



## COMO CITAR

CEI, N. V. S.; MALAQUIAS, L. C.; GALHARDO, D. R.; PINTO, D. S.; NUNES, E. F. C.; RODRIGUES, C. N. C. Impactos do período puerperal: uma análise da história obstétrica, incontinência urinária e sintomas depressivos. *Gestão & Cuidado em Saúde*, Fortaleza, v. 2, n. 1, p. e12809, 2024.  
DOI: [10.70368/gecs.v2i1.12809](https://doi.org/10.70368/gecs.v2i1.12809).  
Disponível em: <https://revistas.uece.br/index.php/gestaoecuidado/articloe/view/12809>.

**Impactos do período puerperal: uma análise da história obstétrica, incontinência urinária e sintomas depressivos**

*Impacts of the Puerperal Period: An Analysis of Obstetric History, Urinary Incontinence and Depressive Symptoms*

**Natalia Velia Silva Cei<sup>1</sup>**

Universidade do Estado do Pará, Belém, Pará, Brasil

**Lorena Costa Malaquias<sup>2</sup>**

Universidade Federal do Pará, Belém, Pará, Brasil

**Deizyane dos Reis Galhardo<sup>3</sup>**

Universidade Federal do Pará, Belém, Pará, Brasil

**Denise da Silva Pinto<sup>4</sup>**

Universidade Federal do Pará, Belém, Pará, Brasil

**Erica Feio Carneiro Nunes<sup>5</sup>**

Universidade do Estado do Pará, Belém, Pará, Brasil

**Cibele Nazaré Câmara Rodrigues<sup>6</sup>**

Universidade Federal do Pará, Belém, Pará, Brasil

**RESUMO**

O estudo objetivou identificar repercussões relacionadas à história obstétrica, incontinência urinária e sintomas depressivos no puerpério imediato. A coleta realizada maio a agosto de 2019, em enfermarias de alojamento conjunto de um hospital de referência materno-infantil. Norteadado pelo *International Consultation on Incontinence Questionnaire - Short Form* (ICIQ-SF) e a Escala de Depressão Pós-natal de Edimburgo (EPDS), visando informações dos perfis sociodemográfico e obstétrico, identificar e qualificar a perda urinária e triar risco de desenvolvimento de sintomas depressivos. Foram utilizados os *Softwares Excel 2019* e *Bioestat 5.0*, feita estatística descritiva e aplicados os testes Qui-quadrado, G (Aderência), considerando  $p \leq 0,05$ . Dos participantes, 82 têm perfil obstétrico de 63,4% são multigestas, 75,6% não planejaram a última gestação. 34,1% relataram perda urinária no período pesquisado e apenas 11% das participantes atingiu score ICIQ-SF maior que oito, ou seja, há impacto da perda urinária em suas vidas. Quanto à EPDS 79,3% delas atingiu pontuação abaixo de dez, o ponto de corte. Entre as participantes houve baixa correlação de desenvolvimento de perdas urinárias e de sintomas depressivos, apesar de históricos favoráveis. As repercussões mais relacionadas a história obstétrica foram de maioria com várias gestações, sendo a última não programada, quanto a incontinência urinária houve um quantitativo baixo de relato e rastreamento segundo





o instrumento proposto. E no que tange os sintomas depressivos no puerpério imediato houve a negação dessa hipótese.

**Palavras-chave:** Período pós-parto. Incontinência Urinária. Depressão Pós-Parto.

## ABSTRACT

The objective of this study was to implement a surgical scheduling flowchart at a university hospital, reviewing critical stages and implementing managerial improvements, with the aim of ensuring perioperative safety, focusing on effective patient care, and increasing surgical productivity. It is characterized as an experience report developed in 2017, based on action research, in which the researcher, together with a multidisciplinary team, intervened in the setting to promote improvements in the work process of a tertiary surgical unit in Fortaleza, Ceará, with the approval of the Research Ethics Committee, protocol number 2,357. 222. The current stages of elective scheduling guided the development of the research, facilitating the creation of a flowchart that influenced the review of clinical and administrative routines, the optimization of surgical productivity, the improvement of the institution's integration within the healthcare network, and the satisfaction of patients and their families.

**Keywords:** Postpartum Period. Urinary Incontinence. Postpartum Depression.

## Introdução

O puerpério é o período de seis a oito semanas após o parto. Pode ser dividido em três estágios: imediato (1º ao 10º dia), tardio (11º ao 40º dia) e remoto (a partir do 41º dia) (Baracho, 2018). Entre as mudanças que ocorrem nesse momento, pode haver fraqueza dos músculos do assoalho pélvico (MAP), por vários fatores e com relação direta com incontinências urinária (IU) e fecal, prolapso de órgãos pélvicos e disfunções sexuais (Mørkved; Bø, 2014). Alguns fatores de risco são: idade, gestação, multiparidade, parto vaginal, laceração perineal, peso do bebê, uso de fórceps ou realização de episiotomia (Baracho, 2018; Bozkurt; Yumru; Şahin, 2014; Johannessen *et al.*, 2017)

A IU, perda involuntária de urina, é uma das disfunções mais comuns no puerpério, podendo ocorrer aos esforços (tosse, espirro, esforço físico) IU de esforço (IUE), a mais frequente; precedida de desejo imperioso de urinar, a IU de urgência (IUU); ou em ambas as situações, a IU mista (IUM) (Rocha *et al.*, 2017; *International Continence Society*, 2019).

