UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM

DANIELA BIGUETTI MARTINS LOPES

INCONTINÊNCIA URINÁRIA AUTORREFERIDA NO PÓS-PARTO: INCIDÊNCIA, FATORES DE RISCO E QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE DA MULHER DO NORTE DO PARANÁ.

SÃO PAULO
2014

DANIELA BIGUETTI MARTINS LOPES

INCONTINÊNCIA URINÁRIA AUTORREFERIDA NO PÓS-PARTO: INCIDÊNCIA, FATORES DE RISCO E QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE DA MULHER DO NORTE DO PARANÁ.

Versão corrigida da Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutora em Ciências. A versão original encontra-se disponível na biblioteca da mesma instituição e na Biblioteca Digital de Teses e Dissertações da Universidade de São Paulo.

Área de Concentração: Cuidado em Saúde.

Orientadora: Profa. Dra. Neide de Souza Praça

SÃO PAULO
2014

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Assinatura: _____

Data:____/____/_____

Catalogação na Publicação (CIP)
Biblioteca "Wanda de Aguiar Horta"
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Lopes, Daniela Biguetti Martins
Incontinência urinária autorreferida no pós-parto: incidência, fatores de risco e qualidade de vida relacionada à saúde da mulher do norte do Paraná / Daniela Biguetti Martins Lopes. -- São Paulo, 2014.
146 p.

Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

Orientadora: Profª. Drª. Neide de Souza Praça
Área de concentração: Cuidado em Saúde

1. Enfermagem. 2. Saúde da mulher. 3. Incontinência urinária. 4. Puerpério. 5. Fatores de risco. 6. Qualidade de vida. I. Título.

Nome: Daniela Biguetti Martins Lopes

Título: Incontinência urinária autorreferida no pós-parto: incidência, fatores de risco e qualidade de vida relacionada à saúde da mulher do norte do Paraná.

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutora em Ciências.

Aprovado em: ____/ ____/ _____.

Banca Examinadora

Prof. Dr.: _____ Instituição:_____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr.: _____ Instituição:_____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr.: _____ Instituição:_____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr.: _____ Instituição:_____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr.: _____ Instituição:_____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho com todo carinho:

*Aos meus filhos, **Enzo e Vitor**, vocês são os maiores presentes que recebi de Deus! Amo muito vocês!*

*Ao meu esposo **Fabrício**, por caminhar ao meu lado, pela confiança e compreensão em todos os momentos, pelo apoio e incentivo no meu desenvolvimento profissional e pessoal.*

*Aos meus pais, **Antonio e Elza Maria** (em memória), com muito amor e carinho.*

Deus os abençoe!

AGRADECIMENTOS

A trajetória deste trabalho foi longa, com muitos desafios, imprevistos e perdas, no entanto, houve momentos gratificantes, de conquistas e de alegrias que não teriam sido possíveis sem a colaboração de algumas pessoas, as quais agradeço de modo especial:

À DEUS, por iluminar nossos caminhos.

À Professora Doutora Neide de Souza Praça, a quem respeito e admiro, pela confiança, serenidade, pelas sábias palavras, pelo incentivo, pelo apoio e orientação em todas as etapas deste trabalho.

Às minhas irmãs Andréa e Mariana, pelas constantes orações, pelo incentivo e compreensão em todos os momentos.

Ao meu esposo Fabricio, que sempre esteve ao meu lado auxiliando no que fosse necessário e pela ajuda na conclusão das análises estatísticas.

Às minhas tias Silvia e Regina, e em especial minha prima Stela, por me ajudar a cuidar do Enzo e do Vitor para que eu pudesse concluir este trabalho.

Às Professoras Doutoras do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Psiquiátrica da EEUSP Luiza Akiko Komura Hoga e Neide de Souza Praça; à Professora Doutora Myriam Krasilchik da Faculdade de Educação/USP; ao Professor Doutor Moacyr Roberto Cuce Nobre da Faculdade de Medicina/USP; à Professora Doutora Ana Cristina D'Andretta Tanaka da Faculdade de Saúde Pública/USP e às Professoras Doutoras Kazuko Uchikawa Graziano; Cristina Maria Galvão; Lidia Aparecida Rossi do Programa Interunidades de Doutoramento em Enfermagem da EE-EERP/USP, pelo conhecimento compartilhado, pelo respeito, receptividade e dedicação nas disciplinas ministradas.

Às Professoras Doutoras Maria Luiza Gonzalez Riesco e Vera Lucia Conceição de Gouveia Santos, pelas valiosas contribuições no Exame de Qualificação.

À CAPES pela concessão da bolsa de doutorado, pelo apoio financeiro para realização desta pesquisa, e por proporcionar ao bolsista a oportunidade de exercer atividade na docência.

À enfermeira Sara Bissi Oliveira, pela inestimável ajuda na coleta de dados.

Às colegas de trabalho, professoras do Departamento de Enfermagem da Universidade Estadual de Londrina, em especial da área Saúde da Mulher, por compartilhar as alegrias e os momentos difíceis, pela força e vibração durante esta jornada.

À Rosária Mestre Okabayashi, coordenadora de Estágio e Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Londrina, por autorizar a realização da pesquisa na Maternidade Municipal de Londrina.

À Enfermeira Regina Adelaide Adário, coordenadora de enfermagem da Maternidade Municipal Lucilla Balallai, pela colaboração e por autorizar a realização da coleta de dados deste trabalho.

À Enfermeira Tatiane, responsável pelo setor de puerpério no período vespertino, pela atenção e informação prestadas durante o período da coleta de dados.

A toda equipe do setor de puerpério da Maternidade Municipal Lucilla Balallai, pela agradável convivência durante o período da coleta de dados.

Ao Professor Doutor José Carlos Dalmas, pela assessoria estatística.

Aos funcionários da Secretaria da Pós-Graduação, da Secretaria do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Psiquiátrica e da Biblioteca Wanda de Aguiar Hosta, da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

À Professora Tânia Lucia Biguetti de Moraes pela correção da língua portuguesa. Obrigada tia, pela atenção e carinho.

A todos que, com boa intenção, colaboraram para a realização e finalização deste trabalho.

E meu especial agradecimento às mulheres que participaram desta pesquisa, pois sem elas não seria possível realizar este estudo.

Lopes DBM. Incontinência urinária autorreferida no pós-parto: incidência, fatores de risco e impacto na qualidade de vida relacionada à saúde da mulher do norte do Paraná. [Tese]. São Paulo (SP), Brasil: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2014.

RESUMO

A Sociedade Internacional de Continência define a incontinência urinária (IU) como qualquer queixa de perda involuntária de urina. Quando esta se manifesta pode afetar o cotidiano da mulher. Este estudo teve os objetivos de identificar a incidência e os fatores de risco sociodemográficos, clínicos e obstétricos associados à IU autorreferida no pós-parto e analisar a qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS) das mulheres incontinentes no terceiro e sexto mês após o parto. Trata-se de uma coorte prospectiva, formada por 358 mulheres atendidas na Maternidade Municipal Lucilla Ballalai, de Londrina (PR). A coleta de dados realizou-se no período de dezembro de 2011 a setembro de 2012, em três fases: a primeira ocorreu na maternidade nas primeiras 48 horas pós-parto, a segunda, três meses após e a terceira no sexto mês após o parto. Para avaliar a QVRS das mulheres incontinentes foi utilizado o King's Health Questionnarie (KHQ). Concluíram a coorte 326 (91,1%) mulheres. Os dados foram tratados estatisticamente. Os resultados mostraram incidência de IU de 10,5% e 12,3% no segundo e terceiro momentos, respectivamente. A análise univariada mostrou as seguintes variáveis associadas à ocorrência de IU no pós-parto: ocupação, tempo de tabagismo, consumo de bebida alcoólica, tempo de consumo de bebida alcoólica, infecção do trato urinário, posição adotada na hora do parto e uso de anestesia. A metodologia de classificação mostrou que a combinação das variáveis: idade, cor da pele, trabalho, consumo de café, ganho de peso durante a gestação, infecção do trato urinário, uso de anestesia e peso do recém-nascido ao nascer se configuraram como fatores de risco para o agravo. Dentre as 301 (90,7%) mulheres que compareceram à consulta puerperal, nenhuma recebeu orientação sobre IU; dentre as incontinentes, foi maior a representatividade de mulheres que não informaram a IU ao profissional de saúde no terceiro mês pós-parto (91,4%) em comparação ao sexto mês (85,0%). Os resultados mostraram maior comprometimento da QVRS nos domínios percepção geral de saúde, medidas de gravidade, impacto da incontinência, limitações das atividades diárias e limitações físicas. Conclui-se que a incidência de IU é expressiva no terceiro e no sexto mês após o parto, que a IU não é valorizada no período gravídico-puerperal, que há associação de fatores sociodemográficos, clínicos e obstétricos com a ocorrência de IU no pós-parto, e que a IU afeta a QVRS de mulheres incontinentes. Há necessidade de sensibilização do profissional que atende a mulher, em especial da enfermagem, para prevenção e tratamento da IU no pós-parto.

Palavras-chave: Saúde da Mulher. Incontinência Urinária. Período Pós-Parto. Fatores de risco. Enfermagem. Qualidade de Vida.

Lopes DBM. Self-reported urinary incontinence in the postpartum period: incidence, risk factors and quality of life related to women's health in Northern Paraná. [Thesis]. São Paulo (SP), Brazil: School of Nursing, University of São Paulo, 2014.

ABSTRACT

The International Continence Society defines urinary incontinence (UI) as any complaint of involuntary loss of urine, and when it is manifested it can affect women's everyday life. The objectives of this study were to identify the incidence and the sociodemographic, clinical and obstetric risk factors associated with self-reported UI in the postpartum period, and to analyze the Health-Related Quality of Life (HRQL) of incontinent women in the third and sixth month after delivery. This is a prospective cohort study, comprising 358 women assisted at the Municipal Maternity Ward Lucilla Ballalai, in Londrina (PR). Data collection took place from December 2011 to September 2012 in three phases: the first occurred in the maternity ward in the first 48 hours postpartum, the second three months later and the third six months after delivery. To assess HRQL of incontinent women was used King's Health Questionnaire (KHQ). Completed the cohort 326 (91.1%) women. The data were treated statistically. The incidence of urinary incontinence results showed 10.5% and 12.3% in the second and third times, respectively. The univariate analysis presented the following variables associated with UI occurrence in the postpartum period: occupation, duration of smoking, alcohol consumption, duration of alcohol consumption, urinary tract infection, adopted position at the time of delivery, use of anesthesia. The classification methodology showed that the combination of variables such as age, skin color, work, coffee consumption, weight gain during pregnancy, urinary tract infection, use of anesthesia and newborn weight at birth time resulted as a risk factor for the worsening. None of the 301 (90.7%) women who attended the puerperal medical appointment received any guidance on UI; among the incontinent ones, the percentage of women who did not report UI to the healthcare professional in the third month of postpartum period (91.4%) was higher in comparison with the one in the sixth month (85.0%). The results showed greater impairment of the HRQL in the domains of general health perception, severity measures, incontinence impact, limitations of daily activities and physical limitations. One concludes that the incidence of UI is significant in the third and sixth month after delivery, that UI is overlooked in the gravidic-puerperal period, that there is an association between sociodemographic, clinical and obstetric factors and the occurrence of UI in the postpartum period, and that UI affects the HRQL of incontinent women. There is a need for sensitization of the healthcare professional when assisting women, especially in the nursing field, in order to prevent and treat UI in the postpartum period.

Keywords: Women's Health. Urinary Incontinence. Postpartum Period. Risk Factors. Nursing. Quality of Life.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Fluxograma da coorte adotada no presente estudo.	45
Figura 2	Incidência da incontinência urinária autorreferida no pós-parto.	57

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Análise de confiabilidade dos domínios do KHQ. Londrina, PR – 2011-2012.	50
Tabela 2	Tabela 2 - Período em que as mulheres identificaram a perda involuntária de urina no pós-parto. Londrina, PR – 2011-2012.	58
Tabela 3	Características sociodemográficas, segundo presença ou ausência de incontinência urinária autorreferida no pós-parto.	60
Tabela 4	Classificação do nível de atividade física em diferentes contextos, segundo presença ou ausência de incontinência urinária autorreferida no pós-parto.	65
Tabela 5	Variáveis referentes ao consumo de cigarro, café e bebida alcoólica, segundo presença ou ausência de incontinência urinária autorreferida no pós-parto.	66
Tabela 6	Dados referentes a intercorrências de saúde e uso de medicamento, segundo presença ou ausência de incontinência urinária autorreferida no pós-parto.	71
Tabela 7	Dados sobre o conhecimento de incontinência urinária segundo presença ou ausência de IU autorreferida no pós-parto.	72
Tabela 8	Dados referentes ao preparo do períneo durante a gestação e à infecção do trato urinário, segundo presença ou ausência de incontinência urinária autorreferida no pós-parto.	74
Tabela 9	Dados da história obstétrica e da última gravidez, segundo presença ou ausência de incontinência urinária autorreferida no pós-parto.	78
Tabela 10	Dados obstétricos, referentes ao último parto, segundo presença ou ausência de incontinência urinária autorreferida no pós-parto.	80
Tabela 11	Frequências de classificação considerando as mulheres que referiram perda de urina e as que não referiram na Fase 2.	86

Tabela 12	Análise parcial das variáveis relacionadas à perda de urina na Fase 2. Londrina, PR, 2011-2012.	86
Tabela 13	Frequências de classificação considerando as mulheres que referiram perda de urina e as que não referiram na Fase 3.	87
Tabela 14	Análise parcial das variáveis relacionadas à perda de urina na Fase 3. Londrina, PR, 2011-2012.	88
Tabela 15	Frequências de classificação considerando as mulheres que referiram ou não perda de urina e os tipos de IU na Fase 2.	89
Tabela 16	Frequências de classificação considerando as mulheres que referiram ou não a perda de urina e os tipos de IU na Fase 3.	90
Tabela 17	Dados referentes à consulta puerperal, orientações e complicações no pós-parto, segundo presença ou ausência de incontinência urinária.	92
Tabela 18	Dados referentes às características da incontinência urinária autorreferida no pós-parto.	94
Tabela 19	Escores médios, desvio-padrão, mediana, valores mínimos e máximos, para os domínios do KHQ aplicado às mulheres autorreferidas incontinentes - Fase 2 (n=35).	95
Tabela 20	Escores médios, desvio-padrão, mediana, valores mínimos e máximos, para os domínios do KHQ aplicado às mulheres autorreferidas incontinentes - Fase 3 (n=40).	96
Tabela 21	Associação da média (dp) dos valores dos escores obtidos para cada domínio do KHQ de acordo com o tipo de IU no pós-parto – Fase 2 (n=35).	97
Tabela 22	Associação da média (dp) dos valores dos escores obtidos para cada domínio do KHQ de acordo com o tipo de IU no pós-parto - Fase 3 (n=40).	98

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AMS	-	Autarquia Municipal de Saúde
AP	-	Assoalho Pélvico
dp	-	Desvio Padrão
DST	-	Doença Sexualmente Transmissível
EE	-	Escola de Enfermagem
IBGE	-	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ITU	-	Infecção do Trato Urinário
IU	-	Incontinência Urinária
IUE	-	Incontinência Urinária de Esforço
IUU	-	Incontinência Urinária de Urgência
IUM	-	Incontinência Urinária Mista
IPAQ	-	International Physical Activity Questionnaire
Kg	-	Quilograma
KHQ	-	King’s Health Questionarie
m	-	Metro
MMLB	-	Maternidade Municipal Lucilla Ballalai
MS	-	Ministério da Saúde
n	-	Número
OMS	-	Organização Mundial de Saúde
PP	-	Pós-parto
PR	-	Paraná
QV	-	Qualidade de Vida
QVRS	-	Qualidade de Vida Relacionada à Saúde
RN	-	Recém-Nascido
RR	-	Risco Relativo
SP	-	São Paulo
TCLE	-	Termo de Consentimento Livre Esclarecido
UI	-	Unidades
USP	-	Universidade de São Paulo

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO 17

1 *INTRODUÇÃO* 19

1.1 Incontinência urinária no pós-parto 21

1.2 Incontinência urinária e qualidade de vida relacionada à saúde . 27

2 *OBJETIVOS* 34

2.1 Geral 35

2.2 Específicos 35

3 *MÉTODO* 36

3.1 Tipo de Estudo 37

3.2 Local do Estudo 37

3.3 População e Amostra 40

3.4 Variáveis 41

3.5 Coleta de dados 42

3.6 Instrumentos 46

3.7 Tratamento dos dados 50

3.8 Aspectos éticos 54

4 *RESULTADOS* 55

4.1 Incidência 56

4.2 Características sociodemográficas 58

4.3 Intercorrências de saúde e conhecimento sobre incontinência urinária 70

4.4 Dados ginecológicos e obstétricos 76

4.5 Dados sobre a consulta puerperal e complicação no pós-parto 90

4.6 Dados referentes à perda involuntária de urina 93

4.7 Dados referentes à qualidade de vida relacionada à saúde 94

5 *DISCUSSÃO*..... 99

6 *CONCLUSÕES* 117

7 *CONSIDERAÇÕES FINAIS* 120

8 REFERÊNCIAS 123

9 APÊNDICES 133

9.1 Apêndice A – Formulário de coleta de dados 134

9.2 Apêndice B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido .. 137

9.3 Apêndice C – Tipo de ocupação exercida pelas mulheres da coorte segundo a Classificação Brasileira de Ocupações do Ministério do Trabalho e Emprego..... 138

10 ANEXOS 139

10.1 Anexo A - International Physical Activity Questionnaire …. 140

10.2 Anexo B - King's Health Questionnaire …… 142

10.3 Anexo C - Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa 145

10.4 Anexo D - Autorização para realização da pesquisa 146

Apresentação

APRESENTAÇÃO

A incontinência urinária (IU) no período pós-parto se constitui em ocorrência sub-relatada e sub-investigada. A literatura mostra que mudanças e adaptações que ocorrem no período pós-parto, somadas a doenças pré-existentes, concorrem para a alta prevalência do agravo e podem tornar a maternidade uma experiência altamente negativa.

No Brasil, é reduzida a produção bibliográfica sobre incontinência urinária no pós-parto. A literatura aponta fatores ginecológicos, obstétricos e de estrutura do organismo da mulher como causas que podem gerar a incontinência urinária. Essa condição indica a necessidade de estudos direcionados à saúde da mulher no ciclo gravídico-puerperal que tenham como foco a IU no pós-parto.

Pesquisa anterior, realizada para conclusão do curso de Mestrado, mostrou que no pós-parto, a incontinência urinária ocorre em diferentes períodos, com maior percentual dentre as mulheres com 2 a 4 meses e com 5 a 6 meses de pós-parto. O estudo encontrou, também, que a perda involuntária de urina é mais comum em primíparas e estatisticamente significante para a variável cor da pele. Foi possível, ainda, verificar que a IU interfere nas atividades diárias das mulheres, e que estas tendem a não comunicar sua ocorrência ao profissional de saúde.

Frente ao exposto, considerou-se a necessidade de realizar um estudo de coorte que identificasse a incidência e os fatores de risco para IU, assim como, avaliasse a qualidade de vida relacionada à saúde das mulheres autorreferidas incontinentes no pós-parto, atendidas em uma maternidade do município de Londrina (PR).

Introdução

1. INTRODUÇÃO

A Incontinência urinária (IU) não é um agravo recente. Sua ocorrência e impacto foram documentados por décadas. No entanto, até há pouco tempo era, geralmente, aceita como consequência inevitável do envelhecimento ou da gravidez. Havia pouca atenção ou pesquisas dedicadas à compreensão, quer das suas causas, quer de seus potenciais tratamentos (Doughty e Crestodina, 2006).

Até 1998, a incontinência urinária era tida apenas como um sintoma (Higa, Lopes e Reis, 2008). Após aquele ano, a Classificação Internacional de Doenças (CID) da Organização Mundial da Saúde (OMS) passou a considerá-la como uma doença. Atualmente, é definida pela Sociedade Internacional de Continência (ISC) como qualquer queixa de perda involuntária de urina, classificando-a em: *IU de esforço*: é a queixa de perda de urina, associada ao esforço físico como pular, tossir, espirrar, rir ou mudança súbita de posição; *IU de urgência:* é a queixa de perda de urina, precedida de urgência miccional; *IU mista:* é a queixa de perda de urina, associada com urgência e esforço (Abrams et al., 2005).

Na população, as mulheres são mais susceptíveis de desenvolver a incontinência urinária, pois estão sujeitas a múltiplas causas, quer pelo enfraquecimento dos músculos pélvicos, quer durante a gravidez e o parto, ou após as alterações hormonais da menopausa (United States of America, 1996).

Dada a relevância epidemiológica da IU em mulheres, vários estudos internacionais, específicos com essa população em diferentes faixas etárias e situações, têm sido realizados em diversos países (Santos e Santos, 2010). No Brasil, estudos populacionais sobre IU são exíguos e utilizam metodologias distintas, abrangendo, em geral, grupos específicos como idosas (Pitangui et al., 2012); gestantes e ou mulheres em distintos períodos após o parto (Leroy, 2009; Lopes,2010).

Segundo Higa Lopes e Reis (2008) o número reduzido de trabalhos científicos nacionais sobre IU e de estudos referentes aos fatores de risco (ou fatores associados) para esta morbidade, dificultam a identificação dos principais fatores que causam a IU nesse segmento. Estes autores relatam

ainda que as mulheres incontinentes raramente falam sobre o seu problema e, quando questionadas, muitas vezes procuram omitir informações por se sentirem constrangidas, por esta mesma razão não procuram tratamento. Diante destes dados, vimos a necessidade e relevância de desenvolver a presente pesquisa com foco no período pós-parto.

1.1. Incontinência Urinária no Pós-Parto

A fase involutiva do período gravídico-puerperal, muitas vezes é negligenciada na assistência à mulher, quando se desconsideram as mudanças físicas, emocional e social próprias, por achá-las normais, mas que podem ser agravadas pela incontinência urinária e pelo comprometimento da qualidade de vida da mulher.

As alterações morfológicas podem ser consideradas fatores causais da IU na mulher. Guarda et al. (2007) relatam que dentre as inúmeras causas da IU, a de maior prevalência é resultado da fraqueza da musculatura do suporte pélvico, que pode estar relacionada à mudança evolutiva da espécie da posição horizontal para a vertical, onde a bexiga deixa de ser suportada pela sínfise púbica e passa a sofrer ação da gravidade. Em algumas mulheres, a gravidez e o parto podem causar intercorrências resultantes da disfunção do assoalho pélvico (AP), e dentre elas, a incontinência urinária (Ashton-Miller e DeLancey, 2007).

Vale lembrar que o AP é formado pelos esfíncteres estriados uretral e anal, e principalmente, pelo grupo muscular do elevador do ânus, que são responsáveis pelo correto posicionamento dos órgãos pélvicos e manutenção da continência urinária (Baessler e Schuessler, 2003; Hoyte e Damaser, 2007).

As estruturas anatômicas do AP devem prevenir a incontinência e o prolapso genital durante as elevações da pressão abdominal e movimentos associados com atividades físicas diárias (Ashton-Miller e DeLancey, 2007). O AP fornece suporte para os órgãos pélvicos (evitando o aparecimento das distopias genitais) e mantém a continência urinária (Baessler e Schuessler, 2003).

A incontinência pode ser causada, também, por anormalidades da bexiga, por doenças neurológicas além de alterações da força da musculatura pélvica. Esse sinal comum pode ser transitório ou permanente e envolve grandes volumes de urina ou gotejamento mínimo (Baikie, 2006). Segundo Palma e Riccetto (1999), no entanto, as situações transitórias que podem levar à IU são responsáveis por 50% dos casos. Dentre elas estão a gravidez e a via de parto, consideradas fatores de risco para a alteração da força muscular do assoalho pélvico (Meyer et al., 1998).

À luz das alterações possíveis resultantes da fase reprodutiva da mulher, D'Ancona (2001) relata que a prevalência de IU aumenta de acordo com vários fatores como o aumento do peso, a histerectomia, a doença respiratória crônica e a paridade. Por seu lado, Meyer et al. (1998) acreditam que os processos fisiológicos sequenciais durante a gestação e o parto podem lesar o suporte pélvico, o corpo perineal e o esfíncter anal, fatores determinantes, a longo prazo, para o surgimento das perdas urinárias.

Estudo anterior mostrou que, embora a incontinência urinária não coloque diretamente em risco a vida da mulher, é uma condição que causa importante impacto psicossocial, afetando significativamente sua qualidade de vida (Lopes, 2010).

Por sua vez, taxas de prevalência e de incidência de IU nos fornecem a magnitude do agravo, assim como a identificação de fatores de risco associados à morbidade pode auxiliar na prevenção da incontinência por meio de intervenções precoces que neutralizem ou minimizem o efeito dos fatores de risco (Doughty e Crestodina, 2006). Os resultados de estudo anterior mostraram maior percentual de mulheres que referiram IU entre dois e quatro meses de pós-parto e entre cinco e seis meses após (Lopes, 2010). Estes dados corroboram estudos realizados na Austrália, em 1993, por Brown e Lumley (1998) e, em 1997, por Thompson et al. (2002), ambos com o objetivo de identificar a prevalência de intercorrências de saúde física e emocional materna nos seis meses pós-parto.

Ainda que a IU seja uma intercorrência comum, estudos mostram que as estimativas de sua incidência e de sua prevalência variam consideravelmente. A hipótese para estas variações repousa no tipo de

população estudada, na definição de incontinência urinária e no critério de seleção dos sujeitos.

Na literatura encontram-se pesquisas sobre IU na mulher, realizadas em vários países, e que relacionam IU e a idade da mulher. Os estudos mostram que a prevalência de IU no pós-parto pode variar de 20% a 27,5% entre mulheres com idade entre 17 e 45 anos [Pregazzi et al.(2002a); Pregazzi et al.(2002b); Hvidman et al. (2003); Higa e Lopes (2005); Bugg, Hosker e Kiff (2005); Fritel et al. (2007); Scarpa et al. (2008); Lopes (2010); Leroy (2011)] e que a incidência de IU nos primeiros seis meses pós-parto varia de 9,0% a 26% [Burgio et al.(2003); Boyles et al.(2009); Solans-Domènech et al.(2010); Glazener et al.(2006); Farrell et al.(2001); Wesnes et al. (2009)].

Pesquisas sobre incontinência urinária são numerosas, no entanto grande parte delas se restrita a determinados grupos, tais como: gênero; idade avançada, doenças crônicas e fatores obstétricos. No Brasil, são reduzidas publicações sobre IU no período pós-parto para identificar os fatores de risco associados a esta morbidade. A seguir apresentam-se resultados de estudos que, tiveram a finalidade de identificar os fatores de risco relacionados à ocorrência de incontinência urinária no pós-parto.

Estudo realizado no Canadá, entre 1996 e 1998, no qual participaram 484 primíparas, com idade média de 28 anos, mostrou que o risco de ocorrer IU nas mulheres que tiveram parto normal foi maior quando comparado àquelas que foram submetidas à cesárea. Ressalte-se que a ocorrência de IU em mulheres submetidas ao parto fórceps foi maior quando comparada àquelas submetidas à cesárea e ao parto normal. Não houve diferença na ocorrência de IU nos grupos submetidos à cesárea eletiva ou à cesárea pós trabalho de parto ativo. Não foram encontrados fatores obstétricos que aumentassem o risco de IU no pós-parto (Farrell, Allen e Baskett, 2001).

Por sua vez, estudo realizado com 344 mulheres, em 2010, no interior do estado de São Paulo, cujo objetivo foi investigar os fatores de risco para IU no puerpério, encontrou 22,4% (77) de mulheres incontinentes. Os resultados mostraram que a ocorrência de IU no puerpério

esteve significativamente associada à IU durante a gestação (p<0,0001), à multiparidade (p=0,0291) e à idade gestacional no parto maior ou igual a 37 semanas (p=0,0193) (Leroy, 2011).

Estudo realizado na Itália, entre 1999 e 2000, com 537 puérperas, sendo 379 primíparas e 158 multíparas, mostrou que algumas variáveis maternas e práticas obstétricas relacionam-se com a prevalência de IU no pós-parto. Nesse estudo, foi considerada estatisticamente significante a ocorrência de IU associada à paridade; enquanto a idade materna (>35 anos) associou-se à frequência e não a outros sintomas urinários; o peso materno elevado no início da gravidez correspondeu à maior prevalência de casos de incontinência, e a utilização de vácuo extrator e fórceps no auxílio ao parto vaginal relacionou-se aos sintomas urinários no pós-parto (Pregazzi et al., 2002a).

Estudo de coorte realizada nos Estados Unidos com objetivo de comparar as características e os fatores associados à prevalência e à incidência de IU em mulheres de meia idade, mostrou que a incidência de IU foi de 11,1 % ao ano. Com relação aos fatores de risco, os resultados mostraram que afro-americanas e caucasianas, menor nível de escolaridade, índice de massa corporal e problemas de saúde estão relacionados à ocorrência de IU (Waetjen et al., 2007).

Outro estudo realizado nos Estados Unidos por Boyles et al (2009) no período de outubro de 2002 a setembro de 2003, com objetivo de estimar o efeito do parto sobre a incidência de incontinência urinária no pós-parto em primíparas 3 – 6 meses após o parto, mostrou que a IU está associada com índice de massa corporal (IMC), constipação, disúria, infecção do trato urinário, história de prolapso, paridade e histerectomia.

Os resultados do estudo de coorte realizado na Europa, entre junho de 2007 e janeiro de 2009 com 1128 gestantes continentes, mostraram incidência de IU no segundo mês pós-parto de 9,0% e que os fatores de risco para incontinência urinária e incontinência anal neste período foram IU durante a gestação e parto vaginal (Solans-Domènech et al., 2010).

Em estudo anterior a cor da pele foi considerada fator de risco para a IU no pós-parto (Lopes, 2010). Achado que corroborou a pesquisa

realizada com 43.279 gestantes, na Noruega, em 2006, (Wesnes et al., 2007). Estudo realizado com 482 puérperas, em Midlands, no período de 2002 e 2003, verificou a ocorrência de IU em 81,7% de mulheres brancas e de 15,2% em mulheres negras e amarelas (Williams et al., 2007).

