



ORIGINAL ARTICLE

DOMICILIARY SURVEY ON URINARY INCONTINENCE IN WOMEN
INVESTIGAÇÃO DOMICILIAR SOBRE INCONTINÊNCIA URINÁRIA EM MULHERES
ESTUDIO DOMICILIARIO ACERCA DE LA INCONTINENCIA URINARIA EN MUJERES

Erika de Vasconcelos Barbalho¹, Maristela Ines Osawa Chagas², Vicente de Paulo Teixeira Pinto³, Maria Socorro de Araújo Dias⁴, José Reginaldo Feijão Parente⁵

ABSTRACT

Objective: to identify the prevalence of women with urinary incontinence and verify the presence of factors triggering stress urinary incontinence. **Method:** this is a quantitative, descriptive, and transversal study developed with 94 women ranging from 30 to 80 years of age, living in a neighborhood of Sobral, Ceará, Brazil. The instrument was applied through a domiciliary survey carried out between November 2009 and January 2010. The project was approved by the Research Ethics Committee of Universidade Estadual Vale do Acaraú, under the Opinion 804. **Results:** out of the 94 women interviewed, 35 had pollakiuria, 39 urinary urgency, 39 overactive bladder, 40 nocturia, 35 urine loss on effort, and 13 urinary infection. The most prevalent age group for urinary incontinence was young women. The route of delivery, number of pregnancies, and episiotomy have a direct influence on involuntary urine loss and urine loss on efforts. **Conclusion:** there are many urinary complaints and the prevalence of urine loss in the sample under study was of 37%. Urinary incontinence requires an adequate care from the basic health professionals and the physical therapists of the Multiprofessional Residence in Family Health, aiming at the diagnosis, adequate therapeutic method, referral to the reference service, so that these women can receive appropriate care and achieve a better quality of life. **Descriptors:** urinary incontinence; primary health care; physical therapy modalities.

RESUMO

Objetivo: identificar prevalência de mulheres com incontinência urinária e verificar a presença de fatores desencadeadores da incontinência urinária de esforço. **Método:** trata-se de um estudo quantitativo, descritivo e transversal, desenvolvido com 94 mulheres de 30 a 80 anos, residentes em um bairro de Sobral-CE. O instrumento foi aplicado por meio de uma investigação domiciliar realizada entre novembro de 2009 e janeiro de 2010. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual Vale do Acaraú, sob o Parecer n. 804. **Resultados:** das 94 entrevistadas, 35 tinham polaciúria, 39 urgência urinária, 39 bexiga hiperativa, 40 noctúria, 35 perda de urina ao esforço e 13 infecção urinária. A faixa etária mais prevalente para incontinência urinária foi de mulheres jovens. A via de parto, número de gestações e a episiotomia têm influência direta na perda urinária involuntária e ao esforço. **Conclusão:** muitas são as queixas urinárias e a prevalência da perda urinária na amostra estudada foi de 37%. A incontinência urinária requer adequado cuidado por parte dos profissionais da atenção básica e dos fisioterapeutas da Residência Multiprofissional em Saúde da Família, com vistas ao diagnóstico, orientação da terapêutica adequada e encaminhamento para o serviço de referência, a fim de que essas mulheres possam receber cuidados e obter melhor qualidade de vida. **Descritores:** incontinência urinária; atenção primária à saúde; modalidades de fisioterapia.