Pode ser transitória ou permanecer, especialmente se iniciou no último trimestre gestacional. Se mantida, poderá afetar atividades de vida diária (AVD), social e sexual (Leroy; Lúcio; Lopes, 2016; Saboia *et al.*, 2018). A IU está relacionada a sintomas depressivos (SD),



porém na população obstétrica esta associação ainda é pouco explorada na literatura (Fritel *et al.*, 2016; Kafri *et al.*, 2013; Lim *et al.*, 2018; Mørkved; Bø, 2014).

Entre os SD no puerpério os mais comuns são o blues puerperal e a depressão pós-parto (DPP). O primeiro é mais brando, porém mais frequente (50 a 70% das puérperas), inicia três dias após o parto e se estende por até duas semanas, sendo um fator de risco para o desenvolvimento da DPP, que afeta entre 10 e 15% das mulheres, geralmente iniciando na quarta semana do puerpério (Fellmeth *et al.*, 2019; Fox *et al.*, 2018; Machado Schardosim; Heldt, 2008; São Paulo, 2017).

Alguns dos fatores de risco são: histórico prévio de depressão, estresse durante a gestação, pouco suporte social, baixa renda, não planejamento da gravidez, idealização de aborto e menor escolaridade (Hartmann; Mendoza-Sassi; Cesar, 2017; Onger *et al.*, 2018). Diante da escassez de estudos que relacionam IU com SD no pós-parto, esta pesquisa objetivou identificar a relação entre estes sintomas e a história obstétrica no puerpério imediato.

## 1 Metodologia

Este é um estudo quantitativo, transversal e descritivo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará sob o parecer 3.283.506/2019. Foram entrevistadas 106 puérperas internadas nas enfermarias de alojamento conjunto de um hospital de referência materno-infantil entre os meses de maio e agosto de 2019.

Foram incluídas mulheres internadas nestas enfermarias, com idade igual ou superior a 18 anos; no puerpério imediato; independente da via de parto; ao menos 24 horas após o nascimento; e excluídas aquelas sem escolaridade; última gestação múltipla; tratamento de depressão/SD pregresso; informações incompletamente coletadas; cirurgias concomitantes; bebê internado em outra unidade; idade gestacional igual ou menor que 30 semanas ou com peso inferior a 1.500g; óbito do bebê durante a internação.

As puérperas elegíveis para o estudo foram identificadas em uma triagem prévia dos prontuários, reabordados posteriormente para coletar informações (motivo da cesariana e grau da laceração) daquelas que aceitaram participar.

Utilizou-se um formulário elaborado pelas autoras (perfil sociodemográfico e obstétrico), o *International Consultation on Incontinence Questionnaire - Short Form* (ICIQ-SF), como instrumento de identificação de perdas urinárias, considerando oito o ponto de corte, ou seja,

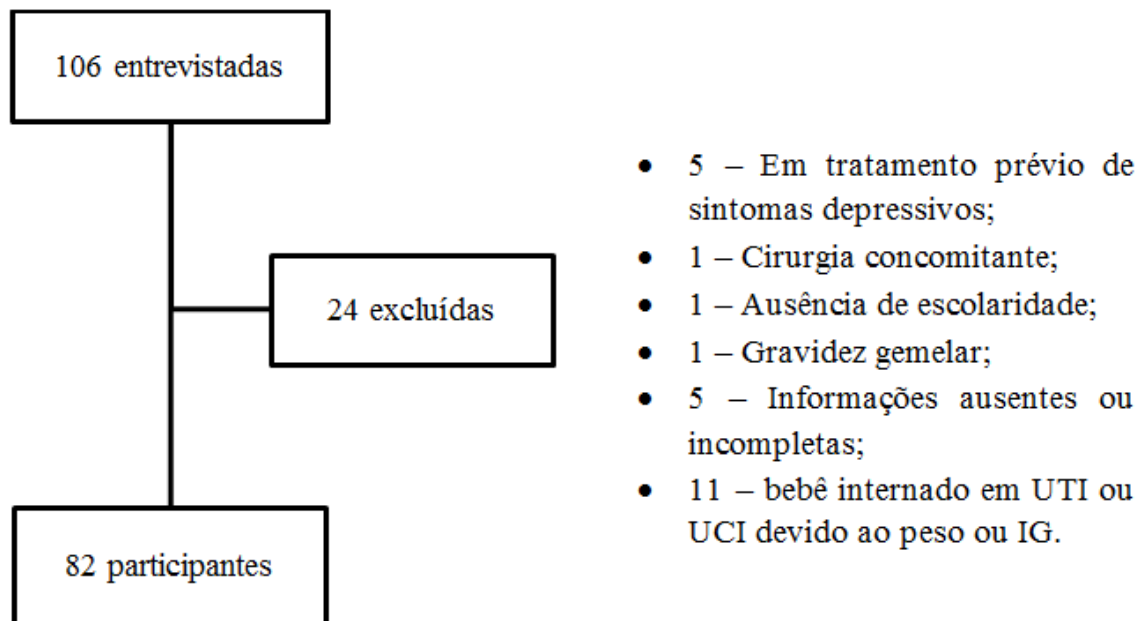
igual ou acima deste valor foi considerado que a IU apresenta alto impacto na vida da participante (Pavan *et al.*, 2010; Tamanini *et al.*, 2006); e a Escala de Depressão Pós-natal de Edimburgo. (EPDS), uma escala autoaplicável, tendo score  $\geq 10$  como ponto de corte para triagem de SD (Mattar *et al.*, 2007). Ao final foi realizada uma breve discussão sobre o tema com cada participante.

