



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA  
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE  
CURSO DE FISIOTERAPIA**

**JAÍZA MARQUES MEDEIROS E SILVA**

**AVALIAÇÃO DA FUNÇÃO URINÁRIA E SEXUAL NO PERÍODO GESTACIONAL**

**CAMPINA GRANDE  
2016**

**JAÍZA MARQUES MEDEIROS E SILVA**

**AVALIAÇÃO DA FUNÇÃO URINÁRIA E SEXUAL NO PERÍODO GESTACIONAL**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Departamento de Fisioterapia da Universidade Estadual da Paraíba, como requisito parcial à obtenção do título de Bacharel em Fisioterapia.

Orientador: Prof. Ms. Maria do Socorro Barbosa Silva

**CAMPINA GRANDE  
2016**

É expressamente proibida a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano da dissertação.

S586a Silva, Jaíza Marques Medeiros e.  
Avaliação da função urinária e sexual no período gestacional  
[manuscrito] / Jaíza Marques Medeiros e Silva. - 2016.  
33 p. : il. color.

Digitado.  
Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Fisioterapia)  
- Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Biológicas  
e da Saúde, 2016.  
"Orientação: Profa. Ma. Maria do Socorro Barbosa e Silva,  
Departamento de Fisioterapia".

1. Incontinência urinária. 2. Disfunção sexual. 3. Assoalho  
pélvico. 4. Gestação. I. Título.

21. ed. CDD 615.82

JAÍZA MARQUES MEDEIROS E SILVA

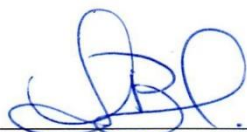
AVALIAÇÃO DA FUNÇÃO URINÁRIA E SEXUAL NO PERÍODO GESTACIONAL

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Graduação em Fisioterapia da Universidade Estadual da Paraíba, como requisito parcial à obtenção do título de Bacharel em Fisioterapia.

Orientadora: Prof<sup>ª</sup>.Ms. Maria do Socorro Barbosa e Silva

Aprovada em: 28/09/2016.

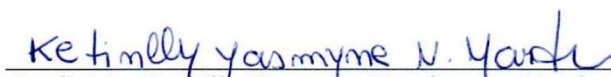
BANCA EXAMINADORA



Prof<sup>ª</sup>.Me. Maria do Socorro Barbosa e Silva (Orientador)  
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)



Prof<sup>ª</sup>. Me. Maria do Carmo Pinto Lima  
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)



Prof<sup>ª</sup>. Me. Ketinlly Yasmyne Nascimento Martins  
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)

A Deus, por me fazer acreditar que tudo posso  
Naquele que me fortalece. E aos meus pais, por me  
ensinarem o sentido da vida.

## AGRADECIMENTOS

A Deus, por nunca ter desistido de mim durante essa jornada, me fazendo acreditar que tudo posso Naquele que me fortalece, fazendo-me entender que os infortúnios diários foram necessários para o meu crescimento interior.

Aos meus pais, Carlos e Alessandra, que nunca hesitaram em permanecer ao meu lado, mesmo com a distância, sendo presença contínua em meu coração, dando a força que sempre precisei. Obrigada por serem meu porto seguro! Amo muito vocês!

Às minhas irmãs, Janine e Jéssica, por serem companhias necessárias para minha construção como pessoa, por sempre acreditarem em mim, mesmo quando eu insistia em dizer o contrário.

À Deta, pela paciência, dedicação, generosidade, atenção destinada. A você, toda minha gratidão, você é o maior exemplo de pessoa determinada e com um bom coração! Eu te amo muito!

Ao meu tio, João Bosco Marques de Sousa Junior, que mesmo distante, se mostrou presente em diversas situações. Obrigada por tudo!

À minha orientadora, Maria do Socorro Barbosa e Silva, por ter me apresentado a área mais linda da fisioterapia, a área de Saúde da Mulher. Agradeço pelos conselhos, pelos ensinamentos e por muitas vezes me mostrar que sou capaz de ir além. Obrigada por ter sido muito mais que uma orientadora!

Ao meu namorado, Pedro Itallo, pela compreensão diante dos momentos de profundo estresse, pela atenção e dedicação destinada, por me fazer acreditar que sou muito mais do que eu acredito, e por me ajudar durante esse trabalho! Obrigada por tudo!

Aos meus amigos de infância que, mesmo distantes, se fizeram presentes com palavras de conforto, vibrações e pensamentos positivos. Obrigada pelos momentos vividos durante essa etapa!

Aos meus amigos/colegas de graduação, em especial à Hanna Arcanjo e Filipe Emanuel que, de forma direta ou indiretamente, fizeram com que a caminhada desse curso se tornasse menos cansativa e por auxiliar na concretização dessa pesquisa.

A todos vocês, meu muito obrigada!

“A maternidade tem o preço determinado por Deus, preço que nenhum homem pode ousar diminuir ou não entender.”

Helen Hunt Jackson

# AValiação DA FUNÇÃO URINÁRIA E SEXUAL NO PERÍODO GESTACIONAL

Jaíza Marques Medeiros e Silva\*

## RESUMO

Na gestação ocorrem várias modificações e adaptações fisiológicas no organismo, compreendendo alterações musculoesqueléticas. Apesar do ganho de peso progressivo e da fraqueza ligamentar generalizada, esta fase na vida da mulher tem sido associada a uma diminuição da performance de vários grupos musculares, incluindo o assoalho pélvico que tem influência na continência urinária e no desempenho sexual da população feminina. Assim, o objetivo deste estudo foi avaliar a função urinária e sexual durante o período gestacional. Tratou-se de um estudo transversal, descritivo, analítico com abordagem quantitativa. A população foi composta por gestantes cadastradas nas UBSF do Distrito Sanitário III e no Centro de Saúde Francisco Pinto do Distrito Sanitário I. A amostra foi por acessibilidade, participaram da pesquisa as gestantes que estiveram dentro dos critérios de inclusão e se dispuseram a participar do estudo. Os critérios de inclusão foram gestantes com rotina de pré natal, com idade superior a 18 anos e inferior a 35, no segundo e terceiro trimestre gestacional, com gestação de baixo risco e com atividade sexual há menos de 30 dias e os critérios de exclusão foram diabetes mellitus; litíase renal, infecção do trato urinário; uso de medicações que causam interferência na função do trato urinário inferior. Realizou-se a pesquisa com os instrumentos: questionário sociodemográfico, o International Consultation on Incontinence Questionnaire – Short Form (ICIQ-SF) e o Índice de Função Sexual Feminina (IFSF). As gestantes foram abordadas individualmente e dentro dos critérios de inclusão, foram elegíveis. Logo após, elas foram convidadas a participar da pesquisa. Após aceitar voluntariamente sua participação assinando o termo de consentimento livre e esclarecido, as gestantes responderam o questionário sociodemográfico, havendo relato de perda urinária nos últimos quinze dias, as participantes responderam o ICIQ-SF. Já o IFSF foi respondido por todas as participantes. Os dados dos questionários foram analisados mediante o programa IBM SPSS versão 20.0. A amostra da pesquisa foi constituída por 60 gestantes, com média de idade  $23,98 \pm 3,886$ , a maioria possuía ensino médio completo (40%), vínculo empregatício (55%) e eram solteiras (56,7%). A prevalência de incontinência urinária (IU) foi de 36,6 % (n=22), sendo a sua maioria incontinência urinária mista (54,54%), não houve aumento significativo da prevalência de IU com a progressão da gestação, não houve relação do índice de massa corporal com o aparecimento da IU, porém houve relação da paridade (p=0,042). A prevalência de disfunção sexual foi de 38,33%, tendo uma diminuição significativa da função sexual com a progressão da gestação (p=0,023) e não havendo diminuição da função sexual entre gestantes continentas e incontinentes (p=0,500). A pesquisa mostrou que a IU pode ser uma desordem que ocorre desde o segundo trimestre gestacional e a disfunção sexual é mais prevalente no terceiro trimestre gestacional, porém não houve relação de disfunção sexual com incontinência urinária nessa amostra. Assim, o fisioterapeuta deve realizar a avaliação da presença da IU durante a gestação, pois a mesma proporciona inúmeros desconfortos que podem ser ocasionados futuramente, tais como constrangimentos, disfunções sexuais e IU pós-parto.

