apenas metade realizou a recomendação recebida.

Somente 21 (21,2%) mulheres com queixa de IU foram classificadas com prática adequada de cuidados para tratamento da IU.

Fatores relacionados ao CAP inadequados

A fim de investigar a presença de fatores relacionados ao CAP inadequados com relação à IU, foram comparadas as variáveis sociodemográficas e obstétricas entre os grupos de gestantes.

A ausência de orientações sobre cuidados com o períneo foi a única variável que esteve associada ao conhecimento inadequado ($p < 0,001$; *odds ratio* [OR] = 0,093; intervalo de confiança [IC] = 0,029–0,294) (Tabela 3).

Nenhuma das variáveis analisadas apresentou associação com atitude inadequada ($p > 0,05$) (Tabela 4).

Tabela 3. Fatores associados ao conhecimento inadequado sobre IU, 2020.

Variável	Conhecimento Adequado (21/10,4%)	Conhecimento Inadequado (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)		

* Teste T de Pearson ** Chi-quadrado. IU: incontinência urinária; Md: média; DP: desvio-padrão; ICIQ: Questionário de Incontinência de Consulta Internacional; OR: razão de chances; IC: intervalo de confiança. Fonte: Elaborada pelos autores.

Tabela 4. Fatores associados à atitude inadequada sobre IU, 2020.

Variável	Atitude Adequada (198/98,5%)	Atitude Inadequada (3/1,5%)	p
	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*

continua...

Tabela 4. Continuação...

Variável	Atitude Adequada (198/98,5%)	Atitude Inadequada (3/1,5%)	p
	Md ± DP	Md ± DP	
	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)	

* Teste T de Pearson ** Qui-quadrado. UI: incontinência urinária; Md: média; DP: desvio-padrão; ICIQ: Questionário de Incontinência de Consulta Internacional. Fonte: Elaborada pelos autores.

Da mesma forma, não houve associação entre variáveis sociodemográficas e obstétricas e a prática para prevenção da IU ($p > 0,05$) (Tabela 5). Em contrapartida, foram identificados fatores associados à prática inadequada para o tratamento da IU. Gestantes com IU e que possuíam prática inadequada (78/78,8%) apresentaram menor escolaridade (Md: 10,62 ± 2,75) ($p < 0,001$), menor severidade dos sintomas de IU ($p = 0,027$) e a maioria (73/93,6%) também não havia recebido orientação sobre como preparar o períneo para o parto ($p = 0,019$; OR = 0,219; IC = 0,057–0,848). Quanto à classificação de risco gestacional, 56,4% (44) 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) (Tabela 5). 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.

Tabela 5. Fatores associados à prática inadequada sobre IU, 2020

Variável	Prática Prevenção		p*	Prática Tratamento		p	OR (IC95%)
	Adequada (11/10,8%)	Inadequada (91/89,2%)		Adequada (21/21,2%)	Inadequada (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*	

continua...

Tabela 5. Continuação...

Variável	Prática Prevenção		p*	Prática Tratamento		p	OR (IC95%)
	Adequada (11/10,8%)	Inadequada (91/89,2%)		Adequada (21/21,2%)	Inadequada (78/78,8%)		
	Md ± DP	Md ± DP		Md ± DP	Md ± DP		
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)		

* Teste T de Pearson ** Chi-quadrado. Abreviaturas: IU, incontinência urinária; Md: média; DP, desvio-padrão; ICIQ, Questionário de Incontinência de Consulta Internacional; OR, razão de chances; IC, intervalo de confiança. Fonte: Elaborada pelos autores.

DISCUSSÃO

A prevalência da IU é elevada e tende a ter seus sintomas agravados durante a gestação, especialmente no terceiro trimestre, podendo permanecer após o parto, devido a fatores mecânicos e hormonais^{13,14}. Neste estudo, 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 entre gestação e IU^{8,15}.