Os *softwares* Excel 2010 e Bioestat 5.0 foram adotados, respectivamente, para tabulação dos dados e análise estatística. Foi feita estatística descritiva e foram utilizados os Testes Qui-quadrado e G (aderência), considerando nível de significância de 5% ( $p \leq 0,05$ ).]

## 2 Resultados

Foram entrevistadas 106 puérperas, das quais 24 foram excluídas, resultando em 82 participantes (Figura 01).

**Figura 01 – Fluxograma de participantes da pesquisa. Belém (PA), 2019.**



Legenda: UTI=Unidade de Terapia Intensiva; UCI=Unidade de Cuidados Intermediários; IG=Idade Gestacional.  
Fonte: Pesquisa de campo, 2019.

Nas Tabelas 1 e 2 são apresentados os perfis sociodemográfico e obstétrico, respectivamente, das participantes.

**Tabela 1** – Perfil sociodemográfico das participantes da pesquisa. Belém (PA), 2019.

Variável	N	%	p-valor
<b>Idade (18 - 43 anos)</b>	<b>82</b>		
18 – 24	43	52,4	
25 – 31	26	31,7	< 0,0001*
32 – 38	9	11,0	
39 – 45	4	4,9	
Média ± Desvio padrão		25,7 ± 6,1	
<b>Local de Residência</b>	<b>82</b>		
Região Metropolitana de Belém	49	59,8	
Interiores do Pará	33	40,2	0,09
<b>Estado Civil</b>	<b>82</b>		
Solteira/divorciada	20	24,4	
Casada/União Estável	62	75,6	< 0,0001*
<b>Raça/Cor</b>	<b>82</b>		
Preta	12	14,6	
Parda	56	68,3	
Indígena	2	2,4	
Amarela	2	2,4	< 0,0001*
Branca	7	8,5	
Não declarada	3	3,7	
<b>Escolaridade</b>	<b>82</b>		
Ensino Básico Incompleto	45	54,9	
Ensino Básico Completo	22	26,8	
Ensino Superior Incompleto	6	7,3	< 0,0001*
Ensino Superior Completo	8	9,8	
Curso Técnico	4	4,9	
<b>Trabalho Remunerado</b>	<b>82</b>		
Não	47	57,3	
Sim	35	42,7	0,2
<b>Renda Mensal</b>	<b>82</b>		
Menos de 1 S.M.	32	39,0	
1 a 3 S.M.	42	51,2	
>3 S.M.	6	7,3	< 0,0001*
Não sabe	2	2,4	

Legenda: Teste G (Aderência), Teste Qui-quadrado,  $p \leq 0,05$ . SM= Salário-Mínimo.

Fonte: Pesquisa de campo, 2019.

Em nenhuma foi utilizado fórceps e apenas em uma realizaram episiotomia, entre as 36 mulheres cujo parto foi via vaginal. 24 delas sofreram laceração perineal grau 1 (33,3%) ou 2(33,3%). Quanto às características do bebê, a idade gestacional média foi de 37,7 semanas ( $\pm 2,2$ ) de idade gestacional e o peso médio foi 2.969g ( $\pm 569$ g).

**Tabela 2** – Perfil obstétrico das participantes da pesquisa. Belém (PA), 2019.

Variável	N	%	p-valor
<b>Gestações</b>	<b>82</b>		
Primigesta	30	36,6	0,02*
Multigesta	52	63,4	
<b>Parto Vaginal</b>	<b>82</b>		
Nenhum	33	40,2	0,09
1	28	34,1	
≥ 2	21	25,6	
<b>Parto Cesáreo</b>	<b>82</b>		
Nenhum	32	39,0	0,001*
1	36	43,9	
≥ 2	14	17,1	
<b>Aborto</b>	<b>82</b>		
Nenhum	63	76,8	< 0,0001*
1	15	18,3	
≥ 2	4	4,9	
<b>Gestação Desejada?</b>	<b>82</b>		
Não	28	34,1	0,005*
Sim	54	65,9	
<b>Gestação Planejada?</b>	<b>82</b>		
Não	62	75,6	< 0,0001*
Sim	20	24,4	
<b>Tipo de parto (mais recente)</b>	<b>82</b>		
Vaginal	36	43,9	0,3
Cesariana	46	56,1	
<b>Episiotomia</b>	<b>36</b>		
Não	35	97,2	< 0,0001*
Sim	1	2,8	
<b>Dias de Puerpério</b>	<b>82</b>		
1 a 3 dias	56	68,3	< 0,0001*
4 a 7 dias	19	23,2	
>7 dias	7	8,5	
Média ± Desvio Padrão		3,2 ± 2,45	

Legenda: Teste G(Aderência), Teste Qui-quadrado,  $p \leq 0,05$ .

