

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

MIQUELINA JOHANN ALBRESCHT

**Estudo exploratório sobre a ocorrência de perda involuntária de urina entre
puérperas de uma maternidade filantrópica de município paulista**

RIBEIRÃO PRETO

2006

MIQUELINA JOHANN ALBRESCHT

**Estudo exploratório sobre a ocorrência de perda involuntária de urina entre
puérperas de uma maternidade filantrópica de um município paulista**

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Mestre pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Área de Concentração: Enfermagem em Saúde Pública. Linha de pesquisa: Assistência à Saúde da Mulher no Ciclo Vital.

Orientadora: Prof^a. Dra. Ana Maria de Almeida

RIBEIRÃO PRETO

2006

FOLHA DE APROVAÇÃO

Miquelina Johann Albrescht

Estudo exploratório sobre a ocorrência de perda involuntária de urina entre puérperas de uma maternidade filantrópica de um município paulista

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Mestre pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Área de Concentração: Enfermagem em Saúde Pública. Linha de pesquisa: Assistência à Saúde da Mulher no Ciclo Vital.

Data: 26/07/2006

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Ana Maria de Almeida
Escola de Enfermagem Ribeirão de Preto/USP

Ass _____

Profa Dra. Cristine Homsy Jorge Ferreira
Universidade de Ribeirão Preto – UNAERP

Ass _____

Profa Dra. Flávia Azevedo Gomes
Escola de Enfermagem Ribeirão de Preto/USP

Ass _____

Dedico esta dissertação aos meus pais, Alceu e Susana, que nunca mediram esforços para a realização de meus sonhos. Com todo amor e carinho, sou grata por todo apoio e incentivo incessantes. Tudo o que sou, devo à vocês, meus amores, que Deus os abençoe.

Em especial, ao meu esposo, Leandro, que trilha comigo o caminho desta vida.

E, ao meu irmão Micael, que apesar da distância, sempre me alegra, deixando saudades.

MEUS AGRADECIMENTOS...

Agradeço a Deus por tudo.

Aos meus pais, Alceu e Susana, pelo apoio e motivação indispensáveis para a conquista de meus objetivos.

Ao meu esposo, Leandro, que me auxiliou nas dificuldades técnicas e me apoiou emocionalmente. Por seu carinho e companheirismo.

Agradeço a dedicação e colaboração da Prof.^a Dra. Ana Maria de Almeida, a qual com sabedoria e humildade orientou este trabalho, propiciando um novo olhar em minha trajetória profissional, contribuindo para meu crescimento acadêmico e pessoal.

As Prof.^{as} Dras. Ana Márcia Spanó, Cristine Homsí Ferreira e Flávia Azevedo Gomes pelas inúmeras contribuições neste trabalho e pelo entusiasmo apaixonante na dedicação de seus trabalhos na saúde da mulher.

Ao Prof.^o Vanderlei José Haas e ao Prof.^o Luiz de Souza pela assessoria estatística..

As fisioterapeutas Ana Carolina Beleza, Francine de Oliveira Melchior e Marina Scarulis Mamede dos Santos por auxiliarem na construção do instrumento de coleta desta pesquisa.

Aos professores do Departamento de Saúde Materno-Infantil e Saúde Pública, com os quais foi me permitido compartilhar saberes durante as disciplinas cursadas.

Aos funcionários da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP, pela atenção dispensada.

À direção, funcionários e estagiários da Maternidade do Complexo Aeroporto – MATER, onde foi permitido o desenvolvimento desta pesquisa, bem como, fornecido auxílio necessário para sua execução.

À CAPES, por conceder minha bolsa de estudos.

As mulheres que colaboraram participando deste estudo.

E aos colegas, amigos e familiares que de uma forma ou de outra contribuíram para a leveza desta trajetória.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição das puéperas, segundo dias de pós parto no momento da entrevista, Ribeirão Preto, SP, 2006.....	49
Tabela 2 - Distribuição das puéperas, segundo caracterização da amostra, Ribeirão Preto, SP, 2006.....	57
Tabela 3 - Distribuição das puéperas, segundo hábitos de vida, Ribeirão Preto, SP, 2006.....	62
Tabela 4 - Distribuição das puéperas, segundo dados de partos anteriores, Ribeirão Preto, SP, 2006.....	64
Tabela 5 - Distribuição das puéperas, segundo número de gestações, abortos e partos, Ribeirão Preto, SP, 2006.....	65
Tabela 6 - Distribuição das puéperas, segundo conhecimento e parâmetros dos exercícios perineais, Ribeirão Preto, SP, 2006.....	74
Tabela 7 - Distribuição das puéperas, segundo ocorrência e tratamento de infecção urinária em algum momento da vida, Ribeirão Preto, SP, 2006.....	76
Tabela 8- Distribuição das puéperas, segundo ocorrência e tipo de cirurgia abdomino-pélvica, Ribeirão Preto, SP, 2006.....	77
Tabela 9 - Distribuição das puéperas, segundo características do parto índice, Ribeirão Preto, SP, 2006.....	80
Tabela 10 - Distribuição das puérperas, segundo presença auto-referida de perda involuntária de urina em algum momento da vida, Ribeirão Preto, SP, 2006.....	81
Tabela 11 - Distribuição das puéperas, segundo características da perda involuntária de urina, Ribeirão Preto, SP, 2006.....	84
Tabela 12 - Distribuição das puéperas, segundo tratamento para perda involuntária de urina, Ribeirão Preto, SP, 2006.....	88
Tabela 13 - Distribuição das puéperas, segundo características do sintoma passageiro, Ribeirão Preto, SP, 2006.....	89
Tabela 14 - Distribuição das puéperas, segundo características da perda involuntária de urina no momento da entrevista, Ribeirão Preto, SP, 2006.....	100

LISTA DE ABREVIACOES

ICS	International Continence Society
IMC	Índice de massa corporal
ITU	Infecções do trato urinário
IU	Incontinência urinária
IUE	Incontinência urinária de esforço
IUM	Incontinência urinária mista
IUU	Incontinência urinária de urgência
MS	Ministério da Saúde
PIU	Perda involuntária de urina
SM	Salário mínimo

RESUMO

ALBRESCHT, M.J. **Estudo exploratório sobre a ocorrência de perda involuntária de urina entre puérperas de uma maternidade filantrópica de um município paulista**. 2006. 124p. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2006.

A incontinência urinária é um sintoma que atinge predominantemente as mulheres e constitui-se em um problema de saúde pública. O puerpério é uma fase frágil do ciclo grávido-puerperal que nem sempre recebe a devida atenção por parte dos profissionais de saúde e, a literatura nacional sobre sua prevalência neste período é escassa. Dessa maneira, este estudo teve por objetivo geral: estudar a ocorrência da perda involuntária de urina e os fatores obstétricos relacionados em um grupo de puérperas e, como objetivos específicos: identificar a ocorrência e o tipo do sintoma relacionado à perda involuntária de urina em qualquer momento da vida e durante o ciclo grávido-puerperal; descrever a ocorrência dos sintomas urinários no ciclo grávido puerperal, de acordo com: paridade, tipo de parto, uso de fórceps, episiotomia, peso e perímetro cefálico do recém-nascido. Caracteriza-se por ser um estudo epidemiológico, descritivo, de corte transversal, desenvolvido nas dependências de uma maternidade filantrópica de um município paulista. Participaram do estudo 244 puérperas, com idade entre 14-43 anos, que compareceram à consulta de puerpério. Os dados foram coletados nos prontuários da maternidade e por meio de entrevista semi-estruturada. Os resultados apontam uma prevalência de 45,9% de perda involuntária de urina em qualquer momento da vida. Entre as 112 mulheres com o sintoma, 77,8% iniciaram o sintoma durante a gestação índice; 9,8% após o parto índice; 6,3% antes da gestação índice; 3,6% durante outra gestação e 2,7% após outro parto. Em qualquer momento da vida e no ciclo grávido puerperal houve predomínio do sintoma de esforço, seguido por sintoma misto e de urgência. A existência do sintoma no puerpério imediato sugere a necessidade de atenção especial por parte do sistema de saúde e de seus profissionais, a fim de evitar repercussões negativas na saúde da mulher.

Palavras-Chave: Incontinência urinária, puerpério, saúde da mulher, fisioterapia.

ABSTRACT

ALBRESCHT, M.J. **Occurrence of involuntary urine loss: exploratory study between puerperae in a philanthropic maternity of a city in São Paulo State - Brazil.** 2006. 124p. Dissertation (Master's) – Ribeirão Preto School of Nursing, University of São Paulo, Ribeirão Preto, 2006.

Urinary incontinence is a symptom that reaches predominantly women and consists in a public health problem. Puerperium is a fragile phase of all pregnancy and puerperium period that receives scarcely attention from health professionals and there is a lack of national literature about the prevalence of urinary incontinence. In this way, this study aimed to study the occurrence of involuntary urinary loss in a puerperae group and specifically to identify the occurrence and type of symptoms related to involuntary urinary loss at any life moment and during pregnancy and puerperium period; to describe the occurrence of involuntary urinary loss at pregnancy and puerperium period, according to: number of pregnancy, type of childbirth, use of forceps, episiotomy, weight and newborn's cephalic perimeter. This is cross-section descriptive study developed in a philanthropic maternity in a city from São Paulo State - Brazil. Participated on this study 244 puerperae, with age between 14-43 years, that appeared in puerperium's consultation. To collection data a half-structured interview and maternity's handbook was used. The results point a prevalence of 45,9% involuntary urinary loss, when considered its occurrence to the little one time, at any moment of life. Between these 112 women, 77,8% had initiated symptoms during index pregnancy; 9,8% after index childbirth; 6,3% before index pregnancy; 3,6% during another pregnancy and 2,7% after another childbirth. At any moment of life and at the current pregnancy and puerperium period had predominance of stress symptoms, following by mixed and urgency symptoms. The existence of symptoms found in the immediate puerperium suggests the need of special attention by the health's system and the professionals, in order to prevent negative repercussions in woman's health.

Key words: Urinary incontinence, puerperium, woman's health, physiotherapy.

RESUMEN

ALBRESCHT, M.J. **Estudio exploratorio sobre la pérdida involuntaria de orina en mujeres puérperas de una maternidad filantrópica de un municipio paulista.** 2006. 124p. Disertación (Maestría) – Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo, Ribeirão Preto, 2006.

La incontinencia urinaria es un síntoma que alcanza predominantemente las mujeres y se constituye en un problema de salud pública. El puerperio es una fase frágil del ciclo grávido-puerperal que no siempre recibe la atención debida por parte de los profesionales de salud, la literatura nacional sobre este tema es escasa. De esta manera, este estudio tuvo por objetivo general: estudiar la ocurrencia y los factores obstétricos relacionados a un grupo de puerperas y, como objetivo específico: estudiar la ocurrencia y el tipo de síntoma relacionado con la pérdida urinaria involuntaria en cualquier momento de la vida y en el ciclo grávido-puerperal; describir la ocurrencia del síntoma urinario en el ciclo grávido-puerperal, de acuerdo con paridad, tipo de parto, uso de forceps, episiotomía, peso y perímetro cefálico del recién nacido. Es un estudio epidemiológico, descriptivo, de corte transversal desarrollado en una maternidad filantrópica en una ciudad del estado de São Paulo. Participaron del estudio 244 mujeres, con edad entre 14-43 años, que comparecieron a la consulta de puerperio. Para la colecta de los datos se utilizó de entrevista de la semiestructurada y fue utilizado el manual de la maternidad. Los resultados señalan un predominio de pérdida urinaria involuntaria de 45,9%, cuando se considerada su ocurrencia por lo menos una vez, en cualquier momento de la vida. Entre esas 112 mujeres, 77,8% presentaron síntomas durante la gestación índice; 9,8% después del parto índice; 6,3% antes de la gestación índice; 3,6% durante otra gestación y 2,7% después de otro parto. En estos periodos predominó el síntoma de esfuerzo, seguido del síntoma mixto y de urgencia. La existencia de síntomas en el puerperio inmediato sugiere la necesidad de una atención especial por parte de los profesionales de salud y del sistema de salud para prevenir repercusiones negativas en la salud de la mujer.

Palabras-Llave: Incontinencia urinaria, puerpério, salud de la mujer, fisioterapia.

SUMÁRIO

1 APRESENTAÇÃO.....	12
2 EMBASAMENTO TEÓRICO.....	19
2.1 A Incontinência Urinária: Definição e epidemiologia.....	19
2.2 A Incontinência Urinária no ciclo grávido-puerperal.....	29
2.3 Os fatores de risco obstétricos para Incontinência Urinária.....	35
3 OBJETIVOS.....	45
3.1 Objetivo Geral.....	45
3.2 Objetivos Específicos.....	45
4 MATERIAL E MÉTODO.....	46
4.1 Tipo do estudo.....	46
4.2 Local do estudo.....	46
4.3 Sujeitos do estudo.....	46
4.4 Coleta dos dados.....	47
4.5 Variáveis do estudo.....	49
4.6 Análise dos dados.....	51
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	52
5.1 Caracterização da amostra.....	52
5.2 Hábitos de vida, antecedentes ginecológicos e obstétricos.....	58
5.3 Sistema Urogenital: Aspectos anátomo-funcionais e alterações.....	65
5.4 Caracterização do parto índice.....	78
5.5 Caracterização da perda involuntária de urina em algum momento da vida..	81

5.6 Caracterização da perda involuntária de urina no ciclo grávido-puerperal.....	90
5.7 Caracterização da perda involuntária de urina no momento da entrevista....	98
6 CONCLUSÃO.....	101
REFERÊNCIAS.....	103
APÊNDICES.....	116
ANEXOS.....	123

1 APRESENTAÇÃO

Desde minha graduação no curso de fisioterapia, sempre apresentei um interesse maior pelas disciplinas aplicadas à ginecologia e obstetrícia, motivo pelo qual, minha monografia teve como temática os efeitos do acompanhamento fisioterapêutico durante o trabalho de parto. Dando continuidade a este segmento, escolhi cursar uma especialização em saúde da mulher, o que aprofundou meus conhecimentos nesta área e ampliou o olhar para a atuação do fisioterapeuta nas diversas fases da vida da mulher. Neste contexto, ingressei no programa de pós-graduação de enfermagem em saúde pública, direcionando meu projeto para a área de saúde mulher, e mais especificamente ao puerpério, pois, estudando sobre a saúde feminina, foi possível perceber os conflitos vivenciados pela mulher nesta fase de seu ciclo grávido-puerperal. A fragilidade desse período é merecedora de um olhar mais direcionado para a mulher, a fim de tornar esse momento, o mais natural e agradável possível, para uma repercussão positiva tanto para ela, quanto para o bebê e a família.

Além disso, o aprofundamento no conhecimento sobre uroginecologia, por meio de cursos e interesse próprio, conduziu-me a busca por lacunas no estudo da IU, um sintoma predominantemente feminino e com conseqüências para a saúde da mulher.

A incontinência urinária (IU) está associada à uma morbidade significativa e correlacionada com alto risco de internação hospitalar ou assistência médica. Nos Estados Unidos, os gastos com este problema de saúde superam os investimentos empregados no tratamento de pacientes com insuficiência renal crônica e infarto agudo do miocárdio (GEÓ; MARTINS; GEBER, 2001).

A publicação de estudos epidemiológicos relacionados à IU é conflitante. Apesar da ampla produção e publicação de estudos, principalmente internacionais, a falta de uniformidade metodológica dificulta a obtenção de resultados que possam ser reproduzidos em outros estudos (HUNSKARR et al., 2002).

Como exemplo da diversidade metodológica aplicada nos estudos pode-se citar a inclusão de populações com diferentes características, entre elas: sexo, faixa etária, etnia e grupos específicos, como por exemplo, gestantes. O uso de instrumentos não padronizados para a coleta de dados é outro obstáculo; são utilizados diversos questionários, entrevistas ou relato de pacientes. No caso de investigações no pós-parto, os períodos de coleta de dados são muito variados, podendo ser obtidos em dias, semanas, meses, ou anos após o parto. E, principalmente existem as diferentes definições do termo IU, o que dificulta ainda mais as comparações dos estudos (CHEATER; CASTLEDEN, 2000; HUNSKARR et al., 2002).

Quanto às definições distintas, a maioria dos estudos tem utilizado cinco principais conceitos para definir o sintoma. Uma das definições considera como IU, qualquer perda involuntária de urina nos últimos 12 meses. O termo também é utilizado quando ocorre mais de um episódio de perda urinária no período de um mês. Outro conceito refere-se à ocorrência de ao menos um episódio de IU no período de uma semana. A IU também pode ser definida também, como um problema social ou de higiene. Outro conceito refere-se IU como qualquer IU, ou seja, considera o sintoma sempre que ocorrer perda involuntária de urina. A IU pode ser definida por relato do sintoma pelo próprio indivíduo ou confirmada de forma objetiva, por testes clínicos e/ou urodinâmicos (CHEATER; CASTLEDEN, 2000).

Além das definições distintas, o preconceito e o desconhecimento sobre essa condição, aliadas à resistência em procurar o auxílio de profissionais da saúde, prejudicam o estudo deste fenômeno (CHEATER; CASTLEDEN, 2000).

Entretanto, sabe-se que a perda involuntária de urina constitui-se em um problema de saúde pública, com conseqüências sociais (constrangimento, isolamento, depressão) e econômicas (prevalência relativamente alta, altos custos com tratamento). É uma condição que contribui para a institucionalização de pessoas, aumentando o risco de hospitalizações e admissão em clínicas e asilos, independente da idade ou comorbidades presentes (HUNSKAAR et al., 2002).

Nos estudos epidemiológicos é possível observar uma maior prevalência do sintoma no sexo feminino, por diferenciações anatômica, vasculares e hormonais. O ciclo grávido-puerperal é um dos períodos em que as alterações hormonais podem desencadear mais facilmente a perda involuntária de urina (GROSSE; SENGLER, 2002).

Em especial, o puerpério é um período caracterizado por inúmeras mudanças, adaptações e turbulências. A puérpera, após ter a atenção de todos voltada para si durante a gestação, passa rapidamente para um segundo plano, quando os olhares voltam-se para o bebê que acaba de nascer. Além disso, ela precisa adaptar-se ao novo papel de mãe, que geralmente inclui os cuidados com o bebê, a amamentação e o cansaço físico gerado por modificações em sua rotina (EDWARDS, 2002).

Para o ser humano, uma crise surge quando se vivencia um período em que exista uma combinação de significados, reações e sentimentos múltiplos (DAL SASSO, 1994 apud ZAGONEL et al., 2003). O puerpério parece ser uma circunstância deste tipo, em

que se combinam emoções e responsabilidades, que transformam a vida de uma mulher e de uma família.

