



e-ISSN: 2594-679X

## **PREVALÊNCIA DE DISFUNÇÕES DO ASSOALHO PÉLVICO EM PUÉRPERAS SUBMETIDAS À APLICAÇÃO DA VERSÃO VALIDADA EM PORTUGUÊS DO *PELVIC FLOOR BOTHER QUESTIONNAIRE***

Rejane Martins Ribeiro Itaborahy<sup>1</sup>,  
Eduardo Timo De Sa<sup>2</sup>,  
Lucca Aldigueri Trentin<sup>2</sup>,  
Mariah Prado Martins<sup>2</sup>,  
Talia Eduarda Zucchi Klauss<sup>2</sup>

**RESUMO:** Investigar a prevalência de sintomas urinários e de disfunção do assoalho pélvico na gravidez, avaliando época do surgimento, correlacionando-os com a idade materna, ganho de peso, paridade, partos vaginais, laceração, episiotomia ou fórceps e peso dos recém-nascidos. Métodos: Estudo observacional, transversal, com 115 mulheres no puerpério imediato, aplicando-se a versão validada em português do questionário de avaliação global de sintomas relacionados às disfunções do assoalho pélvico, que avalia sintomas relacionados à incontinência urinária, urgência e frequência urinárias, dificuldade miccional, prolapso de órgãos pélvicos, evacuação obstruída, incontinência fecal e dispareunia. A comparação foi efetuada pelo teste de Mann-Whitney. A hipótese nula foi rejeitada em  $p < 0,05$ .

**Palavras-chave:** Gravidez. Puerpério. Assoalho pélvico.

**ABSTRACT:** To investigate the prevalence of urinary symptoms and pelvic floor dysfunction in pregnancy, assessing the time of onset, correlating them with maternal age, weight gain, parity, vaginal deliveries, laceration, episiotomy or forceps and newborn weight. Methods: Observational, cross-sectional study with 115 women in the immediate postpartum period, applying the validated Portuguese version of the global assessment questionnaire for symptoms related to pelvic floor dysfunction, which evaluates symptoms related to urinary incontinence, urinary urgency and frequency, difficulty voiding, pelvic organ prolapse, obstructed evacuation, fecal incontinence and dyspareunia. The comparison was made using the Mann-Whitney test. The null hypothesis was rejected at  $p < 0.05$ .

**Keywords:** Pregnancy. Puerperium. Pelvic floor.



e-ISSN: 2594-679X

## 1. Introdução

As disfunções do assoalho pélvico (DAP), incluindo incontinência urinária (IU), síndrome da bexiga hiperativa, prolapso dos órgãos pélvicos (POP), incontinência anal (IA) e outras anormalidades de sensorio e esvaziamento do trato urinário baixo e gastrointestinal, representam um problema de saúde que afeta cerca de 30% da população adulta feminina, estando associadas a um impacto negativo na qualidade de vida e custos com saúde, aumentando em incidência com o aumento da idade, paridade e peso (NYGAARD et al. 2008). Anatomia e função adequadas das vísceras pélvicas dependem da interação entre o suporte anatômico das estruturas e integridade neurológica dos órgãos e sistemas de sustentação. Traumas mecânicos às estruturas de suporte, deinervação, isquemia e alterações do tecido conectivo são alguns dos mecanismos desencadeantes das DAP. Inúmeras condições podem estar associadas a esses mecanismos, como idade, menopausa, gestação, tipo de parto, obesidade, doenças do tecido conectivo e alterações neurológicas (MACLENNAN et al. 2000).