Fonte: Pesquisa de campo, 2019.

Considerando as 28 (34,1%) participantes que relataram perdas urinárias, 57,1% são multigestas; 64,3% têm histórico de ao menos uma cesariana; 50% nunca vivenciaram o parto

vaginal; e entre as 11 mulheres com perda urinária cujo último parto foi via vaginal, 72,8% apresentaram laceração perineal grau 1 ou 2.

**Tabela 3** – Sintomas urinários das participantes da pesquisa. Belém (PA), 2019.

Variável	N	%	p-valor
<b>Frequência de perda urinária</b>	<b>82</b>		
Nunca	54	65,9	
Uma vez por semana ou menos	7	8,5	
Duas ou três vezes por semana	10	12,2	< 0,0001*
Uma vez ao dia	4	4,9	
Diversas vezes ao dia	6	7,3	
O tempo todo	1	1,2	
<b>Início da perda urinária</b>	<b>28</b>		
Último Trimestre	13	46,4	
Segundo trimestre	3	10,7	
Primeiro trimestre	4	14,3	0,02*
Gestação Anterior	5	17,9	
Antes de Engravidar	2	7,1	
Indefinido	1	3,6	
<b>Quantidade de urina que perde</b>	<b>28</b>		
Pequena	20	71,4	
Moderada	6	21,4	< 0,0001*
Grande	2	7,1	
<b>Impacto nas AVD**</b>	<b>28</b>		
0 (sem interferência)	20	71,4	
1 – 3 (interferência leve)	0	0,0	
4 – 6 (interferência moderada)	6	21,4	< 0,0001*
7 – 9 (interferência grave)	2	7,1	
10 (interferência muito grave)	0	0,0	
<b>Score ICIQ-SF</b>	<b>82</b>		
0	54	65,9	
1 – 8	19	23,2	< 0,0001*
≥ 8	9	11,0	

Legenda: Teste G (Aderência), Teste Qui-quadrado,  $p \leq 0,05$ . AVD=Atividades de Vida Diárias; ICIQ-SF=*International Consultation on Incontinence Questionnaire - Short Form*; IU=Incontinência Urinária.

\*\*Classificação de Tamanini *et al.* apud Carvalho *et al.*

Fonte: Pesquisa de campo, 2019.

Na tabela 3 é possível observar as características de sintomas urinários. A mais prevalente de perdas urinárias foi em momento de tosse ou espirro ( $n=22$ ; 78,6%) e a segunda mais comum foi a caminho do banheiro para urinar ( $n=16$ ; 57,1%), sendo que 64,3% ( $n=18$ ,  $p < 0,0001$ ) delas não utiliza forro. A maioria não apresentou limitação devido às perdas

urinárias, mas quatro (14,3%) afirmaram evitar a sair de casa ou apresentar preocupação constante com a proximidade de banheiro.

O tipo de IU mais recorrente foi a mista (46,4%), seguida da IUE (39,3%) e da IUU (14,3%). O sintoma de urgência estava presente em 53,7% ( $p=0,5$ ) das 82 participantes, especialmente ao fim da gestação.

**Tabela 4** – Sintomas depressivos das participantes da pesquisa. Belém (PA), 2019.

Variável	N	%	p-valor
<b>Sintomas Depressivos (autopercepção)</b>	<b>82</b>		
Não	51	62,2	0,03*
Sim	31	37,8	
<b>Quando iniciou?</b>	<b>31</b>		
Nesta Gestação	24	77,4	0,004*
Gestação Anterior	7	22,6	
<b>Em tratamento?</b>	<b>31</b>		
Não	29	93,5	< 0,0001*
Sim (psicoterapia)	2	6,5	
<b>Score EPDS</b>	<b>82</b>		
0 – 9	65	79,3	< 0,0001*
≥10	17	20,7	

Legenda: Teste Qui-quadrado,  $p \leq 0,05$ . EPDS = Escala de Depressão Pós-natal de Edimburgo.

Fonte: Pesquisa de campo, 2019.

No que tange a abordagem de Sintomas Depressivos tem-se o descritivo na tabela 04. Somente cinco (6,1%) participantes atingiram o ponto de corte no ICIQ-SF e na EPDS, indicando risco aumentado de desenvolvimento de SD e alto impacto da IU em suas vidas. Entre as 17 puérperas obtiveram *score*  $\geq 10$  na EPDS, a maioria (76,4% destas) atingiu pontuação menor que oito no ICIQ-SF.

Quanto aos SD, entre as 28 puérperas com histórico de perda urinária, 57,1% não apresentaram mudança de humor ou comportamento na última gestação (autopercepção), além de que 67,9% delas atingiu *score* menor que dez na EPDS.