Resultados do estudo realizado por Higa e Lopes (2005) e da revisão bibliográfica realizada por Higa, Lopes e Reis (2008) mostraram que fatores co-existentes como diabetes, doenças neurológicas, hipertensão arterial são fatores de risco para IU. Os resultados mostram que a associação entre estes fatores e a IU mostrou um possível aumento da vulnerabilidade do assoalho pélvico devido a uma mudança do tecido biológico e da inervação do músculo pélvico ou devido a lesões nas inervações neuropáticas autônomas da bexiga ou pelo aumento da frequência urinária causada pela hiperglicemia decorrente do aumento do volume urinário. Quanto à associação da hipertensão arterial com a IU, há hipótese de que a carga excessiva na bexiga, após o tratamento com diuréticos, possibilita causar não somente a urge-incontinência como também a incontinência urinária de esforço. Os resultados mostraram também que há associação significativa entre a IU e cirurgias ginecológicas, pois acredita-se que a excisão ou o prolápso do útero comprometem as funções do assoalho pélvico, visto que, este órgão suporta parte deste assoalho a sua remoção pode causar danos nas estruturas que sustentam a bexiga e a uretra.

Alguns estudos mostram que a incontinência urinária durante a gestação é um fator de risco para ocorrência desta morbidade no pós-parto (Burgio et al., 2003; Schytt et al., 2004; Solans-Domènech et al., 2010; Leroy, 2011). Sabe-se que nos estudos de coorte os indivíduos incluídos devem estar livres do desfecho no momento inicial, ou seja, um grupo de indivíduos é reunido e nenhum apresenta o desfecho de interesse, mas podendo vir a sofrer (Fletcher e Fletcher, 2006).

Em síntese, para explicar a ocorrência de IU, as pesquisas mostram que esta morbidade esta associada à idade (Schytt et al., 2004; Foldspang et al., 2004; Higa, Lopes e Reis, 2008; Wesnes et al., 2009; Boyles et al., 2009; Oliveira et al.,2010), à cor da pele (Wesnes et al., 2007; (Williams et

al., 2007; Higa, Lopes e Reis, 2008; Lopes, 2010), ao número de gestações (Faúndes, Guarisi e Pinto-Neto, 2001; Raza-Khan et al.,2006; Dellú, Zácaro, Schmitt, 2008), ao tipo de parto (Faúndes, Guarisi e Pinto-Neto, 2001; Burgio et al., 2003; Foldspang et al., 2004; Boyles et al., 2009; Oliveira et al.,2010; Dellú, Zácaro, Schmitt, 2008; Lopes, 2010), à paridade (Pregazzi et al., 2002b; Hivdman et al., 2003; Parazzini et al., 2003; Raza-Khan et al.,2006; Wesnes et al., 2007; Lopes, 2010), ao parto instrumental - emprego de fórceps ou vácuo extrator- (Parazzini et al., 2003; Borders, 2006), à condição do períneo após o parto -episiotomia e/ou laceração- (Hivdman et al., 2003; Parazzini et al., 2003; Schytt et al., 2004; Borders, 2006; Scarpa et al., 2006; Williams et al., 2007; Higa, Lopes e Reis, 2008), ao peso do recém-nascido ao nascer (Foldspang et al., 2004; Eftekhar et al., 2006; Boyles et al., 2009; Oliveira et al.,2010), ao índice de massa corporal e ao ganho de peso elevado (Parazzini et al., 2003; Hivdman et al., 2003; Burgio et al., 2003; Wesnes et al,2007; Townsend et al., 2007; Higa, Lopes e Reis, 2008).

Segundo Raza-Khan et al. (2006), a semelhança de sintomas de incontinência urinária no período gravídico-puerperal pode indicar que o parto tem efeitos biológicos imediatos sobre a função do assoalho pélvico nas diferentes raças. Estes autores relataram que estudos de coorte seriam necessários para melhor caracterizar estas observações preliminares.

Somam-se às pesquisas que indicam os fatores de risco obstétricos, outros estudos que mostram fatores clínicos e hábitos pessoais associados à ocorrência de IU na mulher, tais como: diabetes (Hsieh et al., 2008; Santos, Santos, 2010; Devore et al., 2012), infecção do trato urinário (Parazzini et al., 2003; Menezes, Hashimoto, Santos, 2009), doenças crônicas (Hsieh et al., 2008; Higa, Lopes e Reis, 2008; Santos, Santos, 2010; Horng et al., 2013), tabagismo (Burgio et al., 2003; Higa, Lopes e Reis, 2008), consumo de cafeína (Higa, Lopes e Reis, 2008), e exercícios direcionados à região abdominal (Eliasson et al., 2005; Higa, Lopes e Reis, 2008).

Diante do exposto, observa-se que há estudos de prevalência e de incidência que investigam os fatores de risco para ocorrência de incontinência urinária, e acredita-se na pertinência da sugestão de Raza-

Khan et al. (2006), sobre a necessidade de se investigar a IU no pós-parto, como uma das intercorrências no período pós-parto, e também, analisar a qualidade de vida relacionada à saúde da mulher incontinente para favorecer a busca por maior compreensão da sua condição pela equipe interdisciplinar, de modo a favorecer a definição de alternativas concretas para melhor assisti-la.

Outro fato relevante associado à assistência à mulher com IU no pós-parto é demonstrado em estudo que constata que mesmo que a IU seja passível de tratamento, menos da metade das pessoas com agravos urinários discute esta condição com o profissional de saúde (United States of America, 1996). Fato que se confirmou em pesquisa anterior, realizada no município de São Paulo, onde 14,1% (10 em 71) das mulheres comunicaram a perda involuntária de urina ao profissional de saúde (Lopes, 2010).

1.2. Incontinência Urinária e Qualidade de Vida Relacionada à Saúde

Apesar de a gestação ser considerada por muitos como um período de bem-estar emocional e de se esperar que o nascimento da criança seja um momento especial na vida da mulher, o puerpério consiste, para as mulheres, em uma fase de transição extremamente importante para o desenvolvimento de sua personalidade. É um período transitório biologicamente determinado, no qual se processam mudanças metabólicas concretas, ligadas a perspectivas de mudanças também no âmbito social (Kurtinaitis et al., 2011).

Estudo realizado na França, em 2007, teve o objetivo de determinar a prevalência de incontinência urinária e avaliar o impacto desta na qualidade de vida dos acometidos. A pesquisa foi conduzida com 2183 mulheres maiores de 18 anos. Seus resultados mostraram a prevalência de IU de 26,8% (n = 584). Dentre as mulheres com IU, 496 concordaram em participar do estudo; destas, 92,1% (n=455) afirmaram que a IU tinha impacto negativo na sua qualidade de vida, enquanto 39,7% (n=197) procuraram ajuda médica (Lasserre et al., 2009). Estes achados reforçam a relevância das investigações sobre a ocorrência de IU no período pós-parto,

bem como de seus fatores associados, assim como pesquisar sobre a qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS) da mulher que apresenta esta morbidade.

Para Oliveira et al. (2009), a incontinência urinária, com seus sintomas associados, pode causar significativo impacto na qualidade de vida e considerável variedade de percepções e respostas entre as pessoas. Dessa maneira, a qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS) é, atualmente, um tema popular e abrangente que tem despertado o interesse dos profissionais de diversas áreas, em especial da saúde, tanto aqueles envolvidos em pesquisas científicas, como os dedicados à prática clínica. Embora não haja um consenso a respeito do conceito de qualidade de vida, trata-se de um tema complexo, atual e relevante, principalmente quando relacionado à promoção da saúde.

Cabe acrescentar que *Qualidade de vida (QV)* é uma noção eminentemente humana, que tem sido aproximada ao grau de satisfação encontrado na vida familiar, amorosa, social e ambiental e à própria estética existencial. Pressupõe a capacidade de efetuar uma síntese cultural de todos os elementos que determinada sociedade considera seu padrão de conforto e bem-estar. O termo abrange muitos significados, que refletem conhecimentos, experiências e valores de indivíduos e coletividades que a ele se reportam em variadas épocas, espaços e histórias diferentes, sendo, portanto uma construção social com a marca da relatividade cultural (Minayo, Hartz e Buss, 2000).

Segundo Paschoal (2002), a natureza abstrata no termo QV explica por que a boa QV tem significados diferentes, para diferentes pessoas, em lugares e ocasiões diversas. Residem aí as inúmeras conceituações de QV; cada indivíduo tenha sua própria. É um conceito que está submetido a múltiplos pontos de vista e que tem variado entre ás épocas, entre os países, entre as culturas, entre as classes sociais e, até mesmo, entre os indivíduos, conforme o decorrer do tempo e a função de estados emocionais, e a ocorrência de eventos cotidianos, sócio-históricos e ecológicos.

Em 1994, a Organização Mundial de Saúde (OMS) criou um Grupo de Qualidade de Vida, The WHOQOL Group. Este grupo realizou um

estudo multicêntrico que desenvolveu um instrumento baseado nos pressupostos de que qualidade de vida é uma construção subjetiva (percepção do indivíduo em questão), multidimensional e composta por elementos positivos (por exemplo, mobilidade) e negativos (dor). O desenvolvimento destes elementos conduziu a definição de qualidade de vida como "a percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações" (WHOQOL, 1995).

O Grupo WHOQOL considera o conceito de qualidade de vida como um conceito amplo, que incorpora, de forma complexa, a saúde física, o estado psicológico, o nível de independência, as relações sociais, as crenças pessoais e a relação com aspectos significativos do meio ambiente (WHOQOL, 1995).

Como se vê, a percepção subjetiva do indivíduo recebe destaque especial no conceito de QV da OMS e sua definição é incorporada em três níveis. O primeiro nível diz respeito à percepção subjetiva de uma condição objetiva (por exemplo, a percepção do indivíduo). O segundo relaciona-se com a percepção global subjetiva de funcionamento (por exemplo, quão bem o indivíduo dorme), e no terceiro nível, há uma avaliação específica da percepção subjetiva (por exemplo, o quão satisfeito o indivíduo está com seu sono) (WHOQOL, 1995).

Qualidade de vida é, portanto, um conceito amplo que pode ser definido de diversas formas. Envolve dimensões objetivas e subjetivas, podendo ambas ser percebidas pela pessoa de forma mais ou menos consciente. Segundo Anderson e Burckhardt (1999), o estado de saúde e qualidade de vida fazem parte da mesma dimensão, porém, possuem conceitos distintos e dignos de medições separadas. Após a leitura do citado estudo, foi possível concluir que a diferença entre avaliar o estado de saúde e a qualidade de vida relacionada à saúde resulta em distinguir o estado de saúde objetivo (incontinência urinária, por exemplo), das percepções do indivíduo com incontinência urinária sobre seu estado de saúde e sua satisfação com a própria saúde.

Em pesquisa sobre a qualidade de vida de portadores de incontinência urinária, Oliveira et al. (2009) relatam que houve uma interferência da incontinência urinária na qualidade de vida. Por considerar a IU como foco deste estudo, encontrou-se em Azevedo (2008) que a perda urinária é uma condição que gera importantes modificações que comprometem a qualidade de vida relacionada à saúde das pessoas por ela acometidas, de maneira transitória ou permanente.

Em acréscimo, a qualidade de vida relacionada à saúde das pessoas incontinentes é um construto multidimensional e subjetivo, que exige avaliação específica dos sintomas do trato urinário, das limitações físicas e dos aspectos sociais e psicológicos relacionados à perda urinária, bem como o uso de medidas de gravidade (Keheller et al.,1997). Paschoal (2002) acrescenta que avaliação da QV muda com o tempo, pessoa, lugar e contexto cultural; e, para um mesmo indivíduo, muda conforme seu estado de humor.

A relação Qualidade de Vida Relacionada à Saúde e Incontinência Urinária se apresenta desde 1997, quando a Sociedade Internacional de Continência recomenda que medidas de avaliação da qualidade de vida sejam incluídas em todas as pesquisas clínicas sobre IU como um complemento aos tradicionais parâmetros clínicos. Isso se deve ao fato de que muitos métodos são utilizados como parâmetros objetivos na avaliação do tratamento da IU, mas não contemplam o impacto que esta condição causa na QVRS e no cotidiano dos afetados (Blaivas et al., 1997). Segundo a Sociedade Brasileira de Urologia (2006), a anamnese sobre incontinência urinária deve trazer aspectos relativos ao início dos sintomas, à frequência, à gravidade e ao impacto na qualidade de vida.

A expressão qualidade de vida relacionada à saúde tem a finalidade de avaliar o efeito de determinados acontecimentos na vida das pessoas, dentre eles as condições de saúde física, as funções cognitivas, a satisfação sexual, as atividades do cotidiano, o bem-estar emocional e a vida familiar e social (Auge et al., 2006).

Medir a QV na população pode gerar informações que podem ser usadas para rastreamento e identificação das necessidades de saúde, decisão

sobre as prioridades, alocação de recursos e comparar estado de saúde de diferentes tipos de tratamentos realizados.

Os instrumentos genéricos permitem avaliar simultaneamente vários domínios, podem ser usados em qualquer população, permitindo comparações entre pessoas com diferentes patologias, mas possuem capacidade limitada de identificar aspectos específicos da QV afetadas por determinada patologia. Clinicamente, os instrumentos específicos são mais sensíveis, mas não permitem comparações entre patologias distintas e são restritos aos domínios de relevância do aspecto a ser avaliado (Lima, 2009).

Segundo Orlandi (2011), um dos critérios a ser considerado na escolha de um instrumento que avalia a QV é o formato apropriado para o estudo, uma vez que existem instrumentos com mais de um formato, como por exemplo, os instrumentos de medida da QV da Organização Mundial de Saúde WHOQOL-100 e WHOQOL-bref, são genéricos e apresentam formatos distintos: o segundo corresponde ao formato abreviado do primeiro. Vale acrescentar que outro instrumento genérico bastante utilizado para avaliar a QVRS de mulheres incontinentes é o "*Medical Outcomes Study 36-item Short-Form Health Survey*" (SF-36). No entanto, segundo Tamanini et al (2003) este questionário não tem validade de conteúdo para incontinência urinária e, desta forma, tem menor sensibilidade a mudanças do que um instrumento específico.

Percebendo a necessidade de um instrumento específico, Kelleher et al (1997), construíram e validaram no idioma inglês um questionário para avaliação da qualidade de vida de mulheres com incontinência urinária denominado "King's Health Questionnaire" (KHQ).

No Brasil, existem instrumentos específicos adaptados e validados culturalmente para avaliar a QV de pessoas com perda de urina, entre eles estão o citado "King´s Health Questionnaire - KHQ" (Tamanini et al., 2003), e o "International Consultation on Incontinence Questionnaire - ICIQ-SF" (Tamanini et al., 2004). Neste estudo optou-se pelo KHQ, por ser um instrumento recomendado pela Sociedade Internacional de Continência, e por ser um questionário completo que avalia tanto o impacto da perda de

urina e os sintomas da IU sobre a qualidade de vida das mulheres acometidas por esta morbidade.

Dado à sua relevância, o interesse em avaliar a qualidade de vida relacionada à saúde das mulheres incontinentes surgiu a partir dos resultados encontrados em pesquisa realizada para obtenção do grau de Mestre em Ciências, na cidade de São Paulo, em 2009, onde 28,2% (20-71) das mulheres entrevistadas informaram que a perda urinária interferia na sua vida diária, de modo a afetar a qualidade de vida relacionada à saúde, e relataram que a perda de urina era motivo de constrangimento e exigia uso constante de absorvente higiênico, além de ser desconfortável, e interferir no bem-estar psicológico (Lopes, 2010).

Some-se a essa descoberta a representatividade da ocorrência de IU no pós-parto, atestada por estudos encontrados na literatura, assim como por se tratar de afecção sub-diagnosticada e com inexpressivo número de pesquisas sobre sua prevalência, incidência e fatores de risco no país. Dessa forma, este estudo foi desenhado com a finalidade de contribuir para a assistência obstétrica e de enfermagem à mulher no período gravídico-puerperal.

Para o alcance de sua finalidade, este estudo teve como norte responder as seguintes questões: Qual a incidência de IU em mulheres até o terceiro e sexto mês pós-parto? Quais os fatores sociodemográficos, clínicos e obstétricos preditores da perda involuntária de urina no pós-parto? A IU interfere na QVRS de mulheres no pós-parto? Mulheres incontinentes no pós-parto buscam avaliação de um profissional da área da saúde?

Portanto, a presente pesquisa apresenta como objetos de investigação a incidência e os fatores de risco para a ocorrência da incontinência urinária no pós-parto, e a qualidade de vida relacionada à saúde das mulheres incontinentes.

Com base na literatura sobre o tema traçaram-se as seguintes hipóteses para este estudo:

- Fatores sociodemográficos como cor de pele branca, idade materna maior de 35 anos, tabagismo, atividade física com esforço e consumo de café influenciam na ocorrência de perda involuntária de

urina no período pós-parto.

- Fatores clínicos e obstétricos, tais como gravidez em idade avançada, multiparidade, parto normal, trauma do assoalho pélvico, e peso elevado do recém-nascido ao nascer influenciam na ocorrência da perda involuntária de urina no pós-parto.
- A QVRS de mulheres incontinentes no terceiro e no sexto mês pós-parto torna-se prejudicada à medida que se sucedem os meses após a parturição.

Objetivos

2. OBJETIVOS

2.1. Geral

- Verificar a incidência e os fatores de risco sociodemográficos, clínicos e obstétricos associados à IU autorreferida no terceiro e no sexto mês pós-parto; e
- Avaliar a qualidade de vida relacionada à saúde de mulheres com IU autorreferida no terceiro e no sexto mês pós-parto.

2.2. Específicos

- Caracterizar as manifestações da perda involuntária de urina no terceiro e sexto mês pós-parto;

- Verificar se mulheres com IU autorreferida no pós-parto buscam avaliação do profissional de saúde.

Método

3 - MÉTODO

3.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo epidemiológico, prospectivo, observacional, de coorte, cuja coleta de dados ocorreu no período de até seis meses de pós-parto. Esta coorte considerou o parto como fator de exposição, e a ocorrência de incontinência urinária referida como desfecho primário e a qualidade de vida relacionada à saúde como desfecho secundário.

3.2 Local do estudo

Este estudo foi realizado na Maternidade Municipal Lucilla Ballalai (Foto -1), inaugurada em 1992, pelo Serviço Municipal de Saúde de Londrina e localiza-se na região central desse município do estado do Paraná. É uma das três maternidades do município que prestam serviços por convênio com o Sistema Único de Saúde (SUS). É mantida pela Autarquia Municipal de Saúde (AMS). Esta maternidade atende em média, 80% dos partos com convênio SUS realizados no Município, sendo referência à gestante de baixo e de médio risco, submetida ou não ao pré-natal na rede básica de saúde.

A Maternidade Municipal Lucilla Ballalai (MMLB) atende aproximadamente 270 partos mensais, com a média de 75% de partos normais. Tem como missão: *"Prezar pelo atendimento ao parto natural, a busca de saúde para mãe e recém-nascido"*; e como meta *"Proporcionar um nascimento saudável dentro das leis naturais da vida, priorizando o parto natural"* [1].

Foto 1 – Maternidade Municipal Lucilla Ballalai

Em 2000, a Maternidade Municipal Lucilla Ballalai recebeu da UNICEF, órgão da Organização Mundial da Saúde, e do Ministério da Saúde o título de “Hospital Amigo da Criança”. Em 2006, a Maternidade foi considerada uma das melhores maternidades públicas do país, sendo reconhecida como a melhor do sul do Brasil. Nacionalmente é reconhecida pelo atendimento humanizado na assistência ao parto e nascimento, com destaque ao aleitamento materno. Ainda em 2006, o Ministério da Saúde concedeu-lhe o “Prêmio Galba de Araújo” pelo respeito à dignidade da mulher e humanização do parto.

A estrutura física da Maternidade ocupa área de 3.227 m², composta por: três salas de parto natural e duas salas de cesárea; oito leitos para pré-parto; cinco leitos para recém-nascidos com cuidados especiais; e 34 leitos de puerpério em Sistema Alojamento Conjunto. A parte restante da área é utilizada pelos setores administrativos e de serviços gerais. Seu organograma interno é composto por um Gerente e três coordenações: Administrativa, Clínica e de Enfermagem.

A Maternidade conta com equipe de profissionais capacitados, treinados e comprometidos com a assistência humanizada à mulher no ciclo gravídico puerperal. Como exemplo de programa desenvolvido, durante a internação, após o parto, a mulher participa de oficinas de orientação para o autocuidado e cuidado com o recém-nascido, além do manejo do aleitamento materno[1]. Também são proporcionados esclarecimentos e outros serviços, tais como:

Planejamento familiar – com o objetivo de propiciar conhecimento sobre métodos contraceptivos a gestantes e seus companheiros em planejamento familiar, oportuniza a escolha entre os métodos, possibilita o encaminhamento do casal para acesso ao procedimento de escolha, podendo este ser reversível ou irreversível.

Registro de nascimento - todas as crianças nascidas na Maternidade têm seu registro de nascimento gratuito, realizado antes da alta.

---

[1] Disponível no site da Prefeitura Municipal de Londrina – PR. (www.londrina.pr.gov.br) – Autarquia Municipal de Saúde – Relatório de gestão 2011.

Ambulatório puerperal - tem por objetivo prestar assistência às mães submetidas ao parto na Maternidade, independente do tipo de parto. O atendimento é realizado no intervalo de 10 a 15 dias após o parto. Esta iniciativa surgiu da necessidade de diminuir o índice de mortalidade materna e de infecções no pós-parto, das taxas de reinternação das mulheres e de aumentar os cuidados com o aleitamento materno e a captação de doação de leite, além de instruir as famílias sobre o planejamento familiar.

Programa odontológico - desde abril de 2002, a Maternidade conta com um programa pioneiro relacionado à saúde bucal. Conta com orientação às mães durante o período de internação sobre a importância dos cuidados à saúde bucal do bebê e família, para prevenir o aparecimento de doenças bucais. É dado enfoque especial ao aleitamento materno com intuito de evitar hábitos nocivos e promover o bom desenvolvimento das arcadas dentárias do bebê.

Posto de coleta de leite humano - a promoção, proteção e apoio ao Aleitamento Materno é um dos pontos fortes do serviço oferecido à mulher durante a internação e após a alta. A maternidade conta com um posto de coleta de Leite Materno e assistência às mães com dificuldade na amamentação.

Programa Rosa Viva - atendimento à mulher vítima de violência sexual, em parceria com a Secretaria Municipal de Políticas para as Mulheres.

Serviço Social - tem como objetivo oportunizar às mães espaço de informação, de reflexão e de discussão de temas relacionados à condição da mulher, bem como de sua vida cotidiana, buscando a garantia do direito de mãe e cidadã. Trabalha os temas trazidos pelas mulheres.

Cuidados com os recém-nascidos: é feita a primeira dose de Vacinas contra Hepatite B e BCG (contra a tuberculose). A instituição também dispõe de exames/testes para detecção de doenças congênitas, tais como:

- ✓ Teste do pezinho (realizados com 48 horas de vida, pode detectar até cinco doenças);

- ✓ Teste da orelhinha (para detectar distúrbios auditivos);
- ✓ Teste do Olhinho (para detectar precocemente algumas das maiores causas de cegueira infantil na faixa etária de 0 a 5 anos).

3.3 População e amostra

A população foi constituída por puérperas atendidas na Maternidade Municipal Lucilla Ballalai, do município de Londrina, PR.

Dado à inexistência de estudos nacionais sobre incidência de IU no pós-parto, nesta pesquisa optou-se por dimensionar a amostra com base no estudo realizado em São Paulo, citado anteriormente (Lopes, 2010), realizado com 288 primíparas e não-primíparas, com prevalência de 24,6% de incontinência urinária autorreferida no pós-parto. Essa prevalência foi utilizada para se estimar o tamanho da amostra, dada pela equação (Bolfarine e Bussab, 2005):

$$n = \frac{z_{1-\alpha/2}^{2} * p * q}{m^{2}} \qquad (1)$$

na qual:

n = tamanho da amostra

$Z_{1-\alpha/2}$ = nível de confiança (1,96)

p = estimado de incontinência urinária na população (24,60%)

q = estimado na população sem incontinência urinária (100 - p= 75,40%)

m = erro de estimação assumido (0,05)

$$n = \frac{1{,}96^{2} * 0{,}246 * 0{,}754}{0{,}05^{2}} = 285{,}02 \sim 286 \qquad (1)$$

Como pode ser observado na Equação (1), foi assumido um erro de 5% com probabilidade de 95% de certeza deste erro. Dessa forma, a amostra deste estudo foi estimada preliminarmente em 286 mulheres. Tratando-se de um estudo de coorte, longitudinal, com coleta de dados em diferentes etapas, foram consideradas perdas das participantes ao longo do estudo. Assim, para obter a amostra estimada representativa, o recrutamento das

participantes foi ampliado em 20%, com a previsão de entrevistar 358 mulheres.

Critérios de inclusão: para compor a coorte, as mulheres deveriam ter tido parto (fator de exposição) na Maternidade Municipal Lucilla Ballalai; residir na região urbana do município de Londrina, PR; ter consentimento do responsável para as participantes menores de 18 anos; não apresentar doenças crônicas; não ter realizado cirurgias ginecológicas anteriores ao parto; não ter diagnóstico e/ou referir incontinência urinária durante a última gestação ou em algum momento anterior e dispor de telefone.

Os critérios de inclusão relacionados a doenças crônicas, cirurgias ginecológicas e incontinência urinária na gestação foram definidos com base na literatura, onde estudos mostram que se constituem em fatores de risco para o desencadeamento de IU no pós-parto. Com base nesta condição, e considerando que um dos objetivos desta coorte foi identificar a incidência de IU no pós-parto, mulheres que foram diagnosticadas ou que referiram IU em algum momento anterior não foram incluídas neste estudo.

3.4 Variáveis

3.4.1 Variáveis de desfecho

- Ocorrência de incontinência urinária no pós-parto; e
- Qualidade de vida relacionada à saúde.

3.4.2 Variáveis de exposição

Características sociodemográficas e antropométricas

- Idade materna
- Estado Marital
- Cor da pele
- Escolaridade
- Trabalho (atividade profissional)
- Atividade Física
- Tabagismo
- Consumo de café e de bebida alcoólica
- Se recebeu orientações sobre exercícios perineais

- Tem informações sobre IU e alguma forma de tratamento

Características clínicas

- Intercorrência de saúde
- Uso de medicamentos
- Infecção do trato urinário

Características obstétricas

- Número de gestações
- Ganho de peso durante a gestação
- Peso do recém-nascido ao nascer
- Tipo de parto
- Situação do períneo
- Posição adotada no momento do parto
- Uso de ocitocina e/ou anestesia
- Uso de sonda vesical de demora

Informações e ações no pós-parto

- Compareceu a consulta puerperal
- Recebeu alguma orientação sobre IU e/ou exercícios perineais
- Apresentou alguma complicação no pós-parto
- Comunicou a perda de urina ao profissional de saúde

3.5 Coleta de Dados

A coleta de dados ocorreu no período de dezembro de 2011 a setembro de 2012. Os dados foram obtidos por meio de uma entrevista estruturada, realizada após a concordância e a obtenção do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido da mulher contatada na unidade de saúde campo do estudo.

3.5.1 Procedimentos da Coleta de Dados

Por se tratar de um estudo de coorte, a coleta de dados foi realizada em três etapas. Na primeira, os dados foram coletados pela pesquisadora e por outra enfermeira previamente treinada, por meio de entrevistas individuais. Na segunda e terceira etapa, os dados foram coletados pela pesquisadora, por contato telefônico.

A- Primeira etapa: esta etapa foi realizada na maternidade campo de estudo nas primeiras 48 horas após o parto. Foram coletados dados de identificação, clínicos e obstétricos. O primeiro passo foi identificar as mulheres que estavam internadas na maternidade e que atendiam os critérios de inclusão. O passo seguinte foi contatar as puérperas elegíveis, expor-lhes a finalidade e a condução da pesquisa, informando que os próximos contatos seriam realizados por telefone. Em seguida, após obter a concordância da mulher em participar, iniciava-se a coleta de dados. Para não interferir na dinâmica do setor, as mulheres foram entrevistadas ao final da tarde, após o horário de visita.

Cabe destacar que os dados de identificação e clínicos foram informados pela entrevistada, enquanto que os dados obstétricos foram obtidos de seu prontuário médico e do registro da carteira de gestante.

Na segunda e terceira etapas, foram coletados dados sobre consulta puerperal, complicações no pós-parto e perda involuntária de urina. As entrevistas foram realizadas por contato telefônico, e se iniciavam pelo preenchimento do item IV (Dados referentes à consulta puerperal e à perda de urina) do Apêndice A – Etapa 2 e 3. As respostas obtidas para a questão ***"Depois do parto, a Sra. teve perda de urina?"*** (questão 5 do item IV – Apêndice A) classificaram os sujeitos em dois grupos, conforme a ocorrência do desfecho: mulheres autorreferidas com incontinência urinária e mulheres autorreferidas sem incontinência urinária.

B- Segunda etapa: ocorreu no terceiro mês pós-parto. Diante da resposta negativa à questão 5 do item IV (Apêndice A), a pesquisadora finalizava a entrevista e informava a mulher sobre o novo contato, no sexto mês de pós-

parto. Caso a resposta tivesse sido positiva, a pesquisadora dava continuidade à entrevista com a aplicação do questionário *King's Health Questionnarie – KHQ* (Anexo B), para avaliar a qualidade de vida relacionada à saúde da entrevistada.

C- Terceira etapa: ocorreu no sexto mês pós-parto com as mulheres que participaram das duas fases anteriores. Diante da resposta negativa à questão 5 do item IV (Apêndice A), a pesquisadora finalizava a entrevista. Diante de resposta positiva, a pesquisadora dava continuidade à entrevista com a aplicação do questionário *King's Health Questionnarie – KHQ* (Anexo B), para avaliar a qualidade de vida relacionada à saúde da entrevistada. Vale lembrar que este questionário foi aplicado sempre que a mulher referiu a ocorrência do desfecho (perda de urina). Cabe acrescentar que o KHQ é um questionário autoaplicável, porém, neste estudo optou-se pelo preenchimento realizado pela pesquisadora.