**Palavras-Chave:** Gestação. Incontinência Urinária. Disfunção Sexual.

---

\* Acadêmica de Graduação em Fisioterapia na Universidade Estadual da Paraíba – Campus I.  
Email: jaizamarquesms@gmail.com



## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>8</b>
<b>2</b>	<b>OBJETIVOS.....</b>	<b>9</b>
2.1	OBJETIVO GERAL.....	9
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	9
<b>3</b>	<b>REFERENCIAL TEÓRICO.....</b>	<b>10</b>
3.1	DISFUNÇÃO DO ASSOALHO PÉLVICO NO PERÍODO GESTACIONAL.....	10
3.2	FUNÇÃO URINÁRIA NA GESTAÇÃO .....	11
3.3	FUNÇÃO SEXUAL NA GESTAÇÃO.....	12
<b>4</b>	<b>METODOLOGIA.....</b>	<b>13</b>
4.1	TIPO DE PESQUISA.....	13
4.2	POPULAÇÃO E TEMPO DA PESQUISA.....	13
4.3	CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO.....	14
4.4	INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS.....	14
4.5	PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS.....	15
4.6	PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS.....	15
4.7	ASPECTOS ÉTICOS.....	15
<b>5</b>	<b>RESULTADOS E DISCUSSÕES.....</b>	<b>16</b>
5.1	IDENTIFICAÇÃO DO PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E OBSTÉTRICO DAS GESTANTES.....	16
5.2	AVALIAÇÃO DA FUNÇÃO URINÁRIA.....	19
5.3	AVALIAÇÃO DA FUNÇÃO SEXUAL.....	22
<b>6</b>	<b>CONCLUSÃO.....</b>	<b>25</b>

## REFERÊNCIAS

## 1 INTRODUÇÃO

As alterações fisiológicas durante a vida da mulher são numerosas, ocorrendo em todos os sistemas do corpo. As modificações mais frequentes, no entanto, acontecem durante e imediatamente após a gestação (STEPHENSON; O'CONNOR, 2004). Essas transformações são suficientes para criar situações biológicas, corporais, mentais e sociais que devem ser diferenciadas entre achados normais e patológicos que necessitam ser diagnosticados e tratados durante a gravidez (BARACHO, 2007).

Dentre essas modificações, existem algumas alterações que podem afetar os domínios físico, emocional, pessoal e social que ocorrem durante a gestação e podem perdurar até o puerpério e estão relacionadas às disfunções dos músculos do assoalho pélvico (MAP) (SOARES, 2015)

O assoalho pélvico (AP) é a uma estrutura complexa que engloba o conjunto de músculos, ligamentos e fâscias cujas funções são proporcionar a ação de sustentação e suporte de órgãos pélvicos (bexiga, vagina e reto), manter a continência urinária e fecal e permitir a passagem do feto no parto, sendo também imprescindível para a função sexual (MORENO, 2009)

As disfunções do assoalho pélvico são condições que acometem mulheres em idades variadas, porém aquelas que se encontram no período do climatério, assim como as múltíparas, são as mais suscetíveis. Os MAP estão relacionados com o funcionamento do esfíncteres urinários e anais. Deste modo, alterações na musculatura pélvica podem resultar em incontinência urinária (IU), prolapso de órgãos pélvicos (POP), disfunções anorretais e sexuais (ALMEIDA et al., 2011).

Os fatores de riscos existentes que podem estabelecer o desenvolvimento das disfunções do assoalho pélvico incluem idade, paridade, histerectomia, cirurgias prévias para a correção de deslocamento de órgãos genitais, desordens do colágeno, gravidez e parto vaginal, diabetes mellitus e obesidade (SWIFT et al., 2005; TRÜROFF et al., 2013).

Durante a gestação, a mulher pode sofrer sobrecarga no AP e desencadear alteração anatômica e/ou alterar a sua função de sustentação dos órgãos pélvicos e controle miccional, caracterizando-se como um período predisponente para o desenvolvimento de sintomas do trato urinário inferior (TUI) (SOBREIRA, 2010). Esses sintomas do TUI tornam-se comuns e sua prevalência aumenta de acordo com a idade gestacional (VAN BRUMMER et al., 2006). O quadro pode ser agravado em gestações subseqüentes, principalmente se houver ganho ponderal excessivo e com o próprio envelhecimento (CORREGIO, 2009)

Além do comprometimento dos sintomas do TUI, a alteração funcional dos MAP também exerce influência na função sexual. As contrações involuntárias dos músculos do assoalho pélvico são as principais características do orgasmo e, quando não estão com sua funcionalidade preservada, podem levar a hipostesia vaginal e anorgasmia (AZAR et al., 2008)

Além de todas as questões emocionais que predispõe o desenvolvimento da disfunção sexual na gestação, o MAP enfraquecidos podem ser uma das causas da insatisfação sexual que pouco vem sendo investigada (FRANCESCHET; SACOMORI; CARDOSO, 2009)

Percebe-se que há diversos fatores envolvidos no processo de gestação que podem ser considerados riscos para o desenvolvimento de disfunções, como a incontinência urinária e disfunções sexuais. Também fica claro o envolvimento da musculatura do assoalho pélvico no mecanismo de continência e suporte dos órgãos pélvicos tanto na gestação quanto após o parto. Por isso, avaliar a função muscular do assoalho pélvico é uma das maneiras de verificar sua integridade (FREDERICE, 2010).

Uma vez reconhecida a importância da função dos músculos do assoalho pélvico para a saúde materna, este estudo tem o objetivo de avaliar a função urinária e sexual no período gestacional, bem como identificar o perfil sociodemográfico das gestantes, determinar a prevalência de IU na gestação, associar a presença de disfunção sexual e urinária com a idade gestacional e comparar os escores de função sexual em gestantes com perda urinária e sem perda urinária.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1. GERAL:**

- Avaliar a função urinária e a função sexual em mulheres grávidas

### **2.2. ESPECÍFICOS:**

- Identificar o perfil sócio-demográfico das gestantes;
- Determinar a prevalência de sintomas de perda urinária na gestação;
- Associar a presença de disfunção sexual e urinária com a idade gestacional;
- Comparar os escores de função sexual em gestantes com perda urinária e sem perda urinária.

### 3 REFERENCIAL TEÓRICO

#### 3.1 DISFUNÇÃO DO ASSOALHO PÉLVICO NO PERÍODO GESTACIONAL

O assoalho pélvico é a única musculatura transversal do corpo humano que suporta carga, sendo responsável por diversas funções: suporte dos órgãos abdominais e pélvicos, manutenção da continência urinária e fecal, auxílio no aumento da pressão intra-abdominal, na respiração e na estabilização do tronco. Além disso, esses músculos permitem o intercuro sexual e o parto; suas contrações involuntárias são as características principais do orgasmo (AZAR et al., 2005)

Os eventos que ocorrem durante a vida da mulher, como a gravidez, o parto, o aumento de peso, a menopausa e o envelhecimento acabam por afetar a força dos músculos do assoalho pélvico (MAP) e outras estruturas que dão suporte aos órgãos pélvicos (PHILIPS; MOGAN, 2005)

No período gestacional, os sintomas do trato urinário inferior tornam-se comuns e sua prevalência aumenta de acordo com a idade gestacional e também as alterações fisiológicas que ocorrem durante o período gestacional e os procedimentos do tipo de parto podem deteriorar a estrutura do assoalho pélvico e serem prejudiciais para a função dos músculos, nervos e tecidos fasciais (tecidos conjuntivos) que compõem este complexo (VAN BRUMMER et al., 2006; HEBERT, 2009))

Neste mesmo período da vida da mulher, os músculos do assoalho pélvico (MAPs) sofrem uma sobrecarga de peso crescente imposta pelo útero gravídico, essa alteração também está relacionada a menor funcionalidade dos músculos pélvicos. Além disso, as alterações hormonais específicas desse período alteram o tônus e a força dessa musculatura que é comprometida pela distensão das fibras musculares em decorrência da pressão progressiva e sustentada do útero em crescimento sobre a pelve (BATISTA et al., 2011; CORREGGIO, 2009).

Conjuntamente à essas alterações, ocorre o aumento da elasticidade dos tecidos advinda de hormônios, como relaxina e progesterona, que aumenta durante esse período, atua como mais um fator contribuinte para a fragilidade do assoalho pélvico (CORREGGIO, 2009)

A gestação pode ser compreendida como um período de surgimento ou agravamento da disfunção do assoalho pélvico como IU, disfunções anorretais, disfunções sexuais e prolapso de órgãos pélvicos, não apenas pelo peso do recém-nascido, tipo de parto anterior e obesidade, mas também devido às modificações anatômicas, funcionais com a denervação do

assoalho pélvico ou traumas que podem ocorrer durante o parto vaginal (BURGIO et al, 2007).