Dentre as DAP, os sintomas de IU são altamente prevalentes em mulheres (AOKI et al. 2017). Dois tipos principais são descritos: IU de esforço, onde a perda de urina está associada a esforço físico, e IU de urgência, onde a perda urinária se associa a um súbito desejo de urinar. Mulheres que têm ambos os sintomas, são diagnosticadas com IU mista (HAYLEN et al. 2010). O POP é definido como a descida de um ou mais dos seguintes pontos: parede vaginal anterior, parede vaginal posterior, útero ou ápice da vagina (HAYLEN et al. 2010). Pode ocorrer em até 50% das multíparas, com uma variedade de sintomas urinários, intestinais e sexuais associados ao prolapso (MAHER et al. 2013). A IA, que pode ser definida como perda involuntária de gases, fezes sólidas e/ou líquidas pelo ânus, tem prevalência variável entre 6 e 15%, de acordo com a idade e sexo do paciente (RIEMSMA et al. 2017). São inúmeros os fatores etiológicos associados a esta afecção, sendo o trauma obstétrico e/ou cirúrgico, a causa mais comum. Historicamente, investigações da fisiologia anorretal têm produzido resultados inconsistentes. Até o advento das técnicas de imagem, como a ultrassonografia endoanal, propiciando uma compreensão do trauma do esfíncter anal



e-ISSN: 2594-679X

no parto vaginal, a etiologia da IA pós-parto era largamente atribuída à neuropatia do pudendo (SULTAN et al. 2017). A evacuação obstruída se refere à inabilidade de esvaziar adequadamente o reto, sendo resultante de alterações funcionais, metabólicas, mecânicas ou anatômicas que envolvem o mecanismo evacuatório (MUSTAIN 2017).

O estiramento do tecido conjuntivo além de seus limites fisiológicos durante o parto, com subsequente lesão do músculo levantador do ânus e/ou lesão neurológica, ocorre na maior parte das mulheres durante o parto vaginal, mas, na maioria delas, a reinervação, cicatrização e hipertrofia muscular compensam essa deínervação ou trauma muscular. Em uma minoria, defeitos maiores no levantador do ânus e nas lesões neurológicas podem levar a mudanças irreversíveis na função do assoalho pélvico. Gestações subsequentes, fatores hereditários, envelhecimento e obesidade contribuem para o desenvolvimento de DAP ao longo da vida (JELOVSEK et al. 2007). Dados sobre o impacto de outras variáveis obstétricas ou neonatais na função do assoalho pélvico, como duração do segundo período do trabalho de parto, uso de vácuo-extrator, episiotomia, laceração perineal, peso ao nascimento, anestesia peridural e uso de ocitocina, não são consistentes e parecem de menor importância. Parto a fórceps está associado a aumento no risco de disfunções do assoalho pélvico, enquanto que a cesariana é relativamente protetora, mas estima-se que aproximadamente 9 cesarianas seriam necessárias para prevenir incontinência urinária em uma primípara (DIETZ; BENNETT 2003).

O objetivo da pesquisa foi investigar a prevalência de sintomas urinários e de disfunção do assoalho pélvico na gravidez, avaliando quais sintomas antecedem a gestação e quais surgiram com a gestação e correlaciona-los com a idade materna, ganho de peso na gestação, paridade e partos vaginais, história de laceração, episiotomia ou fórceps, assim como peso dos recém-nascidos.

## **2. Métodos**

Trata-se de um estudo observacional, transversal, realizado no período de outubro de 2018 a março de 2019. Os sujeitos da pesquisa foram entrevistados nas enfermarias do Hospital e Maternidade Santa Helena, em Cuiabá, após o parto. Obteve-se aprovação da



e-ISSN: 2594-679X

instituição e o trabalho foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do UNIVAG – Centro Universitário da Várzea Grande.

Foram incluídas mulheres no puerpério imediato, antes da alta hospitalar do Hospital e Maternidade Santa Helena. Todas foram convidadas a participar da pesquisa, independentemente de idade, presença de comorbidades, paridade ou via de parto. Foram excluídas as que não desejaram responder ao questionário. Foram coletadas informações sociodemográficas (idade, escolaridade, cor) e clínicas (antecedentes patológicos, ganho de peso na gestação), além de antecedentes obstétricos (paridade, parto vaginal, ocorrência de laceração ou episiotomia, uso de fórceps, peso dos recém-nascidos).