As ligações telefônicas foram realizadas de acordo com dia e horário pré-agendado com a participante, e quando esta não tinha disponibilidade ou estava prestando cuidados ao bebê, era agendado novo horário. Cabe ressaltar que quando a pesquisadora não conseguia contato com a participante nos dias e horários agendados, a mesma realizava novas tentativas em dias e horários diferentes; somente após dez tentativas frustradas a mulher era excluída da pesquisa.

A Figura 1, a seguir, ilustra o procedimento de coleta de dados:

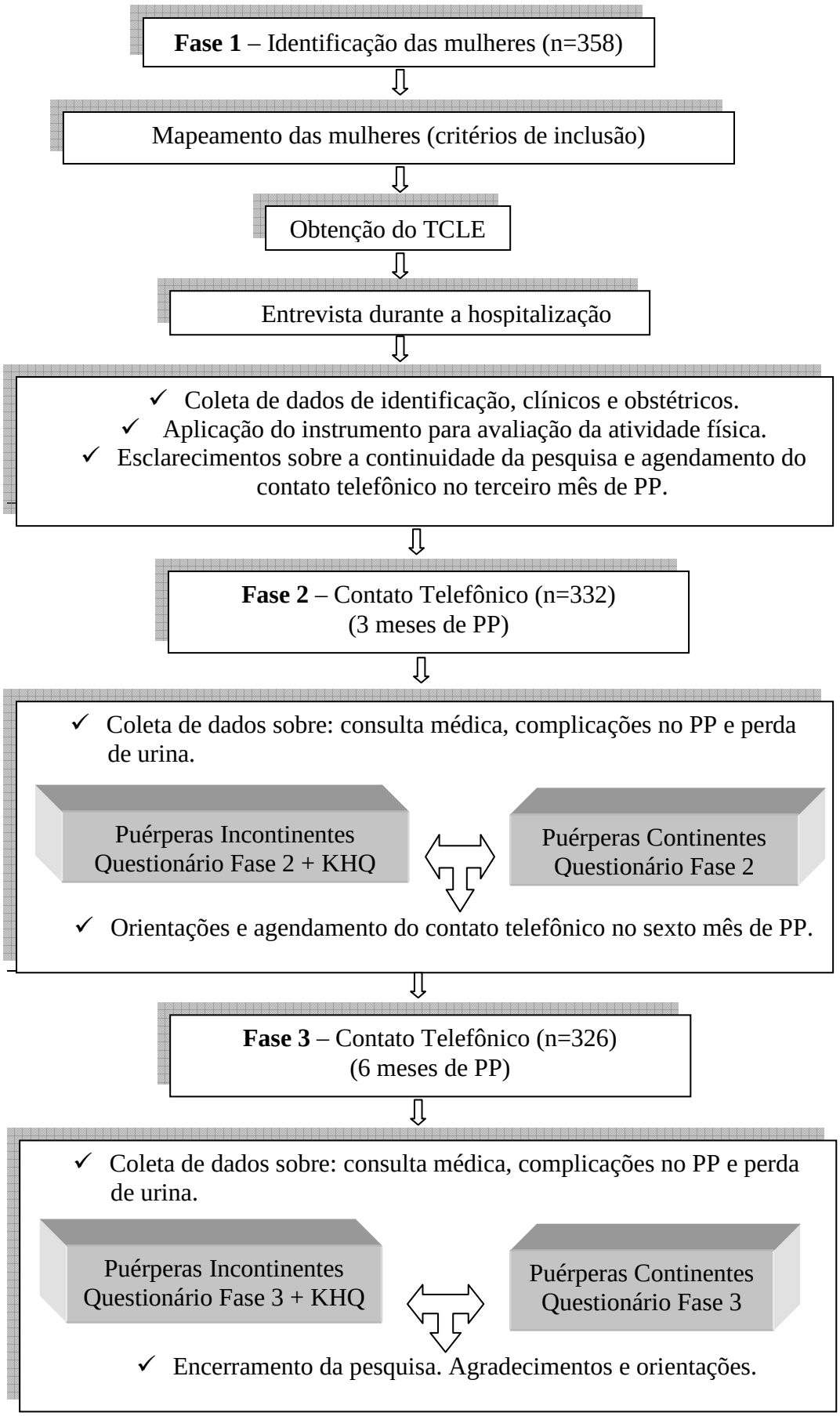

Figura 1 – Fluxograma da coorte adotada no presente estudo. Londrina, 2014.

3.6 Instrumentos

Para coleta de dados utilizaram-se três instrumentos: o Formulário de dados sociodemográficos, clínicos e obstétricos (Apêndice A); o Questionário Internacional de Atividade Física – IPAQ (Anexo A) e o Questionário de Qualidade de Vida King's Health Questionnarie (Anexo B).

3.6.1 Formulário de dados sociodemográficos, clínicos e obstétricos

Trata-se de um formulário construído pela pesquisadora, e utilizado em pesquisa anterior (Lopes, 2010), porém, para este estudo sofreu adaptações para atender aos objetivos. Subdividi-se em quatro partes:

Primeira parte - contém questões referentes aos dados de identificação, tais como: idade, cor da pele, estado marital, escolaridade, atividade profissional, tabagismo, consumo de cafeína e de bebida alcoólica, conhecimento sobre IU, orientações sobre exercícios perineais durante a gestação.

Segunda parte - inclui dados clínicos como intercorrência de saúde, uso de medicamento, infecção do trato urinário.

Terceira parte – relaciona-se aos dados obstétricos atuais e anteriores, tais como: número de gestações, ganho de peso durante a gestação, tipo de parto (anterior e atual), peso do recém-nascido ao nascer, situação do períneo, uso de anestesia e de ocitocina, posição adotada na hora do parto, uso de sonda vesical.

Quarta Parte – refere-se aos dados sobre a consulta puerperal (orientações sobre IU, orientações sobre exercícios perineais e complicações no pós-parto) e sobre a perda de urina (momento em que a mulher identificou a perda, frequência, as características da perda de urina e se a mulher comunicou a perda de urina ao profissional de saúde).

3.6.2 Questionário Internacional de Atividade Física – IPAQ

Considerando que o nível de atividade física pode provocar a ocorrência de IU, optou-se por avaliá-la com emprego do Questionário Internacional de Atividade Física (*International Physical Activity Questionnaire* – IPAQ). Em 1998 a Organização Mundial da Saúde (OMS), o Centro de Controle e Prevenção de Doenças dos Estados Unidos (CDC) e o Instituto Karolinska, na Suécia, reuniram pesquisadores com a finalidade de desenvolver e testar o IPAQ, que serviria como um instrumento mundial para determinar o nível de atividade física. No ano de 2000, os pesquisadores iniciaram o desenvolvimento deste instrumento em 12 países (Austrália, Canadá, Finlândia, Guatemala, Itália, Japão, Portugal, África do Sul, Suécia, Inglaterra, Estados Unidos e Brasil) visando determinar a confiabilidade e validade do instrumento (Benedetti et al., 2004).

O IPAQ – versão 6 é composto por questões abertas e suas informações permitem estimar o tempo semanal gasto em atividades físicas de intensidade leve, moderada e vigorosa, em diferentes contextos do cotidiano, como: trabalho, meio de transporte e atividade em casa (atividades domésticas). Para a análise, somam-se os dados de cada domínio de atividade. O gasto energético é calculado considerando-se os minutos gastos em uma semana para cada atividade a partir dos valores de MET (valor metabólico equivalente).

Cabe esclarecer que os valores do MET derivam do estudo de Confiabilidade do IPAQ realizado em 2000, onde foi determinada uma pontuação média MET para cada tipo de atividade (IPAQ - Research Committee, 2005).

O valor do MET é calculado multiplicando-se a pontuação MET pelos minutos gastos nas atividades. O nível de atividade física é classificado em três categorias como leve, moderado e vigoroso, conforme descrito no Quadro 1, a seguir.

Quadro 1 - Questionário Internacional de Atividade Física, critérios para as três categorias de atividade física.

Categorias	Critérios
Leve	caminhadas, apenas consideradas se pelo menos ocorrerem durante dez minutos contínuos;
Moderado	são atividades que precisam de algum esforço físico e que fazem o praticante respirar um pouco mais forte que o normal, como quando se carregam pesos leves, limpam vidros, varrem, rastelam, limpam o chão, pedalam, nadam a velocidade regular, jogam bola, vôlei, basquete, tênis;
Vigorosa	são as caminhadas que precisam de grande esforço físico e que fazem respirar muito mais forte que o normal, como trabalho de construção pesada, carregar grandes pesos, trabalhar com enxadas, subir escadas, carpir, lavar o quintal, esfregar o chão, correr, fazer aeróbicos, nadar rápido, pedalar rápido ou fazer jogging.

IPAQ - Research Committee, 2005.

3.6.3 King's Health Questionnarie (KHQ)

Para avaliar a QVRS das mulheres incontinentes foi utilizado o *King's Health Questionnarie (KHQ),* construído com foco na IU, desenvolvido por Kelleher *et al*.(1997) e validado por Tamanini *et al*.(2003) na versão para o português. O KHQ (Anexo B) é composto por questões agrupadas em oito domínios: percepção geral de saúde, impacto da IU, limitações de atividades diárias, limitações físicas e sociais, relacionamento pessoal, emoções, sono e disposição. Além destes domínios, existem duas outras escalas independentes: uma avalia a gravidade da incontinência urinária (medidas de gravidade) e outra a presença e a intensidade dos sintomas urinários (escala de sintomas urinários). Estas escalas, tipo likert, são graduadas em quatro opções de respostas ("nem um pouco, um pouco, moderadamente, muito" ou "nunca, às vezes, frequentemente, o tempo todo"), exceção feita ao domínio percepção geral de saúde com cinco opções de respostas ("muito boa, boa, regular, ruim, muito ruim") e ao domínio relações pessoal ("não afeta, um pouco, moderadamente e muito").

O KHQ é pontuado por cada um de seus domínios, não havendo, portanto, escore geral (Tamanini et al., 2003).

Vale destacar que de acordo com cada domínio, a avaliação é feita de forma quantitativa (por meio de escala do tipo likert de 0 a 3, de 1 a 4 e de 1 a 5) ou qualitativa (de nunca ou nada a muito, de não afeta e afeta muito). Esses escores são uma soma simples, transformados em uma variação de 0 a 100, e quanto maior a pontuação obtida, pior é a qualidade de vida relacionada àquele domínio (Kelleher et al., 1997; Tamanini et al., 2003).

Para verificar a confiabilidade do instrumento de avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde - KHQ, foi utilizado o coeficiente Alfa de Cronbach, cujo valor varia entre zero e um, e quanto maior for o valor, maior a consistência interna do instrumento. O coeficiente Alfa de Cronbach é uma propriedade inerente do padrão de resposta da população estudada, não uma característica da escala por si só; ou seja, o valor de alfa sofre mudanças segundo a população na qual se aplica a escala (Streiner, 2003).

O coeficiente Alfa de Cronbach é um índice utilizado para medir a confiabilidade do tipo consistência interna de uma escala, ou seja, para avaliar a magnitude em que os itens de um instrumento estão correlacionados. O valor mínimo aceitável para o alfa é 0,70; abaixo desse valor a consistência interna da escala utilizada é considerada baixa. (Streiner, 2003).

Neste estudo, o coeficiente Alfa de Cronbach aplicado ao KHQ pode ser verificado à Tabela 1, onde se verifica que o instrumento KHQ apresentou bom nível de confiabilidade, demonstrando consistência interna satisfatória para todos os domínios. Na Fase 2, o coeficiente Alfa de Cronbach padronizado geral foi de 0,93, considerado excelente, com variações de 0,55 – regular - (sono/disposição) a 0,98 – excelente - (limitações das atividades diárias). Cabe informar que, ainda que o Alfa de Cronbach, no domínio sono/disposição, apresentasse valor menor comparado aos outros domínios, não houve modificação no valor do Alfa de

Cronbach geral padronizado, quando da retirada deste domínio, aumentando o seu valor para 0,94, o que indica excelente nível de consistência interna. Na Fase 3 o coeficiente Alfa de Cronbach padronizado geral foi de 0,96, igualmente excelente, com variações de 0,77 – bom - (medidas de gravidade) a 0,99 – excelente - (limitações das atividades diárias).

Tabela 1 – Análise de confiabilidade dos domínios do KHQ. Londrina, PR – 2011-2012.

	Alfa de Cronbach	
Domínios do KHQ	**Fase 2**	**Fase 3**
Limitações de Atividades Diárias	0,98	0,99
Limitações Físicas	0,96	0,95
Limitações Sociais	0,96	0,95
Relações Pessoais	0,80	0,82
Emoções	0,94	0,90
Sono e Disposição	0,55	0,90
Medidas de Gravidade	0,78	0,77

3.7 Tratamento dos Dados

Os dados coletados foram codificados e armazenados, em dupla entrada, em banco de dados elaborado no software Epi-Info versão 2000 e, em seguida, foi feita a importação para o aplicativo Excel. O tratamento e análise dos dados foram feitos pelo programa *R*. A análise estatística foi realizada com apoio do estatístico, o qual utilizou os seguintes testes:

- Os dados sociodemográficos, clínicos e obstétricos de todas as mulheres entrevistadas, foram submetidos à análise exploratória, incluindo as frequências absolutas e relativas (%).
- Para as mulheres com IU, foi realizada análise exploratória dos dados compreendendo os escores obtidos nos domínios do KHQ e as medidas de tendência central e dispersão (média, mediana, valores mínimo e máximo, desvio padrão e quartis). Para avaliar a distribuição normal dos dados foi utilizado o teste não paramétrico Kruskal-Wallis.

- A existência de associações entre à variável de desfecho correspondente à perda urinária e as variáveis de exposição (características sociodemógraficas, clínicas e obstétricas) foi determinada pelo teste do Qui-Quadrado (teste $\chi 2$); quando este não foi aplicável devido a existência de frequências esperadas menores do que 5 foi utilizado o teste Exato de Fisher.
- Foi calculado o risco relativo das características sociodemográficas, clínicas e obstétrica da amostra. O risco relativo (RR) é uma das medidas de associação utilizadas em estudos clínicos e epidemiológicos; é um padrão de medida comum em estudos sobre fatores de risco semelhantes, mas com taxas de incidência basal diferentes. Uma vez que o RR indica a força da associação entre a exposição e a doença, é uma medida útil de efeito para estudos sobre etiologia da doença (Fletcher e Fletcher, 2006).

O cálculo é feito a partir da divisão do risco no grupo de expostos pelo risco do grupo de não-expostos. A interpretação dos valores do risco relativo é a seguinte: a) quando o RR é menor que 1, a associação sugere que o fator estudado teria uma ação protetora; b) quando o RR apresenta valor igual a 1, temos ausência de associação; c) quando o RR é maior que 1, a associação sugere que o fator estudado seria um fator de risco; quanto maior o RR, maior a força da associação entre exposição e o efeito estudado (Marques, 2006).

Vale esclarecer que o Risco Relativo foi calculado considerando-se um grupo contra ou outros da mesma variável, ou seja, para calcular o risco relativo de uma categoria, utilizaram-se os dados desta categoria contra os dados de todas as outras categorias da mesma variável.

- Foi realizado estudo envolvendo a importância de mais variáveis em conjunto com a ocorrência da incontinência urinária autorreferida. Neste caso foi adotada a técnica de reconhecimento de padrões conhecida como seleção de características.

Nesse contexto o reconhecimento de padrões pode ser definido como uma área de pesquisa que tem por objetivo a classificação de objetos (padrões) em um número de categorias ou classes (Theodoridis e Koutroumbas, 2008).

Mais especificamente, os métodos de seleção de características tentam selecionar um subconjunto de atributos, com objetivo de produzir boa descrição do conjunto total de dados disponíveis. Se o subconjunto de características selecionado de fato fornecer boa representação, ele poderá ser usado para classificação ou inferência das classes presentes no conjunto total de dados. Em outras palavras, considerando-se a incontinência urinária autorreferida um método de seleção de características pode ser usado para identificar o subconjunto de características que melhor descrevam a perda de urina ou mesmo o tipo de perda de urina, dependendo do contexto escolhido.

Os métodos de seleção de características são baseados em duas partes essenciais: uma função critério e um algoritmo de busca. Os métodos ótimos de busca procuram pelo melhor subconjunto de características combinando todas as possibilidades de subconjuntos disponíveis, mas o custo computacional envolvido para isso é excessivo para muitos problemas, tal como o presente estudo.

Logo, com o objetivo de alcançar um bom custo benefício entre o custo computacional e a qualidade da solução, neste estudo foi adotado o algoritmo de busca conhecido como Busca Sequencial Flutuante para Frente (SFFS) (do inglês, *Sequential Forward Floating Selection*) (Pudil, 1994).

Por outro lado, a função critério atribui um valor de qualidade ao subconjunto de características selecionadas pelo algoritmo de busca. Neste trabalho foi adotada a função critério baseada na entropia condicional média como definido em Lopes (2008).

A entropia definida por Shannon (1948), representa uma medida de incerteza associada a uma variável, ou seja, quanto maior a entropia de uma variável, maior a incerteza em predizer o valor dessa variável. No contexto deste trabalho, a entropia condicional pode ser vista como uma medida de incerteza sobre uma mulher ter IU, dada à observação das características coletadas dessa pessoa, logo a entropia condicional funciona como uma função critério que deve ser minimizada. Mais especificamente, quanto menor a entropia condicional de uma mulher ter

IU dado suas características, melhor será a predição da IU observando as características (Lopes, 2011).

O algoritmo SFFS inicia a busca selecionando a melhor característica individual, de acordo com a função critério. Em seguida, o algoritmo de busca tenta selecionar a segunda característica que em conjunto com a primeira formam a melhor dupla de características, novamente de acordo com a função critério. Em seguida o método procura inserir uma terceira característica no subconjunto que produza um melhor valor da função critério e, em seguida, também combina as características do subconjunto para verificar se alguma delas deixou de ser importante, caso isso ocorra, a característica que deixou de ser importante é removida do subconjunto resposta. Dessa forma, o algoritmo irá incluir e, em alguns casos, excluir características do subconjunto até que uma condição de parada seja atingida. Neste estudo, a condição de parada adotada foi a melhoria do valor da função critério, quando a inclusão de novas características no subconjunto deixou de apresentar melhorias.

Após selecionar o subconjunto de características, foi aplicado o classificador conhecido como vizinho mais próximo (Theodoridis e Koutroumbas, 2008) para realizar a classificação das amostras. Com objetivo de produzir resultados mais confiáveis e devido ao pequeno número de amostras para algumas classes, foi adotado o método de validação conhecido como *bootstrap* (Kohavi, 1995).

Vale esclarecer que os resultados apresentado no capítulo quatro foram obtidos a partir do software DimReduction (Lopes, 2008), usando seus parâmetros padrões, a menos do número de características selecionadas para o qual foi usado o valor 10. O software foi aplicado para selecionar o subconjunto de características que melhor classificaram as mulheres com perda de urina em dois casos particulares: a) IU presente e IU ausente e b) tipos de perda de urina e não perda. Além disso, os resultados obtidos levaram em consideração dois cenários específicos Fase 2 e Fase 3.

Esses métodos foram aplicados aos resultados apresentados no capítulo quatro.

O nível de significância estatística adotado foi $p < 0,05$ com intervalo de confiança de 95%.

3.8 Aspectos Éticos

Em observância às determinações da Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde, o projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo – CEP-EEUSP, conforme o Parecer do processo nº 986/2010 (Anexo C).

Este documento foi encaminhado à Coordenação de Enfermagem da Maternidade campo de estudo, junto com uma cópia do projeto de pesquisa e o pedido de autorização para realização da pesquisa. Após a aprovação, a coordenadora de enfermagem da Maternidade encaminhou o documento para a Autarquia Municipal de Saúde da Prefeitura de Londrina (PR), sob os cuidados da Coordenadora de Estágio e Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde, a qual autorizou o desenvolvimento da pesquisa conforme o documento C.D.026/2011-GES/DGTES/MAS/PML (Anexo D).

Na abordagem da mulher, a pesquisadora se apresentava, e expunha os objetivos e a finalidade do estudo. Diante da concordância em participar, era apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice B). A mulher era informada, também, sobre o direito de receber orientações sobre suas dúvidas em relação à pesquisa, bem como sobre a liberdade de deixar de participar do estudo a qualquer momento, sem que isso prejudicasse sua assistência na maternidade. As entrevistas da primeira etapa foram realizadas nos dias e horários pré-definidos com o responsável pela Maternidade, para não interferir na dinâmica do serviço.

Resultados

4. RESULTADOS

A seguir, os resultados apresentados referem-se a uma coorte de 358 mulheres no período pós-parto atendidas na Maternidade Municipal Lucilla Ballalai, de Londrina, PR. Desse contingente inicial, a porcentagem de mulheres que não completou as três entrevistas foi de 8,94% (n=32), sendo que 26 (7,26%) mulheres não participaram da segunda etapa e 6 (1,67%) não participaram da terceira etapa. Os motivos pelos quais as mulheres não foram acompanhadas até o final do estudo relacionaram-se à sua não localização devido a:

- ✓ troca ou cancelamento do número do telefone da residência e/ou celular;
- ✓ inexistência ou mudança de endereço fornecido pela participante, e
- ✓ mudança para outra cidade e/ou estado.

Como abordado no capítulo do Método, as entrevistas ocorreram em três etapas, sendo a primeira durante a internação na maternidade, a segunda no terceiro mês pós-parto e a terceira no sexto mês pós-parto. Para melhor apresentação dos resultados, estes foram organizados nos seguintes itens:

- ✓ Incidência
- ✓ Características sociodemográficas;
- ✓ Dados sobre intercorrências de saúde e conhecimento de IU;
- ✓ Dados ginecológicos e obstétricos;
- ✓ Dados sobre a consulta puerperal e complicação no pós-parto;
- ✓ Dados referentes à perda involuntária de urina;
- ✓ Dados referentes à qualidade de vida relacionada à saúde.

4.1 INCIDÊNCIA

Dado ao desfecho primário definido neste estudo que classificou as mulheres como continentes ou incontinentes, e cujos achados estabeleceram o norte para o prosseguimento da coleta de dados, apresenta-se a seguir, na

Figura 2, a incidência autorreferida de perda involuntária de urina, conforme o momento pós-parto em que as entrevistas foram realizadas.

Pode-se visualizar na Figura 2, a seguir, que dentre as entrevistadas, no terceiro mês pós-parto 35 (10,5%) referiram perda involuntária de urina e 297 (89,5%) não referiram tal morbidade. No sexto mês pós-parto, 40 (12,3%) referiram perda involuntária de urina e 286 (87,7%) não referiram tal morbidade.

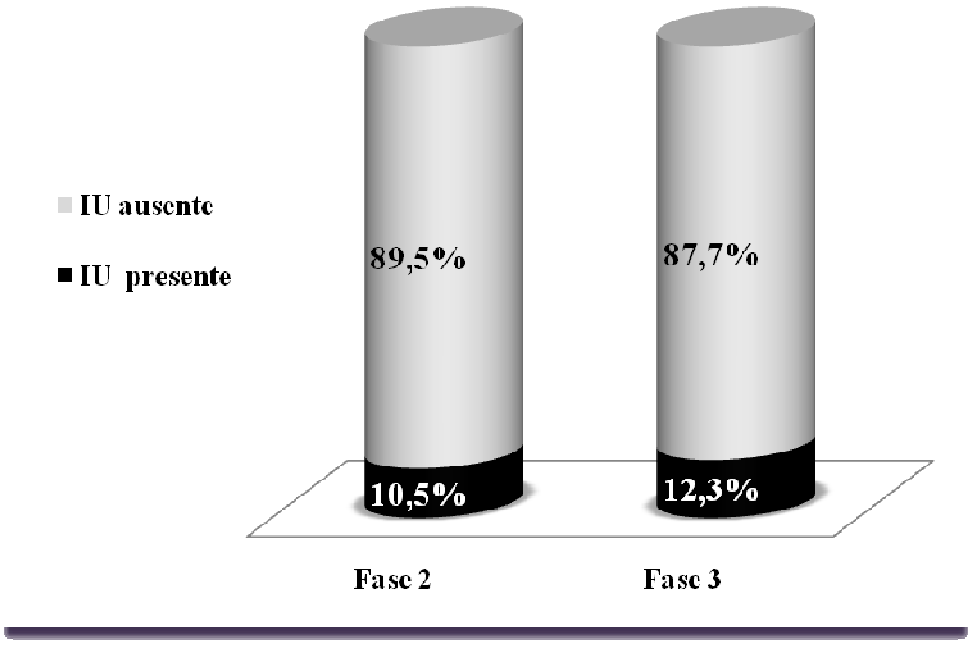

Figura 2 - Incidência da incontinência urinária autorreferida no pós-parto. Londrina, PR – 2011-2012.

A seguir, os dados da Tabela 2 mostram em que momento as mulheres identificaram o início da perda involuntária de urina no período pós-parto. Nota-se que, ao considerar a Fase 2 (terceiro mês PP) observou-se maior incidência da perda urinária autorreferida no primeiro mês (60%), enquanto na Fase 3 (sexto mês PP) a incidência maior ocorreu no quinto mês pós-parto (35%), tendo sido zero no sexto mês. É interessante notar na mesma tabela que das 40 mulheres que referiram IU no sexto mês pós-parto (Fase 3), 14 (35%) já haviam referido a ocorrência desta morbidade no terceiro mês, e que 26 (65%) mulheres referiram IU entre o quarto e quinto mês pós-parto.

Tabela 2 - Período em que as mulheres identificaram a perda involuntária de urina no pós-parto. Londrina, PR – 2011-2012.

Início da perda de urina	**Fase 2 (n=35)**	**Fase 3 (n=40)**
	n (%)	***n(%)***
1º mês PP	21 (60,0%)	6(15,0%)
2º mês PP	10 (28,6%)	6 (15,0%)
3º mês PP	4 (11,4%)	2 (5,0%)
4º mês PP	--	12 (30,0%)
5º mês PP	--	14 (35,0%)
6º mês PP	--	--

Nos resultados apresentados a seguir, emprega-se IU (+) para identificar a presença de incontinência urinária autorreferida e IU (-) para mostrar os dados com incontinência urinária ausente.

4.2 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

Na Tabela 3, a seguir, são apresentados os dados sobre as características sociodemográficas da coorte, segundo presença ou ausência do desfecho primário.

Vale informar que a média de idade das entrevistadas foi de 24,6 anos com desvio padrão de 6,25. Observa-se à tabela 3, que durante o seguimento, idade entre 26 e 30 anos confere um risco de 1,71 e 1,76 maior de apresentar o desfecho estudado nas fases 2 e 3, respectivamente; enquanto a mulher menor de 20 anos tem RR de 1,21 vez maior na Fase 2, demonstrando uma tendência, uma vez que não houve significância estatística.

À mesma tabela observa-se que, considerando o risco relativo, a cor da pele parda na Fase 2 e na Fase 3, confere um risco de 1,64 e 1,17 vez maior de apresentar o desfecho estudado, enquanto a mulher de pele branca apresenta risco relativo de 1,35 vez maior na Fase 3, o que mostra uma tendência, pois não houve significância estatística.

Ainda à Tabela 3 verifica-se que a variável ocupação no sexto mês, apresentou diferença estatisticamente significante entre os dois grupos,

além de a probabilidade de ocorrer o desfecho ser 1,97 vez maior quando a mulher possui vínculo empregatício.

Considerando o risco relativo, observa-se que Ensino Médio Incompleto apresentou risco relativo maior do que 1 na Fase 2, enquanto na Fase 3 as variáveis que demonstraram RR maior foram: Ensino Fundamental Incompleto (1,17), Ensino Médio Incompleto (1,13) e Ensino Superior Incompleto (1,37). O Ensino Superior Completo apresentou RR de 3,36 vezes maior na Fase 2 e 2,86 na Fase 3, embora sem significância estatística, demonstrando uma tendência à ocorrência do desfecho.

Tabela 3 – Características sociodemográficas, segundo presença ou ausência de incontinência urinária autorreferida no pós-parto. Londrina, PR – 2011-2012.