### 3.2 FUNÇÃO URINÁRIA NA GESTAÇÃO

Durante a gestação, o corpo feminino sofre uma série de modificações para adaptar-se ao estado gravídico, representada por ajustes fisiológicos no organismo materno, com o objetivo de criar ambiente propício para o desenvolvimento do feto. Estas mudanças resultam da interação de quatro fatores: hormonais, hipervolemia, crescimento do feto e aumento do peso do corpo (Polden e Mantle, 2005). Dentre essas alterações, o trato urinário é um dos mais afetados, resultando em alteração na função urinária, manifestada por incontinência urinária e prolapsos genitais (DURANTE, 2007)

Os sintomas urogenitais ocorrem em quase todas as mulheres durante a gravidez, onde a prevalência de sintomas urológicos é alta a partir das 12 primeiras semanas, aumentando com a idade gestacional e retornam espontaneamente aos níveis pré-gestacionais após o parto (VAN BRUMMER, 2006)

As alterações do volume vascular total, do fluxo plasmático renal e o aumento de volume intersticial acarretam uma variedade de alterações anatômicas e funcionais do sistema urinário durante a gravidez normal (MOISÉS et al., 2011).

Os efeitos hormonais crescentes e as alterações teciduais locais causadas por eles podem afetar o mecanismo de continência durante a gravidez. A maior ou menor atuação dos músculos do assoalho pélvico também pode influenciar o mecanismo de continência durante a gravidez (THOMASON; MILLER; DeLANCEY, 2006).

A bexiga é progressivamente elevada pelo útero aumentado nos dois últimos trimestres da gravidez, tornando-se um órgão intra-abdominal, pressionado para cima. Com isso o ângulo uretrovesical pode ser alterado e a pressão intra-abdominal elevar-se. A presença do útero gravídico no início do primeiro trimestre em continuidade com a bexiga e a presença do pólo cefálico no terceiro trimestre associam-se a um desejo miccional e há incontinência característica (BARACHO, 2007).

Além disso, o útero gravídico provoca aumento no ângulo entre o colo vesical e a uretra, ampliando a abertura do colo, fazendo com que ocorra o aumento da mobilidade do colo vesical, diminuição funcional do comprimento uretral, diminuição da pressão máxima de fechamento uretral e menor pressão intravaginal, o que também pode contribuir para o

aparecimento de sintomas urinários como a IU (THOMASON; MILLER; DELANCEY, 2006; FREDERICE, 2010).

Alguns estudos demonstram que a IU é comum durante a gestação. Um estudo transversal que avaliou 240 gestantes primíparas por meio do ICIQ-SF encontrou a presença de sintomas urinários em cerca de 48% das gestantes estudadas no terceiro trimestre (SHARMA et al., 2009).

Outro estudo transversal que buscou determinar a prevalência de sintomas urinários e seus fatores de risco em 500 mulheres, identificou que 63% das gestantes apresentaram sintomas urinários e 50% destas gestantes estavam no terceiro trimestre (MARTINS et al., 2010).

Essa incontinência característica que aparece durante o período gestacional pode também prejudicar a sexualidade feminina em diversos aspectos, principalmente os psicossociais, que culminam com a piora na qualidade do ato sexual e menor frequência de relações sexuais nas mulheres afetadas (AUGE et al., 2010)

### 3.3 FUNÇÃO SEXUAL NA GESTAÇÃO

De acordo com a Associação Americana de Psiquiatria (1994), entende-se disfunção sexual como distúrbios no desejo e nas alterações psicofisiológicas que caracterizam a resposta sexual e causam angústia e dificuldades interpessoais

As disfunções sexuais podem estar relacionadas com diversos fatores. Pontua-se a influência dos músculos do assoalho pélvico (MAP) na função e na resposta sexual (PIASSAROLLI et al., 2010).

Os músculos do assoalho pélvico conferem a sensibilidade proprioceptiva que contribui para o prazer sexual. Os músculos do assoalho pélvico hipertrofiados proporcionam vagina menor e mais atrito contra o pênis durante a relação sexual. Isso resulta em estimulação de mais terminações nervosas e gera uma sensação agradável durante a relação sexual. Ocorrem contrações vigorosas do assoalho pélvico durante o orgasmo. Com bastante frequência, pacientes com os músculos do assoalho pélvico fracos não conseguem alcançar o orgasmo (DURANTE, 2007)

As disfunções sexuais podem estar relacionadas com diversos fatores. Pontua-se a influência dos músculos do assoalho pélvico (MAP) na função e na resposta sexual feminina, visto que a disfunção sexual é uma condição comum em mulheres com queixa de distúrbios dos MAP (MAGNO; NUNES; FONTES-PEREIRA, 2011).

Como a gravidez tem grande influência sobre a atividade sexual feminina, um instrumento para medir quantitativamente a função sexual da gestante permitirá avaliar a dimensão desse impacto sobre a qualidade de vida da grávida, facilitará a comparação de estudos realizados em diversos locais, em populações semelhantes, e ajudará os profissionais da assistência pré-natal no manejo das questões sexuais nesse período (LEITE et al, 2007).

Um estudo transversal realizado com mulheres gestantes e não-gestantes e foi encontrada uma prevalência de disfunção sexual significativamente superior no grupo de mulheres no período gestacional, frisando que os grupos analisados foram homogêneos no tocante à idade, estado civil, grau de instrução, nível socioeconômico, idade de início de vida sexual e antecedentes obstétricos, de modo que se pode atribuir à gestação a influência negativa na vida sexual (PRADO; LIMA; LIMA, 2013)

A importância da saúde sexual para a qualidade de vida tem sido cada vez mais reconhecida nos últimos anos. Assim, a disfunção sexual pode determinar efeitos danosos sobre a autoestima da mulher e seus relacionamentos. Estudos demonstraram haver associação significativa entre disfunção sexual e sentimentos de insatisfação física e emocional, assim como redução do bem-estar geral nessas mulheres (LEITE et al, 2007).

## **4 METODOLOGIA**

### **4.1 TIPO DE PESQUISA**

Estudo observacional, descritivo, analítico, do tipo transversal com abordagem quantitativa.

### **4.2 POPULAÇÃO E PERÍODO DA PESQUISA**

A população foi composta por gestantes cadastradas em seis Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF) pertencentes ao Distrito Sanitário III e ao Centro de Saúde Francisco Pinto pertencente ao Distrito Sanitário I de Campina Grande. A amostra foi por acessibilidade, composta de 60 gestantes e participaram da pesquisa apenas gestantes que estavam dentro dos critérios de inclusão e se dispuseram a participar da pesquisa.

A pesquisa foi realizada após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa - CEP da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB), no período de maio a julho de 2016.

#### 4.3 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Os critérios de inclusão foram:

- Gestantes cadastradas nas UBSF do Distrito Sanitário III e no Centro de Saúde Francisco Pinto pertencente ao Distrito Sanitário I
- Com rotina de pré-natal
- Idade superior a 18 anos e inferior a 35 anos
- Gestação de baixo risco
- No segundo ou terceiro trimestre gestacional.

Os critérios de exclusão foram:

- Diabetes mellitus
- Litíase renal
- Infecção do trato urinário (ITU)
- Uso de medicações que causam interferência na função do trato urinário inferior (TUI)
- Não ter atividade sexual ativa nos últimos 30 dias.

#### 4.4 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

Os instrumentos que foram utilizados para realização da pesquisa foram: questionário contendo variáveis sócio-econômicas, obstétricas e de hábitos de vida, (APÊNDICE A); para avaliação da função urinária foi utilizado o Questionário Internacional de Incontinência – *International Consultation on Incontinence Questionnaire – Short Form* (ANEXO E) composto por quatro questões que analisam a frequência, a gravidade e o impacto da IU, além de um conjunto de oito itens de autodiagnóstico, pautados às causas ou a situações de incontinência vividas pelos pacientes (TAMANINI et al, 2004) e por meio destes itens foram classificados os tipos de IU; e também foi utilizado o índice de Função Sexual (IFSF) – *Female Sexual Function Index (FSFI)* (ANEXO F) sendo um questionário que tem um total 19 questões que são reunidas em seis domínios: desejo, excitação, lubrificação, orgasmo, satisfação e dor. Todas as questões são objetivas e para cada resposta da paciente é atribuído um valor de 0 a 5. Esses valores são computados por fórmula matemática, onde é obtido o escore da função sexual, que pode alternar de 2 a 36, considerando-se que quanto maior o escore obtido na avaliação, melhor será a função sexual (LEITE et al, 2008).



#### 4.5 PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS

O estudo foi realizado em seis UBSF pertencentes ao Distrito Sanitário III e no Centro de Saúde Francisco Pinto pertencente ao Distrito Sanitário I do município de Campina Grande. Para isso, estabeleceu-se contato com a Secretaria Municipal de Saúde e para consentimento através da assinatura do Termo de Autorização Institucional (TAI) (ANEXO D). Primeiramente, as gestantes foram abordadas individualmente e, dentro dos critérios de inclusão, foram elegíveis. Logo após, foram convidadas a participarem da pesquisa. Após aceitarem voluntariamente suas participações através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (ANEXO A) e tendo consciência do mesmo, as gestantes responderam o questionário sociodemográfico. Quando houve relato de perda urinária nos últimos 15 dias, as participantes responderam o ICIQ-SF. Já o IFSF foi respondido por todas as participantes.