Quando somado a isso ainda precisa conviver com uma perda involuntária de urina, a situação pode se tornar uma experiência negativa em relação à maternidade e, gerar uma crise. Além disso, a permanência do sintoma por períodos muito prolongados, pode afetar a qualidade de vida.

A IU, sobretudo, neste período, pode acarretar em diversas modificações biopsicossociais para quem a refere e, esse é um aspecto importante a ser considerado quando se pensa em conhecer sua prevalência e propor medidas preventivas ou de promoção em todos os níveis de atenção à saúde.

Muitas vezes uma perda urinária de frequência e quantidade variada pode não ter o mesmo significado de problema e gravidade quando se compara a opinião de profissionais da saúde e usuários. Para algumas mulheres uma perda mínima de urina, apenas algumas gotas esporadicamente, pode ser muito penosa em comparação a outras que não a percebem como um problema. Tudo depende das atividades de vida diária dessa mulher, de onde reside, com quem reside, de seus relacionamentos afetivos, de sua inserção no mercado de trabalho, ou seja, a gravidade do sintoma é diretamente influenciável pelo modo de vida da mulher e de como ela lida com essa alteração (GROSSE; SENGLER, 2002).

Portanto, a IU influencia no cotidiano, com maior ou menor grau e, para melhor entender as repercussões desse sintoma na vida das mulheres existem instrumentos específicos que abordam questões que permitem mensurar o grau desta interferência.

No estudo de Coyne et al. (2003) foi verificado o impacto dos três principais tipos de IU (esforço, urgência e mista) na qualidade de vida de 171 pessoas que referiram a

presença do sintoma, em uma população de 919 indivíduos, utilizando um questionário específico. Dos participantes com incontinência, 82.5% eram mulheres, 85.4% caucasianos e sua faixa etária média era de 55.9 anos de idade. A frequência urinária aumentada e a noctúria não diferiu muito entre os grupos: IU de esforço (7,8% e 1,2%); IU de urgência (8,1% e 1,5%) e IU mista (7,7% e 1,4%), respectivamente. Porém, a IU de esforço apresentou menores índices nos itens de intensidade de urgência, quando comparada ao sintoma de urgência e misto (4,0%; 7,4%; 6,8%) e na necessidade de cuidados médicos (2,4%; 4,1%; 4,5%), respectivamente. Na presença de IU mista houve mais episódios de perda de urina do que na IU de esforço. Na estimativa da quantidade de urina perdida, as perdas significativas foram referidas por 33% dos indivíduos com sintoma misto, 21% daqueles com sintoma de urgência e 12% dos sintomas de esforço. Os autores afirmam que os achados desse estudo são semelhantes a outros sobre o tema, indicando que existe um maior impacto na qualidade de vida para o componente de urgência miccional do que para a perda de urina aos esforços.

Na Inglaterra, Roe e May (1999) exploraram o impacto da IU na sexualidade dos indivíduos e identificaram o impacto do tratamento da IU em sua sexualidade. Participaram do estudo, por meio de entrevistas, 27 sujeitos proveniente de dois centros de saúde. O estudo aponta que a IU interfere claramente na sexualidade e na identidade sexual. Foi identificado ainda que os profissionais da saúde tendem a negligenciar esse aspecto da vida ou simplesmente reduzem a sexualidade ao ato sexual, desprezando os outros aspectos da sexualidade, relacionados à IU.

Como exemplo, pode-se observar que as vestimentas de uma mulher com IU nem sempre são aquelas que a mesma gostaria de vestir, pois, precisa tomar cuidado com

as cores que favoreçam a visualização da perda urinária e com determinadas peças, como saias, que facilitam a perda de urina. Somado a isso, na maioria das vezes, essa mulher está com sua auto-estima afetada e tende a negligenciar sua imagem, não se preocupando em enfeitar-se ou utilizar qualquer acessório que realce sua beleza e até mesmo deixando de lado os hábitos de higiene (GROSSE; SENGLER, 2002).

Ainda no aspecto da sexualidade, o relacionamento afetivo com o parceiro também pode prejudicar-se em função do medo de cheirar mal e pela presença freqüente de odores, sendo mais acometido, quando a mulher necessita de auxílio do companheiro para higienizar-se. A própria relação sexual sofre modificações, pois, além do medo dos odores, pode existir a perda efetiva de urina durante a relação sexual, o que pode ser uma experiência desagradável e constrangedora para ambos (GROSSE; SENGLER, 2002).

Assim, unindo um problema de saúde pública, como é a IU (ROE; DOLL, 2000) e um período instável do ciclo grávido-puerperal, como é o puerpério, optei por estudar o sintoma de perda involuntária de urina no pós-parto.

A idéia inicial deste trabalho consistia em avaliar um programa de cinesioterapia para o assoalho pélvico, como prevenção da IU no puerpério, já que a literatura internacional referia uma prevalência relativamente alta do sintoma nesta fase. Porém, ao ser interrogada sobre a freqüência do sintoma em nossa realidade, percebi que os estudos nacionais sobre IU no pós-parto praticamente inexistiam e que, portanto, a princípio, não haveria justificativas para implementar um programa de prevenção no município de Ribeirão Preto.

Foi quando então, optei por buscar a prevalência do sintoma de perda involuntária de urina em puérperas de um município paulista.

A literatura nacional apresenta uma escassez de estudos epidemiológicos da IU que enfocam o ciclo grávido-puerperal. O estudo da IU em uma fase da vida feminina cuja atenção por parte do sistema de saúde e profissionais da área necessita de maior aprofundamento, principalmente, em relação ao conhecimento da dimensão deste problema em nossa realidade.

Considerando-se essas justificativas, este estudo propõe identificar a presença de perda involuntária de urina em um grupo de puérperas e descrever os fatores obstétricos comumente relacionados à IU.

Dessa maneira, os resultados desse estudo poderão apontar para a necessidade de implementação de ações para a promoção da continência urinária em puérperas. Poderá ainda, auxiliar na melhora da assistência obstétrica, pois, acredita-se que o sintoma da perda involuntária de urina no ciclo grávido-puerperal, muitas vezes possa passar despercebido pelos profissionais da saúde ou mesmo não ser referido pelas mulheres.

A obtenção de dados concretos sobre o problema é indispensável para a formulação de propostas que visem à prevenção e tratamento da IU, a fim de promover a saúde da mulher no ciclo grávido-puerperal.

2 EMBASAMENTO TEÓRICO

2.1 A incontinência urinária: Definição e epidemiologia

A definição de IU normalmente varia de acordo com a cultura, os hábitos, o estilo de vida ou faixa etária. Entretanto, a International Continence Society (ICS) define o termo IU como qualquer queixa de perda involuntária de urina e considera o sintoma como um dos distúrbios do trato urinário inferior (TUI). A IU constitui-se em um problema de saúde com repercussões sociais e econômicas, que afeta diretamente a qualidade de vida de quem o refere, pois, muito mais do que um prejuízo físico pode implicar em constrangimento, com conseqüente isolamento social e depressão (ABRAMS et al., 2002; AL-HAYEC; ABRAMS, 2004; PRAUN; BUSATO; PRAUN, 2001).

Algumas características deste problema já foram estudadas. Sabe-se que a IU pode apresentar-se como um sintoma de esforço, de urgência ou misto. A ICS define a IU de esforço (IUE) como a queixa de perda involuntária de urina ao esforço, espirro ou tosse, ou seja, quando a perda involuntária de urina ocorre concomitantemente a um esforço físico, tosse ou espirro (ABRAMS et al., 2002). Na IU de esforço (IUE) existe ausência de contrações vesicais: um aumento da pressão abdominal se transmite à bexiga incorretamente e a pressão vesical ultrapassa a pressão uretral e esfinteriana, causando a perda urinária. A pressão vesical normal é de cerca 5 cm H₂O e sempre inferior a 15 cm H₂O. Porém, em posição ortostática, chega aos 50-60 cm H₂O e, em situações de esforço (exercício físico, tosse, espirro), pode atingir cerca de 100-150 cm H₂O. Em situação normal, independentemente da posição ou esforço praticado, deve haver um aumento da resistência uretral, evitando a perda involuntária de urina. Em

situações de esforço, a continência é mantida por mecanismos anatômicos e funcionais de fechamento (mucosa uretral, músculos esfínterianos uretrais e periuretrais e, correto posicionamento anatômico do mecanismo de continência). Na IUE observa-se uma falência dos mecanismos de fechamento da uretra durante o aumento súbito da pressão abdominal (TANAGHO, 1995; CANALINI, 2001; CARR; FREUND; SOMANI, 1995).

A coaptação uretral durante as situações de esforço deve-se à vascularização da mucosa e ao invólucro muscular/"esponjoso" da submucosa da uretra. Estas características da uretra podem se alterar no déficit de estrógenos (menopausa e gestação), após cirurgias, radioterapia ou processos inflamatórios locais, contribuindo para o surgimento do sintoma. As agressões locais da musculatura lisa da uretra e colo vesical, do músculo liso e estriado esfínteriano, que podem ocorrer no parto, cirurgias pélvicas e endoscópicas, processos inflamatórios locais, doenças metabólicas, déficit de estrógenos e envelhecimento originam lesões neurológicas locais e fibrose. Estes processos contribuirão de modo muito relevante para a instalação da IUE por falha do mecanismo de fechamento (CARR; FREUND; HERRMAN; PALMA, 1999; SOMANI, 1995).

A correta posição anatômica da uretra é muitas vezes difícil de se entender na mulher incontinente, porém, é conhecido que estruturas como o assoalho pélvico, o arco tendinoso, os músculos elevadores do ânus e suas fáscias e estruturas ligamentares (pubouretrais, uretropélvicos, vesicopélvicos e cardinais) são fundamentais no suporte da uretra feminina. A posição do colo vesical e uretra são importantes para que a transmissão da pressão abdominal se realize sobre o terço inicial da uretra, ocorrendo seu fechamento e oscilação com fechamento do ângulo

vesicouretral posterior, criando-se um efeito de "válvula" ao nível do colo vesical, evitando-se a perda urinária. Quando as estruturas estão fragilizadas, desencadeiam um posicionamento incorreto, com transmissão da pressão abdominal apenas à bexiga, revelando-se a presença da IUE (CANALINI, 2001; TANAGHO, 1995).

O termo incontinência urinária de urgência ou urgeincontinência (IUU/UI) refere-se, segundo a ICS, à queixa de perda involuntária de urina acompanhada ou imediatamente precedida de urgência. A IUU ou UI pode se apresentar sob diferentes formas de sintomas, por exemplo, com perdas pequenas e freqüentes entre as micções ou como uma perda intensa com esvaziamento total da bexiga (AL-HAYEC; ABRAMS, 2004).

A IUU é considerada uma hiperreflexia de origem neurogênica no caso de traumatismos medulares, esclerose múltipla, ou, uma instabilidade quando sua origem não é neurogênica, podendo esta ser sensorial ou motora. Na IUU sensorial (cistites, cálculos ou neoplasias) há uma hipersensibilidade da bexiga/uretra, que desencadeia um forte desejo miccional na presença de pequenos volumes, embora os sintomas aliviem pouco com a micção. Na IUU motora, observam-se contrações não inibidas pelo músculo detrusor, na ausência de doença neurológica. É uma disfunção do detrusor devido à obstrução, envelhecimento ou patologia desconhecida (TANAGHO, 1995).

Na IUU existe um problema no enchimento/armazenamento de urina, em que a pessoa é incapaz de inibir as contrações vesicais por hiperreflexia ou instabilidade. Sua fisiopatologia não foi totalmente elucidada, apesar de se entender o mecanismo de perda. As alterações nos arcos reflexos da micção podem advir das alterações ao nível dos neurotransmissores (tipo, quantidade) ou dos receptores do detrusor (densidade, afinidade) e, de uma atividade miogênica alterada em que estejam envolvidas

alterações bioquímicas ao nível do músculo liso, instabilidade de membranas ou deservação que altere as propriedades do músculo liso, conduzindo a um aumento da excitabilidade (CARR; FREUND; SOMANI, 1995).

Entretanto, sabe-se que as situações mais freqüentemente associadas ao sintoma são: obstrução, envelhecimento, processos inflamatórios pélvicos e uretrais. Existem vários mecanismos envolvidos, como perda da inibição central ou periférica, vias reflexas resistentes ao controle central (arcos reflexos alterados); e aparecimento de fatores de crescimento de neurotrofinas (CARR; FREUND; SOMANI, 1995).

O terceiro tipo de sintoma é a IU mista (IUM), conceituada como uma queixa de perda involuntária de urina associada a uma urgência e também a um esforço, exercício, espirro ou tosse, de acordo com a ICS (AL-HAYEC; ABRAMS, 2004).

Na IUM a fisiopatologia é mista, como no sintoma apresentado. É importante distinguir o componente mais determinante da perda urinária e a forma primária de incontinência. Normalmente a IUU ocorre como mecanismo de adaptação, de compensação ou de reação à IUE ou à obstrução, sem se conhecer os mecanismos envolvidos. Alguns autores defendem como origem do sintoma a existência de contrações do detrusor durante a fase de enchimento, em consequência de uma hipertrofia do mesmo, com alteração dos arcos reflexos periféricos (TANAGHO, 1995).

A proporção de cada sintoma é referida por diversos autores, sendo que alguns não consideram o sintoma misto, apenas o de esforço e o de urgência. Entretanto, é possível evidenciar nos resultados um predomínio maior dos sintomas de esforço, sendo os sintomas mistos de menor prevalência. Alguns estudos sugerem que este predomínio varia conforme a faixa etária, havendo mais sintomas de esforço em

mulheres jovens e de meia idade e mais sintomas mistos em mulheres idosas. (HUNSKAAR et al., 2002).

Quanto ao surgimento de qualquer um dos tipos do sintoma, releva-se o fato de que os inúmeros fatores desencadeantes favorecem sua etiologia multifatorial. É sugerido que devido à diferenciação anatômica ele atinja predominantemente as mulheres. A estrutura fechada do sistema perineal e um maior comprimento da uretra parecem contribuir para uma menor prevalência no sexo masculino (GROSSE; SENGLER, 2002). Entretanto, um estudo detalhado do trato urinário inferior humano de 12 pelvis masculinas e 14 femininas, de fetos com idade gestacional entre 17.5 e 38 semanas, concluiu que o desenvolvimento anatômico do complexo esfinteriano da uretra é semelhante em ambos os sexos (YUCEL; BASKIN, 2004).

Por meio de uma revisão da literatura Praun, Busato e Praun (2001) observaram que diversas pesquisas corroboram quanto ao aumento da prevalência da IU com o avançar da idade, entretanto as opiniões quanto ao padrão desse aumento divergem. Os problemas orgânicos decorrentes do avançar da idade, como a imobilização, a constipação intestinal, as doenças respiratórias crônicas e as cirurgias ginecológicas prévias, parecem facilitar ou causar a perda urinária, porém, é ainda difícil determinar essa relação.

Os anticoncepcionais orais foram investigados quanto ao tempo de uso relacionado ao aumento da prevalência da IU, não se evidenciando nenhuma diferença estatística significativa (RUBINSTEIN et al., 2001).

Foi identificada uma maior prevalência do sintoma em pessoas que permanecem hospitalizados por longos períodos ou, que residam em clínicas, asilos ou outras instituições (RUBINSTEIN et al., 2001). Hunskaar et al. (2002) apontam que estudos

confirmam estes dados, sugerindo prevalências superiores a 50%, referindo que a prevalência do sintoma sempre é maior em instituições porque, seus residentes tendem a ser pessoas mais velhas e com menores condições de saúde.

Quanto aos aspectos étnicos e raciais, ainda não existem dados cientificamente comprovados, pois, a maioria dos estudos tem sido conduzida com populações de mulheres brancas. Os estudos que abrangem mulheres não brancas demonstram uma prevalência variada, mas é possível evidenciar uma maior prevalência em mulheres brancas (HUNSKAAR et al., 2002; RUBINSTEIN et al., 2001; THOM et al., 2006). Thom et al. (2006) compararam a prevalência de IU, segundo o tipo, entre mulheres branca, negras, hispano-americanas e asiático-americanas. O risco de IU de esforço foi menor em mulheres negras e asiático-americanas, quando comparadas com mulheres brancas. Porém, o risco para IU de urgência foi semelhante entre as mulheres brancas e não brancas. Os autores referem que estudos revelaram que a mulher negra possui uma pressão máxima de fechamento uretral mais alta, uretra de maior comprimento, músculos pubococccígeos mais fortes e, maior taxa de pressão uretral, mas em contrapartida, apresenta maior mobilidade vesical.

Dentre os fatores ambientais, os estudos sugerem que o tabagismo, a obesidade e o uso de diuréticos estariam associados com o surgimento da IU. A ingestão de bebidas alcoólicas parece não estar relacionada ao problema (RUBINSTEIN et al., 2001).

A maioria das pesquisas epidemiológicas tem sido realizada com mulheres em faixa etária avançada, visto que o sintoma é considerado uma condição de saúde pertinente às pessoas de maior idade. Um estudo, realizado na Noruega, com mulheres de diversas faixas etárias identificou uma maior prevalência do sintoma na idade adulta, principalmente até os 50 anos. Após esta idade o sintoma permaneceu com a mesma

prevalência ou aumentou levemente. A partir dos 70 anos se observou um novo aumento da prevalência (HANNESTAD et al., 2000).

Em um estudo populacional na comunidade de Surahammar, na Suécia foram enviados questionários para 3.493 mulheres, com idades entre 18-70 anos. O percentual de resposta foi de 88%, 3.076 questionários retornaram preenchidos, entre os quais, 26% das mulheres referiram apresentar perda involuntária de urina, com uma maior prevalência do sintoma entre 51 e 60 anos de idade. O uso de contraceptivos orais foi menos comum entre as mulheres com IU (38%) comparando-se com aquelas sem o sintoma (53%). A reposição hormonal com estrogênio, na faixa etária de 51-60, foi de 36% entre as mulheres com IU e 25% entre aquelas sem o sintoma. Na faixa de 61-70 os valores foram de 30% e 17%, respectivamente (HÄGLUNDD; OLSSON; LEPPERT, 1999).

Minassian, Drutz e Al-Badr (2003) por meio de uma revisão de estudos indexados na base de dados MedLine, durante Janeiro de 1980 e Outubro de 2002, combinando as palavras “IU” com “prevalência” e “epidemiologia”, selecionaram 35 estudos de base populacional, sendo que 21 deles incluíam apenas mulheres. A prevalência média de IU, em mulheres, foi de 27.6%. A maioria dos estudos teve uma amostra populacional randomizada e definiam IU como qualquer perda de urina nos últimos 12 meses, apesar de mais de cinco definições terem sido utilizadas.