O impacto da IU na QV não foi elevado. Tal achado pode estar associado ao fato de a severidade dos sintomas ter sido baixa e a maioria das gestantes estarem no primeiro trimestre de gravidez (158/66,7%), período em que esses sintomas são menos frequentes¹³. Além disso, a percepção de que é comum a perda urinária durante a gestação pode ter influenciado inclusive na avaliação da severidade da perda, influenciando-as a minimizarem a situação.

No entanto outro estudo mais detalhado sobre o impacto da IU na QV das gestantes mostrou que, apesar de apresentarem perdas urinárias em quantidade leve a moderada, que não afetam gravemente suas vidas, elas tinham os domínios físico, mental e social como os mais afetados¹³.

A avaliação do conhecimento sobre IU permitiu identificar que ainda existe um grande déficit relacionado ao que a população feminina sabe a respeito dessa condição. Fatores de risco, formas de prevenção e tratamento não são completamente compreendidos, apresentando o conhecimento inadequado uma prevalência de 50 a 72%^{8,16-18}.

Dentre os fatores de risco reconhecidos, o mais citado foi gravidez e parto. Tal achado pode ser resultado das próprias experiências vivenciadas durante a gravidez, já que é comum a mudança no padrão miccional. 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 sintomas¹⁹.

Existe uma importante relação entre o conhecimento e comportamento de busca por cuidados. Mulheres que acreditam que a IU está associada a causas não modificáveis como gestação, paridade e envelhecimento tendem a apresentar comportamentos negativos, pois acreditam que nada pode ser feito para evitar ou tratar esta condição²⁰.

Além do baixo conhecimento, 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 tratamento⁹.

A maioria das mulheres nesse estudo não recebeu qualquer orientação acerca da IU. Isso mostra o despreparo dos profissionais e até mesmo um déficit 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^{8,21,22}.

Apesar de possuírem conhecimento e práticas inadequadas, 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 um momento importante para que a temática fosse abordada.

Essa situação pode ser explicada pelo fato de que somente identificar que algo é necessário ou importante (atitude) para a saúde, sem, porém, compreender a razão (conhecimento) para adotar esse comportamento não seja suficiente para alcançar a concretização dessa ação (prática). Em uma importante revisão sistemática sobre CAP de mulheres sobre IU, os autores, após avaliarem uma amostra final de 19 artigos, chegaram à conclusão de que para tomar a decisão de agir (prática), as mulheres devem acreditar que os incentivos (ou seja, redução dos sintomas, melhora da QV) são maiores do que as barreiras (por exemplo, constrangimento, limitações de tempo, custo) e considerar a busca por tratamento uma prioridade sobre outras demandas da vida⁹.

Apesar da complexidade de avaliar os três construtos concomitantemente, os resultados revelam a carência de atividades educativas que minimizem o déficit no conhecimento das gestantes sobre IU, e que as consultas rotineiras ou mesmo as salas de espera durante o pré-natal podem e devem ser utilizados estrategicamente para isso. Embora esta pesquisa sinalize apenas a ponta do *iceberg* sobre o que pode influenciar no CAP de gestantes sobre IU, percebe-se o quanto os profissionais de saúde que atuam nas disfunções do assoalho pélvico necessitam ampliar sua abordagem.

Limitações e recomendações

Tendo em vista que a avaliação do impacto da IU na QV se tratou de uma avaliação rápida, não se pode perceber com mais exatidão em que áreas da QV a gestante percebeu maior impacto. Sendo assim, sugere-se a realização de estudos que se aprofundem nessa temática.

Sugere-se também a realização de estudos mais robustos a fim de que se identifique o efeito de intervenções educativas no CAP sobre IU dessa população.