#### 4.6 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DE DADOS

Os dados coletados através dos questionários foram organizados mediante o programa *Microsoft Excell 2013*. E os resultados foram analisados mediante o programa *IBM SPSS Statistics 22.0*. Os dados obtidos foram expressos em média, desvio padrão ou porcentagem. Em todas as análises foi considerado o nível de significância correspondente a  $p < 0,05$ . Foi utilizado o teste t de student para amostras pareadas para verificação de significância entre os dados considerados paramétricos através do teste de Shapiro-Wilk. Já para os dados não paramétricos pareados, foi utilizado o teste de Wilcoxon para a verificação de significância de intergrupos, enquanto que para os não-paramétricos não pareados utilizou-se o teste de Mann-Whitney ( $p < 0,05$ ).

#### 4.7 ASPECTOS ÉTICOS

Esta pesquisa foi analisada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UEPB e iniciada somente após aprovação do mesmo.

Efetivou-se com base nas diretrizes e normas da Resolução Nº 466, de 12 de Dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde / MS em vigor no país, que regulamenta as pesquisas envolvendo seres humanos, seja, individual ou coletivamente, de forma direta ou

indireta, em sua totalidade ou partes dele, incluindo o manejo de informações ou materiais, sendo os sujeitos informados sobre o objetivo do estudo, a importância da sua contribuição para a pesquisa, a garantia do anonimato, a forma como se deu a coleta de dados, a fidelidade com que os dados foram analisados e o direito à desistência da colaboração sem ônus a qualquer momento. As participantes envolvidas assinaram o TCLE e os pesquisadores assinaram um termo de concordância com a pesquisa.

## **5 RESULTADOS E DISCUSSÕES**

### **5.1 IDENTIFICAÇÃO DO PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E OBSTÉTRICO DAS GESTANTES**

A amostra constituiu-se de 60 gestantes, 50% (n=30) pertencente ao segundo trimestre gestacional e 50% (n=30) ao terceiro trimestre, com média de idades  $23,98 \pm 3,886$ , faixa etária mais evidenciada em estudos realizados por Molin et al. (2012) e Gomes e César (2013) em que a maior quantidade de gestantes se encontravam entre 20 e 25 anos, sendo considerado por Caetano, Netto, Manduca (2011) um período com menor risco de complicações para a gestação (Tabela 1).

Em relação ao nível de escolaridade, a maioria as gestantes (40%) possuíam ensino médio completo, esse resultado corrobora com pesquisa feita por Silva et al. (2015) em que a maior parte das gestantes possuíam esse grau de escolaridade. Fato este não observado em pesquisa realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2013) que apresentou as gestantes com menor nível de instrução como as que são mais prevalentes no atendimento pré-natal dos serviços de saúde (Tabela 1).

No aspecto profissão, planejamento da gravidez e estado civil, 55% das gestantes não possuíam vínculo empregatício, 60% não planejaram a gestação e 56,7% eram solteiras, esses dados corroboram com estudo realizado por Prietsh, et al. (2011) que dizem que o fato da mãe ser solteira e não ter vínculo empregatício culminam com uma gravidez não planejada (Tabela 1).

**Tabela 1:** Características sociodemográficas das gestantes das UBSF do município de CG.

<b>Variáveis</b>	<b>n</b>	<b>n (%)</b>
<b>Total de gestantes</b>	60	100
Segundo Trimestre	30	50
Terceiro Trimestre	30	50
<b>Idade (média)</b>	23,98	
<b>Escolaridade</b>		
Ensino médio Completo	24	40
Ensino médio Incompleto	9	15
Ensino médio em andamento	4	6.7
Ensino fundamental completo	1	1.7
Ensino fundamental incompleto	11	18.3
Ensino fundamental em andamento	3	5
Ensino superior em andamento	8	13.3
<b>Profissão</b>		
Não	33	55
Sim	27	45
<b>Estado Civil</b>		
Solteira	34	56.7
Casada	26	43.3

Fonte: Dados da Pesquisa, 2016

Em relação aos hábitos de vida das gestante desse estudo, 98,3% não ingeriam bebida alcóolica, 95% não fumavam e nenhuma participante fazia uso de drogas durante o período gestacional, essas informações condizem com a pesquisa realizada por Gomes e Freire (2012) que em seu estudo a grande maioria das gestantes não fumavam (94%) e não bebiam (61,1%) Tabela 2).

No tocante à prática de exercícios físicos, 95% das gestantes não praticam nenhum tipo de atividade física, esse dado corrobora com estudo realizado por Freitas, Assunção e Rocha (2014) em que apresenta uma porcentagem considerável (76%) de gestantes que não realizavam nenhum tipo de atividade física, sendo que para Rodrigues e Barbosa (2015) a prática de exercício físico é uma das formas mais efetivas para promover a saúde materna,

ajudando no controle de vários desconfortos durante a gestação e inclusive no parto (Tabela 2).

Em relação ao uso de medicamentos, 85% das gestantes fazem uso de vitaminas, sais minerais e anti-anêmicos, alta prevalência também encontrada no estudo de Freitas, Assunção e Rocha (2014) em que 61,4% das gestantes fizeram uso da mesma classe de medicamentos (Tabela 2).

Em relação a paridade e ao índice de massa corporal (IMC), 50% (n=30) eram primigestas e 31,7% (n=19) eram primíparas, 15% (n=9) encontravam-se na terceira gestação e 3,3% (n=2) na quarta gestação. A classificação mais prevalente do IMC foi a obesidade grau I e o adequado segundo a Organização das Nações Unidas (OMS). Esses dados, junto com o resultados referentes aos hábitos de vida e uso de medicação, estão representados na tabela 2.

**Tabela 2:** Características obstétricas e hábitos de vida das gestantes

<b>Variáveis</b>	<b>N</b>	<b>N (%)</b>
<b>Planejamento da Gravidez</b>		
Sim	24	40
Não	36	60
<b>Gestações anteriores</b>		
Nenhuma	30	50.0
Uma	19	31.7
Duas	9	15.0
Três	2	3.3
<b>Uso de medicamentos</b>		
Sim	51	85
Não	9	15
<b>Hábitos de vida</b>		
Etilismo		
Não	59	98.3
Sim	1	1.7
Tabagismo		
Não	57	95
Sim	3	5
Atividade Física		
Não	57	95
Sim	3	5
<b>Índice de Massa Corporal</b>		
Média	27,5±4	
Pré- obesa	07	21,7
Adequado	22	36,7
Obesidade Grau I	22	36,7
Obesidade Grau II	13	5

Fonte: Dados da Pesquisa, 2016

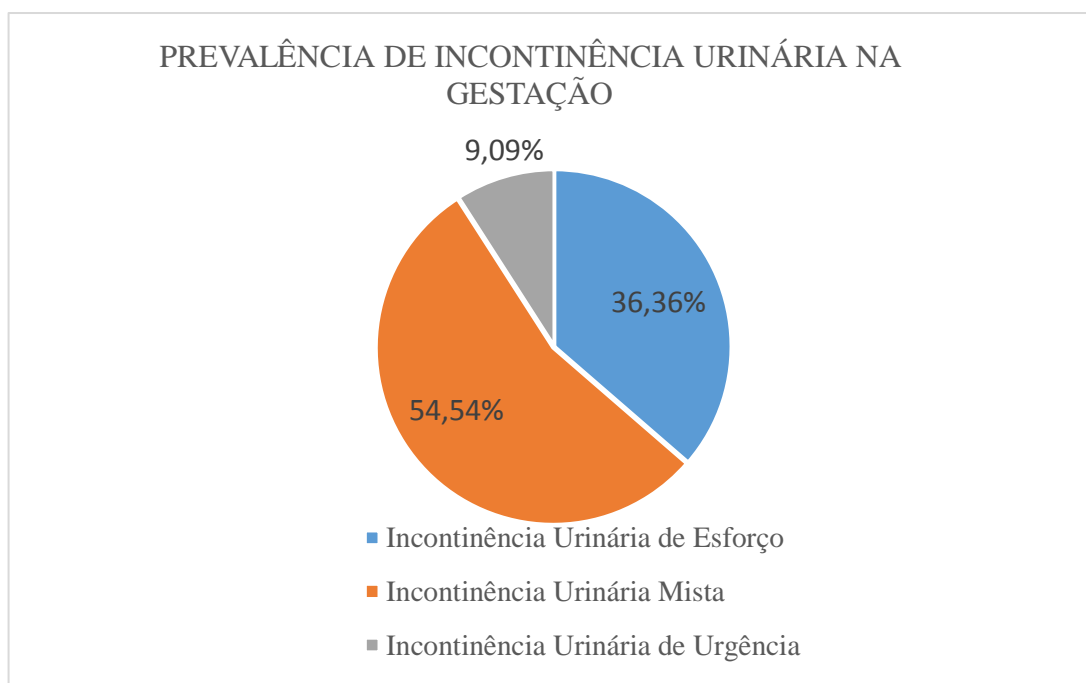
## 5.2 AVALIAÇÃO DA FUNÇÃO URINÁRIA

A função urinária foi avaliada através do International Consultation on Incontinence Questionnaire – Short Form (ICIQ – SF). A prevalência de sintomas de perda urinária durante o período gestacional foi de 36,6 % (n=22), esse dado é bem menor comparado ao estudo de Oliveira et al. (2013) que entrevistaram 465 mulheres grávidas e 71% (n=352) relataram pelo