RESUMEN

Objetivo: identificar la prevalencia de mujeres con incontinencia urinaria y verificar la presencia de factores desencadenantes de la incontinencia urinaria de esfuerzo. **Método:** esto es un estudio cuantitativo, descriptivo y transversal, desarrollado con 94 mujeres de 30 a 80 años, residentes en un barrio de Sobral, Ceará, Brasil. El instrumento fue aplicado por medio de un estudio domiciliario, entre noviembre de 2009 y enero de 2010. el proyecto fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación de la Universidade Estadual Vale do Acaraú, con la Opinión 804. **Resultados:** de las 94 entrevistadas, 35 tenían la polaciuria, 39 tenían urgencia urinaria, 39 tenían la vejiga hiperactiva, 40 nicturia, 35 pérdida de orina al esfuerzo y 13 infección urinaria. El grupo etario más frecuente fue lo de las mujeres jóvenes. La via de parto, el número de embarazos y la episiotomía tienen influencia directa en la pérdida de orina involuntaria y al esfuerzo. **Conclusión:** hay muchas quejas urinarias y la prevalencia de la pérdida urinaria en la muestra estudiada fue de 37%. La incontinencia urinaria requiere cuidado adecuado de los profesionales de la atención básica y de los fisioterapeutas de la Residencia Multiprofesional en Salud de la Familia, visando al diagnóstico, a la orientación de la terapéutica adecuada y el encaminhamento al servicio de referencia, para que esas mujeres puedan recibir cuidados y obtener una mejor calidad de vida. **Descriptores:** incontinencia urinaria; atención primaria a la salud; modalidades de fisioterapia.

¹Fisioterapeuta. Residente em Saúde da Família pela Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia-EFSFVS e Universidade Estadual Vale do Acaraú-UVA. E-mail: erikavascb@yahoo.com.br; ²Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora do Curso de Enfermagem-UVA e do Mestrado em Saúde da Família-UFC, UVA e EFSFVS. E-mail: miosawa@gmail.com; ³Enfermeiro. Doutor em Bioquímica. Professor do Curso de Medicina, do Mestrado em Saúde da Família-UFC Sobral. E-mail: vppinto@ufc.br; ⁴Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora do Curso de Enfermagem-UVA e do Mestrado em Saúde da Família-UFC, UVA e EFSFVS. Diretora da EFSFVS. E-mail: socorroad@gmail.com; ⁵Psicólogo. Doutorando em Educação. Professor do Curso de Pedagogia-UVA. Coordenador das turmas 6 e 7 da Residência Multiprofissional em Saúde da Família da EFSFVS e UVA. E-mail: reginaldo.fp@hotmail.com

INTRODUÇÃO

A incontinência urinária (IU) se expressa como uma condição em que o indivíduo perde urina de forma involuntária, exercendo marcante influência negativa na qualidade de vida diante dos transtornos e incômodos desencadeados. A causa é multifatorial em razão das mudanças vasculares e do sistema nervoso central que afetam o controle da bexiga, e pode, ainda, acometer todas as idades independentemente do sexo.¹

Determinadas mulheres relutam em admitir que são incontinentes por receio ou vergonha. Se isolam do convívio social para evitar situações de constrangimento frente a episódios de perda urinária. Dificuldades nas relações sexuais e comprometimento do sono surgem nestes casos tornando-as deprimidas, ansiosas e irritadas.²

A literatura aponta para três tipos mais prevalentes de incontinência urinária. A incontinência de esforço, que está associada à perda involuntária de urina com a tosse, o espirrar ou com as atividades físicas; a urge-incontinência, que ocorre com a perda urinária acompanhada ou precedida imediatamente de urgência para urinar; e a incontinência mista, que faz uma junção destas duas variantes.³

O diagnóstico e a conduta de tratamento são norteados pelos sinais e sintomas mais comumente encontrados como: urgência para urinar, perda de urina aos esforços, urge-incontinência, polaciúria (emissão frequente de pequenos volumes de urina), enurese (eliminação involuntária de urina à noite) e noctúria, eliminação de volume normal de urina à noite.⁴

A elaboração do diagnóstico fisiopatológico é fundamental já que a IU pode ser proveniente de diversas condições sendo a deficiência esfíncteriana, hipermobilidade da uretra e instabilidade do músculo detrusor os principais motivos. A diferenciação entre estas condições é essencial antes de se eleger a conduta de tratamento, especialmente quando há indicação cirúrgica.⁵