Variável/ Categoria	***Fase 1 (n=358)***	***Fase 2 (n=332)***				***Fase 3 (n=326)***			
	n(%)	***IU(+) n (%)***	***IU(-) n (%)***	***p-valor***	***RR [IC]95%***	***IU(+) n (%)***	***IU(-) n (%)***	***p-valor***	***RR [IC]95%***
Idade									
< 20	83 (23,2)	9 (2,7)	65 (19,6)		1,21 [0,59 – 2,46]	7 (2,1)	66 (20,2)		0,74 [0,34-1,59]
20 – 25	135 (37,7)	11 (3,3)	116 (34,9)	**0,296** (a)	0,74 [0,37- 1.46]	11 (3,4)	112 (34,4)	**0,191** (a)	0,63 [0,33-1,21]
26 – 30	74 (20,7)	11 (3,3)	59 (17,8)		1,71 [0,88- 3,33]	13 (4,0)	57 (17,5)		1,76 [0,96-3,23]
> 30	66 (18,4)	4 (1,2)	57 (17,2)		0,57 [0,21- 1,56]	9 (2,8)	51 (15,6)		1,29 [0,65-2,56]
Total	358 (100)	35 (10,5)	297 (89,5)			40 (12,3)	286 (87,7)		
Cor da pele									
Branca	162 (45,2)	15 (4,5)	141 (42,5)		0,85 [0,45-1,59]	22 (6,8)	133 (40,8)		1,35 [0,75-2,42]
Negra	40 (11,2)	2 (0,6)	34 (10,3)	**0,287** (a)	0,49 [0,12-1,99]	1 (0,3)	34 (10,4)	**0,173** (a)	0,32 [0,04-2,26]
Parda	145 (40,5)	18 (5,4)	112 (33,7)		1,64 [0,88-3,07]	17 (5,2)	109 (33,4)		1,17 [0,65-2,11]
Amarela	11 (3,1)	-	10 (3,0)		--	-	10 (3,1)		--
Total	358 (100)	35 (10,5)	297 (89,5)			40 (12,3)	286 (87,7)		

(Continua)

(Continuação)

Variável/ **Categoria**	***Fase 1 (n=358)***	***Fase 2 (n=332)***				***Fase 3 (n=326)***			
	n(%)	***IU(+) n (%)***	***IU(-) n (%)***	***p-valor***	***RR [IC]95%***	***IU(+) n (%)***	***IU(-) n (%)***	***p-valor***	***RR [IC]95%***
Situação Marital									
Com Companheiro	317(88,5)	33 (9,9)	263 (79,2)	**0,399** (b)	0,49 [0,12- 1,99]	35 (10,8)	256 (78,5)	**0,784** (b)	0,84 [0,35-2,01]
Sem Companheiro	41 (11,5)	2 (0,6)	34 (10,2)			5 (1,5)	30 (9,2)		
Total	358 (100)	35 (10,5)	297 (89,5)			40 (12,3)	286 (87,7)		
Escolaridade									
EF Incompleto	93 (26,0)	7 (2,1)	75 (22,6)		0,76 [0,35-1,68]	11 (3,4)	69 (21,2)		1,17 [0,61-2,23]
EF Completo	67 (18,7)	6 (1,8)	59 (17,8)		0,85 [0,37-1,96]	6 (1,8)	57 (17,5)		0,74 [0,32-1.68]
EM Incompleto	64 (17,9)	8 (2,4)	53 (16,0)	**0,277** (a)	1,32 [0,63- 2,75]	8 (2,5)	51 (15,6)	**0,417** (a)	1,13 [0,55-2,33]
EM Completo	116 (32,4)	10 (3,0)	99 (29,8)		0,82 [0.41-1,64]	11 (3,4)	98 (30,1)		0,75 [0,39-1,45]
Superior Incompleto	8 (2,2)	1 (0,3)	5 (1,5)		1,00 [0,26-9,83]	1 (0,3)	5 (1,5)		1,37 [0,22-8,38]
Superior Completo	10 (2,8)	3 (0,9)	6 (1,8)		3,36 [1,26-8,98]	3 (0,9)	6 (1,8)		2,86 [1,08-7,55]
Total	358 (100)	35 (10,5)	297 (89,5)			40 (12,3)	286 (87,7)		

(Continua)

(Conclusão)

***Variável/* Categoria**	***Fase 1 (n=358)***	***Fase 2 (n=332)***				***Fase 3 (n=326)***			
	n(%)	***IU(+) n (%)***	***IU(-) n (%)***	***p-valor***	***RR [IC]95%***	***IU(+) n (%)***	***IU(-) n (%)***	***p-valor***	***RR [IC]95%***
Ocupação (vínculo empregatício)									
Sim	151 (42,2)	12 (3,6)	133 (40,1)	**0,281** (b)	0,67	24 (7,4)	117 (35,9)	***0,027** (b)	1,97
Não	207 (57,8)	23 (6,9)	164 (49,4)		[0,35- 1,31]	16 (4,9)	169 (51,8)		[1,09-3,56]
Total	358 (100)	35 (10,5)	297 (89,5)			40 (12,3)	286 (87,7)		

(a) Teste qui-quadrado; (b) Teste Exato de Fisher
Legenda: IU (+) = incontinência urinária presente
IU (-) = incontinência urinária ausente
EF = Ensino Fundamental
EM = Ensino Médio

Cabe destacar que o tipo de ocupação exercida pelas entrevistadas é apresentado no Apêndice C.

Vale lembrar que para calcular o nível de atividade física das entrevistadas, foi utilizado o questionário IPAQ (versão 6) que permite estimar o tempo semanal gasto na realização de atividades físicas de intensidade leve a vigorosa em diferentes contextos da vida (trabalho, tarefas domésticas e transporte). Observa-se na Tabela 4, que a prática de atividade física nos diferentes contextos e níveis não apresentou diferença estatística significante entre o grupo de mulheres que apresentaram ou não o desfecho. Nota-se que durante o seguimento, foi maior o percentual de incontinentes com nível leve de atividade física, quer no contexto atividade física no trabalho (57,1%; 57,5%) quanto meio de transporte (71,4% e 80,0%,), enquanto que no contexto atividade física em casa (atividades domésticas) foi maior o percentual de incontinentes com nível moderado (45,7% e 55,0%).

Na Tabela 5, são apresentados os dados sobre o consumo de cigarro, café e bebida alcoólica da coorte, segundo presença ou ausência do desfecho. Verifica-se que 12,8% das mulheres possuíam o hábito de fumar, e 27,9% referiram que já foram fumantes. Observa-se que o tempo de consumo de cigarros apresentou significância estatística apenas no terceiro mês pós-parto (p=0,041), e que a probabilidade de ocorrer o desfecho quando a mulher relatou que já fumou em algum momento confere um risco de 1,86 e 1,53 maior de apresentar o desfecho estudado nas fases 2 e 3, respectivamente.

Verifica-se ainda que durante o seguimento, o consumo de café confere um risco de 1,12 e 1,56 maior de apresentar o desfecho estudado, e que a quantidade de café que a mulher consome diariamente (1 a 3 xícaras na Fase 2 e 4 a 6 xícaras na Fase 3) apresentaram risco relativo maior do que 1.

Sobre o consumo de bebida alcoólica, verifica-se que 76% (272) referiram não ingerir qualquer tipo de bebida alcoólica e que no terceiro mês pós-parto, esta variável apresentou diferença estatística entre o grupo que referiu IU e o que não referiu (p=0,022). Os resultados mostram também

que durante o seguimento, a probabilidade de ocorrer o desfecho entre as mulheres que referiram consumir bebida alcoólica é de 2,13 e 1,74 vez maior.

Nota-se ainda, que o tempo de consumo de bebida alcoólica apresentou associação estatística significante no sexto mês de pós-parto (Fase 3). Considerando o risco relativo, observa-se que na Fase 2 a probabilidade de ocorrer o desfecho é de 1,94 vez maior entre as mulheres que consomem bebida alcoólica entre 6 - 9 anos. Já na Fase 3, mulheres que referiram consumir bebida alcoólica menos de 1 ano, confere um risco de 3,01 vezes maior de apresentar o desfecho, e entre as mulheres que referiram consumo por mais de 10 anos, este risco é de 1,69 vez maior.

Tabela 4 – Classificação do nível de atividade física em diferentes contextos, segundo presença ou ausência de incontinência urinária autorreferida no pós-parto. Londrina, PR – 2011-2012.

Atividade Física	*Fase 2 (n=332)*			*Fase 3 (n=326)*		
	IU(+) ***n (%)***	***IU(-)*** ***n (%)***	***p-valor***	***IU(+)*** ***n (%)***	***IU(-)*** ***n (%)***	***p-valor***
No Trabalho						
Leve	20 (57,1)	184 (61,9)		23 (57,5)	181 (63,3)	
Moderado	1 (2,9)	22 (7,4)	**0,417**	2 (5,0)	21 (7,3)	**0,606**
Vigoroso	14 (40,0)	91 (30,7)		15 (37,5)	84 (29,4)	
Total	35 (100,0)	297 (100,0)		40 (100,0)	286 (100,0)	
Em Casa						
Leve	8 (22,9)	97 (32,7)		9 (22,5)	92 (32,2)	
Moderado	16 (45,7)	144 (48,5)	**0,204**	22 (55,0)	136 (47,5)	**0,465**
Vigoroso	11 (31,4)	56 (18,8)		9 (22,5)	58 (20,3)	
Total	35 (100,0)	297 (100,0)		40 (100,0)	286 (100,0)	
Meio de Transporte						
Leve	25 (71,4)	238 (80,1)		32 (80,0)	225 (78,7)	
Moderado	7 (20,0)	52 (17,5)	**0,115**	6 (15,0)	53 (18,5)	**0,590**
Vigoroso	3 (8,6)	7 (2,4)		2 (5,0)	8 (2,8)	
Total	35 (100,0)	297 (100,0)		40 (100,0)	286 (100,0)	

Teste Exato de Fisher

Legenda: IU (+) = incontinência urinária presente/IU (-) = incontinência urinária ausente

Tabela 5 - Variáveis referentes ao consumo de cigarro, café e bebida alcoólica, segundo presença ou ausência de incontinência urinária autorreferida no pós-parto. Londrina, PR – 2011-2012.

***Variável/* Categoria**	***Fase 1 (n=358)***	***Fase 2 (n=332)***				***Fase 3 (n=326)***			
	n(%)	***IU(+) n (%)***	***IU(-) n (%)***	***p-valor***	***RR [IC]95%***	***IU(+) n (%)***	***IU(-) n (%)***	***p-valor***	***RR [IC]95%***
Tabagismo									
Sim	46 (12,8)	3 (0,9)	40 (12,1)	**0,595** (b)	0,63	4 (1,2)	38 (11,6)	**0,801** (b)	0,75
Não	312 (87,2)	32 (9,6)	257 (77,4)		[0,21-1,97]	36 (11,1)	248 (76,1)		[0,28-2,01]
Total	358 (100)	35 (10,5)	297 (89,5)			40 (12,3)	286 (87,7)		
Quantos cigarros/dia									
1 - 10	31 (67,4)	3 (7,0)	26 (60,5)	**0,539** (b)	--	4 (9,5)	25 (59,5)	**0,292** (b)	--
11 - 20	15 (32,6)	-	14 (32,5)			-	13 (31,0)		
Total	46 (100)	3 (7,0)	40 (93,0)			4 (9,5)	38 (90,5)		
Há quanto tempo									
até 1 ano	1 (2,2)	-	-			-	-		
de 2 a 5 anos	14 (30,4)	-	12 (27,9)	**0,041** (b)	--	-	11 (26,2)	**0,551** (b)	--
de 6 a 9 anos	13 (28,3)	3 (7,0)	10 (23,2)			2 (4,76)	11 (26,2)		
10 anos ou mais	18 (39,1)	-	18 (41,9)			2 (4,76)	16 (38,1)		
Total	46 (100)	03 (7,0)	40 (93,0)			4 (9,5)	38 (90,5)		

(Continua)

(Continuação)

Variável/ **Categoria**	*Fase 1 (n=358)*	*Fase 2 (n=332)*				*Fase 3 (n=326)*			
	n(%)	*IU(+) n (%)*	*IU(-) n (%)*	*p-valor*	*RR [IC]95%*	*IU(+) n (%)*	*IU(-) n (%)*	*p-valor*	*RR [IC]95%*
Já fumou									
Sim	87 (27,9)	13 (4,5)	67 (23,2)	**0,127** (b)	1,86	13 (4,6)	65 (22,9)	**0,296** (b)	1,53
Não	225 (72,1)	19 (6,6)	190 (65,7)		[0,98-3,52]	23 (8,1)	183 (64,4)		[0,83-2,82]
Total	312 (100)	32 (11,1)	257 (88,9)			36 (12,7)	248 (87,3)		
Parou há quanto tempo									
até 1 ano	52 (59,8)	9 (11,3)	39 (48,8)			8 (10,3)	39 (50,0)		
de 2 a 5 anos	20 (23,0)	2 (2,5)	16 (20,0)	**0,712** (b)	--	3 (3,8)	14 (17,9)	**1,000** (b)	--
de 6 a 9 anos	9 (10,3)	2 (2,5)	7 (8,7)			1 (1,3)	8 (10,3)		
10 anos ou mais	6 (6,9)	-	5 (6,2)			1 (1,3)	4 (5,1)		
Total	87 (100)	87 (100)	13 (16,3)			13 (16,7)	65 (83,3)		
Consome Café									
Sim	206 (57,5)	21 (6,3)	169 (50,9)	**0,857** (b)	1,12	27 (8,3)	159 (48,8)	**0,175** (b)	1,56
Não	152 (42,5)	14 (4,2)	128 (38,6)		[0,59-2,13]	13 (4,0)	127 (38,9)		[0,84-2,92]
Total	358 (100)	35 (10,5)	297 (89,5)			40 (12,3)	286 (87,7)		

(Continua)

(Continuação)

Variável/ **Categoria**	*Fase 1 (n=358)*	*Fase 2 (n=332)*				*Fase 3 (n=326)*			
	n(%)	*IU(+) n (%)*	*IU(-) n (%)*	*p-valor*	*RR [IC]95%*	*IU(+) n (%)*	*IU(-) n (%)*	*p-valor*	*RR [IC]95%*
Quantidade por dia									
1 a 3 xícaras	162 (78,6)	17 (8,9)	133 (70,0)		1,13 [0,41-3,18]	21 (11,3)	125 (67,2)		0,96 [0,41-2,22]
4 a 6 xícaras	21 (10,2)	2 (1,1)	17 (8,9)	**1,000** (b)	0.95 [0,24-3,76]	3 (1,6)	16 (8,6)	**0,933** (b)	1,09 [0,36-3,31]
7 xícaras ou mais	23 (11,2)	2 (1,1)	19 (10,0)		0,85 [0,21-3,38]	3 (1,6)	18 (9,7)		0,98 [0,32-2,98]
Total	206 (100)	21 (11,1)	169 (88,9)			27 (14,5)	159 (85,5)		
Bebida alcoólica									
Sim	86 (24,0)	14 (4,2)	65 (19,6)	**0,022** (b)	2,13 [1,14-3,99]	14 (4,3)	63 (19,3)	**0,076** (b)	1,74 [0,96-3,16]
Não	272 (76,0)	21 (6,3)	232 (69,9)			26 (8,0)	223 (68,4)		
Total	358 (100)	35 (10,5)	297 (89,5)			40 (12,3)	286 (87,7)		
Qual bebida									
Cerveja	62 (72,1)	11 (13,9)	47 (59,5)			11 (14,3)	46 (59,7)		
Vinho	8 (9,3)	-	7 (8,9)	**0,605** (b)	--	-	7 (9,1)	**0,538** (b)	--
Cerveja e vinho	12 (14,0)	3 (3,8)	8 (10,1)			2 (2,6)	8 (10,4)		
Outros	4 (4,6)	-	3 (3,8)			1 (1,3)	2 (2,6)		
Total	86 (100)	14 (17,7)	65 (82,3)			14 (18,2)	63 (81,8)		

(Continua)

(Conclusão)

Variável/ **Categoria**	*Fase 1 (n=358)*	*Fase 2 (n=332)*				*Fase 3 (n=326)*			
	n(%)	*IU(+) n (%)*	*IU(-) n (%)*	*p-valor*	*RR [IC]95%*	*IU(+) n (%)*	*IU(-) n (%)*	*p-valor*	*RR [IC]95%*
Quantidade por semana									
0 – 500 ml	48 (55,8)	8 (10,1)	33 (41,8)			7 (9,1)	32 (41,6)		
501 – 1000 ml	26 (30,2)	4 (5,1)	22 (27,8)	**0,499** (b)	--	5 (6,5)	21 (27,2)	**0,612** (b)	--
1001 – 2000 ml	6 (7,0)	2 (2,5)	4 (5,1)			2 (2,6)	4 (5,2)		
2001 – 3000 ml	6 (7,0)	-	6 (7,6)			-	6 (7,8)		
Total	86 (100)	14 (17,7)	65 (82,3)			14 (18,2)	63 (81,8)		
Há quanto tempo									
até 1 ano	14 (16,3)	2 (2,5)	10 (12,6)		0,93 [0,24-3,64]	5 (6,5)	7 (9,1)		3,01 [1,22-7,42]
de 2 a 5 anos	28 (32,6)	4 (5,1)	21 (26,6)	**0,556** (b)	0,86 [0,29-2,49]	1 (1,3)	23 (29,9)	***0,027** (b)	0,17 [0,02-1,22]
de 6 a 9 anos	24 (27,9)	6 (7,6)	16 (20,3)		1,94 [0,76-4,96]	3 (3,9)	19 (24,6)		0,68 [0,21-2,21]
10 anos ou mais	20 (23,2)	2 (2,5)	18 (22,8)		0,49 [0,12-2,01]	5 (6,5)	14 (18,2)		1,69 [0,65-4,44]
Total	86 (100)	14 (17,7)	65 (82,3)			14 (18,2)	63 (81,8)		

(a) Teste qui-quadrado; (b) Teste Exato de Fisher
Legenda: IU (+) = incontinência urinária presente
IU (-) = incontinência urinária ausente

4.3 – INTERCORRÊNCIAS DE SAÚDE E CONHECIMENTO SOBRE INCONTINÊNCIA URINÁRIA

A seguir na Tabela 6, apresentam-se as variáveis: intercorrências de saúde e uso de medicamentos referidos pelas entrevistadas. Verifica-se que apenas 13 (3,6%) referiram alguma intercorrência de saúde e, dentre as intercorrências referidas pelas entrevistadas estão: alterações hormonais, neurológicas, físicas e doenças sexualmente transmissíveis (DST), no entanto, esta variável não apresentou diferença estatística significante com a ocorrência da perda involuntária de urina no pós-parto (p=0,615 e p=0,583, respectivamente).

Vale acrescentar que dentre os medicamentos utilizados por 12 mulheres encontravam-se: analgésico 6 (50%); vitamina 1 (8,3%); repositor de ferro (2 – 16,7%); gastrointestinal e antiulceroso (2- 16,7%) e anticonvulsivantes (1- 8,3%). Vale ressaltar que o tipo de medicamento utilizado pelas entrevistadas não apresentou associação com a perda de urina durante o seguimento (p=1,000 e p=0,600; respectivamente).

Na Tabela 7, são apresentados os dados sobre o conhecimento das entrevistadas sobre o que é incontinência urinária e tipos de tratamento para esta morbidade, segundo presença ou ausência do desfecho.

Verifica-se que durante o seguimento, a maioria das mulheres não tinha conhecimento do que é incontinência urinária e nem mesmo sobre algum tratamento para esta intercorrência. Os resultados mostraram que na Fase 2, ter ou não conhecimento do que é IU, apresentou risco relativo de 1,38 vez maior de apresentar o desfecho e, de 1,74 vez maior quando a mulher desconhece qualquer tipo de tratamento para o desfecho estudado.

Tabela 6 - Dados referentes à intercorrências de saúde e uso de medicamento, segundo presença ou ausência de incontinência urinária autorreferida no pós-parto. Londrina, PR – 2011-2012.

***Variável/* Categoria**	***Fase 1 (n=358)***	***Fase 2 (n=332)***				***Fase 3 (n=326)***			
	n(%)	***IU(+) n (%)***	***IU(-) n (%)***	***p-valor***	***RR [IC]95%***	***IU(+) n (%)***	***IU(-) n (%)***	***p-valor***	***RR [IC]95%***
Intercorrência de saúde									
Sim	13 (3,6)	1 (0,3)	12 (3,6)	**1,000** (b)	0,73	1 (0,3)	11 (3,4)	**1,000** (b)	0,67
Não	345 (96,4)	34 (10,2)	285 (85,9)		[0,11-4,87]	39 (12,0)	275 (84,3)		[0,10-4,48]
Total	358 (100)	35 (10,5)	297 (89,5)			40 (12,3)	286 (87,7)		
Uso de medicamento									
Sim	12 (3,3)	1 (0,3)	10 (3,0)	**1,000** (b)	0,86	1 (0,3)	9 (2,7)	**1,000** (b)	0,81
Não	346 (96,7)	34 (10,2)	287 (86,5)		[0,13-5,71]	39 (12,0)	277 (85,0)		[0,12-5,32]
Total	358 (100)	35 (10,5)	297 (89,5)			40 (12,3)	286 (87,7)		

(a) Teste qui-quadrado; (b) Teste Exato de Fisher
Legenda: IU (+) = incontinência urinária presente
IU (-) = incontinência urinária ausente

Tabela 7 – Dados sobre o conhecimento de incontinência urinária segundo presença ou ausência de IU autorreferida no pós-parto. Londrina, PR – 2011-2012.

***Variável/* Categoria**	***Fase 1 (n=358)***	***Fase 2 (n=332)***				***Fase 3 (n=326)***			
	n(%)	***IU(+) n (%)***	***IU(-) n (%)***	***p-valor***	***RR [IC]95%***	***IU(+) n (%)***	***IU(-) n (%)***	***p-valor***	***RR [IC]95%***
O que é IU?									
Sim	131 (36,6)	16 (4,8)	110 (33,1)	**0,414** (a)	1,38	14 (4,3)	112 (34,4)	**0,739** (a)	0,85
Não	227 (63,4)	19 (5,7)	187 (56,4)		[0,73-2,58]	26 (8,0)	174 (53,3)		[0,46-1,57]
Total	358 (100)	35 (10,5)	297 (89,5)			40 (12,3)	286 (87,7)		
Tratamento para IU									
Sim	18 (5,0)	3 (0,9)	14 (4,2)	**0,404** (b)	1,74	2 (0,6)	15 (4,6)	**1,000** (b)	0,96
Não	340 (95,0)	32 (9,6)	283 (85,3)		[0,59-5,11]	38 (11,7)	271 (83,1)		[0,25-3,64]
Total	358 (100)	35 (10,5)	297 (89,5)			40 (12,3)	286 (87,7)		
Tipo de tratamento									
Exercícios perineais	6 (33,3)	2 (11,8)	4 (23,5)			1 (5,9)	5 (29,4)		
Medicação	3 (16,7)	1 (5,9)	2 (11,8)	**0,158** (b)	--	1 (5,9)	2 (11,8)	**0,264** (b)	--
Cirurgia	9 (50,0)	-	8 (47,0)			-	8 (47,0)		
Total	18 (100)	3 (17,7)	14 (82,3)			2 (11,8)	15 (88,2)		

(a) Teste qui-quadrado; (b) Teste Exato de Fisher
Legenda: IU (+) = incontinência urinária presente
IU (-) = incontinência urinária ausente

Na Tabela 8, a seguir, são apresentados os dados sobre o preparo do períneo durante a gestação e a ocorrência de infecção do trato urinário, em momento anterior ao parto, segundo presença ou ausência do desfecho.

Considerou-se a ocorrência de infecção do trato urinário (ITU) como um possível fator de confusão, pois, de acordo com a literatura, esta intercorrência aumentaria o risco de incontinência urinária. Neste estudo, na Fase 2, ter apresentado infecção do trato urinário se associou estatisticamente à ocorrência do desfecho (p=0,015), e que a probabilidade de ocorrer o desfecho quando a mulher relatou ITU é de 2,78 e 1,51 vezes maior nas fases 2 e 3, respectivamente. Observa-se ainda, risco relativo de 1,38 entre as mulheres que realizaram ou não o preparo do períneo durante a gestação na Fase 2.

Vale acrescentar que, dentre as mulheres que referiram ITU, em algum momento, 226 (99,1%) realizaram tratamento por meio medicamentoso e apenas duas não o fizeram. Embora sem significância estatística, nota-se que o RR foi de 1,29 vez maior entre as mulheres que referiram ITU no terceiro trimestre da gestação na Fase 2, e na Fase 3 o risco foi de 1,19 e 1,29 vez maior no segundo e terceiro trimestre, respectivamente, demonstrando uma tendência à ocorrência do desfecho. Observa-se ainda, que na Fase 2, a probabilidade de ocorrer o desfecho é de 1,99 vezes maior entre as mulheres que referiram ITU no primeiro trimestre da gestação.

Tabela 8 - Dados referentes ao preparo do períneo durante a gestação e à infecção do trato urinário, segundo presença ou ausência de incontinência urinária autorreferida no pós-parto. Londrina, PR – 2011-2012.

***Variável/* Categoria**	***Fase 1 (n=358)***	***Fase 2 (n=332)***				***Fase 3 (n=326)***			
	n(%)	***IU(+) n (%)***	***IU(-) n (%)***	***p-valor***	***RR [IC]95%***	***IU(+) n (%)***	***IU(-) n (%)***	***p-valor***	***RR [IC]95%***
Preparo do períneo									
Sim	55 (15,4)	7 (2,1)	44 (13,3)	**0,577** (a)	1,38	5 (1,5)	46 (14,1)	**0,724** (a)	0,77
Não	303 (84,6)	28 (8,4)	253 (76,2)		[0,64-2,98]	35 (10,8)	240 (73,6)		[0,32-1,87]
Total	358 (100)	35 (10,5)	297 (89,5)			40 (12,3)	286 (87,7)		
Qual exercício?									
Reter a urina	3 (5,5)	-	3 (5,9)			-	3 (5,9)		
Contrair a vagina	21 (38,2)	1 (2,0)	20 (39,2)	**0,188** (b)	--	3 (5,9)	18 (35,3)	**0,738** (b)	--
Caminhada	31 (56,3)	6 (11,7)	21 (41,2)			2 (3,9)	25 (49,0)		
Total	55 (100)	7 (13,7)	44 (86,3)			5 (9,8)	46 (90,2)		
ITU									
Sim	228 (63,7)	29 (8,7)	182 (54,8)	**0,015** (b)	2,78	29 (8,9)	178 (54,6)	**0,225** (b)	1,51
Não	130 (36,3)	6 (1,8)	115 (34,7)		[1,18-6,49]	11 (3,4)	108 (33,1)		[0,78-2,92]
Total	358 (100)	35 (10,5)	297 (89,5)			40 (12,3)	286 (87,7)		

(Continua)

(Conclusão)

Variável/ **Categoria**	*Fase 1 (n=358)*	*Fase 2 (n=332)*				*Fase 3 (n=326)*			
	n(%)	*IU(+) n (%)*	*IU(-) n (%)*	*p-valor*	*RR [IC]95%*	*IU(+) n (%)*	*IU(-) n (%)*	*p-valor*	*RR [IC]95%*
Em que momento?									
Antes da Gestação	113 (49,6)	12 (5,7)	93 (44,1)		0,71 [0,36-,42]	14 (6,7)	89 (43,0)		0,94 [0,48-1,85]
1º trimestre	22 (9,6)	5 (2,4)	15 (7,1)		1,99 [0,85-4,64]	1 (0,5)	19 (9,2)		0,33 [0,05-2,32]
2º trimestre	39 (17,1)	4 (1,9)	34 (16,1)	**0,342** (b)	0,73 [0,27-1,97]	6 (2,9)	31 (15,0)	**0,615** (b)	1,19 [0,52-2,73]
3º trimestre	54 (23,7)	8 (3,8)	40 (18,9)		1,29 [0,61-2,73]	8 (3,9)	39 (18,8)		1,29 [0,61-2,74]
Total	228 (100)	29 (13,8)	182 (86,2)			29 (14,0)	178 (86,0)		
Fez tratamento?									
Sim	226 (99,1)	29 (13,7)	180 (85,3)	**1,000** (b)	--	29 (14,0)	176 (85,0)	**1,000** (b)	--
Não	2 (0,9)	-	2 (1,0)			-	2 (1,0)		
Total	228 (100)	29 (13,7)	182 (86,3)			29 (14,0)	178 (86,0)		

(a) Teste qui-quadrado; (b) Teste Exato de Fisher
Legenda: IU (+) = incontinência urinária presente
IU (-) = incontinência urinária ausente

4.4 - DADOS GINECOLÓGICOS E OBSTÉTRICOS

As Tabelas 9 e 10 a seguir, apresentam os dados sobre o número de gestações, a paridade, o ganho de peso durante a gestação e dados obstétricos referentes ao último parto, distribuídos segundo presença ou ausência do desfecho.

À Tabela 9, verifica-se que durante o seguimento, foi maior o percentual de mulheres que tiveram entre 2 e 5 gestações, e que na Fase 3, a probabilidade de ocorrer o desfecho é de 1,40 e 1,66 vezes maior entre as mulheres com duas a cinco e com mais de cinco gestações, respectivamente. Quanto à paridade, os resultados mostram que a representatividade de Para II e mais foi discretamente maior do que a de primíparas. Vale destacar que dentre as 170 primíparas, 20 (11,8%) sofreram um abortamento anterior, enquanto que no grupo das Para II e mais, o percentual de mulheres que tiveram um ou mais abortamentos anteriores foi de 13,3% (25).

Observa-se a mesma tabela, que na Fase 2, mesmo sem significância estatística, o ganho de peso entre 17.000 – 24.999Kg e ≥ 25 Kg confere um risco de 1,55 e 1,95 vez maior de apresentar o desfecho estudado. Na Fase 3, a probabilidade de ocorrer o desfecho é de 2,02 e 1,66 vez maior entre as mulheres com ganho de ≤ 8,999 Kg e ≥ 25 Kg , respectivamente.

Na Tabela 10, serão apresentados os resultados das variáveis relacionadas ao último parto das mulheres entrevistadas.

Observa-se que as características obstétricas da amostra, tais como: posição adotada no momento do parto e o uso de anestesia, figuraram como fatores de risco para ocorrência de IU no pós-parto. Considerando o risco relativo, observa-se que na Fase 3, mulheres submetidas ao parto fórceps confere um risco de 2,76 vezes maior de ter IU no pós-parto. Nota-se ainda, que dentre as mulheres que tiveram parto normal, o RR foi de 1,22 e 1,27 vez maior nas fases 2 e 3, respectivamente. Observa-se que a posição adotada na hora do parto (sentada) e tipo de anestesia apresentaram associação estatística significante apenas no sexto mês pós-parto (p=0,017 e p=0,025), no entanto, considerando o RR, na Fase 2, estas variáveis

conferem um risco de 1,19 e 1,16 vez maior (respectivamente) de apresentar o desfecho.

Embora as variáveis situação do períneo e peso do recém-nascido ao nascer não apresentarem significância estatística durante o seguimento, nota-se que na Fase 2, períneo íntegro e laceração com sutura confere um risco de 1,05 e 1,32 vez maior, mostrando uma tendência à ocorrência do desfecho. Já na Fase 3, esta tendência se mostra entre as mulheres que tiveram períneo íntegro e laceração sem sutura (RR= 1,43 e 1,39; respectivamente).

Quando de avalia o peso do recém-nascido, nota-se que durante o seguimento, peso do RN entre 3.000–3.499 e 3.500-3.999 confere um risco de 1,34 e 1,07 vez maior na Fase 2, e de 1,26 e 1,29 vez maior na Fase 3, mostrando uma tendência à ocorrência do desfecho.