### 3 Discussão

O perfil sociodemográfico encontrado neste estudo é similar ao da população pesquisada por Prado *et al.* (2018) em aspectos como média da idade materna de 25,35 ( $\pm 6,52$ ) anos vs. 25,7 ( $\pm 6,1$ ); de maioria parda, preta, amarela ou indígena (85,8% vs. 87,7%);

sem trabalho remunerado (55,5% vs. 57,3%); e que é casada ou vive em união estável (84,3% vs. 75,6%).

Magnani *et al.* (2019) realizaram um estudo com 13.214 puérperas em duas cidades brasileiras, em que 1,3% das mulheres cujo parto foi vaginal passaram pelo uso de fórceps ou vácuo e em 29% foi realizada episiotomia, dados muito discrepantes dos encontrados durante a atual pesquisa, em que o fórceps não foi utilizado em nenhum parto e apenas em um foi feita episiotomia.

O fórceps e as lacerações perineais são associados a disfunções dos MAP mesmo 10 anos após o parto. Em alguns locais se realiza episiotomia de rotina com a intenção de prevenir maiores lacerações, mesmo sem comprovação de que isto reduz o risco de IU (SOAVE *et al.*, 2019).

Em concordância, Leeman *et al.* (2016) afirmam que menores taxas de episiotomia e partos vaginais cirúrgicos são associadas a menor incidência de disfunções do assoalho pélvico durante seis meses após o parto. Em sua pesquisa, 448 até então nulíparas, tiveram seus partos via vaginal e as puérperas que apresentaram laceração grau 2 não apresentaram maior risco de desenvolvimento de incontinências anal e urinárias, demora ao retorno à atividade sexual ou alguma alteração anatômica seis meses após o parto, porém é uma lesão associada à incontinência anal futura (Leeman *et al.*, 2016).

Desta maneira, apesar das lacerações na maioria das participantes cujo parto foi vaginal, os esfíncteres anais permaneceram preservados, sendo positivo ainda o não uso do fórceps e a baixa incidência de episiotomia na presente pesquisa.

A IU, entre os sintomas relacionados à disfunção dos MAP, é a mais comum, porém suas taxas variam de acordo com a população estudada, sua prevalência pode variar entre 32 e 64% ou 4,8 a 35,6% (Qi *et al.*, 2019), proporções semelhantes a este estudo, em que entre as participantes, 34,1% relataram ter tido perda urinária no puerpério imediato e/ou no último mês da gestação.

Foi significativo o fato de entre as participantes com perda urinárias, quase metade apresentou seu início no último trimestre gestacional. Apesar das causas serem multifatoriais e não totalmente definidas, é esperado que este sintoma esteja presente na gestação, especialmente nos dois últimos trimestres e tenha remissão seis meses após o parto (Magnani *et al.*, 2019).



Provavelmente está relacionado a alterações anatomofisiológicas, como níveis hormonais, alteração do colo vesical devido ao peso e ao crescimento fetal, constipação (frequente na gestação), o que também provoca sobrecarga dos MAP e aumento de pressão sobre eles, que são afetados também durante o parto vaginal, por serem distendidos no processo (Soave *et al.*, 2019).

Provavelmente pela maioria das participantes ter apontado episódios de perdas urinárias eventuais (uma a três vezes por semana) e em pequena quantidade relaciona-se ao baixo impacto destas perdas nas AVD destas mulheres, portanto baixo score no questionário ICIQ-SF. Entretanto vale ressaltar que foi um fator limitante para quatro delas saírem de casa ou preocupação constante com a presença de banheiro.

Situações de privação às atividades são consequências que a IU pode gerar, afetando as interações sociais e ocupacionais destas mulheres, podendo haver ainda limitação para realização de exercícios físicos ou outras atividades que envolvam força, especialmente para aquelas com IUE (Thomaz *et al.*, 2018). Quanto ao tipo de IU, nesta pesquisa a mais comum foi a mista, seguida da IUE, enquanto no estudo de Rocha *et al.* (2017) com 268 mulheres houve maior índice de IUE (82,93%) do que IUM (15,85%) ou IUU (9,76%).

Estas taxas possivelmente estão relacionadas à fisiopatologia da IU, em que a IUE ocorre por alteração do suporte vesical e uretral pelos MAP, o que no caso do ciclo gravídico-puerperal é relacionada à sobrecarga desta musculatura, enquanto a de IUU é relacionada à hiperatividade detrusora (Soave *et al.*, 2019; Brasil, 2019).

Neste estudo buscou-se verificar a relação entre IU e SD, porém poucas participantes atingiram o ponto de corte de ambos. É possível que se justifique pelos sintomas de DPP geralmente iniciarem entre a quarta e a oitava semana de puerpério, o momento em que, além das alterações hormonais, se tem as mudanças quanto à organização familiar (Araújo *et al.*, 2019).

Apesar da literatura relatar que a IU pode estar relacionada com distúrbios psicológicos, entre eles a depressão, esta associação está estabelecida fora do contexto gravídico-puerperal (Felde; Ebbesen; Hunskaar, 2017; Kafri *et al.*, 2013).