CONCLUSÃO

A prevalência de IU entre gestantes é alta, mas tem pouco impacto na QV. Embora muitas participantes já tenham ouvido falar sobre IU, o conhecimento sobre prevenção e tratamento ainda é deficiente. A prática foi inadequada para a maioria das mulheres e entre as que já procuraram ajuda profissional a minoria recebeu orientação adequada. A atitude foi o aspecto melhor avaliado. Foram identificadas poucas barreiras que impediriam a busca por atendimento profissional,

mostrando que, apesar de não terem prática suficiente, se esse problema fosse abordado pelos profissionais de saúde, muitas gestantes estariam dispostas a relatar a perda urinária e até mesmo a adotar medidas preventivas ou de tratamento.

Esses resultados demonstram a necessidade urgente de se realizar uma abordagem mais ampla sobre o tema no pré-natal por meio de ações individuais e coletivas afim de ampliar o conhecimento das mulheres e favorecer o comportamento adequado relacionado à IU.

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

Conceitualização: Ribeiro GL, Firmiano MLV e Vasconcelos CTM; **Metodologia:** Ribeiro GL, Firmiano MLV, Vasconcelos CTM e MHBM Lopes; **Investigação:** Ribeiro GL e Vasconcelos CTM; **Redação – Primeira versão:** Ribeiro GL, Firmiano MLV, Vasconcelos CTM, MHBM Lopes, Vasconcelos Neto JA e Damasceno AKC; **Redação – Revisão & Edição:** Ribeiro GL e Vasconcelos CTM.

DISPONIBILIDADE DE DADOS DE PESQUISA

Os dados estarão disponíveis mediante solicitação.

FINANCIAMENTO

Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
[<https://doi.org/10.13039/501100002322>]

AGRADECIMENTOS

Agradecemos aos integrantes do Grupo Interdisciplinar de Pesquisas sobre Saúde da Mulher e Assoalho Pélvico (GSMAP/UFC).

REFERÊNCIAS

1. Abrams P, Cardozo L, Wagg A, Wein A (Eds). Incontinence. 6th edition. Bristol: International Continence Society; 2017.
2. Moosdorff-Steinhauser HFA, Berghmans BCM, Spaanderman MEA, Bols EMJ. Prevalence, incidence and bothersomeness of urinary incontinence in pregnancy: A systematic review and meta-analysis. *Int Urogynecol J* 2021;32(7):1633-52. <https://doi.org/10.1007/s00192-020-04636-3>
3. Saboia DM, Firmiano MLV, Bezerra KC, Vasconcelos Neto JA, Oriá MOB, Vasconcelos CTM. Impacto dos tipos de incontinência urinária na qualidade de vida de mulheres. *Rev Esc Enferm USP* 2017;51:e03266. <https://doi.org/10.1590/s1980-220x2016032603266>
4. Liang CC, Chao M, Chang SD, Chiu SYH. Impact of prepregnancy body mass index on pregnancy outcomes, incidence of urinary incontinence and quality of life during pregnancy - An observational cohort study. *Biomed J* 2020;43(6):476-83. <https://doi.org/10.1016/j.bj.2019.11.001>
5. Burgio KL, Zyczynski H, Locher JL, Richter HE, Redden DT, Wright KC. Urinary incontinence in the 12-month postpartum period. *Obstet Gynecol* 2003;102(6):1291-8. <https://doi.org/10.1016/j.obstetgynecol.2003.09.013>
6. Sievert KD, Amend B, Toomey PA, Robinson D, Milsom I, Koelbl H, et al. Can we prevent incontinence?: ICI-RS 2011 Karl-Dietrich. *Neurourol Urodyn* 2012;31:390-9. <https://doi.org/10.1002/nau.22225>
7. Abrams P, Smith AP, 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 Int* 2015;115(1):143-52. <https://doi.org/10.1111/bju.12852>
8. Perera J, Kirthinanda DS, Wijeratne S, Wickramarachchi TK. Descriptive cross sectional study on prevalence, perceptions, predisposing factors and health seeking behaviour of women with stress urinary incontinence. *BMC Women's Health* 2014;14:78. <https://doi.org/10.1186/1472-6874-14-78>