Tabela 9. Dados da história obstétrica e da última gravidez, segundo presença ou ausência de incontinência urinária autorreferida no pós-parto. Londrina, PR – 2011-2012.

***Variável/* Categoria**	***Fase 1 (n=358)***	***Fase 2 (n=332)***				***Fase 3 (n=326)***			
	n(%)	***IU(+) n (%)***	***IU(-) n (%)***	***p-valor***	***RR [IC]95%***	***IU(+) n (%)***	***IU(-) n (%)***	***p-valor***	***RR [IC]95%***
Número de gestações									
Uma	150 (41,9)	14 (4,2)	127 (38,3)		0,90 [0,47-1,71]	13 (4,0)	126 (38,6)		0,65 [0,35-1,21]
duas a cinco	196 (54,7)	21 (6,3)	159 (47,9)	**0,672** (b)		25 (7,7)	152 (46,6)	**0,257** (b)	1,40 [0,77-2,56]
Mais de cinco	12 (3,4)	-	11 (3,3)		--	2 (0,6)	8 (2,5)		1,66 [0,46-5,95]
Total	358 (100)	35 (10,5)	297 (89,5)			40 (12,3)	286 (87,7)		
Paridade									
Primípara	170 (47,5)	16 (4,8)	144 (43,4)	**0,895(a)**	0,91 [0,48-1,69]	16 (4,9)	141 (43,2)	**0,350(a)**	0,72 [0,39-1,30]
II para e mais	188 (52,5)	19 (5,7)	153 (46,1)			24 (7,4)	145 (44,5)		
Total	358 (100)	35 (10,5)	297 (89,5)			40 (12,3)	286 (87,7)		
Ganho de peso									
≤ 8.999	62 (17,3)	6 (1,8)	52 (15,7)		0,98 [0,42-2,25]	12 (3,7)	45 (13,8)		2,02 [1,09-3,73]
9.000 - 16.999	206 (57,5)	16 (4,8)	172 (51,8)	**0,389** (a)	0,64 [0,34-1,21]	18 (5,5)	167 (51,2)	**0,117** (a)	0,62 [0,35-1,12]
17.000 - 24.999	79 (22,1)	11 (3,3)	65 (19,6)		1,55 [0,79-3,01]	8 (2,5)	66 (20,2)		0,85 [0,41-1,77]

(Continua)

(Conclusão)

Variável/ **Categoria**	*Fase 1 (n=358)*	*Fase 2 (n=332)*				*Fase 3 (n=326)*			
	n(%)	*IU(+) n (%)*	*IU(-) n (%)*	*p-valor*	*RR [IC]95%*	*IU(+) n (%)*	*IU(-) n (%)*	*p-valor*	*RR [IC]95%*
Ganho de peso									
≥ 25.000	11 (3,1)	2 (0,6)	8 (2,4)		1,95 [0,54-7,03]	2 (0,6)	8 (2,5)		1,66 [0,46-5,95]
Total	358 (100)	35 (10,5)	297 (89,5)			40 (12,3)	286 (87,7)		

(a) Teste qui-quadrado; (b) Teste Exato de Fisher
Legenda: IU (+) = incontinência urinária presente
IU (-) = incontinência urinária ausente

Tabela 10 – Dados obstétricos, referentes ao último parto, segundo presença ou ausência de incontinência urinária autorreferida no pós-parto. Londrina, PR – 2011-2012.

***Variável/* Categoria**	***Fase 1 (n=358)***	***Fase 2 (n=332)***				***Fase 3 (n=326)***			
	n(%)	***IU(+) n (%)***	***IU(-) n (%)***	***p-valor***	***RR [IC]95%***	***IU(+) n (%)***	***IU(-) n (%)***	***p-valor***	***RR [IC]95%***
Tipo do parto									
Normal	262 (73,2)	27 (8,1)	217 (65,4)		1,22 [0,57-2,58]	31 (9,5)	207 (63,5)		1,27 [0,63-2,57]
Fórceps	5 (1,4)	-	3 (0,9)	**0,764** (a)	--	1 (0,3)	2 (0,6)	**0,366** (a)	2,76 [0,54-14,19]
Cesárea	91 (25,4)	8 (2,4)	77 (23,2)		0.86 [0,41-1,82]	8 (2,5)	77 (23,6)		0,71 [0,34-1.48]
Total	358 (100)	35 (10,5)	297 (89,5)			40 (12,3)	286 (87,7)		
Recebeu ocitocina									
Sim	344 (96,1)	35 (10,5)	284 (85,5)	**0,375** (b)	--	40 (12,3)	273 (83,7)	**0,381** (b)	--
Não	14 (3,9)	-	13 (4,0)			-	13 (4,0)		
Total	358 (100)	35 (10,5)	297 (89,5)			40 (12,3)	286 (87,7)		

(Continua)

(Continuação)

Variável/ **Categoria**	*Fase 1 (n=358)*	*Fase 2 (n=332)*				*Fase 3 (n=326)*			
	n(%)	*IU(+) n (%)*	*IU(-) n (%)*	*p-valor*	*RR [IC]95%*	*IU(+) n (%)*	*IU(-) n (%)*	*p-valor*	*RR [IC]95%*
Posição									
Litotômica	349 (97,5)	34 (10,2)	289 (87,1)		0,95 [0,14-6,18]	39 (12,0)	279 (85,6)		
Sentada	8 (2,2)	1 (0,3)	7 (2,1)	**0,928** (a)	1,19 [0,18-7,66]	-	7 (2,1)	**0,017** (a)	--
Em pé	1 (0,3)	-	1 (0,3)		--	1 (0,3)	-		--
Total	358 (100)	35 (10,5)	297 (89,5)			40 (12,3)	286 (87,7)		
Recebeu anestesia									
Sim	213 (59,5)	20 (6,0)	177 (53,3)	**0,856** (b)	0,92 [0,49-1,72]	17 (5,2)	177 (54,3)	**0,025** (b)	0,50 [0,28-0,90]
Não	145 (40,5)	15 (4,5)	120 (36,2)			23 (7,1)	109 (33,4)		
Total	358 (100)	35 (10,5)	297 (89,5)			40 (12,3)	286 (87,7)		
Tipo de anestesia									
Local	120 (56,3)	12 (6,1)	99 (50,2)	**0,815** (b)	1,16 [0,49-2,72]	9 (4,6)	99 (51,0)	**0,805** (b)	0,89 [0,36-2,22]
Raquidiana	93 (43,7)	8 (4,1)	78 (39,6)			8 (4,2)	78 (40,2)		
Total	213 (100)	20 (10,2)	177 (89,8)			17 (8,8)	177 (91,2)		

(Continua)

(Continuação)

Variável/ **Categoria**	*Fase 1 (n=358)*	*Fase 2 (n=332)*				*Fase 3 (n=326)*			
	n(%)	*IU(+) n (%)*	*IU(-) n (%)*	*p-valor*	*RR [IC]95%*	*IU(+) n (%)*	*IU(-) n (%)*	*p-valor*	*RR [IC]95%*
Situação do períneo									
Íntegro	221 (61,7)	22 (6,6)	183 (55,1)		1,05 [0,55-2,01]	28 (8,6)	174 (53,4)		1,43 [0,76-2,71]
Com episiotomia	54 (15,1)	4 (1,2)	44 (13,3)	**0,763** (a)	0,76 [0,28-2,07]	5 (1,5)	41 (12,6)	**0,452** (a)	0.87 [0,36-2,10]
Laceração s/ sutura	18 (5,0)	1 (0,3)	17 (5,1)		0,51 [0,07-3,54]	3 (0,9)	15 (4,6)		1,39 [0,47-4,07]
Laceração c/ sutura	65 (18,2)	8 (2,4)	53 (16,0)		1,32 [0,63-2,75]	4 (1,3)	56 (17,1)		0,49 [0,18-1,33]
Total	358 (100)	35 (10,5)	297 (89,5)			40 (12,3)	286 (87,7)		
Uso de sonda vesical									
Sim	91 (25,4)	8 (2,4)	77 (23,2)	**0,839** (b)	0,86 [0,41-1,83]	8 (2,5)	77 (23,6)	**0,443** (b)	0,71 [0,34-1,48]
Não	267 (74,6)	27 (8,1)	220 (66,3)			32 (9,8)	209 (64,1)		
Total	358 (100)	35 (10,5)	297 (89,5)			40 (12,3)	286 (87,7)		

(Continua)

(Conclusão)

Variável/ **Categoria**	*Fase 1 (n=358)*	*Fase 2 (n=332)*				*Fase 3 (n=326)*			
	n(%)	*IU(+) n (%)*	*IU(-) n (%)*	*p-valor*	*RR [IC]95%*	*IU(+) n (%)*	*IU(-) n (%)*	*p-valor*	*RR [IC]95%*
Peso do recém-nascido									
< 2.500	14 (3,9)	1 (0,3)	12 (3,6)		0,73 [0,11-4,87]	-	12 (3,7)		--
2500 – 2.999	70 (19,6)	5 (1,5)	60 (18,1)		0,68 [0,28-1,70]	5 (1,5)	59 (18,1)		0,58 [0,24-1.43]
3.000 – 3.499	172 (48,0)	19 (5,7)	137 (41,3)	**0,821** (a)	1,34 [0,71-2,51]	21 (6,5)	131 (40,2)	**0,450** (a)	1,26 [0,71-2,26]
3.500 – 3.999	84 (23,5)	9 (2,7)	72 (21,7)		1,07 [0,52- 2,19]	12 (3,7)	69 (21,1)		1,29 [0,69-2,43]
≥ 4.000	18 (5,0)	1 (0,3)	16 (4,8)		0,54 [0,08-3,75]	2 (0,6)	15 (4,6)		0,96 [0,25-3,64]
Total	358 (100)	35 (10,5)	297 (89,5)			40 (12,3)	286 (87,7)		

(a) Teste qui-quadrado; (b) Teste Exato de Fisher
Legenda: IU (+) = incontinência urinária presente
IU (-) = incontinência urinária ausente

A seguir, são apresentados os resultados da análise multivariada envolvendo as combinações de variáves obtidas por meio da metodologia de classificação.

Como apresentado no capítulo dos métodos, a metodologia de análise multivariada adotada neste trabalho é composta basicamente por dois componentes, o algoritmo de busca e a função critério. A função critério adotada foi a entropia condicional média, na qual é aplicada a probabilidade condicional da ocorrência de IU dada a observação das variáveis. Logo, ao observar uma variável ou um subconjunto de variáveis que predizem a ocorrência da IU, a probabilidade condicional da IU dada a observação dessa(s) variável(eis) será alta e, consequentemente, a incerteza nessa predição será baixa. Por outro lado, se ao observar uma variável ou um subconjunto de variáveis que não predizem a ocorrência da IU, a probabilidade condicional será baixa e a incerteza nessa predição será alta. Nesse contexto, a entropia condicional média pode ser vista como uma média de incerteza na predição da IU dada a observação das variáveis, a qual apresenta uma escala numérica de 0 a 1, sendo que o valor 1 representa o nível máximo de incerteza e o valor 0 representa que não houve incerteza condicionada à observação das variáveis e a ocorrência da IU. O algoritmo de busca tenta combinar as variáveis em um subconjunto de forma a minimizar o valor da entropia condicional média. O algoritmo adotado inicia procurando a melhor característica individual, ou seja, a característica que individualmente apresente o menor valor de entropia. Em seguida, combina a característica selecionada no passo anterior com as demais, tentando identificar a melhor dupla de características em termos da menor entropia. Esse procedimento é repetido até que a inclusão de novas características no subconjunto não produza mais melhoria (redução) no valor da função critério.

Com objetivo de investigar a acurácia da metodologia utilizada, a Tabela 11 apresenta as frequências de classificação considerando-se apenas duas classes: mulheres com IU e sem IU, sem considerar o tipo da perda de urina e os respectivos resultados de classificação obtidos a partir da validação bootstrap com 10 execuções.

Vale lembrar que na Fase 2, 35 mulheres referiam IU e 297 não referiram. Observa-se na Tabela 11, que das 35 mulheres que referiram perda de urina, a metodologia de classificação utilizada mostrou acerto de 71%, e um erro de 29% e, dentre as mulheres que não referiram perda de urina a metodologia mostrou acerto de 98% e um erro de 2%, ou seja, estes resultados mostram que das 35 mulheres com IU, dez mulheres não tiveram IU (erro de 29%) e dentre as mulheres sem IU o erro foi de 2%. O método utilizado apresentou média de acertos de 95,5% entre todas as classificações. Mais especificamente, os resultados indicam que o método foi capaz de predizer corretamente 95,5% das ocorrências ou não de IU ao observar as variáveis selecionadas. A precisão do método ao inferir as mulheres que não tiveram IU foi de 98% e para as que apresentaram IU foi de 71%. Essa precisão mais baixa para as mulheres com IU possivelmente ocorreu devido a amostragem de mulheres que apresentaram IU (35) ser relativamente baixa com relação as que não apresentaram IU (297).

Cabe destacar que os resultados da metodologia de classificação apresentados na tabela 11 foram obtidos a partir da seleção das seguintes características: infecção do trato urinário, ocupação, uso de anestesia, consumo de café, ganho de peso durante a gestação, cor da pele e idade. Vale acrescentar que observando-se as três melhores respostas obtidas pela metodologia de classificação, apenas quatro (infecção do trato urinário, uso de anestesia, consumo de café e idade), dentre as sete características apareceram de forma consistente. Em outras palavras, essas características se apresentaram mais robustas na classificação entre as mulheres que apresentaram IU e as que não referiram IU, indicando fortemente que a combinação destas características podem ser fatores de risco para a ocorrência de IU no pós-parto.

Tabela 11 – Frequências de classificação considerando as mulheres que referiram perda de urina e as que não referiram na Fase 2. Londrina, PR, 2011-2012.

Frequência dos resultados de classificação – Fase 2			
	IU (+)	**IU (-)**	**Total**
	N(%)	***N(%)***	
IU (+)	25 (71%)	10 (29%)	35 (100%)
IU (-)	5 (2%)	292 (98%)	297 (100%)
Total	30	302	332

Legenda: IU (+) = incontinência urinária presente
IU (-) = incontinência urinária ausente

Com objetivo de investigar mais detalhadamente a contribuição das variáveis individualmente foi realizada as análises dos subconjuntos parciais. O resultado dessa análise parcial pode ser observado na Tabela 12. Observa-se que além da variável infecção do trato urinário (ITU) ter sido a primeira selecionada pelo método e, portanto, mais importante individualmente, é a variável que apresentou maior redução da entropia, ou seja, redução da incerteza, foi a variável idade, com redução de 0,03831.

Tabela 12 - Análise parcial das variáveis relacionadas à perda de urina na Fase 2. Londrina, PR, 2011-2012.

Subconjunto de variáveis	**Entropia condicional média**	**Melhoria**
ITU	0,29687	-
ITU; Ocupação	0,29298	**0,00389**
ITU; Ocupação; Anestesia	0,28340	**0,00958**
ITU; Ocupação; Anestesia; Consumo de Café	0,26836	**0,01503**
ITU; Ocupação; Anestesia; Consumo de Café; Ganho de peso	0,24371	**0,02466**
ITU; Ocupação; Anestesia; Consumo de Café; Ganho de peso; Cor da pele	0,20795	**0,03576**
ITU; Ocupação; Anestesia; Consumo de Café; Ganho de peso; Cor da pele; Idade	0,16964	**0,03831**

A Tabela 13 apresenta os resultados da análise multivariada da Fase 3. Nota-se que dentre as 40 mulheres que referiram IU no pós-parto a metodologia apresentou acerto de 70% e um erro de 30% e, dentre as 286 mulheres que não referiram perda urinária, o acerto foi de 98% e o erro de 2%. Os achados apresentados por meio da metodologia de classificação mostraram erro de 30% entre as 40 mulheres com IU, ou seja, os dados mostram que das 40 mulheres 12 não tiveram IU.

Cabe destacar que o método utilizado apresentou uma média de acertos de 94,8% e, que os resultados da metodologia de classificação foram obtidos a partir da seleção das seguintes características: uso de anestesia, idade, ocupação, consumo de café, cor da pele, peso do recém-nascido ao nascer e infecção do trato urinário. Ao analisar as três melhores respostas obtidas pela metodologia de classificação, verificou-se que cinco dentre as sete características apareceram de forma consistente (uso de anestesia, idade, ocupação, consumo de café e cor da pele), o que indica fortemente que estas características combinadas podem ser consideradas fatores de risco para ocorrência da perda involuntária de urina no pós-parto.

Tabela 13 – Frequências de classificação considerando as mulheres que referiram perda de urina e as que não referiram na Fase 3. Londrina, PR – 2011-2012.

Frequência dos resultados de classificação – Fase 3			
	IU (+)	**IU (-)**	**Total**
	N(%)	***N(%)***	
IU (+)	28 (70%)	12 (30%)	40 (100%)
IU (-)	5 (2%)	281 (98%)	286 (100%)
Total	**33**	**293**	**326**

Legenda: IU (+) = incontinência urinária presente
IU (-) = incontinência urinária ausente

A exemplo dos resultados da Fase 2, também foram analisadas as contribuições individuais das variáveis na ocorrência de IU da Fase 3. O resultado dessa análise parcial pode ser observado na Tabela 14. Nota-se que além da variável uso de anestesia ter sido a primeira selecionada pelo método e, portanto, mais importante individualmente, a variável que

apresentou maior redução da entropia, ou seja, redução da incerteza, foi a variável cor da pele, com redução de 0,05633.

Tabela 14 - Análise parcial das variáveis relacionadas à perda de urina na Fase 3. Londrina, PR, 2011-2012.

Subconjunto de variáveis	Entropia condicional média	Melhoria
Anestesia	0,33145	-
Anestesia; Idade	0,32390	**0,00755**
Anestesia;Idade; Ocupação	0,30123	**0,02267**
Anestesia; Idade; Ocupação; Consumo de café	0,28922	**0,01201**
Anestesia; Idade, Ocupação; Consumo de café; Cor da pele	0,25709	**0,03213**
Anestesia; Idade, Ocupação; Consumo de café; Cor da pele; Peso do recém-nascido	0,21872	**0,03837**
Anestesia; Idade, Ocupação; Consumo de café; Cor da pele; Peso do recém-nascido; ITU	0,16240	**0,05633**

Mesmo não sendo foco deste estudo, optou-se por investigar as variáveis preditoras para o tipo da perda de urina. As tabelas 15 e 16 apresentam os resultados usando a mesma metodologia aplicada na tabela 11, mas desta vez considerando-se o tipo de IU e, consequentemente, passando a ter quatro classes: mulheres sem IU, com IU de esforço, com IU de urgência e com IU mista.

Verifica-se na tabela 15, que das 297 mulheres que não referiram perda de urina a metodologia de classificação utilizada mostrou acerto de 98%, e erro de 2% e, dentre as 35 mulheres que referiram perda de urina a metodologia mostrou acerto de 68% entre as mulheres com IU de esforço, 75% nas que tiveram IU de urgência e 67% entre as mulheres com IU mista. Estes resultados mostram que a taxa de erro da metodologia utilizada foi baixa e que a mesma apresentou média de acertos de 95,2% entre todas as classificações.

A Tabela 15 mostra os resultados da metodologia de classificação obtidos a partir da seleção das características: idade, consumo de café, cor da pele, ocupação, ganho de peso durante a gestação, infecção do trato

urinário e uso de anestesia. A análise das três melhores respostas obtidas pela metodologia de classificação mostrou que cinco, dentre as sete características apareceram de forma consistente (idade, consumo de café, cor da pele, ocupação, ganho de peso durante a gestação). Logo, verifica-se que essas características de forma combinada se apresentaram mais fortes na classificação entre as mulheres com e sem IU e o tipo da perda de urina.

Tabela 15 – Frequências de classificação considerando as mulheres que referiram ou não perda de urina e os tipos de IU na Fase 2. Londrina, PR – 2011-2012.

Frequência dos resultados de classificação – Fase 2					
	IU (-)	**IU de esforço**	**IU de urgência**	**IU mista**	**Total**
	N(%)	***N(%)***	***N(%)***	***N(%)***	
IU (-)	292 (98%)	2 (1%)	0 (0%)	3 (1%)	297 (100%)
IU de esforço	7 (2%)	15 (68%)	0 (0%)	0 (0%)	22 (100%)
IU de urgência	1 (25%)	0 (0%)	3 (75%)	0 (0%)	4 (100%)
IU mista	3 (33%)	0 (0%)	0 (0%)	6 (67%)	9 (100%)
Total	303	17	3	9	332

Legenda: IU (-) = incontinência urinária ausente

Considerando a Fase 3, verifica-se na Tabela 16 que das 286 mulheres que não referiram perda de urina, a metodologia de classificação utilizada mostrou acerto de 98%, e um erro de 2% e, dentre as 40 mulheres que referiram perda de urina, a metodologia mostrou um acerto de 71% entre as mulheres com IU de esforço, 67% nas que tiveram IU de urgência e 23% entre as que mulheres com IU mista. Estes resultados mostram que a taxa de acerto da metodologia utilizada foi satisfatória e que a mesma apresentou média de acertos de 92,9% entre todas as classificações.

De acordo com o tipo de IU, a metodologia utilizada selecionou as seguintes características: uso de anestesia, idade, ocupação, peso do recém-nascido ao nascer, já fumou, cor da pele e consumo de café. Ao analisar as três melhores respostas encontradas pela metodologia de classificação, cinco destas características apareceram de forma consistente, entre elas: uso de anestesia, idade, ocupação, cor da pele e consumo de café. Estes resultados

indicam fortemente que estas características podem estar associadas com a ocorrência de IU e quanto ao tipo de IU, sendo consideradas fatores de risco.

Tabela 16 – Frequências de classificação considerando as mulheres que referiram ou não a perda de urina e os tipos de IU na Fase 3. Londrina, PR – 2011-2012.

Frequência dos resultados de classificação – Fase 3					
	IU (-)	**IU de esforço**	**IU de urgência**	**IU mista**	**Total**
	N(%)	***N(%)***	***N(%)***	***N(%)***	
IU (-)	281 (98%)	5 (2%)	0 (0%)	0 (0%)	286 (100%)
IU de esforço	6 (25%)	17 (71%)	1 (4%)	0 (0%)	24 (100%)
IU de urgência	1 (33%)	0 (0%)	2 (67%)	0 (0%)	3 (100%)
IU mista	9 (69%)	1 (8%)	0 (0%)	3 (23%)	13 (100%)
Total	297	23	3	3	326

Legenda: IU (-) = incontinência urinária ausente

4.5 - DADOS SOBRE A CONSULTA PUERPERAL E COMPLICAÇÃO NO PÓS-PARTO

A seguir, são apresentados dados referentes ao comparecimento à consulta puerperal, às orientações recebidas sobre incontinência urinária e exercícios perineais, durante a consulta, e sobre alguma complicação no período pós-parto.

À tabela 17, nota-se que foi maior o percentual de comparecimento de mulheres incontinentes à consulta puerperal no terceiro mês pós-parto em comparação ao sexto mês e, que durante o seguimento, dentre as mulheres que compareceram à consulta puerperal, nenhuma recebeu orientação sobre incontinência urinária. Considerando o risco relativo, ter ou não comparecido à na consulta puerperal na Fase 2 , confere um risco de 1,15 vez maior de apresentar o desfecho estudado.

Observa-se ainda à mesma tabela, que nas Fases 2 e 3, o percentual de mulheres que tiveram alguma complicação no período pós-parto foi

proporcionalmente menor no grupo de incontinentes do que entre as continentes e, que no sexto mês pós-parto, ter ou não alguma complicação no sexto mês pós-parto, confere um risco de 1,97 vez maior de apresentar o desfecho estudado.

Cabe esclarecer que foi solicitado às entrevistadas que citassem as causas das complicações ocorridas no período pós-parto. Na Fase 2, dentre as mulheres que referiam perda de urina, as respostas mostraram que cinco delas tiveram infecção do trato urinário (ITU) e uma mulher teve infecção na incisão cirúrgica. Dentre as mulheres que não referiam incontinncia, 11 tiveram ITU; duas tiveram inflamação no colo do útero (causada por bactéria); sete mulheres tiveram infecção na incisão cirúrgica e duas tiveram hemorragia pós-parto. As demais tiveram as seguintes complicações: lesão na bexiga, problema respiratório (pneumonia), restos placentários e hipertensão (cada item citado por uma mulher). Na fase 3, nos dois grupos, IU(+) e IU(-), a totalidade de mulheres que relataram alguma complicação apontou para a infecção do trato urinário, (5 - 1,5% e 17- 5,2%, respectivamente). Cabe lembrar que a Tabela 8 apresentada anteriormente trouxe a ocorrência se ITU na gravidez ou antes dela.

Tabela 17 – Dados referentes à consulta puerperal, orientações e complicações no pós-parto, segundo presença ou ausência de incontinência urinária. Londrina, PR - 2011-2012.

***Variável/* Categoria**	***Fase 2 (n=332)***				***Fase 3 (n=326)***			
	IU(+)* *n (%)	***IU(-)* *n (%)***	***p-valor***	***RR***	***IU(+)* *n (%)***	***IU(-)* *n (%)***	***p-valor***	***RR***
Compareceu Consulta Puerperal								
Sim	31 (9,3)	258 (77,7)	**1,000** (b)	1,15	7 (2,2)	72 (22,1)	**0,387** (a)	0,66
Não	4 (1,2)	39 (11,8)		[0,43-3,11]	33 (10,1)	214 (65,6)		[0,31-1,44]
Total	35 (10,5)	297 (89,5)			40 (12,3)	286 (87,7)		
Complicação no Pós-Parto								
Sim	6 (1,8)	26 (7,9)	**0,127** (b)	0,66	5 (1,5)	17 (5,2)	**0,167** (b)	1,97
Não	29 (8,7)	271 (81,6)		[0,30-1,44]	35 (10,8)	269 (82,5)		[0,86-4,53]
Total	35 (10,5)	297 (89,5)			40 (12,3)	286 (87,7)		

(a) Teste qui-quadrado; (b) Teste Exato de Fisher
Legenda: IU (+) = incontinência urinária presente
IU (-) = incontinência urinária ausente

4.6 - DADOS REFERENTES À PERDA INVOLUNTÁRIA DE URINA

Cabe lembrar que a incidência da IU autorreferida no terceiro mês pós-parto foi de 10,5% (35 - 332) e no sexto mês foi de 12,3% (40 - 326).

Na tabela 18, a seguir, são apresentados os dados referentes às características da perda involuntária de urina no pós-parto. Verifica-se, à mesma tabela, que apenas a variável característica da perda de urina apresentou associação significante entre as duas fases.

Vale ressaltar que a perda de urina foi caracterizada da seguinte forma: no terceiro mês pós-parto, 22 mulheres (62,9%) referiram incontinência ao tossir e/ou quando faziam algum esforço físico (IU de esforço); 4 (11,4%) citaram perda de urina no trajeto até o banheiro (IU de urgência) e 9 (25,7%) apontaram as duas situações (IU mista). No sexto mês, 24 mulheres (60%) referiram incontinência ao tossir e/ou quando faziam algum esforço físico (IU de esforço); 3 (7,5%) citaram perda de urina no trajeto até o banheiro (IU de urgência) e 13 (32,5%) apontaram as duas situações (IU mista). Verifica-se que a IU de esforço teve maior representatividade, seguida da IU Mista e de Urgência.

Observa-se também à Tabela 18, que no decorrer do estudo, a maioria das mulheres não comunicou a intercorrência ao profissional de saúde. Os motivos para não fazê-lo foram: acreditar tratar-se de algo fisiológico e por não ter comparecido à consulta médica após a ocorrência da perda de urina, no entanto, nenhuma das entrevistadas que informaram a intercorrência ao profissional de saúde, recebeu tratamento, tendo sido informadas tratar-se de uma condição normal que se extinguiria com o passar do tempo.

Tabela 18 – Dados referentes às características da incontinência urinária autorreferida no pós-parto. Londrina, PR – 2011-2012.

Variáveis/categoria	*Fase 2 (n=35)*	*Fase 3 (n=40)*	p-valor
	N(%)	*N(%)*	
Frequência			
Uma vez ao dia	2 (5,7)	-	
Mais de uma vez ao dia	13 (37,1)	19 (47,5)	
Uma vez por semana	3 (8,6)	-	**0,082(b)**
Mais de uma vez por semana	16 (45,7)	21 (52,5)	
Mais de uma vez por mês	1 (2,9)	-	
Característica da urina que perde			
Em gotas	23 (65,7)	12 (30)	***0,004(a)**
Em jato	12 (34,3)	28 (70)	
Como identifica a perda			
Sente escoar	31 (88,6)	35 (87,5)	**1,000(b)**
Roupa molhada	4 (11,4)	5 (12,5)	
Incontinência Urinária			
Esforço	22 (62,9)	24 (60)	
Urgência	4 (11,4)	3 (7,5)	**0,731(b)**
Mista	9 (25,7)	13 (32,5)	
Comunicou profissional de saúde			
Sim	3 (8,6)	6 (15,0)	**0,489(b)**
Não	32 (91,4)	34 (85,0)	
Total	35 (100)	40 (100)	

(a) Teste qui-quadrado (p > 0,05); (b) Teste Exato de Fisher (p >0,05)
Legenda: IU (+) = incontinência urinária presente
IU (-) = incontinência urinária ausente

4.7 - DADOS REFERENTES À QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE DAS MULHERES AUTORREFERIDAS INCONTINENTES

A seguir, são apresentados dados referentes à qualidade de vida relacionada a saúde das mulheres que autorreferiram incontinência urinária no período pós-parto. Cabe relembrar que neste estudo, para avaliar a qualidade de vida relacionada à saúde, utilizou-se o questionário - “King´s Health Questionnaire (KHQ)”, recomendado pela Sociedade Internacional de Continência, por ser considerado um questionário completo que avalia

tanto o impacto da IU nos diferentes domínios da qualidade de vida, como os sintomas percebidos pelas pacientes.