Contudo, investigar a prevalência do sintoma é difícil, pois, muitas mulheres não procuram auxílio médico para o problema. São muitas as razões para protelar essa busca, como, a dificuldade de comunicação, pois, como nunca precisou falar sobre o assunto antes, a mulher tem dificuldade em encontrar palavras adequadas que não sejam infantilizadas e que consigam expressar o que está ocorrendo. O vínculo

estabelecido entre o profissional e a mulher é de extrema importância na queixa do sintoma, visto que a vergonha e o desconforto perante a situação restringem falar sobre algo que também pode ser considerado um sinônimo de culpa para essa mulher, gerado por sua educação. Uma outra razão pode ser a atitude do profissional ao ouvir a queixa, pois, alguns profissionais tendem a banalizar ou desvalorizar esse tipo de relato. Também, o fato das pessoas considerarem o sintoma comum ao envelhecimento, pode levar à crença de que nada há para fazer, a não ser conviver com a situação. O desconhecimento sobre os tipos de tratamento existentes, também, podem levar uma paciente com medo de cirurgia a conviver com o problema (GROSSE; SENGLER, 2002; GUARISI et al, 2001)

Em um estudo descritivo e exploratório de corte transversal, tipo inquérito populacional domiciliar avaliou-se a porcentagem de mulheres de 45 a 60 anos com queixa de perda urinária que solicitaram tratamento médico e, investigou-se os motivos para não notificar o sintoma. Foram obtidos dados de 456 mulheres por meio de questionários estruturados fornecidos pela Fundação Internacional de Saúde/Sociedade Internacional de Menopausa e pela Sociedade Norte-Americana de Menopausa e adaptados pelos pesquisadores. A questão sobre IU incluía perda de urina ao tossir, rir ou carregar peso, de acordo com as respostas: sempre, às vezes e nunca. Entre as mulheres entrevistadas, 35% queixaram-se de perda urinária aos esforços, sempre ou às vezes; no entanto, somente 59% com a queixa procuraram assistência médica. O principal motivo apontado como responsável pela não-procura foi o fato de acharem que os sintomas não mereciam atenção médica. Os resultados apontaram para o fato de que uma grande parte das mulheres com IU não relatam a queixa ao médico, caso não sejam questionadas diretamente (GUARISI et al., 2001).

O tipo do sintoma, também, pode interferir na comparação dos estudos, e, determinados autores consideram a prevalência de apenas um tipo do sintoma, enquanto outros não o distinguem.

Entre aqueles em que se especificam os tipos de sintomas estudados, observa-se que existe uma relação com a faixa etária. No estudo de Hannested et al. (2000), foi identificado que a IU mista aumentou levemente com o avançar da idade, enquanto que o sintoma de esforço diminuiu.

Além disso, a categorização do sintoma tem variado cada estudo. Em sua maioria é obtido por meio do relato do entrevistado, que identifica sob qual circunstância ocorreu a perda involuntária de urina. Também são utilizados os estudos urodinâmicos, que podem apresentar resultados falsos negativos ou falsos positivos ou, associa-se o relato do paciente com exames físicos (AL-HAYEC; ABRAMS, 2004). Assim, estimar o tipo mais freqüente do sintoma na população feminina pode ser complicado, mas é sabido que essas diferenças existem, e, portanto, precisam ser melhor estudadas, com a padronização da categorização dos tipos do sintoma (HUNSKAAR et al., 2002).

Um outro ponto a ser considerado é a severidade do sintoma, principalmente nos estudos de prevalência. A freqüência, a quantidade da perda urinária, ou o incômodo subjetivo referido são fatores que definem esta severidade (HUNSKAAR et al., 2002).

Entretanto, as medidas utilizadas variam, principalmente quando se compara a quantidade perdida, que pode ser avaliada por: uso de protetor, trocas de roupa e restrição das atividades de vida diária. Existem índices já testados que mensuram a severidade do problema, porém este tipo de avaliação não considera a subjetividade referida pela mulher. A severidade do sintoma também varia com o seu tipo, fato que pode ser verificado no estudo de Hannested et al. (2000) em que a IU de esforço

apresentou menores índices de severidade; o sintoma leve foi referido por 53% das mulheres com IUE, por 39% no grupo com IUU e 31% das mulheres com IUM.

Muitos estudos referem que a IU severa aumenta sua prevalência de acordo com o avançar da idade. Neste mesmo estudo a prevalência de IU severa foi de 2.6% na faixa etária de 20-39 anos, de 6.5% na faixa de 40-54 anos, de 8.6% no grupo de 55-59 anos e de 13% após os 70 anos de idade (HANNESTED et al., 2000).

Apesar dessa falta de padronização encontrada nos estudos, existe uma proposta da ICS quanto à normatização das terminologias a serem empregadas nos estudos. Em sua última publicação (ABRAMS et al., 2002) a ICS atualizou e criou novas definições para sintomas, sinais, observações urodinâmicas e condições associadas com disfunções do trato urinário inferior e, o estudo urodinâmico, que podem ser aplicadas em qualquer indivíduo, com a finalidade de facilitar a comparação dos estudos e comunicação entre os pesquisadores.

Os fatores de risco abordados na maioria dos estudos são: idade, paridade, tipo de parto, climatério, histerectomia, obesidade, sintomas do trato urinário baixo, debilidade funcional e cognitiva, fatores de risco ocupacionais, história familiar e genética e outros fatores. Estes são os fatores de maior relevância, entretanto, estudos longitudinais com desenhos metodológicos bem controlados são necessários para que seja possível estabelecer uma ordem temporal entre o início dos sintomas e o fator de risco estudado.

A teoria integral da continência foi descrita por Petros e Ulmsten com a finalidade de explicar os mecanismos fisiopatológicos envolvidos na IU de esforço e nos sintomas coexistentes, como urgência, polaciúria, noctúria, alterações do esvaziamento vesical e intestinal e, da dor pélvica crônica. A teoria considera que esses sintomas são

interdependentes, apresentando um processo fisiopatológico comum. Os sintomas seriam resultantes de alterações dos elementos de suporte suburetral, dos músculos e ligamentos do assoalho pélvico. As alterações das tensões aplicadas sobre as fâscias da parede vaginal, por essas estruturas, determinam a abertura e fechamento do colo vesical e da uretra, além da ativação prematura do reflexo miccional e do desencadeamento de contrações involuntárias do músculo detrusor (RICCETTO; PALMA; TARAZONA, 2005).

Estudos epidemiológicos sobre a incidência da IU são raros, mesmo na literatura estrangeira, pois, exigem tempo e investimento financeiro. Além disso, pode haver regressão do sintoma em determinadas situações, e pouco se sabe a respeito de seus índices e fatores causais.

2.2 A incontinência urinária no ciclo grávido-puerperal

A predominância feminina da IU também se deve às modificações da troficidade muscular nos períodos de alteração hormonal, como ocorre durante a gestação e menopausa e ao traumatismo obstétrico (GROSSE; SENGLER, 2002).

Em função disso, estudos sugerem que a gestação e o parto desempenham um importante papel no desenvolvimento da IU (THORP et al., 1999).

A gestação ocasiona adaptações físicas gerais e locais no organismo materno, necessárias para o desenvolvimento do concepto (SOUZA, 2002b). O sistema urinário experimenta significativamente essas adaptações, tanto em sua estrutura como em seu

funcionamento. Isso ocorre devido à íntima relação anatômica entre este sistema e os órgãos pélvicos, além de sua origem embrionária comum (SOUZA, 1997).

Em consequência da maior vascularização do espaço intersticial, os rins aumentam cerca de 1.5 cm durante a gestação. Poucas alterações são observadas na anatomia do parênquima renal. Há aumento do néfron e dilatação dos cálices, ureteres e pelve renal influenciada por fatores mecânicos e hormonais (SOUZA, 1997).

Em função dessas alterações, os profissionais da saúde que atuam na área da obstetrícia consideram os sintomas urinários como manifestações clínicas próprias do período gestacional e, portanto, comuns (THORP et al., 1999).

Um desequilíbrio ou uma função inadequada das estruturas uretrais internas pode propiciar o surgimento de um sintoma de IU, principalmente no período gestacional, visto que tais estruturas encontram-se sob influência hormonal. Um estudo experimental nacional buscou avaliar o efeito da gestação sobre uma porção específica do trato urinário, que possui relevante função dentro do mecanismo de continência feminino - a vascularização periuretral. Para tal, trinta ratas prenhas foram divididas em três grupos iguais, estando com 10 e 20 dias de prenhez e com cinco dias de puerpério e, havia um grupo controle de 10 ratas que não acasalaram (em fase de estro¹). Foram preparados cortes para lâminas da uretra distal, uretra proximal, junção vésico-uretral e bexiga, as quais foram analisadas microscopicamente. (KOSMISKAS et al., 2002).

Em desacordo com a hipótese do estudo, não se identificou variação significativa no número de vasos do plexo submucoso da maioria das regiões analisadas independente do ciclo grávido-puerperal em comparação às ratas em fase de estro, exceto um

aumento no número de vasos da uretra proximal durante a gestação e puerpério (KOSMISKAS et al., 2002).

Devido à pressão exercida pelo aumento do útero na bexiga, a frequência urinária aumentada tende a ser um sinal prévio de presença gestacional. Contudo, quando no segundo trimestre o útero passa a ocupar a cavidade abdominal, a pressão sobre a bexiga diminui, reduzindo a frequência urinária. Geralmente no terceiro trimestre, a frequência aumenta, em virtude do aumento de pressão e diminuição da capacidade vesical causada pela apresentação fetal (HERRMAN; PALMA, 2001).

Além da pressão intra-abdominal aumentada, a embebição hormonal das estruturas de sustentação pélvica contribui para tal, demonstrando que a gestação favorece o surgimento da IU (HERRMAN; PALMA, 2001).

Para Kristiansson et al. (2001) o hormônio relaxina provavelmente desempenha um papel importante na manutenção da continência durante o período gestacional. Em seu estudo longitudinal realizado em dois distritos da Suécia, foram observadas 200 mulheres que responderam a três questionários (entre 12 e 36 semanas de gestação e com 12 e 24 semanas de puerpério) e tiveram amostras de sangue coletadas com 8, 16, 20, 28 e 36 semanas de gestação. Um alto valor de nível sérico de relaxina no início da gestação foi relacionado com uma baixa prevalência de IU. Quanto aos níveis séricos de progesterona e estrogênio não houve diferenças estatísticas significativas em função da pequena amostra.

¹ Estro: Dia 0 (zero) do ciclo estral. O ciclo estral de ratas tem duração média de quatro ou cinco dias e é caracterizado por quatro fases, proestro, estro, metaestro e diestro, as quais podem ser determinadas pelos tipos celulares observados no esfregaço vaginal.

Torna-se importante conhecer a dimensão da ocorrência da IU no ciclo grávido- puerperal, devido às suas conseqüências. Estudos revelam dados sobre a prevalência da IU na gestação e após o parto.

No estudo de Grosse e Sengler (2002) constatou-se uma prevalência de 40.6% de IU nas 399 gestantes observadas, sendo que, 24.8% dessas mulheres já eram incontinentes anteriormente. Os dados evidenciam que a gravidez pode tornar sintomática uma situação pré-existente. Os pesquisadores também observaram que a prevalência de IU durante a gestação é maior no terceiro trimestre.

Kristiansson et al. (2001) também observaram aumento da prevalência no final do período gestacional. Cento e noventa e cinco gestantes suecas, com idade gestacional variada foram questionadas sobre a presença de perda involuntária de urina. A prevalência de IUE que era de 10% na décima segunda semana de gestação, aumentou para 23% na vigésima quarta semana e em 26% das gestações na trigésima sexta semana.

Ainda no estudo de Grosse e Sengler (2002), entre as 168 mulheres que iniciaram a sintomatologia na gestação, 160 regrediram espontaneamente com o término do período gestacional e 8 permaneceram incontinentes no puerpério.

Assim, é possível constatar que o sintoma quando iniciado na gestação pode regredir ou mesmo persistir ao seu término. Pode ainda, surgir após a resolução do parto, sem que haja sintomatologia presente no período gestacional (NOVAK, 1998).

Nesse sentido, considerando-se 149 nulíparas avaliadas durante a gestação e nove semanas após o parto, Meyer et al. (1998) apud Meyer et al. (2001) apontam que aproximadamente 29% das mulheres que apresentaram IU de esforço durante a

gestação tenderam a persistir com esta sintomatologia no puerpério e, 16% das gestantes continentais apresentaram o sintoma pela primeira vez após o parto.

Fritel et al. (2004) estimaram a prevalência de IU 4 anos após o primeiro parto de 307 mulheres por meio de questionário enviado para os domicílios, com retorno de 46% dos mesmos. Entre os questionários avaliados, a prevalência de qualquer IU foi de 5% antes da primeira gravidez, 22% durante a primeira gestação e 32% quatro anos após o primeiro parto. Quando a prevalência de IU foi comparada ao tipo de parto, encontraram 19% após cesárea, 30% após parto vaginal espontâneo e 31% após uso de fórceps.

Assim como a prevalência do sintoma parece ser maior ao final do período gestacional, também é possível observar uma prevalência menor no pós-parto, que diminui gradativamente com o passar das semanas e meses. Wijma et al. (2003) avaliaram a incidência de IU em gestantes (38ª semana) e após o parto vaginal espontâneo (6 semanas e 6 meses). Encontrou-se uma incidência de 26% na 38ª semana gestacional, regredindo para 16% na sexta semana de puerpério e para 15% no 6º mês após o parto. Os resultados demonstraram que o risco para IU atual aumentou com a presença de perda urinária antes da primeira gestação, durante a primeira gestação, trabalho de parto maior ou igual a 8 horas e idade materna maior de 30 anos. O risco de IU foi menor para parto cesáreo no primeiro parto.

Com resultados semelhantes, Hvidman et al. (2003) investigaram a ocorrência de IU em uma população de 3.900 mulheres, das quais, 23.4% referiram o sintoma no puerpério imediato e 2.7% apresentaram a perda urinária até seis meses após o parto. A IU no puerpério estava fortemente associada com seu surgimento antes (37.5%) e durante a gestação (51.7%). O estudo concluiu que a prevalência da IU no puerpério

pode ser explicada como um declínio da IU na gestação, como uma manifestação de uma tendência pré-existente e como consequência do processo do parto e das técnicas obstétricas envolvidas.

Ou seja, a IU também pode surgir não apenas resultante do processo grávido-puerperal, mas também como consequência da assistência obstétrica.

Arya et al. (2001) determinaram a incidência de um novo início de IU após parto com fórceps e vácuo extrator, comparando-se com parto vaginal espontâneo. Em um estudo prospectivo com 315 primíparas que tiveram a resolução de seus partos por fórceps (90), vácuo extrator (75) ou espontâneo (150), investigou-se a queixa de IU com oito semanas, três meses e um ano de pós-parto. Os três grupos eram similares quanto à idade, raça e duração do trabalho de parto. A prevalência de IUE foi de 13.3% após 8 semanas, 6.6% após 3 meses e 9.2% após 12 meses. A maioria das mulheres deste estudo iniciou com o sintoma duas semanas após o parto. Porém todas aquelas que iniciaram os sintomas três meses após o parto, permaneciam com o mesmo 12 meses após, enquanto que as demais apresentaram regressão do sintoma. Entretanto, aos 3 meses e um ano, a incidência foi maior no grupo com parto fórceps (16.3% e 11%), comparando-se com o parto vaginal espontâneo (7.2% e 2.9%) e parto com uso de vácuo extrator (7% e 2.8%). O risco para IUE após parto fórceps foi de 3.5 comparado com parto espontâneo e de 3.5 comparado com vácuo extrator. O risco de IUE após parto com vácuo extrator comparado com parto espontâneo foi de 1.1.

Para mulheres sem uma história anterior de IU, a ocorrência do início de novos sintomas de IUE foi de 13.3% no grupo de parto espontâneo.

Porém, independentemente do momento em que surge a IU, observa-se que dentre os três principais tipos do sintoma (de esforço, de urgência e misto), o sintoma de esforço prevalece, seguido do misto (CARDOZO, 2004).

Quando se observa o tipo do sintoma na gestação e puerpério, os resultados dos estudos sugerem que o sintoma mais frequentemente encontrado é o de esforço, caracterizado por uma perda involuntária de urina logo após movimento brusco, risada ou esforço físico (SILVERTON, 1993).

2.3 Os fatores de risco obstétrico para a incontinência urinária

Segundo Handa, Harris e Ostergard (1996), em algumas mulheres a parturição proporciona danos ao assoalho pélvico. Por meio de uma revisão bibliográfica, do período de 1984 a 1995, os autores evidenciaram o trabalho de parto e o período expulsivo como possíveis fatores predisponentes das lesões do assoalho pélvico e, conseqüentemente, da IU, ressaltando a importância da habilidade dos profissionais da saúde em minimizar os danos causados durante a assistência obstétrica.

Dessa maneira, o parto vaginal é apontado como um dos fatores etiológicos da IU de esforço. A musculatura do assoalho pélvico, principalmente os músculos levantadores do ânus, participa dos movimentos de rotação da apresentação cefálica fetal e funciona como apoio no sentido da passagem do feto. Apesar de essa musculatura auxiliar na descida do feto, também, apresenta uma determinada resistência em sua passagem, podendo acarretar um determinado grau de estiramento muscular durante o parto vaginal (GROSSE; SENGLER, 2002).

Com isso, o estiramento exacerbado do períneo nas situações de desproporção céfalo-pélvica, ou mesmo o uso inadequado de instrumentos auxiliares, são condições que podem comprometer a sustentação do colo vesical e da uretra, além de alterar a musculatura e a inervação do assoalho pélvico, contribuindo para o surgimento da perda urinária (FOLDSPANG; MOMMSEN; DJURHUUS, 1999; HERRMAN; PALMA, 2001).

Segundo Mant, Painter e Vessey (1997) tanto a gestação quanto o parto são fatores de risco fortemente associados às disfunções do assoalho pélvico.

Minassian, Drutz e Al-Badr (2003) em uma revisão de 35 estudos randomizados sobre prevalência de IU, observaram que vinte e um deles associavam fatores de risco para o sintoma. Entre eles, a paridade foi associada em 18 estudos dos quais, 11 demonstraram uma associação significativa e sete não. Ou seja, 61% dos estudos demonstraram associação entre presença de IU e paridade.