Esparza e Alcaraz (2014) afirmam que perdas urinárias afetam a vida das mulheres incontinentes pela necessidade de mudanças de forro, mais frequentes quando mais recorrente as perdas, interrompendo suas AVD, sendo um assunto constante no pensamento destas mulheres, além do receio de exalar odor de urina. Tudo isto está relacionado ao



desgaste psicológico. Diante disto e considerando a caracterização das participantes era esperado que não houvesse grandes mudanças de humor ou comportamento delas, portanto, menor pontuação na EPDS.

Kokabi e Yazdanpanah (2017) observaram em seu estudo que a frequência de depressão foi maior nas puérperas com IUE, porém também não houve significância estatística na relação entre ambos. Em contrapartida, na pesquisa de Swenson *et al.* (2018), com 294 participantes, 12,6% das mulheres possuíam IU e DPP. Foi identificada associação entre essas duas condições, havendo uma forte relação entre a IU durante a gestação e a presença de SD (EPDS  $\geq$  10), sendo encontrada correlação também durante o puerpério, ainda significativa.

Fritel *et al.* (2016) realizaram um estudo avaliando a presença de SD e de IU quatro e doze meses após o parto, identificando que em ambos os casos a pontuação na escala EPDS foi maior em puérperas com IU, ainda que aos doze meses esta relação não fosse mais significativa.

No estudo de Prado *et al.* (2018), com 768 puérperas, também utilizando a EPDS e o ICIQ-SF, 11,8% apresentaram IU e 19,1% apresentaram DPP. Nessa população a frequência de IU e de DPP era similar em ambos os tipos de parto (vaginal e cesariana), sem associação entre essas três variáveis.

Destaca-se que na presente pesquisa, ainda que não se tenha identificado relação entre sintomas depressivos e de perda urinária, a maioria das participantes é multípara e sabe-se que a multiparidade é um fator de risco para o desenvolvimento de IU (Rocha *et al.*, 2017) e, quanto às alterações emocionais, são comuns que ocorram no ciclo gravídico-puerperal (Araújo *et al.*, 2019), portanto quanto mais vezes uma mulher passe por isso, maior a chance de apresentar estes sintomas.

Assim, é interessante que os profissionais proponham intervenções como a realizada por Qi *et al.* (2019), na qual aplicou-se um programa que unia educação em saúde, orientação para fortalecimento dos MAP, suporte psicológico e supervisão constante quanto aos exercícios, resultando em menor predisposição a SD e menor incidência de IU nas participantes do programam.

Este estudo apresentou como limitações o fato da maioria das participantes se encontrava nos primeiros três dias após o parto o que pode ter influenciado nos achados, além de que se questionou sobre a IU durante a gestação e pós-parto em um único momento, não durante o pré-natal e posteriormente no puerpério, o que pode ter gerado viés.



### Considerações finais

Apesar do histórico favorável para o desenvolvimento de disfunções do assoalho pélvico e de SD, a maioria das participantes não os apresentou. Não é do conhecimento destas autoras que outros estudos realizados com puérperas e este tema tenham sido realizados na instituição, portanto espera-se que esta pesquisa fomente questionamentos para outros estudos com essa população e para atualizações da equipe multiprofissional.

### REFERÊNCIAS

- ARAÚJO, I. D. S. *et al.* Postpartum Depression: Epidemiological Clinical Profile of Patients Attended in a Reference Public Maternity in Salvador-BA. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetria**, v. 41, n. 3, p. 155–163, 2019.
- Baracho, E. **Fisioterapia aplicada à saúde da mulher**. 6 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 2018.
- BOZKURT, M.; YUMRU, A. E.; ŞAHIN, L. Pelvic floor dysfunction, and effects of pregnancy and mode of delivery on pelvic floor. **Taiwanese Journal of Obstetrics and Gynecology**, v. 53, n. 4, p. 452–458, 2014.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias (CONITEC). Relatório de Recomendação. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas Incontinência Urinária Não Neurogênica**. 2019.
- ESPARZA, ORTUÑO; ALCARAZ, C. L. **Repercusión de la incontinencia urinaria en la calidad de vida en mujeres mayores de 45 años en una población de Murcia**. *Enfuro*. V. 127, P. 20-3, 2014.
- FELDE, G.; EBBESEN, M. H.; HUNSKAAR, S. Anxiety and depression associated with urinary incontinence. A 10-year follow-up study from the Norwegian HUNT study (EPINCONT). **Neurourology and Urodynamics**, v. 36, n. 2, p. 322–328, 2017.
- FELLMETH, G. *et al.* Identifying postnatal depression: Comparison of a self-reported depression item with Edinburgh Postnatal Depression Scale scores at three months postpartum. **Journal of Affective Disorders**, v. 251, p. 8–14, 2019.
- FOX, M. *et al.* A longitudinal study of women’s depression symptom profiles during and after the postpartum phase. **Depression and Anxiety**, v. 35, n. 4, p. 292–304, 2018.
- FRITEL, X. *et al.* Association of postpartum depressive symptoms and urinary incontinence. A cohort study. **European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology**, v. 198, p. 62–67, 2016.