Aplicou-se a versão validada em português do questionário “*Pelvic Floor Bother Questionnaire*” (PFBQ) (PETERSON et al. 2019), questionário de avaliação global de sintomas relacionados às disfunções do assoalho pélvico, delineado de forma a simplificar a identificação e o grau de incômodo relacionado a problemas comuns do assoalho pélvico. Trata-se de um questionário de nove itens, que avalia sintomas relacionados à incontinência urinária, urgência e frequência urinárias, dificuldade miccional, prolapso de órgãos pélvicos, evacuação obstruída, incontinência fecal e dispareunia. Diante de respostas afirmativas para a ocorrência do sintoma, foi questionado se ele surgiu na gravidez ou se já existia previamente. O questionário foi autoadministrado.

A distribuição dos dados foi examinada pelo teste de Shapiro-Wilks. O programa Epi Info (CDC, Atlanta, GA), versão 7, foi usado para análise descritiva. Variáveis com distribuição normal foram apresentadas como média  $\pm$  desvio padrão. Dados com distribuição não paramétrica foram descritos como mediana e percentis 25 e 75. A comparação das variáveis avaliadas entre os dois grupos, com e sem cada um dos nove sintomas, foi efetuada pelo teste de Mann-Whitney, pois todas as amostras tiveram distribuição não paramétrica. A hipótese nula foi rejeitada em  $p < 0,05$ .

### 3. Resultados

Foram incluídas 115 mulheres que responderam ao questionário entre outubro de 2018 e março de 2019. A mediana das idades foi 25,0 (21,0 e 30,5) anos. Conforme cor autodeclarada, 62,6% eram pardas, 26,1% negras e 11,3% brancas. Quanto à escolaridade,



e-ISSN: 2594-679X

49,1% não haviam concluído o segundo grau e 50,9% tinham pelo menos segundo grau completo.

Em relação aos antecedentes obstétricos, a mediana do total de gestações foi 2,0 (1,5 e 3,0), com 52 (45,2%) primigestas, 27 (23,5%) secundigestas, 26 (22,6%) tercigestas e dez (8,7%) com quatro ou mais gestações. Quanto à via de parto, 46 mulheres nunca tiveram parto normal, 63 tiveram de um a três partos normais e seis mulheres tiveram quatro ou mais. Entre todo o grupo, 49 mulheres (42,6%) afirmaram terem tido episiotomia ou laceração perineal com necessidade de sutura e em 8 (7,0%) foi utilizado fórceps. O ganho de peso médio foi 12,0 ( $\pm$  5,1) quilos. Independentemente da via de parto, 20 puérperas (17,7%) afirmaram que pelo menos um dos recém-nascidos pesou mais de quatro quilos.

O sintoma mais prevalente foi a frequência miccional aumentada, relatado por 62 (53,9%) das pacientes, sendo o início durante a gravidez em 88,3%. Dentre as que afirmaram ter o sintoma, a quantificação do incômodo revelou apenas um pouco ou nenhum incômodo em 38 (61,3%) delas. A comparação entre os grupos de mulheres com e sem o sintoma, não mostrou diferença quanto à idade ( $p=0,76$ ), paridade ( $p=0,45$ ), partos normais ( $p=0,23$ ) e ganho de peso na gestação ( $p=0,52$ ).

O desconforto na relação sexual foi mencionado por 27 (34,2%) mulheres com vida sexual ativa, sendo quantificado como razoável a muito em 15 (55,6%) delas, tendo início durante a gravidez em 70,8% das vezes. Não houve diferença quanto à idade ( $p=0,28$ ), paridade ( $p=0,75$ ), partos normais ( $p=0,65$ ) e ganho de peso na gestação ( $p=0,64$ ) entre as que apresentavam ou não dispareunia.

A incontinência urinária de esforço foi referida por 25 (21,7%) puérperas, tendo início na gestação em 21 (84%) delas e graus de incômodo bem variáveis, com incômodo razoável a muito em 17 (63,0%). Entre as que relataram ou não o sintoma, não houve diferença quanto à idade ( $p=0,96$ ), paridade ( $p=0,68$ ), partos normais ( $p=0,77$ ) e ganho de peso na gestação ( $p=0,48$ ).