Vale lembrar que na Fase 2, 35 mulheres referiram incontinência urinária enquanto na Fase 3, a intercorrência foi referida por 40 mulheres. Os dados das Tabelas 19 e 20 mostram as pontuações alcançadas nos diferentes domínios do KHQ durante o seguimento. Na Fase 2 (terceiro mês pós-parto), Tabela 19, observa-se a análise de medidas de tendência central dos domínios do KHQ, mostra maior média nos domínios: percepção geral de saúde (35,7), medidas de gravidade (28,3), impacto da incontinência (25,7) e limitações das atividades diárias (22,9). Na Fase 3, Tabela 20, a média elevada ocorreu nos domínios: impacto da incontinência (54,2), medidas de gravidade (48,3), percepção geral da saúde (46,3), limitações de atividades diárias (34,6) e limitações físicas (33,3). Estas médias elevadas em domínios de ambas as fases do estudo indicam os piores níveis de qualidade de vida.

Tabela 19 – Escores médios, desvio-padrão, mediana, valores mínimos e máximos, para os domínios do KHQ aplicado às mulheres autorreferidas incontinentes - Fase 2 (n=35). Londrina, PR – 2011-2012.

Domínios do KHQ	**Média**	**Desvio Padrão**	**Mínimo–Máximo**	**Mediana**	**IQR (q3-q1)**
Percepção geral da Saúde	35,7	23,7	0,0 – 100,0	25,0	25,0
Impacto da Incontinência	25,7	32,4	0,0 – 100,0	33,3	33,3
Limitações de Atividades Diárias	22,9	29,7	0,0 – 100,0	16,7	33,3
Limitações Físicas	15,7	22,5	0,0 – 100,0	0,0	33,3
Limitações Sociais	10,5	14,2	0,0 – 55,6	0,0	22,2
Relações Pessoais	10,5	19,0	0,0 – 66,7	0,0	16,7
Emoções	15,6	27,2	0,0 – 88,9	0,0	11,1
Sono e Disposição	7,1	12,3	0,0 – 33,3	0,0	16,7
Medidas de Gravidade	28,3	23,9	0,0 – 100,0	16,7	29,2

Tabela 20 – Escores médios, desvio-padrão, mediana, valores mínimos e máximos, para os domínios do KHQ aplicado às mulheres autorreferidas incontinentes - Fase 3 (n=40). Londrina, PR – 2011-2012.

Domínios do KHQ	**Média**	**Desvio Padrão**	**Mínimo-Máximo**	**Mediana**	**IQR (q3-q1)**
Percepção geral da Saúde	46,3	18,4	0,0 – 100,0	50,0	25,0
Impacto da Incontinência	54,2	24,7	0,0 – 100,0	66,7	33,3
Limitações de Atividades Diárias	34,6	28,3	0,0 – 100,0	33,3	20,8
Limitações Físicas	33,3	24,5	0,0 – 100,0	33,3	16,7
Limitações Sociais	19,7	19,6	0,0 – 88,9	11,1	11,1
Relações Pessoais	17,1	22,2	0,0 – 66,7	0,0	33,3
Emoções	25,0	26,1	0,0 – 77,8	11,1	47,2
Sono e Disposição	30,8	23,7	0,0 – 100,0	33,3	16,7
Medidas de Gravidade	48,3	23,1	8,3 – 100,0	50,0	35,4

Nas Tabelas 21 e 22 são apresentados os escores médios alcançados nos domínios do KHQ, de acordo com o tipo de IU. Para melhor compreensão, vale retomar os dados apontados quando da apresentação dos resultados à Tabela 21. Observa-se que na Fase 2, mulheres com IU de urgência obtiveram pontuações médias significativamente mais elevadas, exceto nos domínios impacto da incontinência e sono e disposição. Já na Fase 3, Tabela 22, com exceção dos domínios percepção geral da saúde e sono e disposição, as pontuações médias mais elevadas estão entre as mulheres com IU de esforço. De acordo com a proposta do KHQ, estas médias mais elevadas demonstram os domínios que mais prejudicam a qualidade de vida relacionada à saúde das mulheres incontinentes no pós-parto segundo o tipo de perda urinária. Os dados mostram ainda que durante o seguimento, não houve significância estatística entre os domínios do KHQ e os tipos de incontinência urinária.

Tabela 21 - Associação da média (dp) dos valores dos escores obtidos para cada domínio do KHQ de acordo com o tipo de IU no pós-parto – Fase 2 (n=35). Londrina, PR – 2011-2012.

Domínios do KHQ	**IU de esforço**	**IU de urgência**	**IU Mista**	**p-valor**
	Média (dp)	**Média (dp)**	**Média (dp)**	
Percepção geral da Saúde	31,8 (26,9)	50,0 (20,4)	38,9 (13,2)	0.1115
Impacto da Incontinência	27,3 (33,5)	25,0 (50,0)	22,2 (23,6)	0.804
Limitações de Atividades Diárias	22,7 (31,1)	33,3 (47,1)	18,5 (17,6)	0.945
Limitações Físicas	12,9 (23,5)	20,8 (31,5)	20,4 (16,2)	0.297
Limitações Sociais	8,6 (14,5)	16,7 (21,3)	12,3 (10,3)	0.3901
Relações Pessoais	9,8 (18,3)	16,7 (33,3)	9,3 (14,7)	0.9772
Emoções	15,2 (28,4)	25,0 (42,9)	12,3 (17,1)	0.9001
Sono e Disposição	9,8 (14,2)	4,2 (8,3)	1,9 (5,6)	0.2942
Medidas de Gravidade	25,8 (22,6)	35,4 (43,2)	31,5 (18,5)	0.5381

Valor p calculado pelo teste Kruskal-Wallis

Tabela 22 - Associação da média (dp) dos valores dos escores obtidos para cada domínio do KHQ de acordo com o tipo de IU no pós-parto - Fase 3 (n=40). Londrina, PR – 2011-2012.

Domínios do KHQ	**IU de esforço**	**IU de urgência**	**IU Mista**	**p-valor**
	Média (dp)	**Média (dp)**	**Média (dp)**	
Percepção geral da Saúde	45,8 (20,4)	41,7 (14,4)	48,1 (16,0)	0.8121
Impacto da Incontinência	55,6 (25,4)	44,4 (19,2)	53,8 (25,6)	0.7168
Limitações de Atividades Diárias	37,5 (26,6)	11,1 (19,2)	34,6 (32,2)	0.2436
Limitações Físicas	34,7 (26,9)	27,8 (9,6)	32,1 (23,0)	0.918
Limitações Sociais	21,8 (22,8)	11,1 (0,0)	17,9 (14,7)	0.6753
Relações Pessoais	18,8 (22,7)	0,0 (0,0)	17,9 (23,0)	0.2758
Emoções	28,2 (28,2)	3,7 (6,4)	23,9 (23,5)	0.2081
Sono e Disposição	31,9 (26,9)	16,7 (16,7)	32,1 (18,6)	0.5123
Medidas de Gravidade	51,4 (22,1)	27,8 (9,6)	47,4 (25,5)	0.2301

Valor p calculado pelo teste Kruskal-Wallis

Discussão

6. DISCUSSÃO

Esta coorte, realizada com mulheres no pós-parto mediato, atendidas na Maternidade Municipal Lucilla Ballalai de Londrina (PR), mostrou resultados concordes com a revisão bibliográfica realizada por Borders (2006), a qual descreveu os sintomas pós-parto mais comuns relatados na literatura. Essa revisão mostrou que a maioria das mulheres apresenta alguma morbidade no período pós-parto, independentemente do tipo de parto, e que a incontinência urinária foi uma intercorrência de saúde encontrada.

A maioria dos estudos epidemiológicos, com enfoque na IU na fase reprodutiva, focam o período antes ou durante a gestação (Bugg et al., 2005; Borello-France et al., 2006; Wesnes et al., 2007; Wesnes et al., 2009). No Brasil, são poucos os estudos com abordagem no período pós-parto, provavelmente, por se tratar de uma fase em que as mulheres direcionam seus cuidados ao recém-nascido e não buscam ajuda do profissional de saúde para autocuidado.

A ocorrência de IU entre as mulheres entrevistadas mostrou-se semelhante quando comparada àquelas encontradas em outros estudos. Estudo de coorte conduzido por Burgio et al. (2003) nos Estados Unidos, entre 1990 e 1991, com 523 mulheres, mostrou incidência de IU no terceiro mês pós-parto de 9,3% e de 10,5% no sexto mês. Outro estudo realizado nos Estados Unidos, cujo objetivo foi investigar a incidência de IU no pós-parto em 5.599 primíparas, mostrou que a incidência de IU no sexto mês pós-parto foi de 10% e, que 25% da população tinha sido submetida à cesariana, o que pode explicar a baixa incidência de IU neste período (Boyles et al., 2009). Por sua vez, os resultados do estudo de coorte realizado na Europa, entre junho de 2007 e janeiro de 2009 com 1128 gestantes continentes, mostraram que a incidência de IU no segundo mês pós-parto foi de 9,0% (Solans-Domènech et al., 2010).

Por outro lato, resultados de outros estudos internacionais mostraram que a ocorrência de IU no pós-parto foi maior do que àquela encontrada na presente coorte. Estudo realizado no Reino Unido com 3405 primíparas, com idade média de 25 anos, encontrou incidência de IU no

terceiro mês pós-parto de 15% (Glazener et al., 2006). Dados prospectivos sobre incidência de IU entre 595 primíparas canadenses mostraram incidência de IU de 26% nos primeiros seis meses pós-parto (Farrell, Allen e Baskett, 2001). Resultados do estudo realizado por Wesnes et al. (2009) com 12.679 primíparas, mostraram que a incidência de IU no sexto mês pós-parto foi de 21%.

Os resultados obtidos pela análise univariada mostraram que houve variáveis que apresentaram significância estatística com a ocorrência de IU no pós-parto: ocupação, tempo de tabagismo, consumo de bebida alcoólica, tempo de consumo de bebida alcoólica, infecção do trato urinário, posição adotada na hora do parto e o emprego de anestesia.

No entanto, a técnica da metodologia de classificação empregada possibilitou a identificação da combinação de algumas variáveis preditoras para o desfecho, nas Fases 2 e 3, entre elas estão: idade, cor da pele, ocupação, consumo de café, ganho de peso durante a gestação, infecção do trato urinário, emprego de anestesia e peso do recém-nascido ao nascer. A avaliação das três melhores respostas obtidas mostrou que a idade, a cor da pele, a ocupação, o consumo de café e o emprego de anestesia emergiram de forma consistente, sendo forte indicativo para fator de risco de IU no período pós-parto.

A idade das mulheres que compuseram a coorte estudada variou de 14 a 42 anos, com média de 24,6 anos. Resultados semelhantes foram encontrados em estudo transversal que objetivou avaliar a frequência de IU no ciclo gravídico-puerperal e verificar os fatores de risco associados em mulheres atendidas em uma UBS da cidade de Itapecerica da Serra, região metropolitana de São Paulo (SP), que entrevistou 220 mulheres com idade média de 25 anos, variando de 14 a 44 anos (Lima, 2009). A faixa etária entre 13 e 45 anos também foi encontrada em outro estudo realizado no período pós-parto, no qual a idade média das puérperas foi de 25 anos (Leroy e Lopes, 2012).

Estudo conduzido por Yang et al. (2010), na China, mostrou que a idade é um fator de risco para o surgimento da IU no pós-parto, estes resultados são concordes com estudo realizado no Brasil por Oliveira et al.

(2010). Neste estudo, a idade mostrou ser um dos fatores preditores para a ocorrência da perda involuntária de urina e, os resultados apresentados reforçam ainda, a importância de não subestimar a existência de incontinência urinária em mulheres mais jovens.

Estudo de corte transversal realizado entre agosto de 2008 e março de 2009 em Itapecerica da Serra (SP), no período pós-parto, mostrou que não houve diferença estatística significante entre grupos raciais e a ocorrência da perda involuntária de urina, houve maior representatividade entre as mulheres de pele branca com IU quando comparadas às de pele não branca (Leroy, 2009). Resultados concordes com estudo realizado por Raza-Khan et al. (2006), em 2003 nos Estados Unidos, durante o terceiro trimestre de gestação e no pós-parto, o qual não encontrou diferença estatística significante entre grupos étnicos com as respectivas taxas de incontinência. Estes autores relataram que estudos de coorte seriam necessários para melhor caracterizar estas observações preliminares.

Na presente coorte, os resultados não diferem das citadas pesquisas. Os resultados citados, no entanto, contradizem aqueles apresentados por Wesnes et al. (2007); Williams et al. (2007) e Lopes (2010), onde a cor da pele mostrou ser um fator de risco para a ocorrência de IU durante a gravidez e no pós-parto. Os achados deste estudo, inviabilizam afirmar a associação entre a cor da pele com o surgimento da perda involuntária de urina no pós-parto.

A ausência da associação da variável ocupação com a perda involuntária de urina no pós-parto, nos estudos encontrados na literatura, inviabilizaram a comparação dos resultados apresentados em estudo anterior realizado em São Paulo, com 288 mulheres no pós-parto, pois não apresentaram diferenças estatísticas significantes entre o grupo de mulheres com e sem incontinência urinária autorreferida no pós-parto (Lopes, 2010). Nesta coorte, porém, foram analisadas as mesmas variáveis, e dentre elas a ocupação apresentou significância estatística com a ocorrência da IU autorreferida no sexto mês pós-parto.

O ganho de peso durante a gestação é outra variável que pode causar danos à musculatura do assoalho pélvico, favorecendo assim o

aumento da incidência de casos de incontinência urinária na mulher (Wesnes et al, 2007; Eftekhar et al., 2006). No estudo conduzido por Barbosa et al. (2013), o ganho de peso durante a gestação foi um fator de risco para a disfunção muscular do assoalho pélvico. Dados concordes com a presente coorte e com os resultados do estudo realizado na Noruega, onde o ganho de peso desde o início da gravidez até seis meses após o parto foi associado com o aumento da incidência de IU no pós-parto (Wesnes et al., 2010).

Mostra-se necessário, no entanto, que os profissionais de saúde que atendem às gestantes durante o pré-natal forneçam informações e orientações sobre a importância do ganho excessivo de peso, pois a avaliação nutricional pré-gestacional e no início do pré-natal atende a uma das recomendações do Ministério da Saúde (Brasil, 2012).

Dentre os resultados apresentados em estudo conduzido por Waetjen et al. (2007), o fato de a mulher ser fumante ou ter sido fumante aumenta sua chance de ter incontinência, se for afro-americana, o que não ocorre em outros grupos raciais/etnias. No estudo realizado por Lima (2009), o tabagismo não apresentou associação com a ocorrência de IU na gestação e no puerpério; achados concordes com os obtidos em pesquisa realizada na Noruega por Ebbesen et al. (2013). No presente estudo, a variáveis ser ou não fumante e o número de cigarros que a mulher consome por dia não apresentaram associação com a IU no pós-parto. Por outro lado, a variável tempo de tabagismo apresentou associação com o desfecho no terceiro mês pós-parto.

A leitura dos fatores de risco identificados em revisões sistemáticas apresentadas anteriormente, mostrou que o consumo de café e o consumo de bebida alcoólica são fatores de risco para a ocorrência da IU. Dados concordes com os achados do presente estudo, o qual identificou que o consumo de café configurou-se fator preditor para a ocorrência da perda urinária no pós-parto. Dados contraditórios foram encontrados na pesquisa realizada na Suécia por Tettamanti et al. (2011), cujo objetivo foi avaliar o efeito do consumo de café e de chá em sintomas de incontinência urinária. Os resultados mostraram que o consumo de café não apresentou associação

significativa com a ocorrência da incontinência urinária. No entanto, a ausência de associação desta variável, verificada em outros estudos realizados no mesmo período, inviabilizou o confronto dos achados da presente coorte com a literatura.

O consumo de bebida alcoólica foi uma das variáveis analisadas em estudo realizado na Itália por Parazzini et al. (2003). Seus resultados mostraram que não houve associação entre o consumo de álcool com a incontinência urinária no pós-parto. Tais resultados contradizem os achados do presente estudo, pois no terceiro mês pós-parto, o consumo de bebida alcoólica apresentou associação com a ocorrência de IU e no sexto mês, o tempo de consumo da bebida alcoólica também apresentou associação com a IU. Diante destes achados, acredita-se que há necessidade de novos estudos para determinar se o consumo de café e de bebida alcoólica são fatores de risco para incontinência urinária no período pós-parto.

A infecção urinária recorrente é considerada como sintoma frequente e característico nas mulheres com IU (Dellú, Zácaro e Schmitt, 2008). Por sua vez, os resultados de estudo realizado na Itália mostraram que o risco de IU aumentou em mulheres com história de infecção urinária (Parazzini et al., 2003). Resultados concordes com os do presente estudo, onde a maioria das mulheres relatou infecção do trato urinário (ITU) em algum momento da última gestação, e que no terceiro mês pós-parto esta variável apresentou associação com a incontinência urinária, ainda que, o momento em que ocorreu ITU durante a última gestação e o fato de a entrevistada ter ou não realizado tratamento não possam ser considerados preditores para a ocorrência de IU no pós-parto. Pesquisa conduzida por Santos e Santos (2010) em Pouso Alegre (MG), mostrou que fatores demográficos e clínicos tenham se mantido significativamente associados à ocorrência da IU, dentre eles a presença de infecções urinárias frequentes.

Mesmo com metodologias distintas entre os trabalhos encontrados em relação ao presente estudo, pode-se verificar que mulheres com infecções urinárias recorrentes é um fator preditivo para a ocorrência de IU. Acredita-se que a educação e programas de prevenção constituem medidas que podem ajudar a reduzir essas ocorrências.

Em breve retrospectiva histórica sobre o processo de parto e nascimento, pode-se verificar a introdução e o crescimento de práticas intervencionistas durante o trabalho de parto, ainda mais quando se compara o parto que era assistido por parteiras, na casa da parturiente, há muitas décadas, e o que é oferecido hoje à quase totalidade da população que passou a ser atendida em hospitais. Estudos mostram que algumas características obstétricas e práticas utilizadas durante o trabalho de parto e o parto são fatores de risco para o surgimento de IU no pós-parto (Press et al., 2007; Higa, Lopes e Reis, 2008; Lima, 2009; Oliveira et al.,2010).

Variável de interesse também investigada na presente coorte trata da posição da parturiente no período expulsivo do parto vaginal, onde os resultados mostraram que a associação desta variável foi significante no sexto mês pós-parto (p=0,017). Quanto a posição adotada pela mulher, dentre aquelas incontinentes, a posição litotômica teve maior representatividade, dados concordes aos dos estudos realizado em São Paulo por Lopes (2010) e em Itapecerica da Serra por Lima (2009), no entanto, estes não encontraram associação significativa da posição adotada pela mulher no período expulsivo com a ocorrência de IU após o parto.

Cabe ressaltar que a não localização de estudos com abordagem sobre a associação das variáveis: posição da mulher no período expulsivo com a perda involuntária de urina no período pós-parto inviabilizou o confronto dos achados deste estudo com a literatura.

No presente estudo a anestesia foi administrada em 59,5% (213) das mulheres, sendo que 120 (56,3%) receberam anestesia local e 93 (43,7%) raquidiana. À análise univariada, a relação do uso de anestesia com a ocorrência de IU após o parto apresentou significância estatística apenas no sexto mês pós-parto (Fase 3), enquanto que os achados obtidos por meio da metodologia de classificação mostraram que a associação do emprego de anestesia com outras variáveis é um forte indicativo para ocorrência de IU no pós-parto. Os resultados do estudo anterior realizado em São Paulo mostraram que a anestesia foi administrada em 90,1% das entrevistadas que referiram IU no pós-parto, no entanto não teve resultado estatístico significante com a ocorrência desta morbidade após o parto (Lopes, 2010).

Estudo conduzido por Liang et al. (2007), realizado em Taiwan, mostrou que a analgesia peridural não se relacionou à IU no pós-parto, mas se associou ao risco aumentado de trabalho de parto prolongado, ao parto instrumental e à cesariana. Esses resultados estão de acordo com estudo de coorte realizado na Espanha, com 1128 mulheres, onde o uso de anestesia não se associou ao surgimento de IU no pós-parto (Solans-Domènech et al., 2010).

Dados semelhantes foram encontrados em estudo realizado na Austrália, com objetivo de investigar a contribuição de fatores de risco obstétricos à incontinência urinária persistente entre 4 e 18 meses após o parto. Como um dos resultados desse estudo, verifica-se que dentre as 277 mulheres que receberam anestesia, 86 (31%) estavam incontinentes e, que o emprego de anestesia não apresentou associação significativa com a ocorrência de IU (Gartland et al., 2012).

Nota-se que os resultados dos estudos apresentados sobre a relação do uso de anestesia e a ocorrência de perda involuntária de urina no pós-parto são contraditórios, sugerindo a necessidade de outros estudos para confirmar tal associação.

Segundo Frederice et al. (2011), o peso elevado do recém-nascido seria mais um fator de risco associado à presença de incontinência urinária após o parto. No entanto, esta associação não foi encontrada no estudo conduzido por estes autores. Paralelamente, os achados do estudo conduzido por Scarpa et al. (2009) mostraram que não houve associação significativa entre a presença de sintomas urinários irritativos (SUI) após o parto com o peso elevado do recém-nascido (≥ 4000g).

Para Barbosa et al. (2013), o efeito do peso elevado do RN é visto como peso extra suportado pelos órgão abdominais inferiores durante a gravidez. Os resultados desse estudo não confirmaram que o peso do RN ao nascer tenha influência sobre a incontinência urinária materna dois anos após o parto. Os autores relataram ainda que a falta de associação provavelmente se deveu à inclusão somente de partos cujos recém-nascidos pesaram menos do que 4.000 g.

Por sua vez, os resultados da pesquisa conduzida por Lima (2009) identificou associação do peso do RN com a ocorrência de IU, somente nas mulheres que tiveram IU de esforço. Nesta coorte, os resultados mostram que o peso do RN ao nascer é um forte indicativo para a ocorrência de IU após o parto, e que a representatividade das mulheres que referiram tal intercorrência foi maior quando se considerou peso do RN entre 3.000 e 3.499g. Estes resultados diferem dos encontrados no estudo anterior realizado em São Paulo, no qual os achados mostraram que não houve diferença estatística na relação do peso do RN com a ocorrência de IU no pós-parto, e que a representatividade de mulheres com IU foi maior quando se considerou o peso do RN ao nascer entre 3.000 e 3.999g (Lopes, 2010).

Diante dos resultados apresentados supõe-se que o peso do RN ao nascer pode não ser fator de risco para a ocorrência de IU no pós-parto. Ainda que a literatura sobre o tema apresente poucos estudos que investigam a associação da variável peso do RN com a ocorrência de IU, tornando difícil se afirmar que o peso do RN ao nascer não seja fator de risco para a ocorrência dessa morbidade.

Identificar os conhecimentos e as atitudes da população sobre a IU foi um dos objetivos do estudo realizado em São Paulo por Blanes, Pinto e Santos (2001). Os resultados mostraram reduzido conhecimento sobre a IU. Sobre o mesmo tema, estudo de corte transversal realizado em São Paulo, verificou a carência de informações sobre IU, prevenção e tratamento desta morbidade pelas usuárias de saúde (Lopes, 2010). Verificar se a entrevistada tinha conhecimento sobre o que é IU e sobre o tratamento para esta morbidade foi um dos questionamentos do presente estudo, o qual mostrou que a maioria das mulheres relatou não saber o que é incontinência urinária e que desconhecia a existência de tratamento para esta intercorrência.

Estes resultados mostram o desconhecimento e a falta de informação sobre a perda de urina, bem como os tipos de tratamento e a prevenção para esta intercorrência. Diante deste fato, observa-se a necessidade de intervenções educativas por parte dos profissionais de saúde para minimizar a falta de informação e incentivar a busca por ajuda médica.

Nas Fases 2 e 3, foram investigados dados sobre a consulta puerperal, orientações sobre IU e exercícios perineais, complicações no pós-parto, dados referentes às características da perda urinária e sobre a qualidade de vida relacionada à saúde das mulheres incontinentes.

Os resultados mostraram que durante o seguimento, nenhuma das mulheres que referiram perda involuntária de urina recebeu orientações sobre IU e/ou exercícios perineais. Viu-se, também, que o fato de a mulher ter ou não alguma complicação após o parto não apresentou significância estatística com a ocorrência de IU, e que a infecção do trato urinário foi a complicação referida pela maioria das mulheres.

Neste estudo, a perda involuntária de urina mais frequente foi a IU de esforço, seguida da IU de urgência e da IU mista. Dados concordes com estudo realizado em São Paulo, com 288 mulheres no pós-parto, onde 62% dos sujeitos apresentaram IU de esforço, 19,7% IU de urgência e 18,3% IU mista (Lopes, 2010).

Estudo transversal realizado em Campinas, SP, com 46 puérperas, mostrou que sintomas de incontinência urinária foram relatados por 10,9% da amostra, sendo que a IU de esforço foi a mais prevalente (6,5%), seguida de IU de urgência (4,3%) (Frederice et al., 2011). Dados semelhantes foram encontrados no estudo conduzido por Lima (2009), onde a IU de esforço foi mais frequente do que a IU de urgência e IU mista.

Outro estudo realizado com 1.128 mulheres, na Espanha, verificou que 155 delas tiveram IU no pós-parto, sendo que 54,8% apresentaram IU de esforço; 29,7% IU de urgência e 9,0% IU mista (Solans-Domenech et al., 2010). Diante desses resultados, pode-se afirmar que a IU de esforço é o tipo de incontinência que mais afeta a mulher no período pós-parto.

Quanto às características da perda de urina, durante o seguimento, os achados mostraram elevada frequência dos episódios entre os sujeitos que referiram perda de urina mais de uma vez por semana (45,7% e 52,5%, respectivamente). Na Fase 2, 65,7% das incontinentes referiram perda em pequena quantidade, enquanto na Fase 3, 70% das mulheres referiram perda de urina em quantidade moderada; verificou-se ainda que a quantidade de perda urinária foi significante entre as duas fases (p=0,004). Destaca-se que

entre as incontinentes, a maioria identificou a perda urinária por sentir a urina escoar.

Vale lembrar que nesta coorte, dentre as mulheres incontinentes que compareceram à consulta puerperal, a maioria não comunicou a intercorrência ao profissional de saúde. Dados semelhantes foram encontrados no estudo anterior realizado em São Paulo, que também abordou esse tema e que verificou que dentre as 71 mulheres que referiram IU no pós-parto, apenas 10 (14,1%) comunicaram a intercorrência ao profissional de saúde, porém disseram não ter recebido qualquer tratamento; quanto às demais (61 – 85,9%), nada fizeram por acreditarem tratar-se de algo fisiológico (Lopes, 2010).

Dado semelhante foi encontrado em estudo realizado em Campinas, SP, que também abordou esse tema e verificou que dentre as entrevistadas, 35% queixaram-se de perda urinária aos esforços, no entanto, somente 59% das mulheres com queixa procuraram ajuda médica, e que o principal motivo apontado como responsável pela não-procura foi o fato de acharem que os sintomas não mereciam atenção médica. Como conclusão, o estudo aponta que grande parte das mulheres com incontinência urinária não relata a queixa ao médico se não forem objetivamente questionadas (Guarisi et al., 2001).

Outro estudo, realizado em Campinas (SP), com o objetivo de identificar as razões da não procura pelo tratamento da incontinência urinária entre mulheres incontinentes usuárias de uma unidade básica de saúde, mostrou que de uma amostra de 213 mulheres, 35 (16,4%) referiram perda involuntária de urina e destas, 65,7% (23) não buscaram tratamento para IU. Dentre as razões relatadas por estas mulheres, destacaram-se o fato de considerar normal perder urina, de não considerar a perda como uma situação importante e de aceitar a afirmativa do profissional de saúde de que não era necessário tratamento (Silva e Lopes, 2009).

Higa e Lopes (2007), por sua vez, realizaram estudo com objetivo de investigar se profissionais de enfermagem com queixa de incontinência urinária buscavam tratamento médico e os motivos para não fazê-lo. Os resultados mostraram que dentre as 291 (77%) que responderam a um

questionário, 27,5% relataram IU, e destas, 79% não procuraram tratamento médico. Os principais motivos para não se consultar foram a pequena quantidade de urina perdida e a crença de que a IU é uma intercorrência comum para as mulheres. Os autores concluem que o fato de os sujeitos serem profissionais da área da saúde parece não ter influenciado suas atitudes.

Resultados de estudo realizado na Turquia mostraram que embora a incontinência urinária seja uma intercorrência comum entre as mulheres, que pode afetar seriamente a sua qualidade de vida, mais da metade das mulheres relataram que não tinha nenhum desconforto com esta morbidade e que a maioria não procurava ajuda médica (Beji et al., 2010).

Nota-se pelos dados apresentados, que a não procura por ajuda do profissional de saúde, pela mulher com queixa de incontinência urinária, tem sido investigada em estudos recentes, que mostram ser reduzido o número de mulheres que buscam atendimento diante desta morbidade. Esses resultados confirmam ainda a necessidade de conscientizar as mulheres, bem como os profissionais de saúde, quanto aos benefícios do tratamento para a incontinência urinária. Neste aspecto, o profissional de saúde, em especial o profissional de enfermagem, que possui acesso direto à população por meio de atendimentos, de programas e de atividades de educação, tem a responsabilidade de informar e oferecer recursos à clientela proporcionando medidas para corrigir ou melhorar intercorrências urinárias durante o ciclo gravídico-puerperal.

Acrescentem-se a esta condição, resultados de estudos que mostram ser a perda de urina causadora de impacto negativo na qualidade de vida relacionada à saúde da mulher, e uma limitação importante das atividades de seu cotidiano. Esses estudos revelam ainda, que a IU pode interferir na vida conjugal e sexual da mulher, que desenvolve sentimentos negativos e/ou de vergonha (Minassian, Drutz e Al-Badr, 2003; Silva e Lopes, 2009).