Historicamente a conduta terapêutica frente à IU tem sido o procedimento cirúrgico, porém as formas de tratamento se expandem para a terapia medicamentosa, comportamental e fisioterapia com reabilitação funcional do assoalho pélvico. A fisioterapia desenhcou sua atuação na incontinência urinária de esforço tendo em vista os exercícios de Kegel, o qual foi o primeiro a desenvolver pesquisas quanto ao fortalecimento da musculatura do assoalho

pélvico no alívio dos sintomas da micção involuntária mediante esforços. Dessa forma, o tratamento fisioterapêutico tornou-se fator importante para a melhora ou cura da perda urinária.⁶

O fisioterapeuta vem tornando sua atuação uma ação transformadora no campo da saúde pública, especificamente ao indivíduo incontinente, com o qual não tem simplesmente o dever, mas uma preocupação em reduzir os índices de incontinência e os de intervenção cirúrgica (perineoplastia). Preventivamente, atua com o intuito de abrandar as complicações da IU, promovendo permanentes mudanças positivas na qualidade de vida das pessoas envolvidas.

Considerando que embora a IU não coloque diretamente a vida das pessoas em risco, é uma condição de exclusão social que modifica negativamente o modo de vida dos portadores e, tendo percebido, durante a vivência na Estratégia Saúde da Família (ESF), que esta condição não é uma demanda prioritária das unidades de saúde, despertou interesse em investigar a existência de casos em um bairro de Sobral/CE.

Frente ao exposto, os objetivos deste estudo foram conhecer a prevalência de casos de IU em mulheres domiciliadas no bairro Tamarindo em Sobral-CE e a frequência das queixas urinárias.

MÉTODO

O estudo desenvolvido teve caráter quantitativo, descritivo, transversal, realizado no território de abrangência do Centro de Saúde da Família (CSF) dos bairros Tamarindo e Centro da cidade de Sobral-CE.

Considerou-se para a inclusão neste estudo, mulheres residentes nos territórios selecionados com idade entre 30 e 80 anos, e que concordaram assinar o termo de consentimento livre esclarecido (TCLE). Foram excluídas aquelas que não preencheram este perfil.

A coleta dos dados se deu no período de novembro a dezembro de 2009 e janeiro de 2010, por meio de um formulário estruturado adaptado do questionário de qualidade de vida para pacientes com incontinência urinária (*King's Health Questionnaire - KHQ*) por apresentar possibilidade de avaliar a presença de sinais e sintomas de IU e seus impactos nos vários aspectos da individualidade de cada participante.⁷⁻⁸ Ressalta-se que a aplicação do instrumento foi realizada por três entrevistadores, sendo a pesquisadora e duas agentes de saúde previamente capacitadas para a atividade.

Para fins de cálculo do tamanho da amostra, consideraram-se dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) de 2009, que estimava uma população de 11.517 pessoas cadastradas no CSF do bairro, sendo 6.642 mulheres. Destas, estão na faixa etária acima de 30 anos um total de 4.000 mulheres.

Para a determinação do tamanho da amostra, adotou-se o intervalo de confiança de 95% e margem de erro de 9,0%. O tamanho da amostra obtido foi de 115 participantes e ainda, prevendo-se 20% de perdas, recusas e potenciais fatores de confusão, o número final da amostra seria de 92 mulheres. Foram entrevistadas ao todo 94 mulheres.

A seleção da amostra foi baseada no mapa cartográfico do bairro, identificando-se e enumerando-se todos os quarteirões. Em cada quarteirão, uma esquina foi selecionada para o início do estudo. Foram percorridos os 05 primeiros domicílios no sentido horário da esquina sorteada. Todas as mulheres que residiam no domicílio sorteado, que pertenciam à faixa etária de 30 a 80 anos e que concordaram em participar da pesquisa foram entrevistadas. Visitando-se 120 domicílios, 94 mulheres atenderam aos critérios de inclusão.

Os resultados obtidos foram contabilizados, analisados, mensurados em valores absolutos e apresentados descritivamente.