HARTMANN, J. M.; MENDOZA-SASSI, R. A.; CESAR, J. A. Postpartum depression: Prevalence and associated factors. **Cadernos de Saude Publica**, v. 33, n. 9, 2017.

International Continence Society – ICS. **Glossary**. 2019. Disponível em: <https://www.ics.org/glossary>.

JOHANNESSEN, H. H. *et al.* Do pelvic floor muscle exercises reduce postpartum anal incontinence? A randomised controlled trial. **BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology**, v. 124, n. 4, p. 686–694, 2017.

KAFRI, R. *et al.* Depressive symptoms and treatment of women with urgency urinary incontinence. **International Urogynecology Journal and Pelvic Floor Dysfunction**, v. 24, n. 11, p. 1953–1959, 2013.

KOKABI, R.; YAZDANPANA, D. Effects of delivery mode and sociodemographic factors on postpartum stress urinary incontinency in primipara women: A prospective cohort study. **Journal of the Chinese Medical Association**, v. 80, n. 8, p. 498–502, 2017.

LEEMAN, L. *et al.* The Effect of Perineal Lacerations on Pelvic Floor Function and Anatomy at 6 Months Postpartum in a Prospective Cohort of Nulliparous Women. **Birth**, 2016.

LEROY, L. DA S.; LÚCIO, A.; LOPES, M. H. B. DE M. Risk factors for postpartum urinary incontinence. **Revista da Escola de Enfermagem**, v. 50, n. 2, p. 200–207, 2016.

LIM, Y. M. *et al.* Urinary incontinence is strongly associated with depression in middle-aged and older Korean women: Data from the Korean longitudinal study of ageing. **European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology**, v. 220, p. 69–73, 2018.

MACHADO SCHARDOSIM, J.; HELDT, E. ESCALAS DE RASTREAMENTO PARA DEPRESSÃO PÓS-PARTO: uma revisão sistemática a Title: Postpartum depression screening scales: a systematic review. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 1, n. 32, p. 159–166, 2008.

MAGNANI, P. S. *et al.* Urinary incontinence between 12 and 24 months postpartum: a cross-sectional study nested in a Brazilian cohort from two cities with different socioeconomic characteristics. **International Urogynecology Journal**, v. 30, n. 6, p. 1003–1011, 2019.

MATTAR, R. *et al.* Domestic violence as a risk factor in the screening of for post-partum depression. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 29, n. 9, p. 470–477, 2007.

MØRKVED, S.; BØ, K. Effect of pelvic floor muscle training during pregnancy and after childbirth on prevention and treatment of urinary incontinence: A systematic review. **British Journal of Sports Medicine**, v. 48, n. 4, p. 299–310, 2014.

ONGERI, L. *et al.* Demographic, psychosocial and clinical factors associated with postpartum depression in Kenyan women. **BMC Psychiatry**, v. 18, n. 1, 2018.



PAVAN, K. *et al.* Comportamento da incontinência urinária em pacientes com esclerose múltipla e sua influência na qualidade de vida. **Mediacina Reabilitação**, v. 29, n. 1, p. 1–5, 2010.

PRADO, D. S. *et al.* The influence of mode of delivery on neonatal and maternal short and longterm outcomes. **Revista de Saude Publica**, v. 52, 2018.

QI, X. *et al.* The effect of a comprehensive care and rehabilitation program on enhancing pelvic floor muscle functions and preventing postpartum stress urinary incontinence. **Medicine (United States)**, v. 98, n. 35, 2019.

ROCHA, J. *et al.* Assessment of urinary incontinence in pregnancy and postpartum: Observational study. **Acta Medica Portuguesa**, v. 30, n. 7–8, p. 568–572, 2017.

SABOIA, D. M. *et al.* The effectiveness of post-partum interventions to prevent urinary incontinence: a systematic review. **Revista brasileira de enfermagem**, v. 71, p. 1460–1468, 2018.

SOAVE, I. *et al.* Pelvic floor muscle training for prevention and treatment of urinary incontinence during pregnancy and after childbirth and its effect on urinary system and supportive structures assessed by objective measurement techniques. **Archives of Gynecology and Obstetrics**, v. 299, n. 3, p. 609–623, 2019.

SWENSON, C. W. *et al.* Postpartum depression screening and pelvic floor symptoms among women referred to a specialty postpartum perineal clinic. **American Journal of Obstetrics and Gynecology**, v. 218, n. 3, p. 335.e1-335.e6, 2018.

TAMANINI, José Tadeu. *et al.* Publicação Mensal sobre Agravos à Saúde Pública Incontinência Urinária: Prevalência e Fatores de Risco em Mulheres Atendidas no Programa de Prevenção do Câncer Ginecológico. **Boletim Epidemiológico Paulista**, v. 3, n. 34, p. 1–11, 2006.

THOMAZ, R. P. *et al.* Influence of pelvic floor muscle fatigue on stress urinary incontinence: a systematic review. **International Urogynecology Journal**, v. 29, n. 2, p. 197–204, 2018.