menos um episódio de perda urinária nas últimas quatro semanas antecedentes ao momento da entrevista. Nessa pesquisa não houve aumento significativo na prevalência de incontinência urinária na progressão da gestação, pois a porcentagem de gestantes com perda urinária foi de 16,6% (n=10) para o segundo trimestre gestacional e 20% para o terceiro trimestre, esse resultado diverge do estudo realizado por Sacomori et al. (2013) que diz que a prevalência de incontinência urinária aumentou significativamente durante o progresso da gestação, atingindo 59,5% das gestantes no último trimestre.

Das 22 gestantes que relataram episódios de perda urinária, 36,36% (n=8) foram sintomas de incontinência de esforço (IUE), 9,09% (n=2) apenas incontinência urinária de urgência (IUU) e mais da metade, 54,54% (n=12) relataram sintomas de incontinência urinária mista (IUM). Esses dados contradizem os resultados obtidos por Jamil et al (2013) e Tingthong et al (2014) que em seus estudos tiveram a IUE como o tipo de incontinência mais prevalente na gestação. No gráfico 1 está representado a prevalência dos tipos de incontinência na gestação.

**Gráfico 1:** Prevalência de Incontinência Urinária na gestação



Fonte: Dados da Pesquisa, 2016

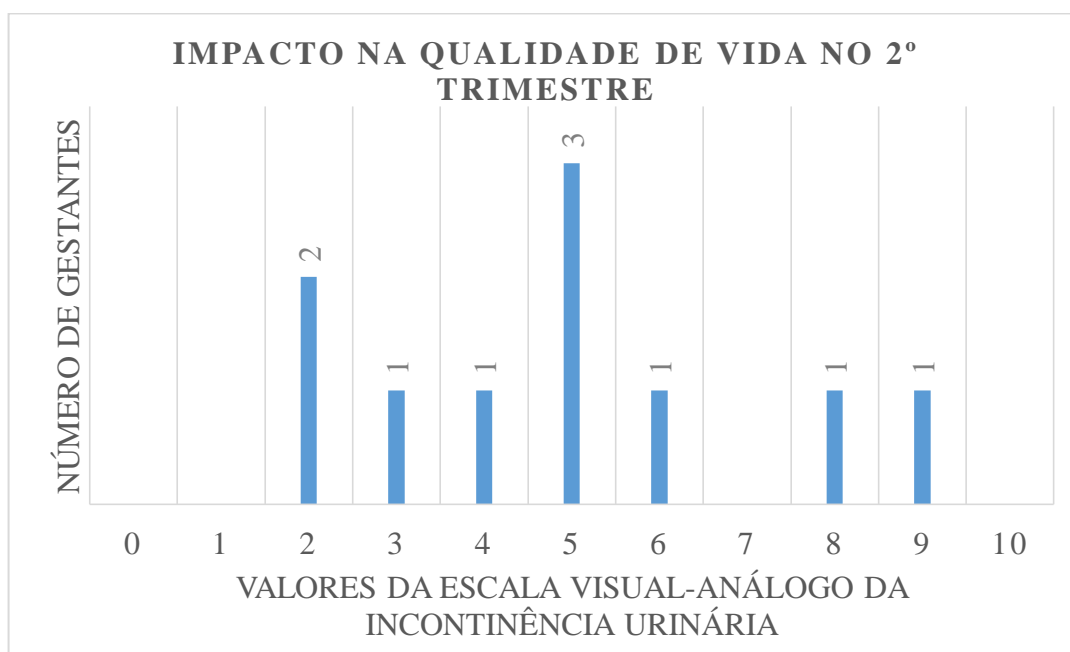
Foi encontrado associação estatisticamente significativa de incontinência urinária com a paridade ( $p=0,042$ ), concordando com estudo de Lin et al. (2014) que em sua revisão de prontuários de mulheres grávidas entre março de 2002 e janeiro de 2006, observou que

mulheres multíparas tinham mais chance de desenvolver incontinência urinária durante a gestação, aumentando significativamente com a progressão da gestação.

Em relação do IMC com a IU não foi encontrada diferença estatisticamente significativa ( $p=0,0513$ ), diferentemente dos estudos encontrados na literatura, porem, corroboram com o estudo de Mathias et al. (2014) que ao investigar a prevalência de IU na gestação e o seus fatores associados, observaram que a obesidade não foi um fator associável com a incontinência urinária.

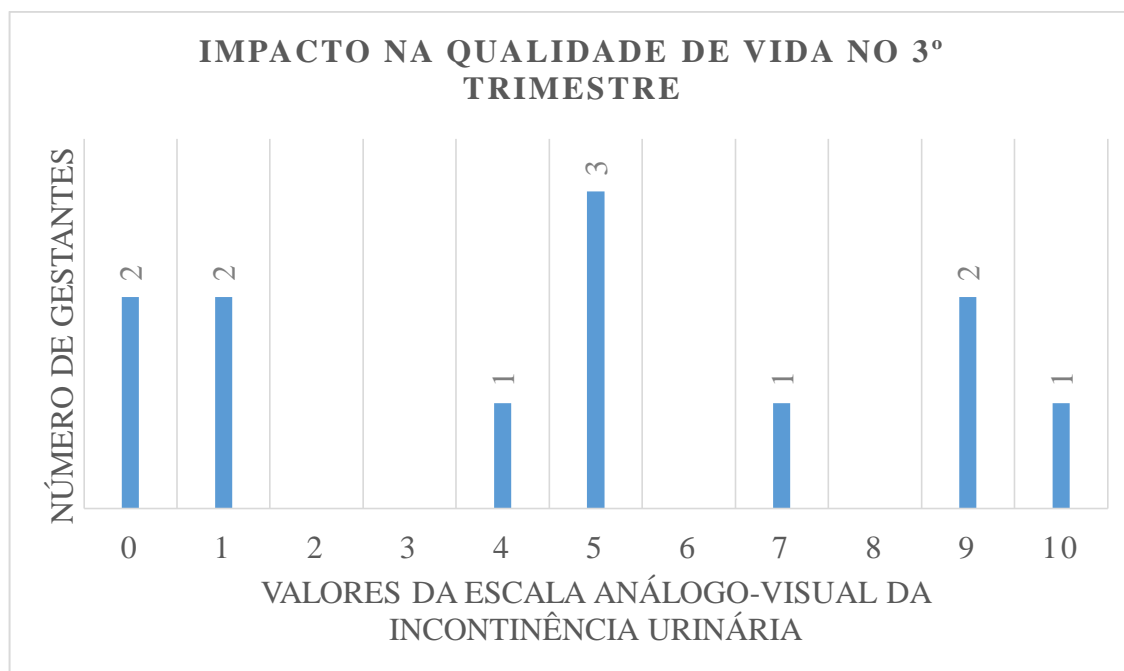
Os gráficos 2 e 3 apresentam dados referentes ao impacto da IU na qualidade de vida durante o segundo e o terceiro trimestre gestacional através da escala análogo-visual presente no questionário. A média encontrada pelo ICIQ-SF foi de 3,3 e 3,4 para o segundo e terceiro trimestre respectivamente, esses resultados correspondem ao baixo impacto da IU na qualidade de vida dessas gestantes. Contrariando resultados de Oliveira et al. (2013) em que o impacto na qualidade de vida foi severo indicando que a IU tem um efeito negativo sobre as rotinas de trabalho da mulher brasileira, nas suas atividades básicas e até mesmo no intercuro sexual.