A pesquisa obedeceu à Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde que regulamenta os aspectos éticos-legais da pesquisa em seres humanos.⁹ Os preceitos bioéticos fundamentais de respeito ao indivíduo, da autonomia, da beneficência e da justiça também foram respeitados. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual Vale do Acaraú com parecer nº 804. As mulheres foram esclarecidas quanto aos objetivos da pesquisa, bem como seus direitos a serem resguardados por meio do TCLE. As participantes identificadas com IU foram orientadas a dirigirem-se ao CSF com vistas a receberem os cuidados necessários.

RESULTADOS

No total das entrevistadas, 59 mulheres tinham idade entre 30 e 50 anos e, 35 encontravam-se na faixa etária de 51 a 80 anos.

Para caracterizar o perfil social das participantes foi questionado sobre o grau de escolaridade e renda familiar. Quanto ao nível de escolaridade, 14 mulheres possuíam ensino fundamental, 44 tinham o ensino médio incompleto e 24 concluíram o ensino médio.

Como extremos, quatro mulheres nunca foram à escola e apenas oito tinham ensino superior completo. Em referência à renda familiar, 58 mulheres percebiam entre um e um salário mínimo e meio; 25 recebiam dois salários e 11 ganhavam três salários mínimos.

As participantes também foram interrogadas quanto ao hábito de fumar e se eram portadoras de diabetes. Um quantitativo de 19 mulheres afirmou que era tabagista e 75 disseram que não tinham este hábito. Quanto ao diagnóstico de diabetes, nove responderam afirmativamente e 85 negaram a doença.

Outro fator analisado foi a história gestacional que incluiu o número de gestações e o tipo de parto, já que estes indicadores influenciam no surgimento da incontinência urinária. A investigação do número de gestações foi classificada de zero a duas gestações e de três ou mais gestações. Foi encontrado que 34 mulheres tiveram de zero a duas gestações e, 60 três gestações ou mais. Quanto ao tipo de parto, quatro tiveram três ou mais cesarianas e 33 tiveram de zero a dois partos cesarianos. 43 das entrevistadas informaram terem tido três ou mais partos normais e 24 relataram nenhum a dois partos normais.

As entrevistadas que tiveram parto normal e independente de sua quantidade foram questionadas quanto a realização da episiotomia. Um total de 45 mulheres afirmou que tal procedimento não foi realizado, ao passo que, 43 informaram a necessidade da episiotomia para facilitar a expulsão do feto.

Foi questionado ainda sobre a realização ou não de perineoplastia. Observou-se que 18 participantes mencionaram já ter realizado a cirurgia do períneo pelo menos uma vez e 70 afirmaram nunca terem se submetido a este procedimento. Deste total, 22 referiram ter realizado a cirurgia mais de uma vez e ainda continuavam com perda urinária.

Quanto aos sinais e sintomas, foram interrogadas sobre frequência miccional diária, controle miccional, noctúria, perda aos esforços, ocorrência de infecções urinárias e bexiga hiperativa. Observou-se o seguinte resultado quanto a várias manifestações: 33 respostas afirmativas e 59 respostas negativas de polaciúria; 39 respostas afirmativas e 55 negativas em relação à urgência mictórica; 40 respostas afirmativas e 54 negativas quanto à manifestação da noctúria; 35 respostas afirmativas e 59 negativas para perda urinária ao esforço; 13 afirmativas para infecção urinária e 81 negativas e finalmente quanto ao fenômeno da bexiga hiperativa constatou-se 38 respostas afirmativas e 55 negativas.

Ao analisarem-se estes parâmetros clínicos, observa-se que a prevalência para incontinência urinária na amostra estudada foi de 37% e de 8,75 por mil mulheres acima de 30 anos no bairro em estudo. Percebe-se um quantitativo considerável de mulheres com perfil clínico de queixas urinária que necessitam ser assistidas pelo CSF. As participantes referiram nunca ter procurado o CSF para falar sobre seus sintomas urinários.