### Sobre os autores

<sup>1</sup> **Natalia Velia Silva Cei.** Fisioterapeuta formada pela Universidade do Estado do Pará (UEPA) em janeiro/2018. -Residência Multiprofissional em Atenção à Saúde da Mulher e da Criança da Universidade do Estado do Pará (UEPA), em parceria com a Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará (FSCMPA), 2018 - 2020.-Pós-Graduação em Fisioterapia em Terapia Intensiva em Neonatologia e Pediatria, pela Faculdade Inspirar (Belém - Pará) 2019 - 2020.- Especialista em Terapia Intensiva Neonatal e Pediátrica (RQE: 1121233209), 2023/COFFITO- Especialista em Fisioterapia em Saúde da Mulher (RQE 1100230576), 2023/COFFITO.

**E-mail:** natvscei@gmail.com. **Lattes:** <http://lattes.cnpq.br/6825328991665996>. **Orcid ID:** <https://orcid.org/0000-0003-1400-3897>.



<sup>2</sup> **Lorena Costa Malaquias.** Fisioterapeuta graduada pela Universidade do Estado do Pará (2018), com período de graduação tipo sanduíche na Universidade Complutense de Madrid por meio do programa Ciências sem Fronteiras. Possui pós-graduação (latu sensu) em Residência Multiprofissional no Programa de Atenção à Saúde da Mulher e da Criança (2020), Fisioterapia em Terapia Intensiva (FINAMA, 2020) e em Fisioterapia em Traumatologia e Ortopedia (Faculdade Inspirar, 2022). Mestra em Ciências do Movimento Humano pela Universidade Federal do Pará (UFPA, 2023), concentrando sua atuação na linha de pesquisa de Avaliação e Reabilitação, Desenvolvimento e Reabilitação na Amazônia.

**E-mail:** lorena.malaquias@ics.ufpa.br. **Lattes:** <http://lattes.cnpq.br/4080720391157551>.

**Orcid ID:** <https://orcid.org/0000-0002-8753-4093>.

<sup>3</sup> **Deizyane dos Reis Galhardo.** Doutoranda em Saúde Pública na Amazônia (ILMD/Fiocruz Amazônia/UEA), com linha de pesquisa em Epidemiologia das Doenças Infecciosas e Crônicas não transmissíveis na Amazônia relacionadas ao sistema urogenital. Mestra em Saúde Coletiva (PPGSCA/UFPA). Docente substituta no Departamento de Morfologia e Ciências Fisiológicas (UEPA - Campus Altamira/PA). **E-mail:** [deizyanegalhardo@gmail.com](mailto:deizyanegalhardo@gmail.com).

**Lattes:** <http://lattes.cnpq.br/3195372926237708>. **Orcid ID:** <https://orcid.org/0000-0003-2152-2871>.

<sup>4</sup> **Denise da Silva Pinto.** Graduação em Fisioterapia pela Universidade do Estado do Pará (UEPA) desde 2002, é Doutora em Doenças Tropicais pelo Núcleo de Medicina Tropical da Universidade Federal do Pará e Mestre em Epidemiologia pela Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP). Atua como docente Associado da Faculdade de Fisioterapia e Terapia Ocupacional da Universidade Federal do Pará, em regime de Dedicção Exclusiva. **E-mail:** [denisefisio23@yahoo.com.br](mailto:denisefisio23@yahoo.com.br). **Lattes:** <http://lattes.cnpq.br/9586650002626739>. **ORCID iD:** <https://orcid.org/0000-0003-4940-8114>.

<sup>5</sup> **Erica Feio Carneiro Nunes.** Graduada em Fisioterapia (UEPA), Especialista em Fisioterapia na Saúde da Mulher (COFFITO/ABRAFISM - 2010), Mestre em Ciência da Motricidade Humana (UCB-RJ), Doutora em Ciências da Reabilitação (UNINOVE-SP). Professora efetiva adjunta do Curso de Fisioterapia da UEPA (2013-atual), em regime de Tempo Integral e Dedicção Exclusiva (TIDE) desde 2017. Professora efetiva do Programa de Pós-Graduação em Reabilitação e Desempenho Funcional UEPA. **E-mail:** [erica@perineo.net](mailto:erica@perineo.net). **Lattes:** <http://lattes.cnpq.br/7249345739207327>. **ORCID iD:** <https://orcid.org/0000-0002-1274-4686>.

<sup>6</sup> **Cibele Nazaré Câmara Rodrigues.** Professora da Universidade Federal do Pará (UFPA), possui Bacharelado em Fisioterapia pela Universidade do Estado do Pará (UEPa - 1991), Mestrado em Genética e Biologia Molecular pela UFPa (2007) e Doutorado em Teoria e Pesquisa do Comportamento Humano pela UFPA, Especialista na área de Fisioterapia na Saúde da Mulher, atuando principalmente com os seguintes temas: Assoalho pélvico, Disfunções Sexuais, Qualidade de vida e Sexualidade.

**E-mail:** [nazetearaujo@hotmail.com](mailto:nazetearaujo@hotmail.com). **Lattes:** <http://lattes.cnpq.br/4450892902861297>. **ORCID iD:** <https://orcid.org/0000-0002-2429-9970>.