Na Suíça, Samuelsson et al. (2002) determinaram a ocorrência dos vários graus de lesão durante o parto e analisaram os fatores de risco para lesão perineal grau II², de 2.883 partos vaginais. A maioria das mulheres (78%) teve algum tipo de lesão e 47,1% apresentaram laceração perineal. Quase metade das mulheres teve lesão perineal grau II, sendo que as primíparas apresentaram lesões de maior extensão quando comparadas com as multíparas. Os fatores de risco apontados para lesão perineal grau II foram: edema perineal leve, peso elevado do neonato, idade materna avançada, prolongamento da segunda fase do trabalho de parto (acima de 60 minutos) e duração da segunda fase menor de 30 minutos.

Liebling et al. (2004) realizaram um estudo em dois hospitais universitários de Bristol, no Reino Unido, onde compararam a morbidade materna com 6 semanas e 1 ano após o parto entre mulheres submetidas a um parto instrumental difícil ou parto cesáreo na segunda fase do trabalho de parto. 393 parturientes necessitaram de intervenção cirúrgica e responderam a um questionário sobre a presença de IU. As mulheres foram divididas em dois grupos: parto cesáreo (N: 209) e parto com uso de instrumentos (fórceps e vácuo extrator, N: 184). Seis semanas após o parto o sintoma foi relatado por 43 e 22% respectivamente, alterando-se para 52 e 32% após um ano.

Bahl, Strachan e Murphy (2005) por meio de um estudo prospectivo realizado na Inglaterra com 393 mulheres com gestação única e apresentação cefálica, investigaram a presença de IU e sua relação com o tipo de parto. Três anos após o recrutamento das mulheres foi enviado um questionário envolvendo perguntas sobre sintomas sexuais, anorretais e do trato urinário, sendo que 283 (72%) delas retomaram os questionários. A prevalência de IU três anos após o parto foi maior entre aquelas que tiveram parto instrumental³ (10,5%), comparando-se com o parto cesáreo (2%). O estudo concluiu que existe um risco aumentado de persistir o sintoma de IU por mais de três anos, em partos realizados com instrumentos quando comparados aos partos cesáreos, no segundo estágio do trabalho de parto.

Assim, os partos prolongados, o uso de fórceps ou vácuo extrator (ventosa), a macrossomia fetal (bebês com peso igual ou superior a 4.000 g) e a massa corporal

² Padronização da avaliação e classificação do trauma perineal registrada numericamente do menor grau para o mais severo. O grau II caracteriza-se por lesão da pele e músculo perineal, sem envolvimento esfinteriano (McCandlish et al., 2001).

³ Parto instrumental: Parto realizado com uso de fórceps ou vácuo extrator.

materna aumentada, são referidos como fatores que predisõem às disfunções do assoalho pélvico (HERRMAN; PALMA, 2001).

A partir da análise de uma amostra de 4.345 mulheres com idade entre 20 e 59 anos, Foldspang et al. (2004) concluíram que a gestação e o processo natural do parto estavam fortemente associados com a prevalência do sintoma. O estudo que foi realizado nos municípios de Aarhus e Randers, na Dinamarca, também sugere que a sutura perineal é uma técnica obstétrica que pode ter relação com a prevalência da IU no pós-parto.

Partos repetidos podem lesar a musculatura do assoalho pélvico e modificar a posição anatômica da uretra, sendo um fator de risco para o surgimento do sintoma. O número de partos parece ter associação com uma maior prevalência de IU, existindo um aumento da mesma a partir do terceiro parto (PRAUN; BUSATO; PRAUN, 2001; WHEELER; PETERS, 1991).

No estudo de Häglund, Olsson e Leppert (1999), considerando-se as mulheres jovens (idade entre 18 e 30 anos), a frequência do sintoma foi maior entre aquelas que tiveram um parto (27%) e também entre aquelas que tiveram dois partos (42%), quando comparadas com nulíparas (23%).

Porém, ainda não se identificou um fator isolado como determinante deste problema, evidenciando-se que a IU é fisiopatologicamente multifatorial (HERRMAN; PALMA, 2001; RUBINSTEIN, 2001).

Parazzini et al (2003) avaliaram os fatores de risco para os diferentes tipos de IU (esforço, urgência e mista) e instabilidade vesical sem incontinência. Foram comparadas 1.062 mulheres com o sintoma e, 1.143 mulheres do grupo controle. O estudo concluiu que o parto vaginal aumentou o risco de IU de esforço e mista, mas

não interferiu nos sintomas de urge-incontinência e de instabilidade vesical. O risco para todos os tipos de incontinência aumentou quando associado a um valor de ÍMC^4 alto, história de histerectomia, infecção urinária prévia e trauma perineal.

Groutz et al. (2004) realizaram um estudo prospectivo comparando a prevalência de IUE entre 363 primíparas um ano após parto vaginal espontâneo versus cesárea eletiva ou cesárea por não progressão do trabalho de parto. As mulheres foram recrutadas um dia após o parto e acompanhadas durante um ano, analisando-se apenas os casos novos associados com o parto. Formaram-se três grupos de acordo com o tipo de parto, sendo: 145 mulheres com parto vaginal espontâneo, 118 mulheres com parto por cesárea eletiva e 100 com cesárea de emergência. A prevalência de IUE foi similar entre parto vaginal (10.3%) e cesárea emergencial, entretanto foi bem menor (3.4%) no grupo de cesárea eletiva ($P < 0.05$). Quase a metade das mulheres incontinentes de cada grupo referiu apresentar sintoma moderado ou severo. Os resultados obtidos sugerem que as lesões do assoalho pélvico, nos casos de cesárea de emergência, podem ser tão extensas que essa intervenção cirúrgica não tem efeito positivo para evitá-las. Entre as parturientes com cesárea eletiva observou-se uma baixa prevalência de IUE no puerpério, porém não foi possível estabelecer a cesárea eletiva como conduta para prevenção de lesões do assoalho pélvico ou disfunções, como é o caso da IUE.

Ainda referindo-se ao tipo de parto e uso de instrumentos, Peschers et al. (2003) em um estudo de caso e controle realizado na Alemanha, avaliaram a presença de IU e fecal entre 6 e 24 semanas após o parto em 100 primíparas, sendo 50 com parto

⁴ O Índice de Massa Corporal (IMC) é reconhecido como padrão internacional para avaliar o grau de obesidade. O IMC é calculado dividindo o peso (em kg) pela altura ao quadrado (em m).

vaginal espontâneo e 50 com uso de vácuo extrator. Os sintomas de incontinência fecal iniciados no pós-parto foram relatados por 1/3 das mulheres dos dois grupos. Para a IU os achados foram de 28% no grupo com uso de vácuo extrator e 42% no grupo com parto vaginal. Sem considerar as lesões perineais de grau III⁵, a ultrasonografia demonstrou defeito esfinteriano em 27.5% entre as mulheres do grupo de vácuo extrator e em 10% das mulheres do outro grupo. Os autores concluíram que esses sintomas são freqüentes após o parto vaginal e que o uso de vácuo extrator não causa maiores danos funcionais ao assoalho pélvico do que o parto vaginal espontâneo, apesar de apresentar mais defeitos esfinterianos ao exame de ultra-som.

Considerando-se que o parto cesáreo pode ter um efeito protetor nas disfunções pélvicas, Dietz e Bennett (2003) observaram os efeitos do parto na mobilidade dos órgãos pélvicos, em um estudo prospectivo realizado em clínica terceirizada de um hospital público da Austrália. Duzentas mulheres foram recrutadas no início de sua primeira gravidez sendo submetidas a um exame de ultra-som transvaginal em três momentos: no primeiro ou início do segundo trimestre; no último trimestre e; com 2-5 meses de puerpério (84.5% retornaram). As modificações ocorridas próximas ao parto na mobilidade da uretra, bexiga, cérvix e ampola retal foram correlacionadas com o trabalho de parto e momento do parto. Encontrou-se um aumento altamente significativo na mobilidade dos órgãos na manobra de Valsava após o parto vaginal, sendo que, o uso de fórceps demonstrou maiores danos. A duração do trabalho de parto, em especial a fase ativa, teve correlação com um aumento na descida dos órgãos. Não houve relação significativa com: idade gestacional, duração da 1ª etapa do

⁵ Padronização da avaliação e classificação do trauma perineal. O grau III caracteriza-se por lesão da pele e músculo perineal, com envolvimento esfinteriano (McCandlis et al., 2001).

trabalho de parto e peso do recém nascido. O estudo concluiu que o parto vaginal, em especial com uso de instrumentos, afeta negativamente o suporte dos órgãos pélvicos. Todas as formas de parto cesáreo foram relacionadas a uma descida menor dos órgãos pélvicos.

Desta forma, a IU no puerpério é uma das ocorrências de morbidade materna, sendo que, a multiparidade e a má assistência ao parto, também são fatores que interferem na gênese deste distúrbio (CHIARELLI; COCKBURN, 2002).

O estudo de Pregazzi et al. (2002a) que avaliou a presença do sintoma resultou em 8.2% de ocorrência em primíparas e 20% em múltiparas. Os autores concluíram que a IU estava associada ao aumento de peso exacerbado no início da gestação e, a partos induzidos por prostaglandinas.

Outro estudo de Pregazzi et al. (2002b) determinou a relação entre o trauma perineal após o parto vaginal e o desenvolvimento de disfunções do assoalho pélvico no puerpério, por meio de um estudo prospectivo com 218 primíparas imediatamente após o parto. As mulheres foram divididas em 3 grupos de acordo com o grau do trauma perineal. Não houve diferença estatística significativa entre os grupos quanto à prevalência de IU de esforço ou de urgência. Observou-se que o surgimento de sintomas relacionados ao trauma perineal após o parto vaginal (como IU, incontinência fecal e prolapso genital) ocorreu mesmo nos casos em que o períneo não apresentou lesão aparente.

Para Wilson e Herbison (1996), em um estudo realizado na Nova Zelândia, a IU resultante de lesão do assoalho pélvico foi observada em 20-34% das mulheres após o parto vaginal, sendo que 3% apresentaram perda urinária diária ou com maior frequência.

Esses resultados estão de acordo com o estudo de Farrell, Allen e Baskett (2001) realizados entre 6 semanas e 6 meses após o parto, os quais demonstraram que o parto vaginal induz à IU, os autores ainda salientam que essa prevalência tende a ser maior em primíparas.

Além da IU, esses eventos obstétricos podem causar prolapso de órgãos pélvicos, como: cistocele, retocele, prolapso uterino e, incontinência fecal (CHALIHA et al., 2001; DONNELLY et al., 1998; WILSON; HERBISON, 1996).

Considerando-se os fatores associados à IU, Fornell, Wingren e Kjolhede (2004) descreveram-nos em uma população de mulheres com idade entre 40 e 60 anos. A análise dos resultados mostra que a IU estava associada com índice de massa corporal, faixa etária, cirurgia de veias varicosas em membros inferiores, multiparidade e ruptura do esfíncter anal. O estudo concluiu que as mulheres com IU são propensas a desenvolver incontinência fecal e prolapso genital e vice-versa. Também foi observado que os sintomas de prolapso genital parecem estar mais associados com lesões do parto do que com o esforço crônico do assoalho pélvico.

Thompson et al. (2002) descreveram a prevalência de problemas de saúde seis meses após o parto, associando a paridade e o tipo de parto. Mil cento e noventa e três mulheres foram submetidas a quatro entrevistas. Dentre os problemas apresentados entre 8 e 24 semanas após o parto encontrou-se a IU de esforço.

Outro estudo encontrou uma taxa de 15.5% de IU no puerpério. De 49 mulheres sintomáticas desde o início da gestação, quarenta e seis mantiveram o sintoma até seis semanas após o parto (GROSSE; SENGLER, 2002).

Farrel, Allen e Basket (2001) estimaram a incidência e fatores de risco da IU no puerpério durante três anos, por meio de questionário. O estudo envolveu 690

primíparas e a ocorrência de IU nos seis meses após o parto foi de 26%. O parto vaginal foi associado a uma maior incidência da IU, com um risco relativo de 2,8, comparando-se com o parto cesáreo. As demais variáveis obstétricas avaliadas não apresentaram um risco significativo.

Descreveu-se a prevalência e severidade da IU no período de um ano após o parto no estudo de Burgio et al. (2003). Das 523 mulheres participantes, 59,5% apresentaram perda involuntária de urina durante a gestação. Nas seis primeiras semanas de puerpério, 11,36% referiram sinais e sintomas de IU. Como fatores de risco associados encontrou-se: IU durante a gestação, parto vaginal, uso de fórceps, frequência urinária aumentada e índice de massa corporal materno elevado, duração da amamentação e tabagismo.

Em relação à severidade dos sintomas (frequência e quantidade), Arya et al. (2001) compararam a severidade entre os grupos estudados (parto espontâneo, fórceps e vácuo) duas semanas após o parto, não havendo diferença. Com três meses de pós-parto, o grupo do parto fórceps aumentou seus escores de severidade e com doze meses esse mesmo grupo apresentou a maior severidade do sintoma.

Entre noventa e nove mulheres estudadas com a presença de IU quatro anos após o parto, sessenta e duas referiram sintomas leves, vinte e uma apresentaram IU moderada, oito queixaram-se de sintoma severo e, oito não souberam responder o item da severidade. Considerando-se as mulheres que referiram o sintoma de esforço (89), em relação à frequência do mesmo, a perda involuntária de urina ocorreu raramente para 35%, ocorreu algumas vezes para 39% das mulheres, com frequência para 22% e todo o tempo para 6%. Quanto ao uso de protetores ou absorventes na IU 22% das mulheres referiram necessidade de uso (FRITEL et al., 2004).

Independente de sua prevalência em puérperas, é preciso relevar o fato de que a IU não somente prejudica a qualidade de vida da mulher, como também gera custos para os serviços de saúde, caracterizando-se em um problema de saúde pública (HERMANN; PALMA, 2001).

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

- Estudar a ocorrência da perda involuntária de urina e os fatores obstétricos relacionados em um grupo de puérperas de uma maternidade filantrópica de um município paulista.

3.2 Objetivos Específicos

- Identificar a ocorrência e o tipo do sintoma relacionado à perda involuntária em qualquer momento da vida e durante o ciclo grávido-puerperal;
- Descrever a ocorrência dos sintomas urinários no ciclo grávido-puerperal de acordo com: paridade, tipo de parto, uso de fórceps, episiotomia, peso e perímetro cefálico do recém-nascido.

4 MATERIAL E MÉTODO

4.1 Tipo do estudo

Esta pesquisa caracteriza-se por ser um estudo epidemiológico, descritivo, retrospectivo, de corte transversal.

4.2 Local do estudo

Este estudo foi desenvolvido nas dependências da Maternidade do Complexo Aeroporto (MATER), situada em Ribeirão Preto – São Paulo. É uma instituição filantrópica mantida pela Fundação Sinhá Junqueira que assiste, exclusivamente, gestantes conveniadas pelo Sistema Único de Saúde (SUS), atendendo partos de baixo risco, privilegiando o parto vaginal.

4.3 Sujeitos do estudo

A população estudada constituiu-se de todas as puérperas que compareceram na consulta de enfermagem de puerpério, nos meses de junho a agosto de 2005 e que aceitaram participar do estudo. É instituído pela maternidade que a consulta deva ocorrer em um período de até 20 dias após o parto, a qual é agendada antes da alta hospitalar.

A opção por esse momento para a coleta dos dados se deu pela falta de estudos científicos que compreendem este período do pós-parto, unindo a facilidade e redução de custos para reunir as puérperas.

De acordo com a resolução 196/96 do Código Nacional de Saúde que determina as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, o projeto desta pesquisa, após ser aprovado na maternidade em estudo, foi encaminhando ao Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem Ribeirão Preto/USP. O projeto foi analisado e considerado aprovado em sua 75ª Reunião Ordinária, realizada no dia dezoito de Maio de 2005 (anexo A). A coleta de dados foi realizada tendo como referência os padrões éticos, respeitando a dignidade humana.

4.4 Coleta dos dados

Os instrumentos de coleta de dados foram construídos baseados na literatura correspondente e solicitado a três profissionais de áreas afins para sua validação (três fisioterapeutas especialistas em saúde da mulher). Após leitura e análise do instrumento os avaliadores contribuíram com sugestões que foram acatadas.

Inicialmente foi realizado um projeto piloto durante doze dias de consulta, com um total de 37 puérperas, quando foi aplicada a entrevista com a finalidade de verificar possíveis alterações necessárias para um melhor entendimento por parte das participantes.

Esta etapa resultou em algumas alterações na condução da entrevista dentre as quais, optou-se por esclarecer o conceito de perda involuntária de urina, exemplificando

as fases do ciclo grávido-puerperal e menopausa como períodos de maior surgimento do sintoma. Algumas mulheres referiam nunca ter apresentado perda involuntária de urina e ao mesmo tempo comentavam que durante sua gestação o sintoma esteve presente.

Após realizar as alterações evidenciadas no projeto piloto, iniciou-se a coleta de dados do estudo.

A coleta dos dados foi realizada por um período de dois meses, entre os meses de Junho (07/06) e Agosto (11/08) de 2005.

Neste período houve 11 dias de consulta no mês de Junho, 15 dias no mês de Julho e 3 dias no mês de Agosto, resultando em 29 dias de consultas. Neste período da coleta, estavam agendadas 458 consultas, nas quais compareceram 258 puérperas, observando-se um índice de faltosas da ordem de 56% entre as puérperas.

Recebendo as informações e explicações necessárias para poder participar da pesquisa e, estando de acordo com os seus procedimentos, após ler e assinar o termo de consentimento informado (apêndice A), a puérpera respondeu individualmente a entrevista (apêndice B), a qual continha dados de identificação, pessoais, obstétricos e ginecológicos, além de questões relacionadas à perda involuntária de urina. Quando a puérpera nunca havia apresentado o sintoma, a entrevista durava cerca de cinco minutos, nos casos de presença positiva havia perguntas mais específicas, aumentando o tempo da entrevista para cerca de 10 minutos.

No momento da entrevista, as puérperas tinham entre 5 até 27 dias de pós-parto, com uma média de 10,51 e mediana de 10 dias. A tabela a seguir (Tabela 1) demonstra os dias de pós-parto na aplicação da entrevista:

Tabela 1 - Distribuição das puérperas, segundo dias de pós-parto no momento da entrevista, Ribeirão Preto, SP, 2006.

	Freqüência (N)	Porcentagem (%)
Cinco dias de pós-parto	6	2.5
De 6-10 dias de pós-parto	129	52.9
De 11-15 de pós-parto	92	37.7
De 16-20 de pós-parto	10	4.1
De 21-27 dias de pós-parto	7	2.9
Total	244	100.0

Após a entrevista, foram coletados os dados referentes ao parto índice no prontuário da maternidade, utilizando-se o formulário do parto índice (apêndice C).