DISCUSSÃO

Pesquisas realizadas no Brasil, na Dinamarca e Austrália sobre a relação da incontinência urinária com a faixa etária, identificaram um perfil de mulheres jovens, fato que corrobora com o estudo em questão uma vez que a perda miccional foi prevalente em mulheres com idade entre 30 e 50 anos.¹⁰⁻¹

Os resultados desta pesquisa revelaram baixo nível de escolaridade e de poder aquisitivo de uma parte considerável da população feminina do bairro, o que reflete diretamente nas condições de saúde destas mulheres, tendo em vista informações a respeito dos direitos da mulher com vistas a uma maternidade segura e prazerosa tornam-se menos compreendidas, interferindo nos resultados gerais ligados à saúde gestacional e da mulher. Estes achados fazem com que determinados procedimentos cirúrgicos na gestante percam seu enfoque seletivo de realização e ganhem *status* de ação quase que obrigatórios nos serviços públicos de saúde do Brasil.¹²

Quanto à relação do tabagismo e diabetes com a origem da perda urinária, os autores citam que mulheres fumantes apresentam maior frequência de tosse devido ao monóxido de carbono e nicotina presentes no tabaco. Estas substâncias causam uma espécie de menopausa natural na mulher pela deficiência do estrógeno, resultando em efeito direto ou indireto na bexiga ou na uretra podendo danificar os componentes e o mecanismo esfinteriano da uretra, propiciando a perda urinária involuntária. O diabetes desencadeia aumento na vulnerabilidade do assoalho pélvico devido as condições que a hiperglicemia proporciona como alteração na inervação do músculo pélvico, mudança biológica nos tecidos e lesões nas inervações neuropáticas autônomas da bexiga.¹³

Pesquisas catalogam que há um efeito direto entre o número de gestações e deficiência miccional, apontando que o quantitativo de três ou mais gestações e a paridade igual ou maior que três partos são significativos na presença de sintomas

urinários em mulheres com incontinência urinária de esforço (IUE)¹⁴, fato compatível com esta pesquisa.

Outro estudo desenvolvido assemelha-se ao dos autores supracitados ao relacionar o efeito da via de parto sobre a força do assoalho pélvico. Foi observado que tanto o parto vaginal quanto o cesariano constituem fatores desencadeantes de alterações anatômicas e funcionais na musculatura do assoalho pélvico. O parto vaginal resulta em lesões de fibras musculares e nervosas das estruturas perineais e o cesariano propicia o desenvolvimento de prolapso genital.¹⁵

A maioria das mulheres que tem parto normal sofre algum tipo de trauma perineal, lesionando pele e mucosas e até musculaturas e esfíncteres, em função das lacerações perineais espontâneas ou da episiotomia.¹⁶

Diferentes estudos apesar de ratificar esta assertiva, também registram divergência de opiniões entre profissionais da saúde para esta conduta.¹⁷ Outros profissionais tecem críticas quanto ao corte vaginal afirmando ser um procedimento que necessita de reparo cirúrgico, com alto custo, gerando extensa perda sanguínea, dor, edema, desconforto materno e alterações na função sexual da mulher, ao passo que outros defendem seu uso como prevenção do trauma perineal severo, danos no assoalho pélvico, prolapso e incontinência urinária.¹⁷

A IU de esforço é uma condição clínica de sequelas consideráveis. Seu tratamento cirúrgico, a perineoplastia, é baseado no grau de incontinência urinária da usuária e na experiência do cirurgião com o procedimento.¹⁸

Assim como encontrado no estudo em tela, outros autores citam que determinadas mulheres pós-operadas de incontinência de esforço podem apresentar recidivas de perdas urinárias aos esforços devido à idade avançada, história obstétrica, realização de cirurgia pélvica prévia ou perineoplastia posterior associada, obesidade, tosse crônica e hipoestrogenismo, condições do tabagismo e familiaridade do cirurgião com a técnica de correção cirúrgica utilizada.¹⁹