**Gráfico 2:** Valores da escala análogo visual da incontinência urinária na qualidade de vida no segundo trimestre gestacional



**Fonte:** Dados da Pesquisa, 2016

**Gráfico 3:** Valores da escala análogo-visual da incontinência urinária na qualidade de vida no terceiro trimestre gestacional



**Fonte:** Dados da Pesquisa, 2016

Em relação à quantidade de urina perdida, 95,45% das gestantes referiram perder uma pequena quantidade de urina, o que concorda com o estudo em questão que traz observações acerca do baixo impacto da incontinência urinária na qualidade de vida da gestante.

### 5.3 AVALIAÇÃO DA FUNÇÃO SEXUAL

A prevalência de disfunção sexual foi realizada através do IFSF que corresponde a um questionário de 19 questões, dividido em 6 domínios, com escore variando de 2 a 36 pontos. Segundo Wiegel, Meston e Rosen (2005) mulheres que apresentam escores inferiores a 26,55 devem ser consideradas portadoras de disfunção sexual. Com base nesse estudo, a prevalência de disfunção sexual foi de 38,33% (n=23), dado que se aproxima do encontrado por Prado, Lima e Lima (2013) que ao analisar a função sexual em mulheres gestantes e não gestantes, encontrou em seu estudo a prevalência de disfunção sexual em 40,4% das gestantes.

A frequência de atividade sexual mensal diminuiu do segundo trimestre para o terceiro com uma frequência média de 12,4 para 8,23, mas não houve redução de maneira significativa pelo teste de Wilcoxon ( $z=0,073$ ) discordando dos estudos de Bezerra (2014) que em sua pesquisa encontrou uma diminuição significativa na frequência de atividade sexual durante a gestação, reduzindo significativamente no último trimestre gestacional. Tal diminuição segundo Corbacioglu et al. (2013) e Yeniel e Preti (2014) pode ser decorrente do temor em



prejudicar o feto, mal-estar e desconforto corporal, perda de interesse em atividade sexual e ansiedade em relação ao feto. Bem como a redução do desejo, da atividade sexual e do coito vaginal ocorre, em muitas mulheres, com o avançar da gravidez, pois tanto a mulher quanto seu parceiro têm preocupações sobre complicações na gestação como resultado de relações sexuais

Na tabela 3 encontra-se as variáveis do IFSF no segundo e terceiro trimestre gestacional. Ao ser analisado os domínios e comparando os escores entre as gestantes do segundo e do terceiro trimestre, foi observado pelo teste t que o domínio excitação no terceiro trimestre possuiu uma diminuição significativa ( $p=0,018$ ) em relação ao segundo trimestre, este fato foi observado por Mathias et al. (2015) que na avaliação da função sexual realizada em 102 mulheres no terceiro trimestre gestacional, verificou que os menores escores foram nos domínios desejo e excitação. Foi observado que ocorre uma diminuição estatisticamente significativa na variável lubrificação, resultado também encontrado por Lima, Dotto e Mamede (2013) que em seu estudo com 778 primigestas identificaram que o problema sexual mais prevalente foi ausência de desejo sexual, seguido da diminuição da lubrificação vaginal.

**Tabela 3:** Função sexual no 2º e 3º trimestre gestacional através do IFSF.

Variáveis	2º Trimestre		3º Trimestre		P
	Média	DP	Média	DP	
Desejo	3,72	1,21	3,46	1,08	0,402
Excitação	4,49	0,99	3,76	1,03	0,018*
Lubrificação	5,35	0,87	4,44	1,29	0,003*
Satisfação	4,54	1,30	3,97	1,38	0,085
Orgasmo	5,09	0,99	4,88	1,00	0,350
Dor	5,22	1,27	4,38	1,60	0,069
Resultado Final	28,43	4,55	24,9	1,60	0,023*

**Fonte:** Dados da Pesquisa, 2016. DP=Desvio Padrão \* $p<0,05$  (significante pelo teste t-student)

No resultado final dos escores de função sexual do segundo e terceiro trimestre, foi identificado a diminuição significativa ( $p=0,023$ ) da função sexual na progressão da gestação, esse dado se confirma através dos estudos de Kuljarusnont, Russameecharoen, Thitadilok (2011); Bonfim e Meuro (2014) que fazendo uso do mesmo instrumento de avaliação,

identificaram que o terceiro trimestre apresenta níveis de função sexual mais baixos, sofrendo declínio com a idade gestacional.

Isso pode ser explicado através dos trabalhos desenvolvidos por Lopes e Ploger (2009) que, apesar da manutenção da relação sexual ser segura até o final da gestação, o casal preocupa-se com a saúde do bebê, considerando que o ato sexual com penetração pode machuca-lo. Além disso a gestante teme a satisfação do marido, e sentimentos de baixa autoestima e falta de desejo são comuns nesse período. Sendo reafirmado com Franceschet, Sacomori e Cardoso (2009) que, além de todas as questões emocionais que predispuham ao desenvolvimento da disfunção sexual na gestação, os MAP enfraquecidos podem ser uma das causas da insatisfação sexual que pouco vem sendo investigada

Ao avaliar os escores de função sexual em gestantes continentas e incontinentes, não foram identificadas alterações estatisticamente significativas como é observado na tabela 4 abaixo.

**Tabela 4:** Função sexual em gestantes continentas e incontinentes

Variáveis	Continentes		Incontinentes		P
	Média	DP	Média	DP	
Desejo	3,55	1,01	3,60	1,37	0,743
Excitação	4,20	1,04	3,95	1,12	0,343
Lubrificação	5,03	1,14	4,62	1,22	0,141
Satisfação	4,15	1,42	4,45	1,28	0,487
Orgasmo	5,15	0,78	4,69	1,24	0,191
Dor	4,83	1,49	4,90	1,49	0,881
Resultado Final	26,94	4,86	26,23	6,17	0,500

**Fonte:** Dados da pesquisa, 2016 DP=Desvio Padrão

Observa-se que não houve alteração significativa em nenhum domínio do questionário, também possuindo resultados finais com diferença pouco significativa do ponto de vista estatístico. Porém um estudo realizado por Bernardes et al. (2013) que teve como objetivo investigar a correlação entre qualidade de vida e satisfação sexual em gestantes com IU, foi verificado que as gestantes com incontinência urinária apresentavam incômodo durante a relação sexual e menor satisfação sexual do que gestantes continentas.

Um estudo realizado por Faria e Pedrosa (2012) ao analisar a função sexual em mulheres continentas e incontinentes foi evidenciado que no grupo de mulheres incontinentes

a média total de escore foi menor ( $S=17,17$ ) quando comparada com o grupo de continentes ( $S= 24,20$ ), sendo também observado que em todos os domínios houve diferença estatisticamente, exceto para o domínio lubrificação.

Um estudo realizado por Sacomori et al. (2015) com o objetivo de avaliar a associação entre a força muscular do assoalho pélvico e a função sexual em mulheres adultas apresentou que as mulheres com força muscular considerada boa tiveram significativamente maior desejo, excitação, lubrificação e orgasmo do que aquelas com função débil ou ruim. E para Sperandio et al. (2016) mulheres com fraqueza do assoalho pélvico tendem a apresentar sintomas de perdas urinárias devido à incapacidade de contenção da urina em situações de esforço ou urgência miccional.

A atuação da fisioterapia tanto nas desordens urinárias quanto nas sexuais é algo que merece destaque. O trabalho com exercícios de fortalecimento dos MAP aumentam a circulação sanguínea local, promove um equilíbrio dos mecanismos de sustentação e suspensão dos órgãos pélvicos, melhorando assim a autoestima e conseqüentemente a qualidade de vida das mulheres (FARIA; PEDROSA, 2012).

O estudo em questão possuiu algumas limitações como pequena amostra e a lacuna na literatura sobre o tema e objetivos referenciados nesse trabalho no tocante a comparação da função sexual em gestantes continentas e incontinentes, impossibilitando uma discussão de resultados mais aprofundada.

## 6 CONCLUSÕES

- As gestantes avaliadas tinham média de idade 23,98, a maioria não fumava, não bebia e não praticava atividade física, 40% tiveram o ensino médio completo.
- A prevalência de IU na gestação foi de 36,6%.
- Não houve aumento significativo nos casos de IU de acordo com a progressão da gestação.
- A prevalência de disfunção sexual no período gestacional foi de 38,33%.
- Ocorreu uma diminuição da função sexual do segundo trimestre para o terceiro trimestre.
- Não houve diminuição significativa da função sexual em gestantes incontinentes e continentas.