4.5 Variáveis do estudo

Os instrumentos de coleta de dados foram construídos baseados na literatura correspondente e entregue para três profissionais de áreas afins para sua validação (três fisioterapeutas especialistas em saúde da mulher), após leitura e análise do instrumento os avaliadores contribuíram com sugestões que foram acatadas.

Cada item da entrevista (apêndice B) e do formulário do parto índice (apêndice C) foi registrado segundo os seguintes critérios:

1. Idade: Resposta da entrevistada, confirmada posteriormente no prontuário da maternidade, obtendo-se a data de nascimento (entrevista e formulário);

2. Estado civil: Resposta da entrevistada (entrevista);
3. Ocupação: Segundo resposta da entrevistada (entrevista);
4. Renda familiar: Valor da renda familiar referida pela entrevistada (entrevista);
5. Escolaridade: Resposta da entrevistada considerando-se: saber ler e escrever e o grau de escolaridade (entrevista);
6. Atividade física: Resposta da entrevistada, desde que a atividade seja realizada no mínimo três vezes por semana (entrevista);
7. Dados obstétricos e ginecológicos progressos da entrevistada: resposta da entrevistada, confirmada no prontuário quando contida a informação desejada (entrevista). Esse item é referente as seguintes informações: número de gestações, número de parto, número de abortos, uso de episiotomia em outro parto, tipo de outro parto, maior peso dos recém-nascidos de outro parto, realização de cirurgia abdomino-pélvica e seu tipo, presença de infecção urinária ao longo da vida, última infecção urinária ocorrida e tratamento da infecção urinária referida e, a capacidade de esvaziamento completo da bexiga;
8. Dados obstétricos do parto índice: Coletados do prontuário (formulário). Incluiu: tipo de parto, uso de episiotomia, uso de fórceps, uso de analgesia, presença e grau de rotura perineal e sutura da laceração;
9. Questões relativas à IU: Resposta da entrevistada, classificada de acordo com a literatura pesquisada (entrevista). A perda involuntária de urina foi considerada presente sempre que a entrevistada queixou-se de perda de urina em algum momento de sua vida;
10. O tipo de incontinência foi baseado no tipo de sintoma descrito pela entrevistada. Sendo considerado de esforço: quando a mesma referia a perda de urina

concomitante a um esforço físico, tosse ou risada; considerado de urgência: quando a puérpera referia perda de urina precedida de urgência miccional e; considerado misto: quando a mesma referia perda de urina nas duas situações anteriores.

11. Assoalho pélvico e exercícios: Resposta da entrevistada (entrevista); quando a entrevista respondia conhecer o períneo ou o assoalho pélvico, em seguida, era solicitado que explicasse o termo. Em relação às orientações sobre os exercícios para o assoalho pélvico, foi considerada a orientação recebida independente do momento da vida por qualquer profissional de saúde.

4.6 Análise dos dados

Os dados coletados foram inicialmente armazenados no software aplicativo Microsoft Excel versão para Windows XP, em seguida, foi realizada a validação dos mesmos mediante dupla digitação e foi criado um dicionário para codificar as variáveis categorizadas, utilizando-se o mesmo aplicativo.

Posteriormente esses dados foram analisados por meio do Software SPSS: “Statistical Package for the Social Sciences”, versão 11.5. em que foi realizada:

- Análise exploratória univariada inicial: cálculo das freqüências para variáveis categóricas e cálculo de média, mediana e desvio padrão para as variáveis contínuas;

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 Caracterização da amostra

A idade das puérperas variou entre 13 e 43 anos de idade, sendo a média 26,91, desvio padrão de 5,55 e mediana 26 anos (Tabela 2).

A idade é um fator quase sempre descrito em todas as investigações. Em sua maioria, os estudos epidemiológicos relativos a qualquer tipo de IU, investigam mulheres com maior faixa etária, provavelmente, por se tratar de uma fase da vida da mulher em que o sintoma costuma surgir com maior frequência.

Em nosso estudo as puérperas com idade inferior a 20 anos representaram 25% do total das participantes. Esta porcentagem de puérperas adolescentes na maternidade em estudo é compreensível, visto que a mesma é referência para gestação na adolescência. Em estudo realizado em um serviço ambulatorial de nível primário à saúde materno-infantil no mesmo município, Del Clampo et al. (2004) observaram que entre as 781 crianças participantes do programa de puericultura, 151 mães (19,3%) apresentavam idade inferior a 20 anos, identificando um aumento das gestações e partos de adolescentes entre esta comunidade, nas últimas três décadas.

A gestação quando ocorre em uma fase de intensas transformações, como é a adolescência, reflete em problemas sociais, físicos e emocionais, tanto para a futura mãe, quanto para o bebê e a estrutura familiar. Esse tema sempre preocupou os profissionais de saúde que lidam com esta população, entretanto, é preciso lembrar que, às vezes, a gravidez na adolescência é uma opção consciente da própria adolescente e de seu parceiro. Figueiredo, Pacheco e Margarinho (2005) discutem que

existem condições desfavoráveis para as gestantes adolescentes, quando comparadas a gestantes adultas e, que as mesmas necessitam de atenção especial em seus cuidados de saúde.

O Sistema de Informações de Nascidos Vivos (SINASC) informa que em 2003, no município de Ribeirão Preto ocorreram 1.359 nascimentos de mães com idade igual ou superior a 35 anos (35-54 anos), correspondendo a 10,8% do total de partos naquele ano (BRASIL, 2006). Em nosso estudo, treze mulheres (5,3%) encontravam-se nesta faixa etária, percentual baixo em razão da predominância da assistência obstétrica de baixo risco na maternidade estudada. As gestações tardias, geralmente, estão associadas ao aumento de complicações maternas, como: aumento do ganho de peso, obesidade, diabetes mellitus, hipertensão arterial crônica, pré-eclâmpsia e miomas. Um maior risco para complicações obstétricas também é observado (ANDRADE et al., 2004).

Andrade et al. (2004) referem que o índice de gestações tardias não ultrapassa 10% na literatura, entretanto, em seu trabalho realizado em hospital público do município de São Paulo, encontraram 22,5% de gestações tardias, quando também observaram uma maior taxa de partos cesáreos.

A taxa de partos cesáreos aumentada na gravidez tardia pode ser observada nos nascimentos ocorridos em 2003, no município de Ribeirão Preto (SP), segundo o SINASC, quando o número de partos vaginais foi maior em mulheres menores de 20 anos e, o número de partos cesáreos foi maior em mulheres com idade igual ou superior a 35 anos (BRASIL, 2006).

Segundo a escolaridade das 244 mulheres, 80 (32,8%) não concluíram o ensino fundamental, 73 (29,9%) completaram o ensino médio, quatro (1,6%) tinham ensino superior completo e duas mulheres (0,8%) não sabiam ler e/ou escrever (Tabela 2).

De acordo com Rosemberg (2001), na última década a média dos anos de estudos das mulheres evidenciou ganhos mais expressivos, ultrapassando até mesmo a dos homens, no ano de 1996.

Entretanto, observamos aqui uma baixa escolaridade, pois, considerando-se a idade das puérperas, em sua maioria já deveria ter concluído o segundo grau, ou ao menos o primeiro.

Em concordância, Olinto e Galvão (1999) ao estudarem uma população de 3.002 mulheres do Município de Pelotas (RS) com características semelhantes à população deste estudo, observaram uma escolaridade média de 8,5 anos.

Em sua maioria (193 - 79,1%) as mulheres declararam viver com um companheiro, o que para a criança em questão e a própria mulher é bastante importante (Tabela 2). Um companheiro presente durante o ciclo grávido-puerperal poderá se envolver com os cuidados com o bebê e/ou prover o sustento da família, diluindo a sobrecarga das tarefas domésticas com a puérpera, facilitando assim as transformações que acompanham o nascimento da criança.

De acordo com Williams (2002) as crianças de famílias cujas mulheres vivem sem um companheiro tendem a apresentar privações em seu desenvolvimento devido à vivência em ambientes econômica e socialmente instáveis. Em nosso estudo 51 (20,9%) mulheres referiram viver sem um companheiro, o que, entretanto, não sustenta tal hipótese (Tabela 2).

Em relação à ocupação, mais da metade das mulheres (141 - 57,8%) apresentavam atividades relativas aos cuidados do lar, 83 (34%) estavam inseridas no mercado de trabalho e 20 (8,2%) eram estudantes (Tabela 2).

Percebe-se que mesmo as mulheres inseridas no mercado de trabalho exercem atividades pertinentes ao âmbito doméstico e do cuidado, como por exemplo: cabeleireira, manicure/pedicure, artesã, cozinheira, auxiliar de serviços gerais, auxiliar de cozinha e enfermeira.

Scorzafave (2001) demonstra em sua dissertação o aumento do número de mulheres na população economicamente ativa do mercado de trabalho brasileiro. Refere que a literatura nacional aponta como fatores deste crescimento: a criação de novas ocupações mais características à população feminina, o aumento do nível de escolaridade da mulher, a necessidade de aumento da renda familiar e o aumento da informalidade do mercado de trabalho, que permite conciliar as atividades domésticas com as profissionais.

A renda familiar em salários mínimos (SM) foi calculada de acordo com sua cotação no momento da entrevista, no valor de R\$ 300,00. Entre as mulheres que declararam a renda familiar, a maioria delas (152 - 70,7%) declarou renda entre um e dois SM, cinco delas (2,3%) declararam renda inferior a um SM, 45 (20,9%) entre três e quatro SM e, 13 (6%) declararam renda igual ou superior a cinco salários mínimos (Tabela 2).

O nascimento dos filhos implica em gastos adicionais, assim a família precisa organizar-se financeiramente. Uma baixa renda pode trazer conseqüências nutricionais, principalmente após o sexto mês de vida, quando o aleitamento materno deixa de ser

exclusivo e, também de cuidados higiênicos, podendo aumentar as chances de esta criança ser um usuário freqüente dos serviços de saúde.

Tabela 2 – Distribuição das puérperas, segundo caracterização da amostra, Ribeirão Preto, SP, 2006.

	Frequência (N)	Porcentagem (%)
	244	
<i>Idade (anos completos)</i>		
≤14	2	.8
15-19	59	24.2
20-24	77	31.6
25-29	60	24.6
30-34	33	13.5
≤35	13	5.3
	244	
<i>Escolaridade</i>		
Não le/escreve	2	.8
Ensino fundamental incompleto	80	32.8
Ensino fundamental completo	47	19.3
Ensino medio incompleto	35	14.3
Ensino medio completo	73	29.9
Ensino superior incompleto	3	1.2
Ensino superior completo	4	1.6
	244	
<i>Estado Civil</i>		
Solteira	46	18.9
Casada	75	30.7
União estável	118	48.4
Viúva	1	.4
Divorciada	4	1.6
	244	
<i>Ocupação</i>		
Estudante	20	8.2
Do lar	141	57.8
Prestação de serviços	39	16.0
Comercio	9	3.7
Funcionário público	1	.4
Auxiliar de diversos serviços	30	12.3
Enfermeira	4	1.6
	244	
<i>Renda familiar (em salário mínimo)</i>		
≤ 1	5	2.3
1-2	152	70.7
3-4	45	20.9
≥ 5	13	6.0
	215	

5.2 Hábitos de vida, antecedentes ginecológicos e obstétricos

A maioria das puérperas (215 - 88,15%) não praticava nenhum tipo de atividade física regular. Considerando-se o período anterior a gestação índice, 29 (11,9%) delas referiram realizar alguma modalidade de exercício, no mínimo três vezes por semana (Tabela 3).

Dentre as atividades praticadas predominantemente no período que antecedeu a gestação índice, a caminhada foi referida como a modalidade de exercício mais praticada (16 - 55,2%), sete mulheres (24,2%) referiram andar de bicicleta, cinco (17,2%) afirmaram realizar ginástica localizada e uma (3,4%) referiu jogar futebol.

Considerando-se a prevalência de sedentarismo em nosso estudo e nos estudos descritos abaixo, constata-se uma porcentagem mais alta nestes, apesar da faixa etária estudada não ser exatamente a mesma.

Com características sócio-demográficas semelhantes, 1.026 mulheres de 20 a 60 anos, residentes na zona urbana do município de São Leopoldo (RS), participaram de um estudo de corte transversal, de base populacional, que estimou a prevalência de sedentarismo por meio de questionário e instrumento específico sobre os hábitos de atividade física. A renda familiar das mulheres participantes do estudo era inferior a três salários mínimos em 78% dos casos, cerca da metade das mulheres eram casadas e tinham entre 1 e 2 filhos e 44% tiveram, no máximo, 7 anos de estudo. Trezentas e oitenta (37%) foram classificadas como sedentárias (que não praticavam nenhum tipo de atividade física regular ou que se exercitavam com periodicidade menor de três vezes por semana). Em relação às características demográficas, as mulheres não-

brancas, de menor escolaridade, não solteiras, com maior número de filhos, apresentaram maior probabilidade de sedentarismo (MASSON et al., 2005).

Em um estudo com objetivo semelhante, realizado em Pelotas (RS) com 960 adolescentes entre 15 e 18 anos de idade, a prevalência de sedentarismo (sem nenhuma atividade física ou atividade inferior a três vezes por semana) foi de 39%. Associaram-se ao sedentarismo, variáveis como: sexo feminino, classes sociais mais baixas e baixa escolaridade ou ter mãe com escolaridade baixa (OEHLSCHLAEGER et al., 2004).

Revisando estudos publicados no período de 10 anos em bases de dados, Batista et al (2003) pesquisaram sobre os efeitos da atividade física na gestação, observando benefícios na saúde materno-fetal, nos casos em que a atividade física regular é indicada, orientada, controlada e moderada.

Para Souza (2002a), modalidades físicas como: caminhadas, danças e natação anteriormente e durante a gestação não são contra-indicadas, quando realizadas de forma moderada, entre mulheres saudáveis. Entretanto, determinadas modalidades de exercício, como os de alto impacto, podem apresentar implicações negativas para a saúde da mulher, tanto no período gestacional, quanto em qualquer fase de sua vida.

Em relação ao assoalho pélvico, são considerados exercícios de baixo impacto: a caminhada, a bicicleta, a natação e a equitação. Já esportes com bola, a dança, a ginástica olímpica, a corrida, os saltos e pulos em camas elásticas e, treinamentos de resistência são consideradas atividades com alto impacto para esta musculatura, uma vez que aumentam a pressão intra-abdominal e conseqüentemente exercem uma força muito maior sob o assoalho pélvico (ELIASSON et al., 2005).

Quanto ao tipo de exercício praticado no presente estudo, observa-se que a maioria das puérperas (28 – 96,6%) realizava exercícios de baixo impacto para o assoalho pélvico. Dentre as atividades de baixo impacto incluíram-se a caminhada, a ginástica localizada e a bicicleta.

A caminhada nas condições citadas, em terrenos planos, previne o excesso de peso, o qual está associado ao maior risco para o desenvolvimento da IU (PARAZZINI, 2003; SOUZA, 2002a). Os exercícios de baixo impacto repercutem benéficamente na musculatura do assoalho pélvico, sendo indicados para promover a continência urinária (ELIASSON et al., 2005).

Em estudo multicêntrico, 665 nulíparas suecas foram avaliadas por dois questionários respondidos na 36ª semana gestacional e um ano após o parto. O estudo evidenciou que a atividade física de alto impacto para o assoalho pélvico, geralmente, pode aumentar a prevalência da perda involuntária de urina (ELIASSON et al., 2005). Uma atividade física intensa está associada a um risco maior de desenvolvimento de IU (DAVIS et al., 1999; ELIASSON et al., 2005; NYGAARD et al., 1990). Thyssen et al. (2002) encontraram uma prevalência de 56% de IU entre ginastas, em cuja atividade física requer grande esforço abdominal, gerando aumento da pressão intra-abdominal.

Da mesma forma, o futebol referido por uma das puérperas estudadas (3,4%) poderia ser uma modalidade restritiva, pois, representa um exercício rigoroso e de alto impacto para o assoalho pélvico, o que, a longo prazo predisporia ao surgimento de sintomas urinários, quando associado a outros fatores predisponentes.

Quanto à ingestão hídrica diária, 118 (48,4%) mulheres afirmaram ingerir seis ou mais copos de água em um período de 24 horas (Tabela 3). Ou seja, quase metade das mulheres costuma ingerir uma quantidade de água adequada, cuja recomendação é de

6-8 copos de líquidos por dia (MOORE, 2002). Trinta e quatro puérperas (27,4%) referiram ingerir uma quantidade igual ou menor de quatro copos d'água por dia, em um período em que provavelmente estariam amamentando. Uma ingesta hídrica inadequada pode predispor a infecções do trato urinário e a constipação intestinal, o que conseqüentemente interfere na presença de sintomas urinários (MOORE, 2002).

Quase todas as mulheres entrevistadas (236; 96,7%) referiram esvaziamento completo da bexiga após micção. Oito delas (3,3%) relataram sensação de não esvaziamento completo da bexiga, quando, em seguida, necessitavam esvaziar a bexiga novamente (Tabela 3).

Quando existe um esvaziamento incompleto da bexiga há aumento da pressão intra-vesical, o que por conseqüência pode causar danos ao trato urinário superior, podendo estar associado à IU. Este sintoma costuma surgir quando o músculo detrusor não se contrai, está com sua capacidade de contração diminuída ou, quando existe obstrução do fluxo urinário. São causas freqüentes de IU relacionada ao esvaziamento vesical incompleto: a constipação intestinal, neuropatias e o efeito colateral de drogas, como os anticolinérgicos. (VAN GOOL, 1995).

Tabela 3 – Distribuição das puérperas, segundo hábitos de vida, Ribeirão Preto, SP, 2006.

	Freqüência (N)	Porcentagem (%)
	244	
<i>Atividade física</i>		
Pratica atividade física	29	11.9
Não pratica atividade física	215	88.1
<i>Ingestão hídrica (copos d'água)</i>		
Um	5	2.0
Dois	11	4.5
Três	18	7.4
Quatro	33	13.5
Cinco	59	24.2
Seis ou mais	118	48.4
<i>Esvaziamento vesical</i>		
Completo	236	96.7
Incompleto	8	3.3

Quanto aos partos anteriores ao parto índice, entre as 132 puérperas com dois ou mais partos, a ocorrência de parto vaginal foi o mais freqüente, sendo que 79 (59%) o tiveram sem uso de fórceps, 12 (9,1%) com uso de fórceps e 41 (31,1%) realizaram parto cesáreo (Tabela 4).