A gestação, o trabalho de parto e o parto desencadeiam uma série de mudanças no posicionamento anatômico da pelve, no formato da musculatura pélvica e no períneo.²⁰ Estas alterações podem ser explicadas pela fraqueza do assoalho pélvico durante a gestação e o parto, uma vez que o excesso de carga no períneo causa disfunção do nervo pudendo (inervação do assoalho pélvico e esfíncter uretral). Os eventos

fisiológicos sequenciais do processo gestacional e do parto causam trauma pélvico, lesionam o corpo perineal e o esfíncter anal.²¹

Os sintomas do trato urinário inferior são bem comuns principalmente em mulheres e, quando avaliados, geralmente são conduzidos de forma simples sem considerar suas repercussões na vida da pessoa incontinente. A realização de uma anamnese e exame físico minuciosos analisando todos os sinais e sintomas, muitas vezes são capazes de fornecer um diagnóstico fiel e orientar a forma de tratamento mais apropriada. Em certas situações, o estudo urodinâmico é solicitado a fim de identificar as causas específicas dos sintomas e nortear a conduta correta.²²

Estudo realizado sobre o impacto da IU no cotidiano e na qualidade de vida de mulheres idosas vem a corroborar com os achados em pauta ao estimar que uma a cada três pessoas que sofrem de perda urinária sente-se constrangida em falar sobre o assunto até mesmo com familiares, fazendo-a conviver com o problema sem procurar ajuda, considerando-o normal como condição natural do corpo pela idade e pelas gestações.²³

Nos últimos anos o tratamento não invasivo da incontinência urinária vem ganhando maior projeção nos serviços de saúde, apresentando impactos positivos na vida de mulheres acometidas com mínimas repercussões colaterais, custos reduzidos e ainda não impede um tratamento cirúrgico futuro, como é o caso da fisioterapia que reabilita a deficiência da musculatura, proporcionando a conscientização corporal, bem como a melhora da auto-estima e da qualidade de vida.²⁴

CONCLUSÃO

No grupo entrevistado foram encontradas mulheres com sintomatologia de perda urinária tanto involuntária *quanto aos esforços*, quanto sem sinais clínicos para incontinência miccional. Isso demonstra que a queixa clínica é tão importante quanto exames mais acurados na detecção dos sinais e sintomas e no diagnóstico da IU.

A faixa etária prevalente foi de mulheres jovens (30 a 50 anos). A orientação quanto ao manejo do problema deve ser considerada e valorizada pela unidade de saúde uma vez que grande parte das participantes apresentou baixo nível de instrução.

Percebeu-se que a via de parto, o número de gestações e realização da episiotomia têm influência direta no desenvolvimento da perda urinária involuntária e aos esforços.

Embora as mulheres não tenham referido grandes mudanças em sua qualidade de vida após o desenvolvimento dos sintomas, nota-se que o problema da IU requer adequada atenção por parte dos profissionais de saúde do CSF e do fisioterapeuta que complementa a equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) do bairro estudado. A fisioterapia tem papel crucial junto a essas mulheres na prevenção, diagnóstico e na terapêutica, fazendo a reabilitação do assoalho pélvico e prevenindo condutas inadequadas.

Mesmo com tantos avanços relacionados à incontinência urinária, ainda existe escassez de trabalhos que abordem o conhecimento e o perfil comunitário. Devido a isso, este trabalho traz informações relevantes para o cenário da prevenção do agravo, apontando a necessidade de estudos e desenvolvimento de ações estratégicas articuladas com o saber popular acerca não apenas deste problema de saúde, mas de tantos outros, como o câncer de colo uterino.²⁵

A realização de outros estudos e melhor acompanhamento das mulheres do bairro revelará um número crescente de casos de IU. Muitos deles não serão diagnosticados pela falta de busca de tratamento por parte das usuárias e pelo despreparo dos profissionais de saúde na abordagem, no diagnóstico e tratamento.

Os resultados apontam a real necessidade de uma intervenção do CSF mais próximo dessas mulheres no intuito de buscar o diagnóstico de perda urinária, orientar a terapêutica adequada, encaminhar para o fisioterapeuta da unidade, para o serviço de referência e realização do estudo urodinâmico a fim de que estas mulheres possam receber os devidos cuidados e ter melhor qualidade de vida.