Estudo realizado no Japão por Araki et al (2005), avaliou a relação entre IU e qualidade de vida em mulheres que trabalham. O estudo foi realizado com 3734 enfermeiras, as quais responderam o questionário

genérico SF-36 que avalia a qualidade de vida relacionada à saúde. Os resultados mostraram que os aspectos funcionamento físico, saúde física, funcionamento social e função emocional, foram significativamente prejudicados pela IU.

Com o objetivo de avaliar o impacto da incontinência urinária na qualidade de vida, Lasserre et al. (2009) realizaram estudo com 2183 mulheres maiores de 18 anos. Os resultados mostraram que 92,1% (455) das mulheres responderam que a IU teve impacto negativo em sua qualidade de vida e, que a influência dos sintomas de IU sobre a percepção da qualidade de vida relacionada à saúde variou de acordo com a gravidade dos sintomas e o comprometimento relatados pelas entrevistadas.

Estudo anterior realizado em São Paulo, com 60 mulheres no período de maio e junho de 2005, cujo objetivo foi analisar o impacto da incontinência urinária sobre a qualidade de vida relacionada à saúde de mulheres submetidas ou não ao tratamento cirúrgico, mostrou que sintomas, limitações e preocupações relacionadas à incontinência urinária exerceram impacto negativo na qualidade de vida relacionada à saúde das pacientes que não foram submetidas ao tratamento cirúrgico. O comprometimento durante exercícios físicos, atividades domésticas e atividades diárias no trabalho também foram aspectos afetados, estas mulheres relataram ainda, mais cansaço, constrangimento e nervosismo (Auge et al., 2006).

Embora fora do recorte etário deste estudo, vale apresentar a pesquisa conduzida por Pitangui et al (2012), que teve como um dos objetivos verificar a influência da incontinência urinária na qualidade de vida relacionada à saúde de idosas institucionalizadas, com aplicação do KHQ. Os resultados mostraram que dentre as 40 idosas que participaram do estudo, 47,5% referiram incontinência urinária e que o domínio do KHQ que sofreu maior interferência na qualidade de vida foi percepção de saúde com 51,3%; nos outros domínios, o impacto da IU foi considerado baixo, mas na escala de sintomas as idosas relataram que a IU afeta mais ou menos ou muito sua vida. Os autores relataram também que muitas vezes essas mulheres convivem com estes sintomas como algo intrínseco ao

envelhecimento, não percebendo o quanto afetam sua qualidade de vida relacionada à saúde.

Outro estudo, realizado na China, cujo objetivo foi avaliar os efeitos da IU na qualidade de vida de mulheres com idade entre 35 e 64 anos, mostrou que a IU causa efeitos negativos sobre a qualidade de vida relacionada à saúde e que estes efeitos são maiores quando comparados com outras doenças crônicas, no entanto, são muitas vezes negligenciados (Horng et al., 2013).

Quanto à interferência da IU sobre a qualidade de vida relacionada à saúde das mulheres no período pós-parto, observou-se no estudo realizado em São Paulo, que 28,2% das mulheres que referiam IU no pós-parto relataram que esta morbidade interferia na sua vida diária, de modo a afetar sua qualidade de vida. Relataram ainda que a perda de urina era motivo de constrangimento e exigia uso constante de absorvente higiênico, além de ser desconfortável, e interferir no estado psicológico (Lopes, 2010). Esses dados corroboram os achados da pesquisa conduzida por O'Reilly et al. (2008), realizada na Austrália, com 10 mulheres, das quais 20% referiram incontinência urinária no pós-parto, assim como a necessidade de usar absorvente continuamente, o que interferia em suas atividades diárias, na escolha do que vestir e nas atividades sociais. Outro estudo, realizado nos Estados Unidos, com 759 primíparas, cujo objetivo foi investigar o impacto de incontinências urinária e fecal no pós-parto sobre a qualidade de vida de mulheres, mostrou que seis meses após o parto as incontinências urinária e fecal têm importante efeito negativo na saúde das mulheres com impacto na sua qualidade de vida (Handa et al., 2007).

Sabe-se que nos últimos anos, o interesse em avaliar a qualidade de vida relacionada à saúde em pesquisas clínicas tem aumentado, e que existem vários questionários para se avaliar a qualidade de vida.

Com objetivo de traduzir e adaptar para o português o questionário de qualidade de vida "King's Health Questionnaire", Tamanini et al. (2003) realizaram estudo com 154 mulheres brasileiras com incontinência urinária. Os resultados mostraram que o coeficiente alfa de Cronbach padronizado foi de 0,87, a consistência interna dos domínios em separado, variou de 0,49

(sono/disposição) a 0,92 (emoções). Os achados mostraram ainda pontuação média elevada nos domínios impacto da incontinência (75,0), emoções (68,7), medidas de gravidade (60,8), limitações de atividades diárias (57,7), e limitações físicas (57,7).

Esses autores concluíram que o KHQ representa um importante instrumento para a avaliação de mulheres incontinentes em pesquisa clínica e que a versão para o idioma português do *King's Health Questionnaire* mostrou-se confiável e válida. A aplicação do KHQ em estudo posterior, conduzido por Fonseca et al. (2005), mostrou alta confiabilidade e validade do instrumento, confirmando sua viabilização para estudos brasileiros sobre incontinência urinária.

Diante dessa situação, vislumbrou-se a necessidade de realizar investigação sobre a qualidade de vida relacionada à saúde das mulheres incontinentes. O instrumento utilizado neste estudo (KHQ) teve a finalidade de demonstrar o quanto a perda de urina afeta a qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS) das mulheres incontinentes no terceiro e no sexto mês após o parto. A consistência interna do KHQ, medida pelo coeficiente Alfa de Cronbach padronizado, foi satisfatória, obtendo-se índice geral de 0,93 na Fase 2 e de 0,96 na Fase 3, excedendo o valor mínimo geralmente utilizado como referência de 0,70.

Recorde-se que a aplicação do alfa de Cronbach para cada domínio do KHQ em separado, na Fase 2, mostrou entre 0,55 (sono/disposição) a 0,98 (limitações das atividade diárias), que indicam a consistência interna do instrumento variando entre regular e excelente. Na fase 3, a consistência interna dos domínios variou de 0,77 (medidas de gravidade) a 0,99 (limitações das atividades diárias), que indicam níveis entre bom e excelente em sua consistência interna.

Estudo de corte transversal realizado em Itapecerica da Serra (SP) com 220 puérperas, no período entre 30 e 180 dias de pós-parto, cujo objetivo foi avaliar a qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS) de puérperas incontinentes e verificar o quanto a incontinência urinária interfere na qualidade de vida destas mulheres, utilizou um formulário e dois instrumentos de avaliação de QVRS, sendo um genérico, o SF-36, e outro

específico para mulheres incontinentes, o KHQ. Os achados mostraram que a prevalência da IU no puerpério foi de 10,0% (22) e que a qualidade de vida relacionada à saúde das puérperas incontinentes apresentou média maior nos seguintes domínios do KHQ: medida de gravidade (31,2), percepção geral de saúde (28,4) e impacto da incontinência (27,3) (Lima, 2009).

Estudo de caso-controle realizado com mulheres que se encontravam no período de até 90 dias pós-parto, teve o objetivo de avaliar se a IU, após o parto, compromete sua QVRS e em quais aspectos. Fizeram parte do estudo mulheres atendidas em hospital público terciário e de ensino, do interior do estado de São Paulo. Os resultados mostraram pontuação média elevada nos domínios impacto da incontinência (73,6), emoções (71,4), limitações das atividades diárias (59,1) e limitações físicas (59,1) (Leroy e Lopes, 2012).

Os resultados desse estudo não diferem daqueles obtidos no presente, cujos escores mais altos no terceiro mês pós-parto foram notados nos domínios percepção geral de saúde, medidas de gravidade, impacto da incontinência e limitações das atividades diárias, e no sexto mês a média elevada foi nos domínios impacto da incontinência, medidas de gravidade, percepção geral da saúde, limitações de atividades diárias e limitações físicas, indicando os piores níveis de qualidade de vida relacionada à saúde das puérperas incontinentes. Ao comparar as médias dos domínios do KHQ durante o seguimento, observou-se que na Fase 3 as médias foram mais elevadas quando comparadas às médias da Fase 2. Diante destes dados, pode-se supor que a QVRS é mais afetada no sexto mês pós-parto.

Quanto ao tipo de IU, estudo realizado por Tamanini et al. (2003) identificou que a qualidade de vida relacionada à saúde foi considerada pior entre as mulheres com IU Mista, dados concordes aos do estudo realizado por Leroy e Lopes (2012), o qual mostrou que as mulheres com IU mista obtiveram pontuações médias significativamente mais elevadas quando comparadas com as mulheres que tiveram IU de esforço e de urgência.

O KHQ foi utilizado, também, em pesquisa conduzida por Dedicação et al. (2009), com o objetivo de comparar o impacto do tipo de

incontinência urinária sobre a qualidade de vida relacionada à saúde em mulheres. Os resultados mostraram que das 77 entrevistadas, a maioria (44%) apresentou IU mista, e cujas portadoras apresentaram impacto negativo significativamente maior sobre a qualidade de vida relacionada à saúde (domínio percepção geral da saúde) e sobre a percepção de que a incontinência afeta de modo negativo a própria vida em comparação com as pacientes com IU de urgência e IU de esforço.

No presente estudo, na Fase 2 a qualidade de vida relacionada à saúde foi considerada pior quando o tipo de queixa era IU de urgência (em todos os domínios do KHQ, com exceção dos domínios impacto da incontinência e sono/disposição), enquanto na Fase 3 o tipo de incontinência que mais afetou a qualidade de vida relacionada à saúde das mulheres foi a IU de esforço (com exceção dos domínios percepção geral de saúde e sono/disposição).

Os dados obtidos mostraram que a IU interfere de forma negativa na qualidade de vida relacionada à saúde da mulher, e que a IU mista tem maior impacto quando comparada às IU de urgência e de esforço. Quando o foco recai sobre os domínios do KHQ, aqueles que se destacaram nos estudos apresentando médias elevadas foram: percepção geral de saúde, medidas de gravidade, impacto da incontinência e limitações das atividades diárias.

Sob o ponto de vista da qualidade de vida relacionada à saúde, cabe esclarecer que para comparar os resultados de diferentes estudos, optou-se por aqueles que empregaram o mesmo questionário e cuja população fosse semelhante, de modo a garantir resultados mais consistentes e satisfatórios. Os achados demonstraram que a incontinência urinária afetou de forma significativa a QVRS, porém, diante da escassez de investigações sobre esta temática, observa-se a necessidade de mais estudos que empreguem o KHQ na investigação da qualidade de vida relacionada à saúde de puérperas incontinentes.

Vale acrescentar, que durante as entrevistas, as mulheres que compuseram a coorte relatavam a dificuldade em agendar consulta médica na unidade de saúde próxima de suas residências e expunham algumas

dúvidas tais como: cuidados com o recém-nascido; sobre amamentação; sobre o autocuidado e sobre método contraceptivo utilizado no período da lactação. Com objetivo de contribuir na prevenção e na promoção de saúde destas mulheres, a pesquisadora realizava orientações pertinentes a cada dúvida exposta pela mulher e no final de cada entrevista reforçava a importância de comparecer à consulta puerperal; de que a enfermeira tem capacidade de atendê-la e de buscar ajuda do profissional de saúde sempre que surgir alguma intercorrência de saúde.

Merece destaque também o fato de que, no decorrer das etapas desta pesquisa, tornou-se evidente a carência de informações e/ou conhecimento sobre IU das mulheres. Diante deste fato, verificou-se a necessidade de oferecer às entrevistadas, informações e/ou esclarecimentos sobre IU e, esclarecer medidas que ajudam a prevenir a ocorrência de IU. Cabe esclarecer ainda, que foi utilizado um roteiro para guiar as orientações oferecidas às mulheres e, que o mesmo foi utilizado em pesquisa anterior realizada em São Paulo (Lopes, 2010). O conteúdo deste roteiro abordava os seguintes temas: evitar reter a urina; criar o hábito de urinar com intervalo de poucas horas; manter peso corporal saudável; evitar constipação intestinal; buscar tratamento para qualquer tosse persistente; evitar levantar muito peso; realizar exercício para fortalecer o músculo do assoalho pélvico; comunicar o profissional de saúde (médico ou enfermeira) se apresentar perda de urina e não deixar de ingerir líquido.

Considera-se como limitação deste estudo a opção pela amostra de conveniência para compor a coorte. O delineamento do estudo e seus achados, no entanto, não foram prejudicados e são representativos da população de mulheres atendidas na Maternidade Municipal Lucilla Ballalai, de Londrina (PR), que atende 80% dos partos do município.

Conclusões

6. CONCLUSÕES

Esta coorte, que representa as mulheres atendidas na Maternidade Municipal Lucilla Ballalai, de Londrina (PR), demonstra que, nesta população, a incidência de IU no terceiro mês pós-parto é de 10,5% e no sexto mês se eleva para 12,3%.

Com base nos objetivos e nos resultados obtidos, os achados permitem concluir que exercer uma ocupação, ser tabagista por período superior a dois anos, ter o hábito de ingerir bebida alcoólica, assim como o tempo que exerce este hábito, sofrer de ITU durante a gestação, ter sido medicada com ocitocina durante o trabalho de parto, ter adotado posição litotômica no momento do parto e ter sido submetida a anestesia para o parto são variáveis fortemente associadas à ocorrência de incontinência urinária no pós-parto da população sob estudo. Apontam-se, também, as diferenças de expressão destas variáveis no terceiro e no sexto mês pós-parto, quando ora são mais acentuadas em um período ora em outro.

Outra conclusão que se chega com esta coorte trata das variáveis que, combinadas, podem ser consideradas fatores de risco para a ocorrência de IU tanto no terceiro quanto no sexto mês pós-parto. São elas: ter sido submetida a anestesia para o parto, idade, exercer uma ocupação, consumir café e cor da pele. Dados obtidos por meio da metodologia de classificação adotada na análise estatística.

A busca por fatores de risco determinantes do tipo de IU mostra que às variáveis citadas em parágrafo anterior soma-se o ganho de peso durante a gestação. Esse conjunto de variáveis, quando combinadas, se constitui em fatores de risco para a ocorrência de IU de esforço, ou IU de urgência e ou IU mista.

No que se refere às características da incontinência, a perda urinária por escoamento é mais comum entre essas mulheres, com predomínio no terceiro mês em comparação ao sexto mês pós-parto; neste momento, maior representatividade se dá por perdas em jato. A IU de esforço se mostra mais incidente tanto no terceiro como no sexto mês pós-parto em relação à IU de urgência e IU mista.

Por seu lado, a qualidade de vida relacionada à saúde das mulheres foi mensurada pelo KHQ que se mostrou um instrumento consistente, confiável. Diante da avaliação de seus domínios, conclui-se que as mulheres incontinentes apresentam piores níveis de QVRS para os domínios percepção geral de saúde, medidas de gravidade, impacto da incontinência, limitações das atividades diárias e limitações físicas. Conclui-se, também, que a QVRS está mais prejudicada no sexto mês pós-parto quando se compara ao terceiro mês precedente, uma vez que é naquele momento que se observam as maiores médias dos domínios do KHQ.

Esses achados mostram que as mulheres que apresentam IU no pós-parto têm afetados diversos aspectos de sua vida cotidiana. Ainda que não se apresente como situação associada, chama atenção o comportamento da mulher incontinente no pós-parto que não relata o agravo ao profissional de saúde. O elevado percentual de mulheres nessa situação demonstra uma demanda reprimida por assistência diante desse agravo no pós-parto.

Ao concluir este estudo, pode-se afirmar que comprovaram-se as seguintes hipóteses definidas quando de seu desenho: ser tabagista, praticar atividade física com esforço moderado, e ser consumidora de café associam-se à ocorrência de IU no pós-parto.

Comprova-se, também, a hipótese de que a percepção da QVRS de mulheres incontinentes no período pós-parto altera-se negativamente à medida que, no intervalo de seis meses, se sucedem os meses após a parturição.

Considerações Finais

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta coorte permite constatar que à medida que a mulher se distancia temporalmente do momento do parto, sujeita-se à ocorrência de IU. Para que a intercorrência se manifeste é preciso a presença de fatores isolados ou combinados que atuarão para seu desencadeamento; no entanto, a mulher afetada tende a não comunicar o fato ao profissional da área da saúde, passando a conviver com o agravo sob prejuízo de sua qualidade de vida. Como agravante, nos serviços de saúde, o profissional tende a não abordar o tema com a mulher durante consulta de rotina ou no preparo pré-natal, e por não facilitar o diálogo sobre o assunto, passa à mulher a idéia de tratar-se de uma situação natural.

Nesse contexto, sugere-se que o profissional da área da saúde tenha como rotina abordar medidas preventivas de IU no ciclo gravídico-puerperal com a clientela, desde a fase de pré-natal, passando pela internação na maternidade para o parto e pela consulta puerperal. A sensibilização e a capacitação do profissional da área da saúde voltadas à prevenção e ao tratamento da morbidade poderá servir de estímulo para a mulher comunicar sua ocorrência.

Como complemento desta afirmativa, considera-se premente a capacitação do profissional da área da saúde no esclarecimento sobre a incontinência urinária no pós-parto, e no atendimento à mulher portadora desta morbidade, esclarecendo a população e oferecendo informações sobre os sintomas, suas causas, fatores de risco e tipos de tratamento e de prevenção.

No ensino na área da saúde, sugere-se a inclusão de abordagem sobre a IU com enfoque no ciclo gravídico-puerperal, com priorização da inclusão desta morbidade nos planos de ensino e na grade curricular dos cursos de graduação, em especial de enfermagem, com foco nas áreas obstétrica e da saúde da mulher.

A dificuldade sentida pela pesquisadora na identificação de literatura sobre o tema com enfoque no período pós-parto, dado ao reduzido número de estudos sobre a temática, principalmente em nível nacional, alertou-a para o fato de que, entre os estudos disponíveis em níveis nacional

e internacional, não se verifica consenso, nem são confirmadas evidências que efetivamente indiquem os fatores de risco e as variáveis que determinam a ocorrência da IU no pós-parto. Os estudos disponíveis diferem quanto às variáveis adotadas para análise, assim como trazem desenhos próprios que não permitem o cômputo de um conjunto de dados que possibilitem com precisão melhor conhecer a IU no pós-parto. Esta situação mostra a necessidade de novas investigações consistentes e com desenho abrangente, de modo a possibilitar a identificação da incidência e dos fatores de risco associados à IU em mulheres no pós-parto, e assim contribuir na inclusão de estudos consistentes no rol das evidências científicas sobre o tema.

Considera-se, também, a necessidade de inserção do tema IU no pós-parto como parte integrante das políticas públicas de atendimento à saúde da mulher e de implantação de um modelo de atenção à saúde da mulher com IU no Sistema Único de Saúde e nos serviços de saúde de atenção à mulher que vivencia a fase gravídica-puerperal.

Considera-se que os achados desta coorte representam a situação vivenciada pelas mulheres atendidas na maternidade campo do estudo, localizada em Londrina (PR) e que atende em média 80% dos partos por convênio SUS da região. Considera-se, também, que o estudo contribui para a construção do conhecimento na área da saúde da mulher e da enfermagem sobre incontinência urinária no período pós-parto, sendo passível de generalizações para populações semelhantes.

Referências

8. REFERÊNCIAS

Abrams P, Andersson KE, Brubaker L, Cardozo L, Cottenden A, Denis L, et al. 2005 ICI Book. 3 rd International Consultation on Incontinence – recommendations Committee: Evaluation and Treatment of Urinary Incontinence, Pelvic Organ Prolapse and Fecal Incontinence. 2005; 26-29.

Anderson KL, Burckhardt CS. Conceptualization and measurement of quality of life as an outcome variable for health care intervention and research. J Adv Nurs. 1999; 29(2): 298-306.

Araki I,Beppu M, Kajuwara M, Mikami Y, Zakoji H, Fukasa WAM, Takeda M. Prevalence and impact on generic quality of life Of urinary incontinence in japanese working Women: assessment by ICIQ questionnaire and Sf-36 health survey. Urology, 2005; 66(1): 88–93.

Ashton-Miller JA, DeLancey JOL. Functional anatomy of the female pelvic floor. Ann N Y Acad Sci. 2007; 1101:266-96.

Auge AP, Zucchi CM, Costa FMP, Nunes K, Cunha LPM, Silva PVF, Ramos TU. Comparações entre os índices de qualidade de vida em mulheres com incontinência urinária submetidas ou não ao tratamento cirúrgico. Rev Bras Ginecol Obstet. 2006; 28(6): 352-7.

Azevedo CR. Qualidade de vida de mulheres com bexiga hiperativa no município de Sorocaba. [tese] São Paulo (SP): Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2008.

Baessler K, Schuessler B. Childbirth-induced trauma to the urethral continence mechanism: review and recommendations. Urology. 2003; 62(4):39-44.

Baikie PD. Sinais e sintomas. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006. p. 712.

Barbosa AMP, Marini G, Piculo F, Rudge CVC, Calderon IMP, Rudge MVC. Prevalence of urinary incontinence and pelvic floor muscle dysfunction in primiparae two years after cesarean section: cross-sectional study. São Paulo Med J. 2013; 131(2):95-9.

Beji NK, Ozbas A, Aslan E, Bilgic D, Erkan HA. Overview of the Social Impact of Urinary Incontinence with a Focus on Turkish Women. Urologic Nursing. 2010; 30(6): 327-35.

Benedetti TB, Mazo GZ, Barros MVG. Aplicação do questionário internacional de atividades físicas para avaliação do nível de atividades físicas de mulheres idosas: validade concorrente e reprodutibilidade teste-reteste. Rev Bras Cien Mov. 2004; 12(1): 25-34.

Blaivas JG, Appell RA, Fantl JA. Standards of efficacy for evaluation of treatment outcomes in urinary incontinence: recommendations of the Urodynamic society. Neurourol Urodyn. 1997;16:145-7.

Blanes L, Pinto RCT, Santos VLCG. Urinary incontinence. knowledge and attitudes in são paulo. Braz J Urol. 2001; 27(3): 281-88.

Boyles SH, Li H, Mori T, Osterweil P, Guise JM. Effect of mode of delivery on the incidence of urinary incontinence in primiparous women. Obstet Gynecol 2009; 113(1): 134-41.

Bolfarine H, Bussab WO. Elementos de amostragem. São Paulo: Edgard Blücher, 2005. 274p.

Borders N. After the Afterbirth: A Critical Review of Postpartum Health Relative to Method of Delivery. J Midwifery Womens Health. 2006; 51(4):242-48.

Borello-France D, Burgio KL, Richter HE, Zyczynski H, FitzGerald MP,Whitehead W, et al. Fecal and Urinary Incontinence in Primiparous Women. Obstet Gynecol 2006;108 (4):863–72.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco/Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012.

Brown S, Lumley J. Maternal health after childbirth: results of an Australian population based survey. Br J Obstet Gynaecol. 1998;105(2):156-61.

Brown S, Gartland D, Donath S, MacArthur C. Effects of prolonged second stage, method of birth, timing of caesarean section and other obstetric risk factors on postnatal urinary incontinence: an Australian nulliparous cohort study. BJOG 2011; 118(8): 991–1000.

Bugg GJ, Hosker GL, Kiff ES. Routine symptom screening for postnatal urinary and anal incontinence in new mothers from a district. Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct. 2005;16(5):405–08.

Burgio K; Zycznski H; Locher JL, Richter HE, Redden DT, Wright KC. Urinary incontinence in the 12 month postpartum period . Obstet Gynecol 2003; 102(6): 1291-97.

D'Ancona CAL. Diagnóstico da incontinência urinária na mulher. In: D'Ancona CAL; Netto JR, NR. Aplicações clínicas da urodinâmica. 3ª ed. São Paulo: Atheneu; 2001. p. 139-43.

Dedicação AC; Haddad M; Saldanha, Driusso P. Comparação da qualidade de vida nos diferentes tipos de incontinência urinária feminina. Rev. bras. fisioter. 2009; 13(2): 116-22.

Dellú MC, Zácaro PMD, Schmitt ACB. Prevalência de sintomas urinários e fatores obstétricos associados. Rev Bras Fisioter. 2008;12(6):482-7.

Doughty DB, Crestodina LR. Introductory Concepts. In: Doughty DB. Urinary & fecal incontinence, current management concepts. 3ªed. Estados Unidos: Mosby Elsevier; 2006. p. 1-20

Ebbesen MH, Hunskaar S, Rortveit G, Hannestad YS. Prevalence, incidence and remission of urinary incontinence in women: longitudinal data from the Norwegian HUNT study (EPINCONT). BMC Urology. 2013; 13(27): 1-10.

Eftekhar T, Hajibaratali B, Ramezanzadeh F, Sharita M. Postpartum evaluation of stress urinary incontinence among primiparas. Int J Gynaecol Obstet 2006; 94(2): 114-18.

Eliasson K, Nordlander I, Larson B, Hammarstro M, Mattsson E. Influence of physical activity on urinary leakage in primiparous women. Scand J Med Sci Sports. 2005;15(2):87–94.

Farrell SA, Allen VM, Baskett TF. Parturition and urinary incontinence in primiparas. Obstet Gynecol. 2001;97(3):350-6.

Faúndes A, Guarisi T, Pinto-Neto AM. The risk of urinary incontinence of parous women who delivered only by cesarean section. I J Gynecol Obstet. 2001; 72: 41-6

Ferederice CP, Amaral E, Ferreira NO. Sintomas urinários e função muscular do assoalho pélvico após o parto. Rev Bras Ginecol Obstet. 2011; 3(4): 188-95.

Fletcher RH, Fletcher SW. Epidemiologia Clínica. 4 ed. Porto Alegre: Artmed, 2006; p.106-112.

Foldspang A, Hvidman L, Mommsen S, Nielsen JB. Risk of postpartum urinary incontinence associated with pregnancy and mode of delivery. Acta Obstet Gynecol Scand 2004; 83(10): 923-27.

Fonseca ESM, Camargo ALM, Castro RA, Sartori MGF, Fonseca MCM, Lima GR, Girão MJBC. Validação do questionário de qualidade de vida (*King's Health Questionnaire*) em mulheres brasileiras com incontinência urinária. Rev Bras Ginecol Obstet. 2005; 27(5): 235-42.

Fritel X, Schaal JP, Fauconnier A, Berthand V, Levet C, Pigne A. Pelvic floor disorders 4 years after first delivery: a comparative study of restrictive versus systematic episiotomy. BJOG. 2007; 115(2):247-52.

Gartland D, Donath S, MacArthur C, Brown S. The onset, recurrence and associated obstetric risk factors for urinary incontinence in the first 18 months after a first birth: an Australian nulliparous cohort study. BJOG 2012;119 (11):1361–1369.

Glazener CM, Herbison GP, MacArthur C, Lancashire R, McGee MA, Grant AM et al. New postnatal urinary incontinence: obstetric and other risk factors in primiparae. BJGO 2006; 113(2): 208-17.

Guarda RI, Gariba M, Nohama P, Amaral VF. Tratamento conservador da incontinência urinária de esforço. Femina. 2007; 35(4): 219-27.

Guarisi T, Pinto-Neto AM, Osis MJ, Pedro AO, Costa-Paiva LHS, Faúndes A. Procura de Serviço Médico por Mulheres com Incontinência Urinária. BJGO. 2001; 23(7): 439-43.

Handa VL, Zyczynski HM, Burgio KL, et al. The impact of fecal and urinary incontinence on quality of life 6 months after childbirth. Am J Obstet Gynecol. 2007;197(6):636.e1-e6.

Higa R, Lopes MHBM. Fatores associados com a incontinência urinária na mulher. Rev Bras Enferm. 2005;58(4):422-8.

Higa R, Lopes MHBM. Porque profissionais de enfermagem com incontinência urinária não buscam tratamento. Rev Bras Enferm. 2007; 60(5): 503-6.

Higa R, Lopes MHBM, Reis MJ. Fatores de risco para incontinência urinária na mulher. Rev Esc Enferm USP. 2008; 42(1):187-92.

Horng SS, Huang N, Wu SI, Fang YT, Chou YJ, Chou P. The epidemiology of Urinary Incontinence and it’s Influence on Quality of Life in Taiwanese Middle-Aged Women. Neurourology and Urodynamics. 2013; 32:371–76.

Hoyte L, Damaser MS. Magnetic resonanace-based female pelvic anatomy as relevant for maternal childbirth injury simulations. Ann N Y Acad Sci. 2007; 1101: 361-76.

Hsieh CH, Lee MS, Lee MC, Kuo TC, Hsu CS, Chang ST. Risk factors for urinary incontinence in taiwanese women aged 20–59 years. Taiwan J Obstet Gynecol 2008;47(2): 197–202.

Hvidman L, Foldspang A, Mommsen S, Nielsen JB. Postpartum urinay incontinence. Acta Obstet Gynecol Scand. 2003; 82(6):556-63.

IPAQ Research Committee. Guidelines for Data Processing and Analysis of the International Physical Activity Questionnaire (IPAQ) – Short and Long Forms. Revised November, 2005. Disponível em: www.ipaq.ki.se

Kelleher CJ, Cardozo LD, Khullar V, Salvatore S. A new questionnaire to assess the quality of life of urinary incontinent women. Br J Obstet Gynaecol 1997;104:1374-9.

Kohavi R. A study of cross-validation and bootstrap for accuracy estimation and model selection. International joint Conference on artificial intelligence, 1995; 14:1137-45.

Lasserre A, Pelat C, Guéroult V, Hanslik T, Chartier-Kastler E, Blanchon T, Ciofu C, Montefiore ED, Alvarez FP, Bloch J. Urinary Incontinence in French women: Prevalence, risk factors, and impact on quality of life. Eur Urol. 2009; 56: 177-83.

Le Ray C, Audibert F, Goffinet F, et al. When to stop pushing: effects of duration of second-stage expulsion efforts on maternal and neonatal outcomes in nulliparous women with epidural analgesia. Am J Obstet Gynecol 2009; 201:361-7.

Leroy LS, Lopes MHBM. A incontinência urinária no puerpério e o impacto na qualidade de vida relacionada à saúde. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2012; 20(2): 346-53.