9. Vasconcelos CTM, Firmiano MLV, Oriá MOB, Vasconcelos Neto JA, Saboia DM, Bezerra LRPS. Women's knowledge, attitude and practice related to urinary incontinence: systematic review. *Int Urogynecol J* 2019;30(2):171-80. <https://doi.org/10.1007/s00192-018-3759-3>
10. Malta M, Cardoso LO, Bastos FI, Magnanini MMF, Silva CMFP. STROBE initiative: guidelines on reporting observational studies. *Rev Saúde Pública* 2010;44(3):559-65. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102010000300021>
11. Tamanini JTN, Dambros M, D'Ancona CAL, Palma PCR, Rodrigues Netto Jr N. Validação para o português do "International Consultation on Incontinence Questionnaire - Short Form" (ICIQ-SF). *Rev Saúde Pública* 2004;38(3):438-44. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102004000300015>
12. Ribeiro GL, Firmiano MLV, Vasconcelos CTM, Saboia DM, Lopes MHBM, Vasconcelos Neto JA. Scale of pregnant women's assessment of knowledge, attitude and practice related to urinary incontinence. *Int Urogynecol J* 2021;33(6):1503-9. <https://doi.org/10.1007/s00192-021-04837-4>
13. Martínez Franco E, Parés D, Lorente Colomé N, Méndez Paredes JR, Amat Tardiu L. Urinary incontinence during pregnancy. Is there a difference between first and third trimester? *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2014;182:86-90. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2014.08.035>
14. MacArthur C, Wilson D, Herbison P, Lancashire RJ, Hagen S, Tooze-Hobson P, et al. Urinary incontinence persisting after childbirth: Extent, delivery history, and effects in a 12-year longitudinal cohort study. *BJOG* 2016;123(6):1022-9. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.13395>
15. Abdullah B, Ayub SH, Mohd Zahid AZ, Noorneza AR, Isa MR, Ng PY. Urinary incontinence in primigravida: The neglected pregnancy predicament. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2016;198:110-5. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2016.01.006>
16. Cardoso AMB, Lima CROP, Ferreira CWS. Prevalence of urinary incontinence in high-impact sports athletes and their association with knowledge, attitude and practice about this dysfunction. *Eur J Sport Sci* 2018;18(10):1405-12. <https://doi.org/10.1080/17461391.2018.1496146>
17. Ojengbede OA, Morhason-Bello IO, Adedokun BO, Okonkwo NS, Kolade CO. Prevalence and the associated trigger factors of urinary incontinence among 5000 black women in sub-Saharan Africa: Findings from a community survey. *BJU Int* 2011;107(11):1793-800. <https://doi.org/10.1111/j.1464-410X.2010.09758.x>
18. Chen CCG, Cox JT, Yuan C, Thomaier L, Dutta S. Knowledge of pelvic floor disorders in women seeking primary care: A cross-sectional study. *BMC Fam Pract* 2019;20(1):70. <https://doi.org/10.1186/s12875-019-0958-z>
19. McLennan MT, Melick CF, Alten B, Young J, Hoehn MR. Patients' knowledge of potential pelvic floor changes associated with pregnancy and delivery. *Int Urogynecol J* 2005;17:22-6. <https://doi.org/10.1007/s00192-005-1325-2>
20. Melville JL, Wagner LE, Fan M-Y, Katon WJ, Newton KM. Women's perceptions about the etiology of urinary incontinence. *J Women's Heal* 2008;17(7):1093-8. <https://doi.org/10.1089/jwh.2007.0606>
21. Lopes DBM, Praça NS. Incontinência urinária autorreferida no pós-parto: Características clínicas. *Rev Esc Enferm USP* 2012;46(3):559-64. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342012000300005>
22. Mandimika CL, Murk W, McPencow AM, Lake A, Wedderburn T, Collier CH, et al. Knowledge of pelvic floor disorders in a population of community-dwelling women. *Am J Obstet Gynecol* 2014;210(2):165.e1-9. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2013.10.011>