Com estes achados, abrem-se linhas para novas investigações sobre o tema em Sobral, no sentido de qualificar ainda mais a atenção à saúde da mulher e da gestante no município despertando, inclusive, a categoria médica para buscar intervenções menos prejudiciais à mulher após o parto, afim de estabelecer critérios para realização da episiotomia e estimular modelos de intervenção mais humanizados, respeitando a singularidade de cada gestante.

REFERÊNCIAS

1. Dellú MC, Zácaro PMD, Schmitt ACB. Prevalência de sintomas urinários e fatores obstétricos associados em mulheres adultas. Rev bras Fisioter [periódico online]. 2008 nov-

- dez [acesso em 2009 nov 10];12(6):1-7. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-35552008000600009&tlng=pt
2. Caetano AS, Tavares MCGCF, Lopes MHB, Poloni RL. Influência da atividade física na qualidade de vida e auto-imagem de mulheres incontinentes. *Rev Bras Med Esporte*. 2009; 15(2):93-7.
 3. Lopes MHB, Higa R. Restrições causadas pela incontinência urinária à vida da mulher. *Rev Esc Enferm USP*. 2006 mar; 40(1):34-41
 4. Figueiredo EM, Lara JO, Cruz MC, Quintão DMG, Monteiro MVC. Perfil sociodemográfico e clínico de usuárias de Serviço de Fisioterapia Uroginecológica da rede pública. *Rev Bras Fisioter* [periódico online]. 2008 [acesso em 2010 fev 05];12(2):136-42. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S0080-62342006000100005&lng=en&nrm=iso&tlng=pt
 5. Feldner Jr PC, Bezerra LRPS, Girão MJBC, Castro RAC, Sartori MGF, Baracat EC, et al. Valor da Queixa Clínica e Exame Físico no Diagnóstico da Incontinência Urinária. *RBGO*, 2002; 24(2):87-91.
 6. Nicole BO, Peres FR, Souza ELBL, Souza OL. Métodos de tratamento utilizados na incontinência urinária de esforço genuína: um estudo comparativo entre cinesioterapia e eletroestimulação endovaginal. *Rev Bras Ginecol Obstet* [periódico na internet]. 2000 [citado 2010 mar 09]; 22(1):49-54. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-72032000000100009&script=sci_abstract&tlng=pt
 7. Tamanini JTN, Dambros M, Dáncona CAL, Palma PCR, Netto Jr NR. Validação para o português do “International Consultation on Incontinence Questionnaire - Short Form” (ICIQ-SF). *Rev Saúde Pública* [periódico online] 2004 [acesso em 2009 nov 12];38(3):438-44. Disponível em: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102004000300015&lang=pt&tlng=pt
 8. Fonseca ESM, Camargo ALM, Castro RA, Sartori MGF, Fonseca MCM, Lima GR, et al. Validação do questionário de qualidade de vida (King's Health Questionnaire) em mulheres brasileiras com incontinência urinária. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2005; 27(5):235-42.
 9. Brasil. Resolução CNS n° 196, de 10 de Outubro de 1996. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. *Diário Oficial da União*, Brasília, n. 201, p. 21082, 16 out. 1996. Seção 1.
 10. Progiatti JM, Araújo LM, Mouta RJO. Repercussões da episiotomia sobre a sexualidade. *Esc. Anna Nery Rev. Enferm*, 2008 mar;12(1):45-9.
 11. Guarisi T, Neto AMP, Osis MJ, Pedro AO, Paiva LHC, Faúndes A. Incontinência urinária entre mulheres climatéricas brasileiras: inquérito domiciliar. *Rev Saúde Pública*. 2001; 35(5):428-35.
 12. Previatti JF, Souza KV. Episiotomia: em foco a visão das mulheres. *Rev bras enferm* [periódico online]. 2007 mar/abr [acesso em 2010 abr 09];60(2). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S0034-71672007000200013&lng=en&nrm=iso&tlng=pt
 13. Higa R, Lopes MHB, Reis MJ. Fatores de risco para incontinência urinária na mulher. *Rev Esc Enferm USP*. 2008 mar;42(1):187-92.
 14. Dellú MC, Zácara PMD, Schmitt ACB. Prevalência de sintomas urinários e fatores obstétricos associados em mulheres adultas. *Rev bras fisioter* [periódico online]. 2008 nov-dez [acesso em 2009 nov 10];12(6):1-7. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-35552008000600009&tlng=pt
 15. Barbosa AMP, Carvalho LR, Martins AMVC, Calderon IMP, Rudge MVC. Efeito da via de parto sobre a força muscular do assoalho pélvico. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2005; 27(11):677-82.
 16. Scarabotto LB, Riesco MLG. Fatores relacionados ao trauma perineal no parto normal em nulíparas. *Rev esc enferm USP* [periódico online]. 2006 [acesso em 2010 abr 06];40(3):389-95. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S0080-62342006000300011&lng=en&nrm=iso&tlng=pt
 17. Oliveira SMJV, Miquilini EC. Frequência e critérios para indicar a episiotomia. *Rev Esc Enferm USP* [periódico na internet]. 2005 [acesso em 2009 nov 01];39(3):288-95. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342005000300006&lang=pt&tlng=pt
 18. Martucci RC, Ambrogini A, Calado AA, Zerati M, Muller MEA. Pubovaginal sling with bovine pericardium for treatment of stress urinary incontinence. *Brazilian Journal of Urology* [periódico online]. 2000 mar/abr [acesso em 2010 abr 06];26(2):208-14. Disponível em:

http://brazjurol.com.br/abril/Martucci_208_214.pdf.

19. Ramos JGL, Xavier NL, Nácul AP, Zucatto AE, Hentshel EL. Comparação dos resultados do tratamento cirúrgico da incontinência urinária de esforço por três diferentes técnicas cirúrgicas. RBGO, 2000; 22(1): 43-48.

20. Carvalho ACR, Tenório IM, Araújo EC. Idéias, crenças e valores que as mulheres grávidas têm a respeito da própria sexualidade. Rev enferm UFPE on line [periódico na internet]. 2007 out/dez [acesso em 2010 out 21];1(2):104-10. Disponível em:

http://www.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/373/pdf_177

21. Baracho E. Fisioterapia aplicada à obstetrícia: aspectos de ginecologia e neonatologia, Medsi; 2002.

22. Araújo P. Impacto do estudo urodinâmico em mulheres com incontinência urinária. Rev Assoc Med Bras [periódico online]. 2007 [acesso em 2009 out 13];53(2):122-5. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302007000200015.

23. Honório MO, Santos SMA. Incontinência urinária e envelhecimento: impacto no cotidiano e na qualidade de vida. Rev Bras Enferm, Brasília [periódico online]. 2009 [acesso em 2010 abr 12];62(1):51-6. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672009000100008&lang=pt&lng=pt.

24. Herrmann V, Potrick BA, Palma PCR, Zanettini CL, Marques A, Netto Júnior NR. Eletroestimulação transvaginal do assoalho pélvico no tratamento da incontinência urinária de esforço: avaliações clínicas e ultra-sonográfica. Rev Assoc Med Bras. 2003; 49(4): 401-5.

25. Rafael RMR, Costa FS da, Oliveira AR de et al. Conhecimento e práticas de usuários sobre o exame Papanicolau na Estratégia de Saúde da Família. Rev Enferm UFPE on line [periódico na internet]. 2011 [acesso em 2011 jan 11];5(1):75-82. Disponível em:

http://www.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/1209/pdf_279

Sources of funding: No

Conflict of interest: No

Date of first submission: 2011/02/27

Last received: 2011/08/20

Accepted: 2011/08/20

Publishing: 2011/09/01

Address for correspondence

Maristela Inês Osawa Chagas
Rua Balbino, 385/203 – Expectativa
CEP: 62040-200 – Sobral (CE), Brazil