A urgência miccional foi encontrada em 23 (20,0%) mulheres, surgindo na gestação em 18 (85,7%), com razoável a muito incômodo em 17 (73,9%). A comparação entre os grupos de mulheres com e sem o sintoma, não mostrou diferença quanto à idade ( $p=0,76$ ), paridade ( $p=0,45$ ), partos normais ( $p=0,23$ ) e ganho de peso na gestação ( $p=0,52$ ).



e-ISSN: 2594-679X

Desconforto para urinar foi citado por 15 (13,0%) mulheres, com início na gestação em 11 (78,6%) delas. O incômodo foi razoável a muito em 10 (66,6%). Não houve diferença quanto à idade ( $p=0,08$ ), paridade ( $p=0,91$ ), partos normais ( $p=0,25$ ) e ganho de peso na gestação ( $p=0,07$ ) entre as que apresentavam ou não o desconforto.

Dificuldade para terminar de evacuar esteve presente em 14 (12,2%) das entrevistadas, surgindo antes da gravidez em 9 (60,0%) delas. Incômodo razoável a muito foi referido por 10 (71,4%) delas. Entre as que relataram ou não o sintoma, não houve diferença quanto à idade ( $p=0,31$ ), paridade ( $p=0,99$ ), partos normais ( $p=0,83$ ) e ganho de peso na gestação ( $p=0,53$ ).

Perda urinária associada à urgência foi encontrada em 13 (11,3%) mulheres, surgindo na gestação em todas elas, com quantificação do incômodo de razoável a muito em 10 (76,9%) casos. A comparação entre os grupos de mulheres com e sem o sintoma, não mostrou diferença quanto à idade ( $p=1,00$ ), paridade ( $p=0,37$ ), partos normais ( $p=0,54$ ) e ganho de peso na gestação ( $p=0,69$ ).

Sensação de bola na vagina foi relatada por 12 (10,4%) mulheres, surgindo na gravidez em 8 (72,7%) delas, com incômodo razoável a muito em 8 (66,7%). Não houve diferença quanto à idade ( $p=0,49$ ), paridade ( $p=0,83$ ), partos normais ( $p=0,33$ ) e ganho de peso na gestação ( $p=0,08$ ) entre as que apresentavam ou não o sintoma.

Perda acidental de fezes ou gases foi vivenciada por 12 (10,4%) mulheres, surgindo na gravidez em 7 (63,6%) dos casos, com nenhum ou pouco incômodo em 6 (50%) delas. Não houve diferença quanto à idade ( $p=0,93$ ), paridade ( $p=0,35$ ), partos normais ( $p=0,30$ ) e ganho de peso na gestação ( $p=0,78$ ) entre as que apresentavam ou não a queixa.

#### 4. Discussão

A gestação e parto são fatores de risco para a IU, impactando na vida de muitas mulheres que desejam a maternidade sem influência negativa na qualidade de vida. Não está claro em qual extensão a gravidez por si ou a via de parto contribuem para o desenvolvimento das DAP. A gravidez, especialmente a primeira, revela fraquezas inerentes às estruturas de suporte pélvico e ajuda a predizer os sintomas de DAP que surgirão ao longo da vida. A IU transitória da gravidez deve ser interpretada como resultado de fatores predisponentes



e-ISSN: 2594-679X

genéticos, alterações hormonais e aumento da pressão na junção uretrovesical (SHEK; DIETZ (2010).

Estudos sobre a composição do tecido conjuntivo mostram alterações em mulheres incontinentes. Já se demonstrou que, durante a gestação, as propriedades mecânicas do tecido conjuntivo se alteram. A fâscia ganha mais capacidade de distender, mas enfraquece. A elevação nos níveis hormonais pode afetar propriedades qualitativas dos tecidos de sustentação do assoalho pélvico. História familiar positiva para DAP sugere haver predisposição genética na sua etiologia. Mulheres com mães incontinentes têm mais incontinência após o parto. Essas observações concluem que a gravidez e fatores hereditários são importantes no desenvolvimento da IU de esforço e POP durante a vida (KING; FREEMAN 1998). Isso também pode explicar o fato de que a cesariana, eletiva ou após o início do trabalho de parto, não é totalmente protetora para as DAP (JELOVSEK et al. 2007).