Ainda em relação aos partos anteriores das 132 multíparas, a episiotomia foi realizada em 87 (65,9%) desses partos (Tabela 4).

O maior peso do recém-nascido de partos anteriores das mulheres estudadas (132) variou entre 1.100 e 4.600 gramas, apresentando uma média de 3.357, desvio padrão de 522.7 e mediana de 3.440 gramas.

O número de recém-nascidos de outro parto com peso abaixo de 2.500g foi de três (2,4%); 33 bebês (25%) apresentaram pesos entre 2.500 e 2.999g; 42 (31,8%) entre 3.000 e 3.499g; 41 (31%) entre 3.500 e 3.999g e, treze (9,8%) bebês nasceram com peso acima de 4.000 gramas (Tabela 4).

Hojberg et al. (1999) encontraram um risco de 1.9 para a ocorrência de incontinência em gestantes que tiveram bebês com mais de 4.000g em parto prévio, achado que não foi possível verificar em nosso estudo pelo número insuficiente de recém-nascido com peso acima de 4.000g em partos anteriores.

Em relação ao número de gestações, das 244 puérperas, 98 (40,2%) eram primigestas e 146 (59,8%) multigestas. A média de gestações foi de 2,96, desvio padrão de 1.185 e a mediana de 3,00 (Tabela 5).

Em estudo realizado em Campinas (SP) com 91 mulheres sem sintomas de IU e com 98 que apresentavam sintomas de perda involuntária de urina (de esforço, de urgência ou misto), Faúndes, Guarisi e Pinto-Neto (2001) realizaram exames físicos e ginecológicos e aplicaram uma entrevista. Entre as mulheres com uma ou duas gestações, o risco de IU encontrado foi cerca de cinco vezes maior, quando comparadas com nulíparas. Entretanto, o risco não aumentou com o aumento do número de gestações.

Para McKinnie et al. (2005) a gestação é o determinante mais importante no surgimento e permanência deste sintoma.

Quanto ao número de abortos no presente estudo, 44 mulheres (18%) referiram sua ocorrência, sendo que 35 delas (79,5%) afirmaram ter tido um aborto; oito (18,2%) entre 2 e 3 abortos e uma das mulheres (2,3%) apresentou cinco abortos (Tabela 5).

O número de partos das 244 puérperas variou entre um e dez partos, sendo que 178 mulheres (72,9%) tiveram até dois partos e 64 (26,2%) apresentaram entre três e cinco partos. Uma das mulheres referiu sete partos (0,4%) e outra, dez partos (0,4%). A média de partos foi de 2,65, com desvio padrão de 0,81 e mediana de 2,00. Entre as 244 puérperas estudadas, 112 eram primíparas (parto índice) e 132 eram múltíparas (Tabela 5).

Tabela 4 – Distribuição das puérperas, segundo dados de partos anteriores, Ribeirão Preto, SP, 2006.

	Frequência (N)	Porcentagem (%)
	132	
<i>Tipo de outro parto</i>		
Vaginal	91	68.9
Cesáreo	41	31.1
<i>Uso de instrumento em outro parto</i>		
Com uso de fórceps	12	9.1
Sem uso de instrumento	120	90.9
<i>Episiotomia em outro parto</i>		
Com episiotomia	87	65.9
Sem episiotomia	45	34.1
<i>Maior peso do RN de outro parto</i>		
< 2500	3	2.4
2500-2999	33	25
3000-3499	42	31.8
3500-3999	41	31
≥ 4000	13	9.8

Tabela 5 – Distribuição das puérperas, segundo número de gestações, abortos e partos, Ribeirão Preto, SP, 2006.

	Frequência (N)	Porcentagem (%)
244		
<i>Número de gestações</i>		
Uma	98	40.2
Duas	72	29.5
Três	32	13.1
Quatro	22	9.0
Cinco	13	5.3
Seis	4	1.6
Oito	2	.8
Dez	1	.4
<i>Número de abortos</i>		
Nenhum	200	82.0
Um	35	14.3
Dois	7	2.9
Três	1	.4
Cinco	1	.4
<i>Número de partos</i>		
Um	112	45.9
Dois	66	27.0
Três	37	15.2
Quatro	23	9.4
Cinco	4	1.6
Sete	1	.4
Dez	1	.4

5.3 Sistema Urogenital: Aspectos anátomo-funcionais e alterações

Em relação ao conhecimento sobre o sistema urogenital, 217 (88,9%) puérperas referiram não saber o que era o períneo e/ou assoalho pélvico e 19 (7,8%) relacionaram o conhecimento do termo à perineoplastia (Tabela 6).

Apenas oito mulheres (3,3%) referiram o conhecimento sobre esta musculatura, demonstrando que conhecer o próprio corpo ainda é um desafio para a maioria das mulheres estudadas. Entretanto, essa é uma tarefa difícil porque além da necessidade de conhecer os órgãos, sua localização e funções, é importante perceber cada um deles em seu próprio corpo. Quanto mais consciência a mulher tem acerca de cada músculo, mais fácil seria utilizá-los de maneira eficaz e com o mínimo de tensão ou sobrecarga.

O inverso também é verdadeiro, uma musculatura em desuso ou pouco recrutada tende a ser sobrecarregada quando for utilizada, podendo causar lesões ou mesmo não realizar a atividade necessária coordenadamente.

O assoalho pélvico integra um conjunto de músculos, fascias e ligamentos muito pouco trabalhados no dia-a-dia, apesar de sua função de sustentação dos órgãos pélvicos e participação no mecanismo de continência urinária e fecal. As mulheres quando freqüentam academias para a prática de atividade física, costumam fortalecer os glúteos, as coxas, os peitorais, as costas, os braços e o abdômen, mas dificilmente remetem a atenção a musculatura do assoalho pélvico (GROSSE; SENGER, 2002; SOUZA, 2002a).

Ignorar sua presença ou desconhecer sua existência pode trazer conseqüências para a saúde da mulher. Um de seus impactos refere-se à atuação da mulher durante o trabalho de parto. O conhecimento do períneo e seu treinamento durante a gestação concedem à mulher uma melhor percepção desta musculatura, o que propicia uma maior coordenação, podendo a mesma auxiliar durante este momento com o relaxamento do assoalho pélvico, facilitando o período expulsivo e prevenindo lesões perineais (GROSSE; SENGLER, 2002).

Na recuperação após o parto, sua percepção pode auxiliar na manutenção dos cuidados puerperais. A mulher orientada poderá utilizar-se de contrações suaves para aumentar o fluxo sanguíneo na região, melhorando e acelerando o processo de cicatrização dos tecidos, além de amenizar o edema perineal. Quando o assoalho pélvico, conscientemente, faz parte do corpo da mulher, facilita a compreensão sobre a necessidade de evitar relações sexuais em um período de 40 dias após o parto, já que, iniciando-as anteriormente pode haver um comprometimento na recuperação dos tecidos e funções (ANDRADE; SOUZA; MONTEIRO, 2002).

Seu desconhecimento ou esquecimento pode também refletir na percepção de sintomas relacionados à perda involuntária de urina ou de prolapso genitais. Quando a mulher percebe melhor e utiliza com maior frequência essa musculatura, possui um maior controle sobre suas atividades. Assim, na presença de um sintoma de urgência miccional, a perda involuntária de urina pode ser evitada, caso a mulher possua um bom controle muscular, ou mesmo, uma perda involuntária de urina por esforço pode ser amenizada, quando existe uma contração voluntária adequada do assoalho pélvico, concomitantemente ao esforço.

Entretanto, mesmo quando a mulher possui uma boa percepção corporal e compreende a importância desta musculatura, é difícil realizar as contrações perineais, pois é necessária uma boa coordenação motora para isolar essa musculatura. Na prática clínica é possível observar a dificuldade da mulher em contrair-la adequadamente, principalmente partindo-se apenas de uma instrução verbal. Muito frequentemente são realizadas contrações simultâneas da musculatura abdominal, glútea e adutora, ou mesmo movimentos contrários, como a Manobra de Valsalva (BUMP; HURT; FANTL, 1991; GROSSE; SENGER, 2002; SOUZA, 2002).

Em um estudo no qual se avaliou a contração perineal de 47 mulheres com distúrbios do assoalho pélvico, 28 (60%) conseguiram aumentar a força de fechamento uretral após uma breve instrução verbal. Contudo, apenas cinco delas realizaram uma contração efetiva, atingindo também um aumento na pressão vaginal e abdominal e 23 mulheres (49%) contraíram adequadamente o assoalho pélvico, ou seja, tiveram um aumento significativo no fechamento uretral, sem aumento simultâneo da pressão abdominal e vesical (BUMP; HURT; FANTL, 1991).

Em nosso estudo, onze (4,5%) puérperas afirmaram ter recebido orientações de algum profissional de saúde para a realização de exercícios do assoalho pélvico, em qualquer momento da vida. Ou seja, 95,5% (233) nunca foram orientadas sobre os mesmos (Tabela 6).

O assoalho pélvico é composto 70% por fibras musculares vermelhas de contração lenta (tipo I – manutenção do tônus muscular) e 30% de fibras brancas de contração rápida (tipo II - baixa resistência). Sua contração voluntária tem ação específica nas fibras de contração rápida, as quais tendem a ser mais comprometidas nas incontinências de esforço (GROSSE; SENGER, 2002; SOUZA, 2002a).

A fisioterapia, juntamente com a terapia comportamental e medicamentosa, faz parte do tratamento conservador recomendado para a IU. A cinesioterapia é um dos recursos empregados pelo fisioterapeuta com a finalidade de reestruturar a musculatura do assoalho pélvico, aumentando a força e resistência muscular. Esses exercícios consistem em contrações perineais, seguidas de relaxamento, ou sustentadas, dependendo dos objetivos e condições do paciente, tendo sido desenvolvidos por Kegel, a partir de 1948, quando passaram a serem conhecidos por exercícios de Kegel (BUMP; HURT; FANTL, 1991; BURGIO et al., 2003; HERRMANN et al., 2003).

Tais exercícios veem sendo utilizados também por enfermeiras e parteiras em casas de parto e maternidades, desde a década de 1950 com o objetivo de restituir o diafragma pélvico e os órgãos pélvicos após a gestação e o parto (DOUGHERTY et al., 1989).

Depois das publicações iniciais de Kegel, vários estudos referem-se aos benefícios desses exercícios na diminuição dos sintomas de perda involuntária de urina, principalmente, em relação ao tratamento da IU de esforço, em função da hipertrofia das fibras musculares e conseqüente aumento da força de contração perineal (BO, 2004; BURGIO et al., 2003; GROSSE; SENGER, 2002; HERRMANN et al., 2003; SOUZA, 2002a).

Hay-Smith et al. (2001) em uma revisão bibliográfica sistematizada, concluíram que os estudos apontam para o fato de que os programas de exercícios para a musculatura do assoalho pélvico parecem ser um tratamento efetivo nas incontinências de esforço e mista, quando aplicados em mulheres jovens e climatéricas. A IU de urgência não apresenta resultados claros sobre sua resposta aos exercícios. Entretanto, o reduzido número de sujeitos de muitas pesquisas é pequeno, a falta de uniformização e definição de parâmetros e protocolos e a variedade metodológica dificultam a confiabilidade e reprodução dos resultados encontrados a cerca da utilização desse recurso no tratamento da IU.

Contudo, tratando-se de prevenção, os estudos são mais escassos, limitando-se aos períodos da gestação e do puerpério (BO, 2004).

Em uma busca na base de dados de Cochrane (incontinence grou trials), Hay-Smith, Herbison e Morkved (2002) revisaram 13 estudos randomizados incluindo 4.661 mulheres. Observaram que três entre sete estudos realizados com puérperas

demonstraram uma menor perda involuntária de urina após exercícios de fortalecimento do assoalho pélvico, três meses após o parto, comparando-se com grupo controle. Entretanto os autores afirmam que não há evidências científicas suficientes para determinar o quanto que um programa de exercícios para o assoalho pélvico interfere na prevenção da IU em puérperas, havendo necessidade de mais pesquisas.

A falta de evidências científicas sobre a eficácia dos exercícios pélvicos na prevenção da IU na gestação, aliada ao desconhecimento das mulheres acerca das estruturas anatômicas e funcionais do assoalho pélvico podem interferir na decisão dos profissionais de saúde em utilizar esse recurso na prevenção da IU, principalmente no ciclo grávido-puerperal.

Esses fatores, entretanto, não parecem ter interferido na adesão das puérperas do presente estudo visto que das onze mulheres orientadas, apenas três mulheres (27,3%) não realizaram os exercícios orientados (Tabela 6).

Considerando-se que a realização dos exercícios foi auto-referida, não havendo nenhum protocolo de controle das atividades, observa-se uma alta aderência das mulheres aos exercícios, quando orientados por um profissional de saúde, apesar de tal hipótese não ser conclusiva pelo número insuficiente de sujeitos, por não ter sido interrogado o momento em que a orientação foi recebida, por não haver sistematização da ação e, por não ter havido avaliação referente às mulheres estudadas.

A adesão aos exercícios, também pode ser encontrada em outros estudos como o de Yalcin et al. (1998) que verificaram resultados expressivos de adesão após orientação dos exercícios de kegel para um grupo de mulheres com IU de esforço, 61,7% realizaram as atividades propostas durante mais de 8 semanas. Dougherty et al. (1989) na prescrição de exercícios para o fortalecimento do assoalho pélvico em

puérperas saudáveis, observaram que 96,2% delas realizaram os exercícios conforme indicado.

Porém, nem sempre as mulheres que participam de estudo controlados, com preenchimento de relatórios diários sobre a prática dos exercícios, apresentam uma aderência tão alta. Outros estudos apontam índices menores para o seguimento adequado dos protocolos.

Pode-se observar também que a aderência aos exercícios tende a ser maior nos casos em que o objetivo é amenizar um sintoma já existente, sendo mais restrita quando o objetivo é a prevenção de problemas de saúde (YALCIN et al., 1998).

Estudos acerca de programas de promoção da continência urinária no puerpério apontam índices de desistência superiores a 52%. As razões referidas para a dificuldade na realização periódica dos exercícios para o assoalho pélvico, são a falta de conhecimento da musculatura e da execução da contração e, a falta de tempo (CHIARELLI; MURPHY; COCKBURN, 2003).

Em nosso estudo, entre as oito mulheres que realizaram os exercícios após orientação, quatro (50%) iniciaram a prática da atividade no segundo trimestre da gestação índice, duas (25%) iniciaram no primeiro trimestre desta gestação, uma delas (12,5%) iniciou no terceiro trimestre e outra (12,5%) após o parto índice (Tabela 6).

Sabe-se que a precocidade no início desses exercícios é fundamental para a eficácia desta intervenção. Das mulheres que praticaram os exercício em nosso estudo, duas (25%) iniciaram sua prática no primeiro trimestre gestacional, independentemente do momento em que foram orientadas.

No final da gestação, os níveis do hormônio relaxina estão bastante elevados, preparando a musculatura e articulações para a passagem do feto no canal de parto,

essa frouxidão dificulta o fortalecimento perineal, não sendo um momento propício para o início dos exercícios. Além disso, neste momento, a mulher está preocupada com o parto e precisa manter sua atenção direcionada para conseguir relaxar essa musculatura, a qual, precisa estar “educada” para um relaxamento consciente e efetivo (GROSSE; SENGER, 2002).

Iniciar os exercícios antes mesmo da gestação, e, principalmente, trabalhar a conscientização do assoalho pélvico nessa mulher, seria a orientação mais indicada. A aquisição da conscientização do assoalho pélvico durante a gestação poderia facilitar a realização dos exercícios, o que conseqüentemente poderia proporcionar um fortalecimento perineal, com uma melhor coordenação dessa musculatura para poder relaxar no período expulsivo. Além disso, o início dos exercícios ainda na gestação poderia facilitar a continuação dos mesmos após o parto, favorecendo a manutenção da continência de urina nesse período (GROSSE; SENGER, 2002).

O início de um programa de exercícios perineais no pós-parto, também pode apresentar resultados positivos, tanto para a recuperação do assoalho pélvico e cicatrização da episiotomia quanto para a prevenção de sintomas posteriores, sendo reforçados seus benefícios quando a mulher prossegue com as atividades, incorporando os exercícios perineais em seus hábitos de vida. O puerpério parece ser um momento ideal para iniciar uma atividade física, pois, no intuito de recuperar sua forma pré-gravídica a mulher pode habituar-se aos exercícios e manter-se ativa (ANDRADE; SOUZA; MONTEIRO, 2002; GROSSE; SENGER, 2002). Em nosso estudo uma das puérperas orientadas (12,5%) iniciou os exercícios após o parto. Contudo, não foi verificado em que momento do ciclo grávido-puerperal as puérperas receberam

essas orientações para a prática dos exercícios, fato que dificultou nossa análise acerca deste dado.

A frequência dos exercícios ocorreu diariamente para uma puérpera (12,5%), mais de uma vez por semana para quatro puérperas (50%), uma vez por semana para uma (12,5%) e a cada 15 dias para duas (25%) delas (Tabela 6).

Os estudos apontam resultados satisfatórios no tratamento ou prevenção da IU, quando os exercícios são realizados diariamente, em duas ou três séries de 10-12 contrações, realizadas em média de duas a três vezes por dia. (REILLY et al., 2002; SUGAYA et al., 2003).

Para o tratamento do sintoma, Souza (2002a) utiliza em seus serviços um protocolo constituído de 30 sessões de exercícios para o assoalho pélvico, com acompanhamento de outros recursos, como a eletroestimulação vaginal, o biofeedback, ou os cones vaginais, quando necessário. A mulher realiza a manutenção diária dos exercícios em seu domicílio, assim que conseguir realizar contração efetiva e correta da musculatura. Após o término da reeducação perineal, é orientado um controle dos exercícios e reavaliação da musculatura a cada semestre.

Tabela 6 – Distribuição das puérperas, segundo conhecimento e parâmetros dos exercícios perineais, Ribeirão Preto, SP, 2006.

	Frequência (N)	Porcentagem (%)
<i>Conhecimento períneo/assoalho pélvico</i>		
Sabe o que é	8	3.3
Não sabe	217	88.9
Outro conceito	19	7.8
	244	100
<i>Orientação sobre exercícios</i>		
Recebeu orientação	11	4.5
Não foi informada	233	95.5
	244	100
<i>Realização dos exercícios</i>		
Realizou os exercícios	8	72.7
Não realizou os exercícios	3	27.3
	11	100
<i>Início dos exercícios</i>		
Primeiro trimestre da gestação índice	2	25.0
Segundo trimestre da gestação índice	4	50.0
Terceiro trimestre da gestação-índice	1	12.5
Após parto índice	1	12.5
	8	100
<i>Frequência dos exercícios</i>		
Uma vez a cada 15 dias	2	25.0
Uma vez por semana	1	12.5
Mais de uma vez por semana	4	50.0
Diariamente	1	12.5
	8	100

O retorno à atividade sexual após o parto deve ocorrer após a involução do aparelho genital, devendo-se aguardar cerca de 40 dias, entretanto, por desconhecimento ou por motivos relacionados à construção social das relações entre

casais, alguns deles não respeitam esse intervalo recomendado para abstinência, podendo colocar em risco a saúde da mulher.