Leroy LS. Incontinência urinária no puerpério: fatores de risco e impacto na qualidade de vida. [dissertação] Campinas (SP): Faculdade de Ciências Médias, Universidade Estadual de Campinas; 2011.

Liang CC, Wong SY, Chang YL, Tsay PK, Chang SD Lo LM. Does Intrapartum epidural analgesia affect nulliparous labor and postpartum urinary incontinence? Chang Gung Med J. 2007;30(2):161–7.

Lima JLDA. Incontinência urinária no ciclo gravídico-puerperal e impacto na qualidade de vida. [dissertação] Campinas (SP): Faculdade de Ciências Médias, Universidade Estadual de Campinas; 2009.

Londrina. Prefeitura do Município. Autarquia Municipal de Saúde. Relatório de Gestão 2008. Londrina; 2008. [citado 2010 mar.15] Disponível em:
http://home.londrina.pr.gov.br/saude/relatorios_gestao/downloads/relatorio_gestao_2008.pdf

Lopes DBM. Prevalência e fatores associados de incontinência urinária autorreferida no pós-parto. [dissertação] São Paulo (SP): Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2010.

Lopes FM, Martins-Jr DC, Cesar-Jr RM. Feature selection environment for genomic applications. BMC Bioinformatics, 2008; 9(1):451.

Lopes FM. Redes complexas de expressão gênica: síntese, identificação, análise e aplicações. [Tese] São Paulo (SP): Bioinformática, Universidade de São Paulo; 2011.

Menezes MAJ, Hashimoto SY, Santos VLCG. Prevalence of urinary incontinence in a community sample from the city of São Paulo. Wound Ostomy Continence Nurs J. 2009; 36(4):436-40.

Meyer S, Schreyer A, De Grandi P, Hohlfeld P. The effects of birth on urinary continence mechanisms and other pelvic-floor characteristics. Obstet Gynecol. 1998; 92(4 Pt 1):613-8.

Minassian VA, Drutz HP, Al-Badr A. Urinary incontinence as a worldwide problem. Intl J Gynecol Obstet. 2003; 82(3): 327–338.

Minayo MCS, Hartz ZMA, Buss PM. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. Cien Saude Colet. 2000; 5(1):7-18.

Neilsen LA, Essary A, Stoehr J. Does the use of episiotomy protect against postpartum incontinence? JAAPA. 2008; 21(5): 56-57.

Oliveira C, Lopes MAB, Longo e Pereira LC, Zugaib M. Effects of pelvic floor muscle training during pregnancy. Clinics. 2007; 62(4):439-46.

Oliveira E, Zuliani MM, Ishicava J, Silva SV, Albuquerque SSR, Souza MB, Barbosa CP. Avaliação dos fatores relacionados à ocorrência da incontinência urinária feminina. Rev Assoc Med Bras 2010; 56(6): 688-90

O'Reilly R, Peters K, Beale B, Jackson D. Women's experiences of recovery from childbirth: focus on pelvis problems that extend beyond the puerperium. J Clin Nurs. 2008; 18(14):2013-9.

Orlandi FS. Qualidade de vida relacionada à saúde de mulheres com 50 anos ou mais vivendo com HIV/AIDS. [Tese] São Paulo (SP): Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2011.

Palma PCR, Riccetto CLZ. Incontinência urinária de esforço na mulher. In: Netto JR, N.R. Urologia prática. 4ª ed. São Paulo: Atheneu; 1999. p. 107-20.

Parazzini F, Chiaffarino F, Lavezzari M, GiambancoV. Risk factors for stress, urge or mixed urinary incontinence in Italy. BJOG. 2003;110(10):927–33.

Paschoal SMP. Qualidade de vida do idoso: elaboração de um instrmento que avalia sua opinião. [Dissertação] São Paulo (SP): Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2002.

Pitangui ACR, Silva RG, Araújo RC. Prevalência e impacto da incontinência urinária na qualidade de vidade idosas institucionalizadas. Rev. Bras. Geriatr. Gerontol. 2012; 15(4):619-26.

Pregazzi R, Sartore A, Troiano L, Grimaldi E, Bortoli P. Postpartum urinary symptoms: prevalence and risk factors. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2002; 103(2):179–82a.

Pregazzi R, Sartore A, Bortoli P, Grimaldi E, Ricci G, Guaschino S. Immediate postpartum perineal examination as a predictor of puerperal pelvic floor dysfunction. Obstet Gynecol. 2002; 99(4):581–84b.

Press JZ, Klein MC, Kaczorowski J, Liston RM, Dadelszen PV. Does Cesarean section reduce postpartum urinary incontinence? A systematic review. Birth. 2007; 34(3):228–37.

Pudil, P, Novovi J, Kittler J. Floating Search Methods in Feature-Selection. Pattern Recognition Letters, 1994; 15(11):1119-25.

Raza-Khan F, Graziano S, Kenton K, Shott S, Brubaker L. Peripartum urinary incontinence in a racially diverse obstetrical population. Int Urogynecol J Pelvic Dysfunct. 2006; 17(5):525-30.

Rios CTF, Vieira NFC. Ações educativas no pré-natal: reflexão sobre a consulta de enfermagem como um espaço para educação em saúde. Ciên Saúde Coletiva. 2007; 12(2):477-86.

Rouse DJ, Weiner SJ, Bloom SL, et al. Second-stage labor duration in nulliparous women: relationship to maternal and perinatal outcomes. Am J Obstet Gynecol. 2009; 201:357e1-7.

Santos CRS, Santos VLCG. Prevalência da incontinência urinária em amostra randomizada da população urbana de Pouso Alegre, Minas Gerais, Brasil. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2010; 18(5): 911-18.

Shannon, CE. A mathematical theory of communication. Bell System Technical Journal. 1948; 27: 379-423, 623-656.

Silva L, Lopes MHBM. Incontinência urinária em mulheres: razões da não procura por tratamento. Rev Esc Enferm 2009; 43(1): 72-8.

Scarpa KP, Herrmann V, Palma PCR, Ricetto CLZ, Morais S. Sintomas do trato urinário inferior três anos após o parto: estudo prospectivo. Rev Bras Ginecol Obstet. 2008; 30(7):355-9.

Scarpa KP, Herrmann V, Palma PCR, Ricetto CLZ, Morais SS. Sintomas urinários irritativos após parto vaginal ou cesárea. Rev Assoc Med Bras 2009; 55(4): 416-20.

Schytt E, Lindmark G, Waldenstrom U. Symptoms of stress incontinence 1 year after childbirth: prevalence and predictors in a national Swedish sample. Acta Obstet Gynecol Scand. 2004;83(10):928-36.

Sociedade Brasileira de Urologia. Incontinência Urinária: Propedêutica. AMB&CFM. Projeto Diretrizes, 2006.

Solans-Domènech M, Sánchez E, Espuña-Pons M. Urinary and Anal Incontinence During Pregnancy and Postpartum: Incidence, Severity, and Risk Factors. Obstet Gynecol. 2010; 115:618–28.

Tamanini JTN, D'Ancona CAL, Botega NJ, Netto Jr NR. Validação do "King's Health Questionnaire" para o português em mulheres com incontinência urinária. Rev Saúde Pública. 2003;37(2):203-11.

Tamanini JTN, Dambros M, D'Ancona CAL, Palma PCR, Netto Jr NR. Validação para o português do "International Consultation on Incontinence Questionnaire - Short Form" (ICIQ-SF). Rev Saúde Pública. 2004;38(3):438-44.

Theodoridis S, Koutroumbas K. Pattern Recognition. 4th. USA: Academic Press; 2008.

Tettamanti G, Altman D, Pedersen N, Bellocco R, Milsom I, Iliadou A. Effects of coffee and tea consumption on urinary incontinence in female twins. BJOG 2011(7);118: 806–813.

The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. special issue .quality of life. soc sci med. 1995; 41(10):1403-9.

Thompson JF, Roberts CL, Currie M, Ellwood DA. Prevalence and persistence of health problems after childbirth: associations with parity and method of birth. Birth. 2002; 29(2):83-94.

Townsend MK, Danforth KN, Rosner B, Curhan GC, Resnick NM, Grodstein F. Body mass index, weight gain, and incident urinary incontinence in middle-aged women. Obstet Gynecol. 2007;110(2):346–53.

United States of America. Departament of Health & Human Services. Agency for Health Care Policy and Research (AHCPR). Overview: urinary incontinence in adults clinical practice guideline update. [text on the Internet] Rockville, MD. March 1996. [cited 2008 Apr. 21]. Available from: http://www.ahrq.gov/clinic/uiovervw.htm

Waetjen LE, Liao S, Johnson WO, Sampselle CM, et al. Factors Associated with Prevalent and Incident Urinary Incontinence in a Cohort of Midlife Women: A Longitudinal Analysis of Data. Am J Epidemiol. 2007; 165(3): 309–18.

Wesnes SL, Rortveit G, Bø K, Hunskaar S. Urinary incontinence during pregnancy. Obstet Gynecol. 2007;109(4):922–8.

Wesnes S, Hunskaar S, Bo K, Rortveit G. The effect of urinary incontinence status during pregnancy and delivery mode on incontinence postpartum. A cohort study. BJOG 2009; 116 (5):700–07.

Wesnes SL, Hunskaar S, Bo K, Rortveit G. Urinary Incontinence and Weight Change During Pregnancy and Postpartum: A Cohort Study. Am J Epidemiol 2010;172:1034–44.

Williams A, Herron-Marx S, Hicks C. The prevalence of enduring postnatal perineal morbidity and its relationship to perineal trauma. Midwifery. 2007; 23(4):392-40.

Yang X, Zhang HX, Yu HY, Gao XL, Yang HX, Dong Y. The prevalence of fecal incontinence and urinary incontinence in primiparous postpartum Chinese women. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2010; 152: 214–17.

Apêndices

9.1 APÊNDICE A - FORMULÁRIO DE COLETA DE DADOS

ETAPA 1

Nº.: _____ Data: _____/_____/_____

I- Dados de Identificação

1. Iniciais: _____ 2. Telefone: _____

3. Endereço: _____

4. Idade: _____ anos

5. Estado marital: 1( ) sem companheiro 2( ) com companheiro

6. Cor informada: 1( ) branca 2( ) negra 3( ) parda

4( ) amarela/oriental 5( ) outra. Qual? _____

7. Até que série a Sra estudou? _____

8. A Sra trabalha? 1( ) sim 0( ) não

8a. Se sim, ocupação: _____

9. A Sra Fuma? 1( ) sim 0( ) não

9a. Se sim, quantos cigarros (dia): _____

9b. Há quanto tempo? _____ 9c. Já fumou? 1( ) sim 0( ) na

9d. Se sim, parou há quanto tempo? _____

10. A Sra toma café puro? 1( ) sim 0( ) não

10a. Se sim, quantas xícaras por dia?_____

11. A Sra consome algum tipo de bebida (alcoólica)? 1( ) sim 0( ) não

11a.Qual? _____ 11b.Quantidade?_____ 11c.Há quanto tempo? _____

12. Durante a gestação, teve alguma orientação sobre exercícios para fortalecer o períneo? 1( ) sim 0( ) não

12a. Se sim, qual? _____

13. A Sra sabe o que é, ou já ouviu falar de IU? 1( ) sim 0( ) não

14. A Sra conhece alguma forma de tratamento para IU? 1( ) sim 0( ) não

14a Se sim, qual? _____

Obs: para avaliar o nível de atividade física, será utilizado o questionário International Physical Activity Questionnaire - IPAQ (Anexo A).

II- Dados Clínicos

15. A Sra tem algum problema de saúde? 1( ) sim 0( ) não

15a. Se sim, qual? _____

16. A Sra faz uso de algum medicamento atualmente? 1( ) sim 0( ) não

16a. Se sim, qual? _____

17. A Sra. já teve infecção de urina ? 1( ) sim 0( ) não

17a. Se sim: quando foi a última vez? _____

17b. A Sra. tratou? 1( ) sim 0( ) não

III- Dados Obstétricos

18. Número de: Gestações ( ) a.Aborto( ) Parto: b. N ( ) c. C ( ) d. F( )

19. Ganho ponderal em gramas na última gravidez: _____

19a. Peso no início da gravidez: _____ 21b. Peso final da gravidez: _____

20. Data do último parto: _____/_____/_____

21. Peso do RN ao nascer: _____ gramas

22. Tipo do último parto? 1( ) normal 2( ) fórceps 3( ) cesárea

23. Situação do períneo no último parto?

1( ) íntegro 3( ) com laceração a. ( ) sem sutura
b. ( ) com sutura

2( ) com episiotomia

24. Posição no último parto?

1( ) deitada 2( ) sentada 3 ( ) de lado

4( ) de cócoras 5( ) outra:_____

25. Recebeu “anestesia”? 1( ) sim 0( ) não

25a. Se sim, qual? _____

26. Usou sonda vesical? 1( ) sim 0( ) não

26a Se sim, por quanto tempo? _____

27. Recebeu ocitocina? 1( ) sim 0( ) não

ETAPA 2 e 3

Identificação: Nº.: _____ Data: _____/_____/_____
Iniciais: _____ Telefone: _____

IV- Dados referentes à consulta puerperal e à perda de urina

1. A Sra compareceu à consulta médica após o parto? 1( ) sim 0( ) não

Obs.: resposta negativa, pular para questão 4.

2. Nessa consulta, a Sra recebeu alguma orientação sobre IU? 1( ) sim 0( ) não

2a. Se sim, Qual? _____

3. Nessa consulta, a Sra recebeu alguma orientação sobre exercícios para fortalecer o períneo? 1( ) sim 0( ) não

3a. Se sim, Qual? _____

4.Depois do parto, a Sra. teve alguma complicação? 1( ) sim 0( ) não

4a.Se sim, qual?_____

5. ***Depois do parto***, a Sra. teve perda de urina? 1( ) sim 0( ) não

5a. Se sim, em que momento? _____

6. No último mês, a Sra teve perda de urina? 1( ) sim 0( ) não

7. Com que frequência a Sra. perde urina?

1( ) Uma vez ao dia 2( ) Mais de uma vez ao dia

3( ) Uma vez por semana 4( ) Mais de uma vez por semana

5( ) Uma vez por mês 6( ) Mais de uma vez por mês

7( ) Ocorreu uma única vez

8. Como é a perda de urina que a Sra tem?

1( ) gotas 2( ) jato 3. ( ) escorre pela perna

9. Como identifica que perdeu urina?_____

10. Em quais situações a Sra perde urina?

1.( ) Antes de chegar ao banheiro

2.( ) Quando tosse, espirra, faz esforço físico

3.( ) Quando está dormindo

4.( ) Quando está fazendo atividades físicas

5.( ) Quando termina de urinar e está se vestindo

11. A Sra. comunicou a perda de urina para algum profissional durante consulta médica ou de enfermagem? 1( ) sim 0( ) não

11a. Se sim: A Sra. tratou? 1( ) sim 0( ) não

11b. Se sim, como? _____

11c. Se não, por quê? _____

9.2 APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, Daniela Biguetti Martins Lopes, enfermeira, aluna do curso de Doutorado da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, estou realizando a pesquisa "Prevalência de incontinência urinária no pós-parto: uma coorte" sobre perda de urina, que tem a finalidade de estudar a ocorrência de perda de urina no pós-parto e a qualidade de vida de mulheres atendidas nesta maternidade. A orientadora da pesquisa é a Profa Dra Neide de Souza Praça, professora da mesma escola. Para participar, a senhora será entrevistada em três etapas diferentes, a primeira aqui na maternidade e as demais entrevistas serão realizadas por telefone e se necessário na sua casa, para isso a senhora precisará me autorizar a lhe telefonar. Também vou precisar medir seu peso e altura. Seu nome não será divulgado, nem conhecido por outras pessoas, além de mim e de minha orientadora. A senhora não receberá nenhum pagamento por colaborar com a pesquisa, e poderá se recusar a participar ou desistir de responder as perguntas a qualquer momento, sem que sofra qualquer prejuízo no seu atendimento nesta maternidade. Os resultados da pesquisa serão divulgados em eventos e em revistas científicas. Se tiver dúvidas, a senhora poderá telefonar para mim (43) 9977- 4023 ou entrar em contato com o Comitê de Ética pelo e-mail: edipesq@usp.br

Cada entrevista terá duração prevista de 20 minutos.

Este documento será assinado em duas vias, sendo que uma via ficará com a Senhora e a outra será guardada comigo. Caso a senhora tenha menos de 18 anos, seu responsável precisará autorizar sua participação na pesquisa.

Eu, _____, concordo em participar da pesquisa e compreendi os esclarecimentos descritos acima

Londrina, _____/_____ /_____.

Assinatura da entrevistada: _____

Assinatura do responsável (s/n):_____

Assinatura da entrevistadora: _____

9.3 APÊNDICE C - Tipo de ocupação exercida pelas mulheres da coorte segundo a Classificação Brasileira de Ocupações do Ministério do Trabalho e Emprego.

Código e Tipo de Ocupação	Classificação Brasileira de Ocupação e Códigos	Total de mulheres
0-Do lar	Não possui vínculo empregatício	207
1-Recepcionista/atendente	Recepcionista em geral - (4221-05)	32
2-Vendedora	Vendedor de comércio varejista- (5211-10)	22
3-Cuidadora ou babá	Cuidador de crianças, jovens, adultos e idosos - (5162)	3
4-Auxiliar de produção	Auxiliar de linha de produção - (7631-25)	5
5-Diarista; faxineira; caseira; doméstica.	Trabalhadores dos serviços domésticos em geral - (5121)	28
6-Operadora de caixa	Operador de caixa - (4211)	4
7-Cabeleireira ou manicure	Trabalhadores nos serviços de embelezamento e higiene - (5161)	10
8-Auxiliar de enfermagem	Técnicos e auxiliar de enfermagem - (3222)	1
9-Costureira	Profissionais da confecção de roupas - (7630)	10
10-Porteira	Porteiros e Vigias - (5174)	3
11-Professora	Profissionais do Ensino - (23)	5
12-Cozinheira	Cozinheiros - (5132)	12
13-Operadora de telemarketing	Operadores de telemarketing - (4223)	4
14-Auxiliar de laboratório	Auxiliares de laboratório da saúde - (5152)	5
15-Auxiliar administrativo	Assistentes e auxiliares administrativo - (4110)	6
16-Agente de trânsito	Policiais, guardas-civis municipais e agentes de transito - (5172)	1

Anexos

10.1 ANEXO A – *International Physical Activity Questionnaire (IPAQ)*

Questionário para avaliar o nível de atividade física (IPAQ – versão 6)

Nome: _____ Data: ___/ ___ / ___ Idade : _____
Ocupação: _____Sexo: F ( ) M ( ) Cidade: _____

Nós queremos saber quanto tempo você gasta fazendo atividade física em uma semana **NORMAL**. Por favor, responda cada questão *mesmo* que considere que não seja ativo. Para responder considere as atividades como meio de transporte, no trabalho, exercício e esporte.

1a. Em quantos dias de uma semana normal, você realiza atividades **leves** ou **moderadas** por pelo menos 10 minutos, que façam você suar **pouco** ou aumentam **levemente** sua respiração ou batimentos do coração, como nadar, pedalar ou varrer:
(a) _____ dias por **semana** (b) Não quero responder (c) Não sei responder

1b. Nos dias em que você faz este tipo de atividade, quanto tempo você gasta fazendo essas atividades **por dia**?
(a)_____ horas _____ minutos (b) Não quero responder (c) Não sei responder

2a . Em quantos dias de uma semana normal, você realiza atividades **vigorosas** por pelo menos 10 minutos, que façam você suar **bastante** ou aumentem **muito** sua respiração ou batimentos do coração, como correr e nadar rápido ou fazer caminhada:
(a) _____ dias por **semana** (b) não quero responder (c) não sei responder

2b. Nos dias que você faz este tipo de atividades quanto tempo você gasta fazendo essas atividades **por dia**?
(a)_____ horas _____ minutos (b) Não quero responder (c) Não sei responder

Atividade Física no Trabalho:
3a. Atualmente você trabalha ou faz trabalho voluntário fora de sua casa?
Sim ( ) Não ( )

3b. Quantos dias de uma semana normal você trabalha? _____ dias

Durante um dia normal de trabalho, quanto tempo você gasta:
3c . Andando rápido:_____ horas_____ minutos
3d. Fazendo atividades de esforço moderado como subir escadas ou carregar pesos leves: ____ horas____ minutos
3e. Fazendo atividades vigorosas como trabalho de construção pesada ou trabalhar com enxada, escavar: ___ horas_____ minutos

Atividade Física em Casa: Agora, pensando em todas as atividades que você tem feito ***em casa*** durante uma semana normal:

4a . Em quantos dias de uma semana normal você faz atividades dentro da sua casa por pelo menos 10 minutos de esforço moderado como aspirar, varrer ou esfregar:
(a) _____ dias por **semana** (b) Não quero responder (c) Não sei responder

4b. Nos dias que você faz este tipo de atividades quanto tempo você gasta fazendo essas atividades **por dia**? _____ horas _____ minutos

4c. Em quantos dias de uma semana normal você faz atividades no jardim ou quintal por pelo menos 10 minutos de esforço ***moderado*** como varrer, rastelar, podar:
(a) _____ dias por **semana** (b) Não quero responder (c) Não sei responder

4d. Nos dias que você faz este tipo de atividades quanto tempo você gasta **por dia**?
_____ horas _____ minutos

4e. Em quantos dias de uma semana normal você faz atividades no jardim ou quintal por pelo menos 10 minutos de esforço ***vigoroso*** ou forte como carpir, arar, lavar o quintal:
(a) _____ dias por **semana** (b) Não quero responder (c) Não sei responder

4f. Nos dias que você faz este tipo de atividade quanto tempo você gasta **por dia**?
_____ horas _____ minutos

Atividade Física como Meio de Transporte: Agora pense em relação a caminhar ou pedalar para ir de um lugar a outro em uma semana normal.

5a. Em quantos dias de uma semana normal você caminha de forma rápida por pelo menos 10 minutos para ir de um lugar para outro? (Não inclua as caminhadas por prazer ou exercício)
(a) _____ dias por **semana** (b) Não quero responder (c) Não sei responder

5b. Nos dias que você caminha para ir de um lugar para outro quanto tempo **por dia** você gasta caminhando? (Não inclua as caminhadas por prazer ou exercício)
_____ horas _____ minutos

5c. Em quantos dias de uma semana normal você pedala rápido por pelo menos 10 minutos para ir de um lugar para outro? (Não inclua o pedalar por prazer ou exercício)
(a) _____ dias por **semana** (b) Não quero responder (c) Não sei responder

5d. Nos dias que você pedala para ir de um lugar para outro quanto tempo **por dia** você gasta pedalando? (Não inclua o pedalar por prazer ou exercício)
_____ horas _____ minutos

10.2 ANEXO B - *King's Health Questionnaire* (KHQ).

Questionário de qualidade de vida em incontinência urinária após validação.

Nome:_____No. _____

Idade:_____anos Data: ____/____/_____

1. Como você avaliaria sua saúde hoje?
( ) Muito Boa ( ) Boa ( ) Normal ( ) Ruim ( ) Muito ruim

2. Quanto você acha que seu problema de bexiga atrapalha sua vida?
( )Não afeta ( ) Um pouco ( ) Mais ou menos ( ) Muito

Gostaríamos de saber quais são os seus problemas de bexiga e quanto eles afetam você. Escolha da lista abaixo APENAS AQUELES PROBLEMAS que você tem no momento.

Quanto eles afetam você?
a. Frequência: Você vai muitas vezes ao banheiro? (1) Um pouco (2)Moderadamente (3) Muito
b. Noctúria: Você levanta a noite para urinar? (1) Um pouco (2)Moderadamente (3) Muito
c. Urgência: Você tem vontade forte de urinar e muito difícil de controlar? (1) Um pouco (2)Moderadamente (3) Muito
d. Bexiga hiperativa: Você perde urina quando você tem muita vontade de urinar? (1) Um pouco (2)Moderadamente (3) Muito
e. Incontinência urinária de esforço: Você perde urina com atividades físicas como: tossir, espirrar, correr? (1) Um pouco (2)Moderadamente (3) Muito
f. Enurese noturna: Você molha a cama à noite? (1) Um pouco (2)Moderadamente (3) Muito
g. Incontinência no intercurso sexual: Você perde urina durante a relação sexual? (1) Um pouco (2)Moderadamente (3) Muito
h. Infecções urinárias frequentes: Você tem muitas infecções urinárias? (1) Um pouco (2)Moderadamente (3) Muito
i. Dor na bexiga: Você tem dor na bexiga? (1) Um pouco (2)Moderadamente (3) Muito
j. Outros: Você tem algum outro problema relacionado a sua bexiga? (1) Um pouco (2)Moderadamente (3) Muito

A seguir estão algumas atividades que podem ser afetadas pelos problemas de bexiga. Quanto o seu problema de bexiga afeta você? Gostaríamos que você respondesse todas as perguntas. Simplesmente aponte a alternativa que melhor se aplica a você.

3. Limitação de atividades diárias
A. Com que intensidade seu problema de bexiga atrapalha suas tarefas de casa (ex., limpar, lavar, cozinhar, etc.) (1) Nenhuma (2) Um pouco (3)Moderadamente (4) Muito
B. Com que intensidade seu problema de bexiga atrapalha seu trabalho, ou suas atividades diárias normais fora de casa como: fazer compra, levar filho à escola, etc.? (1) Nenhuma (2) Um pouco (3)Moderadamente (4) Muito
4. Limitação física/social
A. Seu problema de bexiga atrapalha suas atividades físicas como: fazer caminhada, correr, fazer algum esporte, etc.? (1) Não (2) Um pouco (3)Mais ou menos (4) Muito
B. Seu problema de bexiga atrapalha quando você quer fazer uma viagem? (1) Não (2) Um pouco (3)Mais ou menos (4) Muito
C. Seu problema de bexiga atrapalha quando você vai a igreja, reunião, festa? (1) Não (2) Um pouco (3)Mais ou menos (4) Muito
D. Você deixa de visitar seus amigos por causa do problema de bexiga? (1) Não (2) Um pouco (3)Mais ou menos (4) Muito
5. Relações pessoais
A. Seu problema de bexiga atrapalha sua vida sexual? (0) Não se aplica (1) Não (2) Um pouco (3)Mais ou menos (4) Muito
B. Seu problema de bexiga atrapalha sua vida com seu companheiro? (0) Não se aplica (1) Não (2) Um pouco (3)Mais ou menos (4) Muito
C. Seu problema de bexiga incomoda seus familiares? (0) Não se aplica (1) Não (2) Um pouco (3)Mais ou menos (4) Muito
6. Emoções
A. Você fica deprimida com seu problema de bexiga? (1) Não (2) Um pouco (3)Mais ou menos (4) Muito
B. Você fica ansiosa ou nervosa com seu problema de bexiga? (1) Não (2) Um pouco (3)Mais ou menos (4) Muito
C. Você fica mal com você mesma por causa do seu problema de bexiga? (1) Não (2) Um pouco (3)Mais ou menos (4) Muito

7. Sono/Energia
A. Seu problema de bexiga atrapalha seu sono? (1) Não (2) às vezes (3)várias vezes (4) sempre
B. Você se sente desgastada ou cansada? (1) Não (2) às vezes (3)várias vezes (4) sempre
8. Medidas de gravidade **Algumas situações abaixo acontecem com você? Se sim, o quanto?**
A.Você usa algum tipo de protetor higiênico como: fralda, forro, absorvente tipo "Modess" para manter-se seca? (1) Não (2) às vezes (3)várias vezes (4) sempre
B. Você controla a quantidade de líquido que bebe? (1) Não (2) às vezes (3)várias vezes (4) sempre
C. Você precisa trocar sua roupa íntima (calcinha), quando fica molhada? (1) Não (2) às vezes (3)várias vezes (4) sempre
D. Você se preocupa em estar cheirando urina? (1) Não (2) às vezes (3)várias vezes (4) sempre

10.3 ANEXO C - Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM
Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419 - CEP 05403-000
Tel.: (011) 3061-7548/8858 - Fax: (011) 3061-7548 -
São Paulo - SP - Brasil
e-mail: edipesq@usp.br

São Paulo, 17 de dezembro de 2010.

Ilm.ª Sr.ª
Daniela Biguetti Martins Lopes

Ref.: Processo nº 986/2010/CEP-EEUSP

Prezada Senhora,

Em atenção à solicitação referente à análise do projeto "**Incontinência urinária autorreferida no pós-parto: uma *coorte***", informamos que o mesmo foi considerado aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (CEP/EEUSP).

Analisado sob o aspecto ético-legal, atende às exigências da Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Esclarecemos que após o término da pesquisa, os resultados obtidos deverão ser encaminhados ao CEP/EEUSP, para serem anexados ao processo.

Atenciosamente,

Prof.ª Dr.ª Célia Maria Sivalli Campos
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa da
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

10.4 ANEXO D - Autorização para realização da pesquisa.

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE LONDRINA
AUTARQUIA MUNICIPAL DE SAÚDE
ESTADO DO PARANÁ

C.D.026./2011 - GES/DGTES/AMS/PML

Informamos para fins de realização da pesquisa:

"INCONTINÊNCIA URINÁRIA AUTOREFERIDA NO PÓS-PARTO: UMA COORTE" na Autarquia Municipal de Saúde da Prefeitura de Londrina pela aluna Daniela Biguetti Martins Lopes do curso Doutorado do Programa de Pós – Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, sob a orientação da Professora Dra. Neide de Souza Praça, da mesma Universidade - e que, por tratar-se de pesquisa com seres humanos, deverá seguir as orientações da Res. CNS 196/96. Desta forma, sua execução nesta Autarquia está autorizada considerando o parecer favorável no Processo nº. 986/2010 do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de São Paulo, datado de 17 de dezembro de 2010, devendo haver planejamento prévio com as unidades de serviço envolvidas e concentrar sua atividades de campo no período vespertino.

Londrina, 14 de outubro de 2011.

Rosaria Mestre Marques Okabayashi
Coord. de Ed. Permanente/ Estágio/ Pesquisa da
Gerência de Educação em Saúde
DGTES/AMS/PML