As DAP estão intimamente relacionadas e a coexistência de mais de um distúrbio do assoalho pélvico é extremamente comum, sendo que o tratamento de um problema pode auxiliar na resolução, agravar ou predispor a outro. Assim, métodos que envolvam uma avaliação objetiva do reflexo dessas doenças entre diferentes mulheres são extremamente úteis. Seu emprego pode auxiliar tanto no diagnóstico correto como na programação de tratamentos que visem ao conforto das afecções que mais incomodam. Números, entretanto, podem estar subestimados, pois muitas mulheres deixam de reportar esses sintomas por constrangimento, havendo prevalência variável de acordo com o instrumento de avaliação utilizado (FALTIN et al. 2001) e (LERON et al. 2018). Uma desvantagem teórica de um instrumento autoadministrado é poder conter itens em branco, com uma baixa taxa de respostas. O PFBQ teve poucas questões em branco, por ser curto e rápido de responder, o que reitera a conveniência da concisão e a facilidade de resposta às perguntas. Dados psicométricos avaliados demonstraram que o PFBQ em língua portuguesa é um questionário válido e confiável, assim como nos outros idiomas para os quais foi traduzido (BAZI et al. 2013) e (DOGAN et al 2016) e (GHANDOUR et al. 2017) e (MANONAI; WATTANAYINGCHAROENCHAIW 2016) e (PETERSON et al. 2019). Estudo que avaliou o grau de incômodo relacionado à DAP em 198 mulheres 1 ano pós-parto, utilizando o PFBQ, reportou uma incidência de 64% de pelo menos uma disfunção do assoalho pélvico.



e-ISSN: 2594-679X

Incontinência urinária foi referida por 12,1% das pacientes, incontinência fecal por 10,1% e dispareunia por 37,3% das mulheres entrevistadas (LIPSCHUETZ et al. 2015).

Uma das limitações desse estudo foi o pequeno número de mulheres com alguns dos sintomas avaliados. Na maioria das vezes, os sintomas tiveram seu início durante a gestação, sendo sugestão para futuros estudos avaliar a regressão dos mesmos após o parto, buscando entender fatores que determinam a transitoriedade ou permanência dos mesmos. Pesquisas futuras deverão buscar medidas preventivas, através da compreensão dos fatores predisponentes ambientais e genéticos para as DAP.

## 5. Conclusão

O presente estudo mostrou alta prevalência de sintomas urinários e de disfunção do assoalho pélvico na gravidez, concluindo que a maioria deles surgem durante a gestação. Não houve relação entre a prevalência e o surgimento desses sintomas com a idade materna, ganho de peso na gestação, paridade e partos vaginais, história de laceração, episiotomia ou fórceps, assim como peso dos recém-nascidos.

## 6. Referências

NYGAARD, I.; BARBER, M. D.; BURGIO, K. L.; et al. Prevalence of symptomatic pelvic floor disorders in US women. **JAMA - Journal of the American Medical Association**, v.300, n.11, p.1311–1316, 2008. Disponível em: <http://jama.ama-assn.org/content/300/11/1311.short>

MACLENNAN, A. H.; TAYLOR, A. W.; WILSON, D. H.; WILSON, D. The prevalence of pelvic floor disorders and their relationship to gender, age, parity and mode of delivery. **BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology**, v. 107, n. 12, p. 1460–70,2000. Disponível em: <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.1471-0528.2000.tb11669.x>



e-ISSN: 2594-679X

AOKI, Y.; BROWN, H. W.; BRUBAKER, L.; et al. Urinary incontinence in women. **Nature Reviews Disease Primers**, v.3, n.17042, p.1-19, 2017. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5878864/>>.

HAYLEN, B.T. et al. An International Urogynecological Association (IUGA)/International Continence Society (ICS) joint report on the terminology for female pelvic floor dysfunction. *International Urogynecology Journal*. v. 21, n.5, p. 05-26, 2010. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19937315/>>.