Em nosso estudo apenas uma puérpera (0,4%), referiu ter retornado à atividade sexual, com cerca de oito dias após o parto.

A precocidade no retorno das atividades sexuais após o parto pode interferir no processo de cicatrização de uma episiotomia ou na recuperação da musculatura e das demais estruturas do assoalho pélvico podendo estabelecer uma disfunção do assoalho pélvico e conseqüentemente propiciar o surgimento da IU.

Outro fator relacionado à ocorrência da IU são as infecções do trato urinário (ITU) que foram auto-referidas por 112 (45,9%) das 244 puérperas estudadas (Tabela 7).

As ITU ocorrem na presença de colonização de agentes infecciosos, em ambos os sexos e em qualquer faixa etária, sendo uma das infecções mais freqüentes na prática clínica. Acometem mais freqüentemente as mulheres e estima-se que 10-20% de todas as mulheres apresentarão uma infecção em algum período de suas vidas. (YAMASAKI, 1999).

Souza (2002b) afirma que as ITU podem propiciar o surgimento de IU, pois, podem provocar uma incapacidade do músculo detrusor em inibir suas contrações quando estimulado e, diminuir a pressão uretral de fechamento.

No estudo descritivo de Barros (2000), encontrou-se uma prevalência de 13,6% de infecção urinária em 231 gestantes que responderam um questionário durante a consulta de pré-natal.

Das 112 mulheres que apresentaram infecção urinária em algum momento, em nosso estudo, 99 (88,4%) realizaram tratamento por meio medicamentoso e 13 (11,6%)

apresentaram regressão dos sintomas sem uso de medicamento ou outra intervenção (Tabela 7).

A última infecção urinária referida tinha ocorrido há menos de um mês da entrevista para cinco puérperas (4,5%) do nosso estudo. Trintas e nove (34,8%) referiram que a última infecção urinária havia ocorrido há mais de 12 meses. Considerando-se a ocorrência de infecção urinária nos últimos 10 meses, 66 (58,9%) mulheres referiram o mesmo, ou seja, o sintoma iniciou durante a gestação índice ou no pós-parto imediato (Tabela 7).

Tabela 7 – Distribuição de puérperas, segundo ocorrência e tratamento de infecção urinária em algum momento da vida, Ribeirão Preto, SP, 2006.

	Frequência (N)	Porcentagem (%)
<i>Ocorrência de ITU em algum momento da vida</i>		
Sim	112	45.9
Não	132	54.1
	244	
<i>Tratamento de ITU</i>		
Sim	99	88.4
Não	13	11.6
	112	
<i>Surgimento da última infecção (em meses)</i>		
< 1	5	4.5
1-6	37	33.0
7-12	31	27.7
13+	39	34.8
	112	
<i>Infecção urinária na gestação e parto índice</i>		
Presente nos últimos 10 meses	66	58.9
Outros períodos	46	41.1
	112	100

Outro aspecto estudado foi a ocorrência de cirurgias abdomino-pélvicas, quando 47 (19,7%) das puérperas estudadas já as haviam realizado previamente ao parto índice, sendo que, apenas uma delas (0,4%) realizou duas cirurgias, parto cesáreo e cistectomia (Tabela 8).

Ainda há controvérsias sobre o surgimento da IU após cirurgias nesta região. No estudo de Seim, Eriksen e Hunskaar (1996), a presença de IU apresentou associação significativa com a realização de cirurgias abdomino-pélvicas, quando 105 mulheres de uma comunidade rural que consultaram seus ginecologistas no período de 3 anos, foram avaliadas

Dentre as cirurgias prévias referidas pelas puérperas de nosso estudo, encontrou-se: duas (4,3%) cirurgias de hérnia abdomino-pélvica, três (6,4%) cistectomias, uma perineoplastia (2,1%) e 41 partos cesáreos (87,2%) (Tabela 9).

Tabela 8 – Distribuição das puérperas, segundo ocorrência e tipo de cirurgia abdomino-pélvica, Ribeirão Preto, SP, 2006.

	Frequência (N)	Porcentagem (%)
<i>Cirurgia abdomino-pélvica</i>		
Não realizou nenhuma	196	80.3
Realizou uma	47	19.3
Realizou mais que uma	1	.4
	244	100
<i>Tipos de cirurgias realizadas</i>		
Hernia abdomino-pelvica	2	4.3
Cistectomia	3	6.4
Perineoplastia	1	2.1
Parto cesáreo	41	87.2
	47	

5.4 Caracterização do parto índice

Considerando-se o parto índice de todas as puérperas estudadas, o parto vaginal ocorreu para 174 (71,3%) puérperas sendo o tipo de parto mais freqüente, 57 (23,4%) foram submetidas ao parto cesáreo e 13 (5,3%) tiveram partos com uso de fórceps (Tabela 9).

O peso do recém-nascido do parto índice variou de 2.130 até 4.410 gramas, com uma média de 3.381,29, desvio padrão de 411,65 e mediana de 3.382,5. Quanto as freqüências e porcentagens deste peso, nove (3,7%) nasceram com peso inferior a 2.500 gramas, 49 (20,1%) entre 2.500 e 2.999g, 107 (43,9%) entre 3.000 e 3.499g, 68 (27,9%) entre 3.500 e 3.999g e, 11 (4,5%) nasceram com mais de 4.000 gramas . Ou seja, dos 244 recém-nascidos, 165 (67,6%) apresentaram peso abaixo de 3.500 gramas e 79 (32,4%) apresentaram peso igual ou maior de 3.500 gramas (Tabela 9).

O perímetro cefálico do recém-nascido variou entre 30 e 40 centímetros, com uma média de 35,25, desvio padrão de 1,49 e mediana de 35,26 centímetros. A maioria das puérperas (154 – 63,2%) tiveram bebês com perímetro cefálico acima de 34 cm e, 90 (36,8%) puérperas tiveram bebês com perímetro cefálico até 34 cm e 154 (Tabela 9).

No parto índice foi realizada episiotomia em 58 (23,8%) mulheres que participaram de nosso estudo (Tabela 9).

Oitenta e quatro puérperas (34,4%) apresentaram rotura perineal no parto índice, sendo 50 (59,5%) de 1º grau e 33 (39,3%) de 2º grau. Uma parturiente apresentou laceração perineal de grau 4. Das 84 lacerações ocorridas no parto índice, 75 (89,3%) foram suturadas (Tabela 9).

O uso de analgesia ocorreu em 72,1% (176) dos partos índices, com 41,5% (73) de analgesia raqui lombar; 32,4% (57) peridural simples e 26,1% (46) peridural contínua (Tabela 9).

A ocitocina foi empregada em 114 (46,7%) dos partos índices das 244 mulheres estudadas (Tabela 9).

Tabela 9 - Distribuição das puérperas, segundo características do parto índice, Ribeirão Preto, SP, 2006.

	Frequência (N)	Porcentagem (%)
<i>Tipo de parto índice</i>		
Vaginal	187	76.6
Cesáreo	57	23.4
Vaginal com fórcepes	13	5.3
<i>Episiotomia no parto índice</i>		
Com episiotomia	58	23.8
Sem episiotomia	186	76.2
<i>Peso do RN</i>		
< 2500	9	3.7
2500-2999	49	20.1
3000-3499	107	43.9
3500-3999	68	27.9
≥ 4000	11	4.5
<i>Perímetro cefálico</i>		
Até 34 cm	90	36.8
Acima de 34 cm	154	63.2
	244	
<i>Grau de rotura perineal</i>		
Grau 1	50	59.5
Grau 2	33	39.3
Grau 4	1	1.2
	84	
<i>Tipo de analgesia empregada</i>		
Peridural simples	57	32.4
Peridural continua	46	26.1
Raqui lombar	73	41.5
	176	
<i>Uso de ocitocina</i>		
Com ocitocina	114	46.7
Sem ocitocina	130	53.3
	244	

5.5 Caracterização da perda involuntária de urina em algum momento da vida

Considerando-se o total de puérperas estudadas, 112 (45,9%) delas referiram ao menos um episódio de perda involuntária de urina (PIU) em algum momento de sua vida (Tabela 10)

Tabela 10 - Distribuição das puérperas, segundo presença auto-referida de perda involuntária de urina em algum momento da vida, Ribeirão Preto, SP, 2006.

	Freqüência (N)	Porcentagem (%)
	244	
Nunca apresentou PIU	132	54.1
Já apresentou PIU	112	45.9

O sintoma de perda involuntária de urina mais relatado foi o de esforço (55 - 49,1%), seguido da perda involuntária de urina com sintoma de urgência (31 - 27,7%) e misto (26 - 23,2%), considerando-se a perda urinária em qualquer momento da vida (Tabela 11).

Em relação à quantidade de urina perdida involuntariamente, temos que: em 58 (51,8%) casos a quantidade de perda referida foi cerca de uma colher de sopa, 27 (24,1%) mulheres referiram uma perda em gotas, 20 (17,9%) perdas corresponderam a meio copo e sete (6,3%) casos apresentaram uma perda referente a um copo cheio de urina (Tabela 11).

O sintoma de perda involuntária de urina se apresentou de forma variável, ocorrendo desde apenas uma vez ao mês, até mais de uma vez ao dia. A maioria das

perdas apresentou freqüência de mais de uma vez ao dia (27 – 24%). Situações como uma única ocorrência (18 – 16,1%) também foram referidas, conforme se apresenta na tabela 11.

Destaca-se que 86 (76,8%) puérperas referiram o sintoma com freqüência superior a uma vez ao dia até uma perda involuntária semanal.

Entre as 112 mulheres que referiram perda involuntária de urina em algum momento da vida, 84 (75%) tiveram o início dos sintomas durante a gestação índice, com 49 (43,8%) iniciando-se no terceiro trimestre, 24 (21,4%) no segundo trimestre e seis (5,4%) no primeiro trimestre.

Stanton, Wilson e Harriet (1980) investigaram sintomas urológicos em 189 gestantes, por meio de questionários empregados antes de 16 semanas de gestação, com 32, 36 38 e 40 semanas de gestação. Dessas gestantes, 83 eram nulíparas e 98 eram multíparas, com idade entre 25 e 29 anos e, a paridade média foi de 1.4, sendo que, 68% tiveram parto vaginal, 17,1% parto fórceps e 8,8% parto cesáreo. A IU de esforço afetou mais as multíparas, surgindo no último trimestre gestacional (38 e 40 semanas), sendo sua incidência maior após o parto do que anteriormente à gestação e aumentava de acordo com o número de gestações. O sintoma de urgência também foi mais encontrado nas multíparas.

Investigar a presença da perda involuntária de urina durante a gestação é um fator importante para a prevenção da IU no puerpério, já que, mulheres com IU durante a gestação apresentam maior probabilidade de surgimento do sintoma no pós-parto (FOLDSPANG et al., 2004).

A prevalência do sintoma iniciado após o parto índice, em nosso estudo, foi de 9,8% (Tabela 11). Dessas 11 puérperas que iniciaram o sintoma no puerpério, cinco

(45,5%) apresentaram perda transitória e seis (54,5%) referiram a permanência do sintoma no momento da entrevista.

Ayra et al. (2001) observaram uma prevalência de IU de esforço de 13.3% 8 semanas após o parto, 6.6% após 3 meses e 9.2% após um ano.

Para Foldspang et al. (2004), em seu estudo realizado na Dinamarca, onde 4.345 mulheres responderam a questionários, o índice de IU após o primeiro parto foi de 26,3%, sendo, 14% com mais de 2 semanas de puerpério e 9,4% com mais de 4 semanas após o parto. Após um segundo parto, o índice encontrado foi de 30,5%, sendo, 8,2% com mais de duas semanas e 5,9% com mais de quatro semanas.

Em nosso estudo o início do sintoma antes da última gestação ocorreu em 14 (6,3%) casos e a mesma porcentagem de mulheres (7), referiu a presença do sintoma durante todas as gestações.

Segundo Eliasson et al. (2005) em sua população de estudo, quando a perda involuntária de urina estava presente antes da gestação persistia em mais mulheres durante a gestação e um ano após o parto.

Na Austrália, Stainton, Strahle e Fethney (2005) avaliaram 124 nulíparas que responderam três questionários durante a gestação (14, 28 e 38 semanas) e três após o parto (24-72 horas, 6-8 semanas e, 18 meses). A presença de perda involuntária de urina antes da gestação demonstrou ser um fator desencadeante do sintoma no puerpério, sendo que essas mulheres apresentaram 4.14 vezes mais chances de desenvolver o sintoma.

De acordo com esses resultados estão também os estudos de Fritel et al. (2004) que encontraram forte associação entre a presença de perda involuntária de urina antes

da gestação e quatro anos após o primeiro parto e, o de Wilson et al. (2002), com risco maior para o sintoma seis anos após o parto.

Tabela 11 – Distribuição das puérperas, segundo características da perda involuntária de urina, Ribeirão Preto, SP, 2006.

	Frequência (N)	Porcentagem (%)
	112	
<i>Tipo do sintoma referido</i>		
Esforço	55	49.1
Urgência	31	27.7
Misto	26	23.2
<i>Quantidade da perda de urina</i>		
Gotas	27	24.1
Colher de sopa	58	51.8
Meio copo	20	17.9
Um copo	7	6.3
<i>Frequência de ocorrência do sintoma</i>		
Mais de uma vez ao dia	27	24.1
Uma vez ao dia	23	20.5
Mais de uma vez por semana	12	10.7
Uma vez por semana	24	21.4
Mais de uma por mês	6	5.4
Uma vez por mês	1	.9
Espaçamento maior de um mês	1	.9
Ocorreu uma única vez	18	16.1
<i>Momento de início do sintoma</i>		
Antes da gestação índice	7	6.3
Primeiro trimestre da gestação índice	6	5.4
Segundo trimestre da gestação índice	24	21.4
Terceiro trimestre da gestação índice	49	43.8
Após parto índice	11	9.8
Segundo trimestre de outra gestação	2	1.8
Terceiro trimestre de outra gestação	2	1.8
Após outro parto	3	2.7
Presente em todas as gestações	7	6.3
Gestação índice, outra gestação e outro parto	1	.9

Entre aquelas mulheres que referiram perda involuntária de urina em algum momento da vida, 21 (18,8) buscaram auxílio ou apresentaram a queixa a um profissional da saúde (Tabela 12).

A busca por tratamento é mais evidenciada em pessoas com maior idade, quando a severidade do sintoma é maior, quando a duração do sintoma é prolongada e, nos sintomas de urgência e misto. O que mais se destaca para esta busca é a severidade do sintoma, o modo como sua freqüência e quantidade afetam o cotidiano de quem o refere (BLANES; PINTO; SANTOS, 2001).

Para Hunskaar et al. (2002) a maioria das pessoas com IU não procura auxílio médico.

No estudo de Guarisi et al. (2001) 58,8% das mulheres com queixa, procuraram auxílio médico. Para os autores, essa é uma porcentagem alta, pois, apenas pouco mais da metade das mulheres buscaram auxílio. Em nosso estudo, este índice foi ainda menor, demonstrando a baixa procura no serviço de saúde na presença do sintoma de perda involuntária de urina.

Na sociedade ocidental, a IU constitui-se em um grande tabu, pois, trata-se de um sintoma relacionado a partes do corpo que normalmente não são expostas e estão encobertas por roupas, além de englobar as funções sexuais e excretoras (BRANCH; WALKER; WETLE, 1994).

Não apenas o desconhecimento do assunto e o constrangimento que causa, são responsáveis pela baixa procura de um profissional da saúde. A própria maneira como esses profissionais lidam com o problema, por vezes banalizando-o pode interferir na busca por um tratamento. O próprio profissional deveria questionar a presença de perda involuntária de urina, pois, 80-90% dos diagnósticos podem ser evidenciados por uma

história clínica bem elaborada e, a muitas mulheres tem dificuldade de relatar o sintoma espontaneamente (BUTLER et al., 1999).

Não se encontrou associação com idade, classe social ou escolaridade nas mulheres que buscaram auxílio para o tratamento da IU (GUARISI et al., 2001).

Esses mitos e tabus favorecem a situação que as pesquisas de prevalência em IU tem apontado. As mulheres com o sintoma, quase nunca ou pouco, procuram por auxílio profissional. Algumas pela crença de que essa é uma condição própria de sua idade e de que é possível conviver com o incômodo e, outras, pelo pouco caso que os profissionais da saúde lidam com suas queixas, ou mesmo, por vergonha e desconhecimento do próprio corpo. Isso resulta em uma baixa procura médica e uma prevalência alta de mulheres que convivem com um mal estar que pode ser curado ou ao menos minimizado (GUARISI et al., 2001).

Em nosso estudo, apenas um dos profissionais procurados pelas puérperas estudadas orientou uma medida para aliviar o sintoma, a saber, esvaziamento freqüente da bexiga para um sintoma de urgência. Os demais profissionais consultados (95,2%) orientaram sobre a normalidade do sintoma afirmando que, provavelmente, seria passageiro (no caso da gestação e pós-parto) ou psicológico. Nenhum profissional orientou exercícios para o assoalho pélvico ou encaminhou a mulher para outro profissional mais específico, com a finalidade de investigar o caso e auxiliar na redução dos sintomas. Algumas mulheres relataram constrangimento por buscar auxílio para um sintoma desconfortante, até mesmo para ser referido, e que foi banalizado pelo profissional de saúde (Tabela 12).

No estudo de Guarisi et al. (2001), 87% das mulheres que buscaram auxílio médico, não receberam nenhum tratamento medicamentoso.

Assim, facilmente surgem preconceitos e mitos entre a população, a qual não dispõe de respostas e orientações para amenizar o problema e tende a ocultá-lo e a habituar-se a esse incômodo, na certeza de que este é um fato normal decorrente da idade ou da fase reprodutiva e nada é possível fazer, a não ser, conviver com a situação.

Outros motivos apontados para não buscar auxílio médico na presença da perda involuntária de urina, estão: a falta de tempo para consultar, baixa valorização do sintoma (sintoma não merece atenção médica, pouco incômodo, pouca frequência), falta de liberdade para tratar do assunto com seu médico (GUARISI et al., 2001).