- O estudo em questão possuiu algumas limitações como a pequena amostra e a lacuna na literatura sobre o tema e objetivos referenciados nesse trabalho, impossibilitando uma discussão de resultados mais aprofundada, principalmente na comparação da função sexual em gestantes continentas e incontinentes.
- É imprescindível que o fisioterapeuta realize a avaliação da presença da IU durante a gestação, pois a mesma proporciona inúmeros desconfortos que podem ser ocasionados futuramente na vida da mulher, tais como constrangimentos, disfunções sexuais e IU pós-parto.

## ABSTRACT

During the pregnancy there are a lot of modifications and physiological adaptations in the body, including musculoskeletal disorders. Even with the progressive weight gain and generalized ligamentous weakness, this phase in a woman's life has been linked to a decrease in performance of various muscle groups, including the pelvic floor that has an influence on urinary continence and sexual function of the female population. This study's objective was evaluating the urinary and sexual function during pregnancy. This was a cross-sectional, descriptive, analytical study with a quantitative approach. The population consisted of pregnant women registered in BFHU Sanitary District III and the Health Center Francisco Pinto Sanitary District I. The principal was accessibility, participated in the survey pregnant women who were with the inclusion criteria and were willing to participate in the study. Inclusion criteria were pregnant women with prenatal routine, older than 18 and less than 35 in the second and third trimester of pregnancy, with low-risk pregnancy and the exclusion criteria were diabetes mellitus; nephrolithiasis, urinary tract infection; use of medications that cause interference in the lower urinary tract function; not having sex less than 30 days. To collect data, we used a sociodemographic questionnaire, the International Consultation on Incontinence Questionnaire - Short Form (ICIQ-SF) and the Female Sexual Function Index (FSF). The women were approached individually and within the inclusion criteria, were eligible. Soon after, they were invited to participate in the study. After voluntarily accept their participation by signing the free and informed consent, patients answered a sociodemographic questionnaire, with reports of urinary loss in the last fifteen days, the participants answered the ICIQ-SF. Already FSF was answered by all participants. Questionnaire data were analyzed using the SPSS program. The survey sample consisted of 60 patients, mean age  $23.98 \pm 3.886$ , most have completed secondary education (40%), employment (55%) and were single (56.7%). The prevalence of urinary incontinence (UI) was 36, 6% ( $n = 22$ ), with the majority being mixed urinary incontinence (54.54%), no significant increase in the prevalence of UI with progression of pregnancy, no relationship of body mass index with the appearance of the UI, but there was a relationship of parity ( $p = 0.042$ ). The prevalence of sexual dysfunction was 38.33%, with a significant decrease in sexual function with progression of pregnancy ( $p = 0.023$ ) and there was no decrease in sexual function between continent and incontinent pregnant women ( $p = 0.500$ ). Research has shown that the UI may be a disorder that occurs from the second trimester of pregnancy, sexual dysfunction is prevalent in this population, but there is a higher incidence in the third trimester, but there was no sexual dysfunction related to urinary incontinence in this sample. So, the therapist must carry out the assessment of the presence of the UI during pregnancy, because it provides numerous discomforts that may be incurred in the future, such as constraints, sexual dysfunction and UI postpartum.

**Key-words:** pregnancy; urinary incontinence; sexual dysfunction

## REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, M.B.A.; BARRA, A.A.; FIGUEIREDO, E.M. VELLOSO, F.S.B.; SILVA, A.L.; MONTEIRO, M.V.C.; RODRIGUES, A.M. Disfunções de assoalho pélvico em atletas. **Feminina**, v.39, n.8, p. 395-402, 2011
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. **DSM-IV-TR**. 4 ed. Porto alegre: Artmed, 1994.
- AUGE, A.P.F.; SILVA, R.S.B.; LEITE, A.K.N.; GOUVEA, E.S.; GENEVCIUS, R.F.F.; PINTO, R.O; ROESSLE, T.R.; TOZO, I.M.; AOKI, T. Sintomas do trato urinário inferior e sexualidade: Uma revisão. **Arq Med Hosp Fac Cienc Med Santa Casa**, v.55, p. 76-81, 2010.
- AZAR, M.; NOOHI, S.; RADFAR, S.; RADFAR, M.H. Sexual function in women after surgery for pelvic organ prolapse. **Int. Urogynecol.J. Pelvic Floor Disfunct**, v.19, n.1, p. 53-57, 2008.
- BARACHO, E. **Fisioterapia aplicada à Obstetrícia, Uroginecologia e aspectos de Mastologia**. 4ª edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007.
- BATISTA, R.L.A.; FRANCO, M.M.; NALDON, L.M.V.; DUARTE, G.; OLIVEIRA, A.S.; FERREIRA, C.H. Biofeedback na atividade eletromiográfica dos músculos do assoalho pélvico em gestantes. **Revista Brasileira de Fisioterapia**, v. 15, n.5, 2011.
- BERNARDES, S.B.; DIAS, A.P.; SILVA, E.F.; ASSIS, I.C. Correlação entre qualidade de vida e satisfação sexual em gestantes com incontinência urinária. **Revista Eletrônica Inspirar**, v.5, n.6, 2013.
- BEZERRA, I.F.D. **Relação entre função sexual, sintomatologia depressiva e qualidade de vida em mulheres grávidas**, 2015, 131 f. Programa de pós-graduação em Fisioterapia. Centro de Ciências da Saúde. Universidade Federal do Rio Grande do Norte, 2015.
- BONFIM, I.Q.M.; MEURO, B.C.F. Estudo comparativo da função sexual em mulheres durante o período gestacional. **Cient Ciênc Biol Saúde**, v.16, n.4, p.277-282, 2014.
- BURGIO, K.L.; BORELLO-FRANCE, D.; RICHTER, H.E.; FITZGERALD, M.P.; WHITEHEAD, W.; HANDA, V.L; et al. Risk factors for fecal and urinary incontinence after childbirth: The childbirth and pelvic symptoms study. **Am J Gastroenterol**, v. 102, n.9, p. 1998-2004, 2007.

CAETANO, L.C.; NETTO, L.; MANDUCA, J.N.L. Gravidez depois dos 35 anos: Uma revisão sistemática da literatura. **Rev Min Enferm**, v.15, n.4, p.579-587, 2011

CORBACIOGLU, E.A.; AKCA, A.; AKBAYIR, O.; GOKSEDEF, B.P.; BAKIR, V.L. Female sexual function and associated factors during pregnancy. **J Obstet Gynaecol Res**, v.39, n.6, p. 1165-1172, 2013.

CORREGIO, K.S. **Avaliação da função muscular perineal em gestantes**. 2009. Trabalho de Conclusão de Curso. Universidade do Estado de Santa Catarina. Florianópolis, 2009.

DURANTE, L.L.V. **Identificação das disfunções do assoalho pélvico no puerpério**. 2007. Trabalho de Conclusão de Curso. Universidade de Tuiuti do Paraná. Curitiba, 2007

FARIA, K.; PEDROSA, L.A.K. Avaliação da qualidade de vida e função sexual de mulheres com e sem incontinência urinária. **Rev Eletr Enf**, v.14, n.2, p. 366-373, 2012.

FRANCESCHET, J.; SACOMORI, C.; CARDOSO, F.L. Força dos músculos do assoalho pélvico e função sexual em gestantes. **Revista Brasileira de Fisioterapia**, v.13, n.5, p.383-389, 2009.

FREDERICE, C.P. **Assoalho pélvico e sintomas urinários na gestação e após o parto**. Dissertação (Mestrado) Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. Campinas, 2010.

FREITAS, R.M.; ASSUNÇÃO, A.K.D.; ROCHA, R.M.M. Perfil sociodemográfico e hábitos de vida de gestantes para realização de acompanhamento farmacoterapêutico. **Rev Saúde.com**, v.10, n.1, p.116-132, 2014.

GOMES, R.M.T.; CESAR, J.A. Perfil epidemiológico de gestantes e qualidade do pré-natal em unidade Básica de Saúde em Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. **Rev. Bras. Med Fam Comunidade**, v.8, n.27, p.80-89, 2013.

GOMES, E.M.; FREIRE, J.A.P. Hábitos de vida e estado nutricional de gestantes **Revista Interdisciplinar NOVAFAPI**, v.5, n.2, p.21-25, 2012.

HEBERT, J. Pregnancy and Childbirth: The effects on pelvic floor muscles. **Nursing times**, v.105, n.7, p.38-41, 2009.

JAMIL, A.; SULTANA, R.; QURATULAIN, S.F. The prevalence of urinary incontinence in pregnancy. **Pak J. Surg**, v.39, n.1, p. 66-69, 2013.

KULJARUSNONT, S.; RUSSAMEECHAROEN, K.; THITADILOK, W. Prevalence of sexual dysfunction in Thai pregnant women. **Thai Journal of Obstetrics and Gynaecologic**, v.19, n.4, 2011.