MAHER, C.; FEINER, B.; BAESSLER, K.; SCHMID, C. Surgical management of pelvic organ prolapse in women. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, v.4, 2013. Disponível em: [www.thecochranelibrary.com](http://www.thecochranelibrary.com)

RIEMSMA, R.; HAGEN, S.; KIRSCHNER-HERMANN, R.; et al. Can incontinence be cured? A systematic review of cure rates. **BMC Medicine**, v. 15, n.63, p. 1-11, 2017. Disponível em: <<https://bmcmmedicine.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12916-017-0828-2>>

SULTAN, A. H.; MONGA, A.; LEE, J.; et al. An International Urogynecological Association (IUGA)/ International Continence Society (ICS) joint report on the terminology for female anorectal dysfunction. **Int Urogynecol J**, v. 28, p. 5–31, 2017. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1007/s00192-016-3140-3>>.

MUSTAIN, W. Functional Disorders: Rectocele. **Clin Colon Rectal Surg**, v. 30, p. 63–75, 2017. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28144214/>>

JELOVSEK, J. E.; MAHER, C.; BARBER, M. D. Pelvic organ prolapse. **Lancet**, v. 369, n. 9566, p. 1027-1038, 2007. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17382829/>



e-ISSN: 2594-679X

DIETZ, H. P.; BENNETT, M. J. The effect of childbirth on pelvic organ mobility. **Obstetrics and Gynecology**, v. 102, n.2, p. 223-228, 2003. Disponível em:

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12907092/>

PETERSON, T. V.; PINTO, R. A.; DAVILA, G. W.; et al. Validation of the Brazilian Portuguese version of the pelvic floor bother questionnaire. **International Urogynecology Journal**, v.30, n.1, p. 81-88, 2018. Disponível em:

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29549393/>

SHEK, K. L.; DIETZ, H. P. Intrapartum risk factors for levator trauma. **BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology**, v. 117, n. 12, p. 1485–1492, 2010.

Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20735379/>>.

KING, J. K.; FREEMAN, R. M. Is antenatal bladder neck mobility a risk factor for postpartum stress incontinence? **BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology**, v.105, n. 12, p. 1300-1307, 1998. Disponível em:

<https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.1471-0528.1998.tb10009.x>

LERON, E.; WEINTRAUB, A. Y.; MASTROLIA, S. A.; SCHWARZMAN, P. Overactive Bladder Syndrome: Evaluation and Management. **Current Urology**, v. 11, n.3, p. 117-125, 2017. Disponível em: <https://www.karger.com/Article/FullText/447205>

FALTIN, D. L.; SANGALLI, M. R.; CURTIN, F.; MORABIA, A.; WEIL, A. Prevalence of anal incontinence and other anorectal symptoms in women. **International Urogynecology Journal**, v. 12, n. 2, p. 117–121, 2001. Disponível em:

<https://link.springer.com/article/10.1007/PL00004031>



e-ISSN: 2594-679X

GHANDOUR, L.; MINASSIAN, V.; AL-BADR, A.; et al. Prevalence and degree of bother of pelvic floor disorder symptoms among women from primary care and specialty clinics in Lebanon: an exploratory study. **International Urogynecology Journal**, v. 28, n.1, p. 105-118, 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1007/s00192-016-3080-y>

DOĞAN, H.; ÖZENGİN, N.; BAKAR, Y.; DURAN, B. Reliability and validity of a Turkish version of the Global Pelvic Floor Bother Questionnaire. **International Urogynecology Journal**, v. 27, n. 10, p. 1577–1581, 2016. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27037562/>.

MANONAI, J.; WATTANAYINGCHAROENCHAI, R. Relationship Between Pelvic Floor Symptoms and POP-Q Measurements. **Neurourol Urodyn.**, v. 35, n. 6, p. 724–727, 2016. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/nau.22786>.

BAZI, T.; KABAKIAN-KHASHOLIAN, T.; EZZEDDINE, D.; AYOUB, H. Validation of an Arabic version of the global Pelvic Floor Bother Questionnaire. **International Journal of Gynecology and Obstetrics**, v. 121, n. 2, p. 166-169, 2013. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijgo.2012.12.006>.

LIPSCHUETZ, M.; COHEN, S. M.; LIEBERGALL-WISCHNITZER, M.; et al. Degree of bother from pelvic floor dysfunction in women one year after first delivery. **European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology**, v. 191, p. 90-94, 2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ejogrb.2015.05.015>