LEITE, A.P.L.; MOURA, E.A.; CAMPOS, A.A.S.; MATTAR, R.; SOUZA, E.; CAMANO, L. Validação do índice de função sexual feminina em grávidas brasileiras. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v.29, n.8, p.414-419, 2007.

LIN, K.; SHEN, C.; WU, M.; LONG, C.; WU, C.; WANG, C. Comparison of low urinary Tract Symptoms during Pregnancy between Primiparous and Multiparous women. **Biomed Res Int**, 2014.

LIMA, A.C.; DOTTO, L.M.G.; MAMEDE, M.V. Prevalência de disfunção sexual em Primigestas, no município de Rio Branco, Acre, Brasil. **Cad Saúde Pública**, v.29, n.8, p. 1544-1554, 2013.

LOPES, E.N.; PLOGER, C. Avaliação da função sexual em mulheres de diferentes fases no período gestacional. **12º Congresso de Iniciação Científica**, 6ª mostra de pós-graduação. UNISA, 2009.

MAGNO, L.D.P.; NUNES, E.F.C.; FONTES-PEREIRA, A.J. Avaliação quantitativa da função sexual feminina correlacionada com a contração dos músculos do assoalho pélvico. **Ver Pan-Amaz**, v.2, n.4, p.39-46, 2011.

MARTINS, G.; SOLER, Z.A.S.G.; CORDEIRO, J.A.; AMARO, J.L.; MOORE, K.N. Prevalence and risk factors for urinary incontinence in healthy pregnant Brazilian women. **Int Urogynecol J**. v.21, n.10, p. 1271-1277, 2010.

MATHIAS, A.E.R.A.; PITANGUI, A.C.R.; FREITAS, H.G.V.; ARANTES, V.A.; VILELA, F.M.F.; DIAS, T.G. Prevalência de incontinência urinária durante o terceiro trimestre gestacional. **Arq Ciencia Saude**, v.21, n.4, p.101-105, 2014.

MATHIAS, A.E.R.A.; PITANGUI, A.C.R.; ARANTES, V.A.; FREITAS, H.G.V.; VILELA, F.M.F.; DIAS, T.G. Disfunção sexual: Avaliação de mulheres durante o terceiro trimestre gestacional. **ABCS Health Sci**, v.40, n.2, p.75-79, 2015.



MOISÉS, E.C.D.; BRITO, L.G.O.; DUARTE, G.; FREITAS, M.M.S. Disfunções miccionais no período gestacional e puerperal. **Feminina**, v.39, n.8, p.409-412, 2013.

MOLIN, E.; BONATTO, P.A. **Perfil sociodemográfico e de utilização dos serviços de Saúde Bucal por gestantes da Unidade de Saúde da Família Santa Helena, Porto Alegre, 2011**. 50 f. Trabalho de Conclusão de Curso, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Odontologia, Curso de graduação em Odontologia, Porto Alegre, 2012.

MORENO, A.L. **Fisioterapia em Uroginecologia**. 2ª edição. São Paulo: Manole, 2009.

OLIVEIRA, C.; SELEME, M.; CANSI, P.F.; CONSENTINO, R.F.D.C.; KUMAKURA, F.Y.; MOREIRA, G.A.; BERGHMANN, B. Urinary incontinence in pregnant women and its relation with sociodemographic variables and quality of life. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v.59, n.5, p.460-466, 2013.

PIASSAROLLI, V.P.; HARDY, E.; ANDRADE, N.F.; FERREIRA, N.O.; OSIS, M.J.D. Treinamento dos músculos do assoalho pélvico nas disfunções sexuais femininas. **Rev. Bras. Gineacol. Obstet**, v.32, n.3, p.233-240, 2010.

PRIETSH, S.O.M.; GONZÁLEZ-CHICA, D.A.; CESAR, J.A.; MENDOZA-SASS, R.A. Gravidez não planejada no extremo sul do Brasil: Prevalência e fatores associados. **Cad. Saúde Pública**, v.27, n.10, p.1906-1916, 2011.

PRADO, D.S.; LIMA, R.V.; LIMA, L.M.M.R. Impacto da gestação na função sexual feminina, **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v.35, n.5, p.205-209, 2013.

RODRIGUES, G.P.; BARBOA, L.S.M.; **A importância da atividade física na gestação**, 2015, 32 f. Trabalho de conclusão de Curso. Universidade São Francisco, 2015.

SACOMORI, C.; BOER, L.; SPERANDIO, F.F.; CARDOSO, F.L. Prevalência e variáveis associadas à incontinência urinária no terceiro trimestre gestacional. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v.13, n.3, p.215-221, 2013.

SACOMORI, C.; VIRTUOSO, J.F.; KRUGER, A.P.; CARDOSO, F.L. Pelvic floor muscle strength and sexual function in women. **Fisioter. Mov.**, v.28, n.4, p.657-665, 2015.

SHARNA, J.B; AGGARWAL, S.; SINGHAL, S.; KUMAR, S.; ROY, K.K. Prevalence of urinary incontinence and other urological problems during pregnancy: a questionnaire based study. **Arch Gynecol Obstet**, v. 279, n.6, p. 845-851, 2009.

SILVA, S.G.; SILVA, E.L.; SOUZA, K.V.; OLIVEIRA, D.C.C.; Perfil de gestantes participantes de rodas de conversa sobre o plano de parto. **Enfermagem Obstetrícia**, v.2, n.1, p. 9-14, 2015.

SOARES, P.R.A.L. **Disfunção do assoalho pélvico e qualidade de vida relacionada à saúde da gestação**. 2015, 161 f. Tese (Doutorado). Universidade Federal do Ceará. Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem. Programa de pós-graduação em enfermagem, Fortaleza, 2015.

SOBREIRA, M.A.F. **Fisioterapia Uroginecológica: Uma cartilha para a prevenção da incontinência urinária na Saúde da Mulher**, 2010, 60p. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Fisioterapia) Universidade da Amazônia, Belém, 2010.

SPERANDIO, F.F.; SACOMORI, C.; PORTO, I.P.; CARDOSO, F.L. Prevalência de dispareunia na gravidez e fatores associados. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v.16, n.1, p.49-55, 2016.

STEPHENSON, R.G.; O'CONNOR, L.J. **Fisioterapia aplicada à Ginecologia e Obstetrícia**. 2ª edição. Barueri: Manole, 2004.

SWIFT, S.; WOODMAN, P.; O'BOYLE, A.; KAHN, M.; VALLEY, M.; BLAND, A.; WANG, W.; SCHAFFER, J. Pelvic Organ Support Study (POSS) The distribution, clinical definition and epidemiologic condition of pelvic organ support defects. **American Journal of Obstetrics and Gynecology**. v.192, n.3, p.795-806, 2005.

TAMANINI, J.T.N.; DAMBROS, M.; DIANCONA, C.A.L.; PALMA, P.C.R.; NETTO JR, N.R. Validação para o português do "Consultation Incontinence Questionnaire – Short Form" (ICIQ-SF). **Rev. Saúde Pública**, v.34, n.3, p. 438-444, 2004.

TINGTHONG, W.; BUPPASIRI, P; CHONGSOMCHAI, C.; TEMTANAKITPAISAN, T.; SANGKONKAMHANG, U. Prevalence of Urinary incontinence in pregnant women at Tertiary care Hospitals in Khonkaen Providence. **Thai Journal of Obstetrics and Gynaecology**, v.22, p.37-43, 2014.

THOMASON, A.D.; MILLER, J.M.; DELANCEY, J.O.L. Urinary incontinence symptoms during and after pregnancy in continent e incontinent primíparas. **International Urogynecology**, v.8, n.2, p.147-151, 2006.

THÜROFF, J.W.; ABRAMS, P.; ANDERSSON, K.; ARTIBANI, W.; CHAPPLE, C.R.; DRAKE, M.J.; HAMPEL, C.; NEISIUS, A.; SCHRÖDER, A.; TUBARO, A. EAU Guidelines on Urinary Incontinence. **European Urology**, v.59, p.387-400.

VAN BRUMMER, H.J.; BRUINSE, H.W.; VANDER, R.; BOM, J.G.; HEINTZ, A.P.M.; VANIDE; VAART, C.H. How do the prevalence of urogenital symptoms change during pregnancy? **Neurology and Urodynamics**, v.25, n.2, p. 135-149, 2006.

WIEGEL, M.; MESTON, C.; ROSEN, R. The Female Sexual Function Index (FSFI): Cross-validation and development of clinical cutoff scores. **J.Sex Marital ther**, v.31, n.1, p.1-20, 2005.

YENIEL, A.O.; PRETI, E. Pregnancy, childbirth na sexual function perceptions and facts. **Int Urogynecol J**, v.25, p.5-14, 2014.