É sabido que muitas pessoas sofrem por se apresentar incontinentes, e que para a maioria existe tratamentos que prometem bons resultados. Entretanto, os estudos apontam que poucas pessoas incontinentes já utilizaram algum tipo de medicação, realizaram cirurgias ou mesmo aderiram a um programa de exercícios com a finalidade de amenizar seus sintomas (HUNSKAAR et al., 2002).

O manejo mais freqüentemente adotado por essas mulheres é o uso de absorventes higiênicos, já que para muitas, sintomas suaves ou ocasionais não necessitam de atenção especial, ou seja, buscar auxílio pode não ser a conduta mais adequada. Entender as causas da incontinência e saber mais informações a seu respeito, além de realizar cuidados próprios, podem ser subsídios suficientes para muitas mulheres que apresentam o sintoma (HUNSKAAR et al., 2002).

Entre as 112 mulheres que apresentaram perda involuntária de urina em algum momento da vida, 91 (81,3%) não estavam apresentando o sintoma no momento da entrevista.

A duração da perda involuntária de urina para essas 91 mulheres variou entre um único episódio (19,8%) até a permanência do sintoma por de 36 meses (1,1%). A duração menor de 30 dias ocorreu em 1,1% dos casos, sintomas com duração de um mês ocorreram em 5,5% dos casos. A maioria das mulheres referiu a duração do sintoma entre dois e três meses (46,2%). Um percentual de 14,3% apresentou uma duração de 4-6 meses e 11% das mulheres relataram uma permanência do sintoma acima de seis meses (Tabela 13).

Em relação ao incômodo conseqüente a presença do sintoma, das 91 mulheres, sem o sintoma no momento da entrevista, 58 (63,7%) referiram incômodo passageiro.

Tabela 12 – Distribuição das puérperas, segundo tratamento para perda involuntária de urina, Ribeirão Preto, SP, 2006.

	Freqüência (N)	Porcentagem (%)
	112	
<i>Busca por tratamento</i>		
Sim	21	18.8
Não	91	81.3
	112	
<i>Profissional orientou algum tratamento</i>		
Sim	1	4.8
Não	20	95.2
	21	
<i>Tipo de tratamento indicado</i>		
Normalidade do sintoma	20	4.8
Orientação esvaziamento vesical	1	95.2
	21	

Tabela 13 – Distribuição das puérperas, segundo características do sintoma passageiro, Ribeirão Preto, SP, 2006.

	Frequência (N)	Porcentagem (%)
	91	
<i>Duração do sintoma quando passageiro</i>		
Menos de 1 mês	1	1.1
Um mês	5	5.5
De 2 meses - 3 meses	42	46.2
De 4 meses - 6 meses	13	14.3
Acima de 6 meses	10	11.0
Acima de 12 meses	1	1.1
Acima de 36 meses	1	1.1
Ocorreu uma única vez	18	19.8

Comparando-se a idade das puérperas de nosso estudo no momento da coleta dos dados, observamos que das 112 mulheres que referiram a perda involuntária de urina em algum momento da vida, 20 (17,9%) tinham idade igual ou acima de 30 anos e 92 (82,1%) idade menor de 30 anos.

Em uma análise univariada, mulheres não gestantes com idade superior a 35 anos referiram mais IU de esforço do que as mais jovens (SCHYTT; LINDMARK; WALDENSTRÖM, 2004).

Hunskaar et al. (2002) referem uma alta prevalência em faixa etária avançada, observando a presença de um pico em uma determinada idade com subsequente nivelamento ou pequeno declínio em sua prevalência.

Hannestad et al. (2000) confirmaram este mesmo padrão em seu estudo com mulheres de ampla faixa etária. Observaram um aumento da prevalência na idade adulta até os 50 anos, com estabilização ou leve declínio até os 70 anos, quando começa a aumentar novamente.

Considerando-se as 112 puérperas que apresentaram perda involuntária de urina em qualquer momento da vida, 41 eram primíparas (36,6%) e 71 (63,4%) eram multíparas.

Entre essas 112 mulheres com o sintoma, 22 (19,3%) tiveram parto cesáreo e 90 (80,4%) parto vaginal, sendo que em sua maioria (103 – 92%) não foi utilizado fórceps e em 4 (3,6%) desses partos foi utilizado o instrumento.

5.6 Caracterização da perda involuntária de urina no ciclo grávido-puerperal

Entre as 112 mulheres que referiram perda involuntária de urina em algum momento da vida, 98 (87,5%) apresentaram o sintoma no ciclo grávido puerperal.

A frequência de ocorrência do tipo de sintoma entre as 98 mulheres que apresentaram o sintoma no ciclo grávido-puerperal foi de 51 sintomas de esforço (52%), 27 (27,6%) sintomas de urgência e 20 (20,4%) sintomas mistos.

Quando analisamos a quantidade de urina perdida entre as 98 mulheres com o sintoma no ciclo grávido-puerperal, 51 (52%) mulheres referiram uma perda referente a uma colher de sopa, em 25 (25,5%) casos a perda foi equivalente a uma colher de sopa, em 15 (15,3%) foi em gotas e em sete (7,1%) casos a perda foi cerca de um copo cheio.

A maioria das mulheres com o sintoma no ciclo grávido-puerperal era multípara. Entre as 98 puérperas, 39 (39,8%) eram primíparas e 59 (60,2%) eram multíparas.

No estudo de Hojberg et al. (1999), a presença de IU durante a gestação (16ª semana), variou de acordo com a paridade, apresentando índices de 4% para nulíparas, 14% e 16% para primíparas e múltíparas, respectivamente.

Fritel et al. (2004) em seu estudo, não encontraram associação entre a presença de IU de esforço e um segundo parto.

No estudo de Rortveit et al. (2001) que avaliaram 27.900 mulheres de todas as idades, constatou-se que a paridade não estava associada com IU de esforço, após os 65 anos de idade.

Em análise univariada sobre o surgimento de IU e incontinência fecal, o cálculo da razão de chances demonstrou fator de risco aumentado para primíparas versus múltíparas, em ambas incontinências, concluindo que apenas a nuliparidade poderia ser um fator de proteção para esses distúrbios (McKINNIE et al., 2005).

A paridade apresentou-se como um fator de risco para IU em mulheres jovens e de meia idade (HUNSKAAR et al., 2002; RORTVEIT et al., 2001).

Quando analisada a associação entre IU e multiparidade em mulheres submetidas ao parto vaginal, Schytt, Lindmark e Waldenström (2004) identificaram a multiparidade como um fator de risco alto.

Em ampla revisão da literatura, Minassian, Drutz e Al-Badr (2003) encontraram em 61% dos estudos revisados, a paridade como risco significativo para IU.

Entre as 98 puérperas que referiram perda involuntária de urina no ciclo grávido-puerperal, 79 (80,6%) delas tiveram partos vaginais e 19 (19,4%) foram submetidas ao parto cesáreo.

Alguns estudos demonstram que a prevalência de IU parece ser menor após parto cesáreo (CHALIHA et al., 1999; FARRELL; ALLEN; BASKETT, 2001; HVIDMAN et al., 2003; WILSON; HERBISON, 1996).

No estudo de Faúndes, Guarisi e Pinto-Neto (2001), a prevalência do sintoma entre mulheres com parto vaginal foi de 58% e de 48% naquelas submetida ao parto cesáreo. Todavia, as mulheres que tiveram todos os seus partos cirúrgicos, tiveram 3.5 vezes maior risco de IU, quando comparadas com nulíparas.

Entre as 278 mulheres entrevistadas cinco anos após seu primeiro parto, a relação da presença de IU de esforço com parto cesáreo não foi significativa (VIKTRUP, 2002).

MacLennan et al. (2000) realizaram um estudo com 1546 mulheres acima de 15 anos de idade, onde: comparando-se com nulíparas, as disfunções do assoalho pélvico foram significativamente associadas com um parto cesáreo, parto vaginal espontâneo e parto com uso de instrumento. Porém a diferença entre os tipos de parto não foi estatisticamente significativa e a cesárea não esteve associada a reduções das disfunções do assoalho pélvico a longo prazo, quando comparadas ao parto vaginal espontâneo.

O efeito “protetor” do parto cesáreo em relação ao surgimento da perda involuntária de urina é incerto, principalmente a longo prazo (FRITEL et al., 2004).

Para Foldspang et al. (2004), o primeiro parto vaginal está fortemente associado ao aumento da perda involuntária de urina no pós-parto, quando comparado ao parto cesáreo.

Também Wilson et al (2002) ao interrogarem 4.242 seis anos após o parto, não observaram diferenças significativas nos índices de IU para parto vaginal espontâneo e

cesárea, em primíparas. Contudo, no caso de um segundo parto já identificaram uma diferença significativa que foi ainda maior em um terceiro parto.

McKinnie et al. (2005) em regressão logística dos dados obstétricos e de entrevista sobre sintomas de incontinência fecal e urinária de 1004 mulheres, não encontraram diferenças significativas entre parto cesáreo ou vaginal em relação a prevalência de algum sintoma de IU e referem que o parto cesáreo não é fator protetor para IU, mas sim, a nuliparidade.

Outro fator controverso nos estudos analisados é o uso de instrumentos, alguns estudos identificaram uma associação positiva entre o uso de fórceps e a presença de IU no pós-parto (AYRA et al., 2001; FARRELL; ALLE; BASKET, 2001).

Também para Casey et al. (2005), o uso de fórceps foi associado com um aumento significativo para o sintoma de IU de urgência, cerca de 2 meses após o parto, em entrevista realizada com 3.887 mulheres, em hospital universitário no Texas.

Outros autores não encontraram relação entre a presença do sintoma e o uso de fórceps durante o parto (FOLDSPANG; MOMMSEN; DJURHUUS, 1999; FRITEL et al., 2004; MEYER et al., 2000; WILSON; HERBISON, 1996).

Persson, Hanssen e Rydhstroem (2000) encontraram um efeito protetor no uso de instrumentos, assim como no estudo de Rortveit et al. (2003) que identificou uma tendência de proteção para IU, especialmente, com o uso de vácuo extrator, porém não conseguindo explicar os resultados encontrados.

Em nosso estudo, nenhuma puérpera apresentando perda involuntária de urina atual utilizou fórceps no parto índice e uma o utilizou em parto anterior.

É possível que as diferentes práticas obstétricas, como as técnicas de proteção perineal aplicadas durante o trabalho de parto, amenizem os efeitos nocivos do uso de

fórceps ou do esforço expulsivo prolongado, não dificultando o parto ao ponto de gerar seqüelas, o que torna esses índices muito difíceis de serem comparados (FRITEL et al., 2004).

No parto índice, a episiotomia foi realizada em 26 (26,5%) entre as 98 puérperas com presença do sintoma no ciclo grávido-puerperal.

Nas revisões bibliográficas é possível perceber que nem sempre a prática clínica caminha junto com as evidências científicas. Apesar de se conhecer que o uso da episiotomia não atinge seus principais objetivos, este procedimento ainda é utilizado com freqüência em determinados serviços de saúde. Diniz (2001), que coletou dados junto aos profissionais de saúde de dois serviços públicos obstétricos na cidade de São Paulo, refere que os próprios profissionais justificam a utilização rotineira da episiotomia, já que a mesma acelera o período expulsivo e “agrada” ao parceiro da parturiente, o qual preocupa-se com a anatomia vaginal após a passagem do recém-nascido, acreditando em uma otimização da relação sexual com o uso da episiotomia.

Em estudo multicêntrico, incluindo 356 primíparas e 341 multíparas com idade entre 18 e 40 anos, Klein et al. (1994) avaliaram as conseqüências do uso da episiotomia mediana imediatamente e 3 meses após o parto. A dor foi mínima para as mulheres que tiveram o períneo intacto, e a rotura perineal espontânea foi menos dolorosa do que a episiotomia. Os sintomas do assoalho pélvico e relacionados à perda involuntária de urina foram semelhantes nos grupos. A morbidade perineal e do assoalho pélvico foi maior entre as mulheres que foram submetidas à episiotomia, e os autores recomendam restringir o seu uso para indicações materno-fetais. Evidenciaram também que os médicos que utilizam a episiotomia, tendem a utilizar outros procedimentos com maior freqüência, entre eles o parto operatório.

No estudo sueco de Schytt, Lindmark e Waldenström (2004), não foram encontradas relações entre IU e o uso de episiotomia.

Já para Casey et al. (2005), as mulheres com episiotomia foram mais suscetíveis a referir sintomas de IU de urgência e incontinência fecal após o parto.

Entre as 98 puérperas com o sintoma no ciclo grávido-puerperal, 35 (35,7%) apresentaram rotura perineal no parto índice.

Schytt, Lindmark e Waldenström (2004) avaliaram a associação de IU de esforço com alguns fatores obstétricos, por meio de três questionários realizados respectivamente com 16 semanas de gestação, de 6-8 semanas após o parto e um ano após o parto. Os autores observaram que em mulheres com rotura perineal de 1º e 2º graus apresentaram um risco muito pequeno para IU de esforço (entre 4-8 semanas de puerpério), enquanto que as roturas de 3º e 4º graus não apresentaram nenhuma relação com o sintoma.

Assim também, Fritel et al. (2004) em concordância com esses resultados, não consideram as lacerações de 3º grau como fatores de risco para IU.

Ayra et al. (2001) não encontraram associação entre presença de laceração na parede anterior e posterior da vagina ou lesão do esfíncter anal e, IU até um ano após o parto.

O uso de analgesia no parto tem sido na prática recomendado para alívio da dor e foi regulamentada pelo Ministério da Saúde (MS). Entre as 98 mulheres com o sintoma no ciclo grávido-puerperal, 71 (72,4%) receberam analgesia no parto índice.

A analgesia epidural é um método seguro e eficaz em relação ao alívio da dor no trabalho de parto. Entretanto, estudos recentes demonstram um aumento na duração da primeira e segunda etapa do trabalho de parto com o uso da analgesia e também,

uma maior necessidade de uso de ocitocina, instrumentos e ocorrência de trauma perineal (MEYER et al., 2002)

A associação entre uso de analgesia durante o trabalho de parto e presença de IU tem sido pouco estudada.

Nos estudos de Persson, Hanssen e Rydhstroem (2000) e Carley et al. (1999), os pesquisadores encontraram uma associação positiva de anestesia epidural com a presença de IU, referindo que seu uso aumenta a duração do trabalho de parto, podendo aumentar o risco de lesões do assoalho pélvico.

Em um estudo retrospectivo realizado na Suíça com 82 nulíparas que tiveram parto vaginal espontâneo e foram retiradas de um estudo maior, Meyer et al. (2002), constataram que a prevalência de IU após dois e dez meses de puerpério não demonstrou diferenças significativas considerando-se dois grupos em que 41 mulheres receberam analgesia durante o trabalho de parto e 41 não receberam.

Rortveit et al. (2003) observaram uma fraca associação do uso de analgesia com qualquer tipo de IU e IU de esforço. Dimpfl, Hesse e Schussler (1992) tiveram resultados semelhantes a este estudo, as mulheres que foram submetidas a analgesia epidural apresentaram uma baixa prevalência (não significativa) de IU de esforço comparando-se com aquelas que não utilizaram (7% e 21%). Para Viktrup e Lose (1993) e Thom, Van Dern Eeden e Brown (1997) não há evidências sobre essa associação.

Entre as 98 puérperas que referiram perda involuntária de urina no ciclo grávido-puerperal, 55 (56,1%) receberam ocitocina durante o parto índice.

Este recurso tem sido administrado desde 1943, com o propósito de induzir e conduzir o trabalho de parto. Entretanto, podem existir efeitos colaterais maternos

(taquissístolia, hipertonia e hiperestimulação uterina) e, em casos extremos, rotura uterina, quando não há controle clínico adequado (BRASIL, 2001).

Quanto ao uso de ocitocina durante o trabalho de parto, Schytt, Lindmark e Waldenström (2004) não encontraram nenhuma associação com o surgimento de IU um ano após o parto.

No estudo de Casey et al. (2005), 65% das mulheres com incontinência fecal após o parto, receberam ocitocina durante o trabalho de parto.

O peso do recém-nascido foi maior de 3.500g entre 21 (21,4%) das 98 mulheres que referiram o sintoma de perda involuntária de urina no ciclo grávido-puerperal. Entretanto, a maioria dos estudos demonstra que a ocorrência de perda involuntária de urina tende a estar associada com pesos maiores de 3.500 gramas.

Para Pearsson, Hansen e Rydhstroem (2000) o peso do feto durante a gravidez pode ter associação com a pressão intra-abdominal e intravesical, demonstrando uma relação entre fetos ou recém-nascido grandes com a prevalência de IU.

Corroborando, Schytt, Lindmark, Waldenström (2004) associaram o peso dos recém-nascidos maiores de 3.500 gramas com IU em múltiparas.

Para Rortveit et al. (2003) a condição de ter ao menos um filho com 4Kg ou mais, estava significativamente associado com um alto risco de IU.

E, Casey et al. (2005) observaram que 17% das mulheres com incontinência fecal em seu estudo, tiveram bebês com peso maior de 4.000 quilogramas.

Porém, Ayra et al. (2001) não observaram associação entre peso do recém-nascido e IU até um ano após o parto.

Em concordância, Viktrup et al. (1992) e Hvidman et al. (2002) não conseguiram identificar esta associação.

A maioria (52 - 53,1%) das 98 puérperas que referiram perda involuntária de urina no ciclo grávido puerperal teve bebês com perímetro cefálico acima de 34 cm no parto índice.

No estudo de Schytt, Lindmark, Waldenström (2004), perímetros cefálicos maiores de 34 centímetros apresentaram significância estatística para a presença de IU nas múltiparas.

Em contrapartida, Viktrup et al. (1992) não consideraram um perímetro cefálico aumentado, como fator de risco para o sintoma.

5.7 Caracterização da perda involuntária de urina no momento da entrevista

No momento da entrevista 21 mulheres estavam apresentando o sintoma, correspondendo a 18,8% das 112 mulheres que já haviam apresentado o sintoma em algum momento da vida e 8,6% das 244 puérperas que participaram do estudo (Tabela 14).

Considerando-se a presença atual do sintoma em 21 entre as 112 puérperas do nosso estudo, cinco apresentaram rotura perineal em algum grau no parto índice. Foi administrado ocitocina na indução do trabalho de parto de nove (42,8%) dessas parturientes. E, onze dessas mulheres (52,4%) receberam analgesia durante o parto índice, sendo que dez (47,6%) não utilizaram esse recurso.

Entre as 21 puérperas com perda involuntária de urina no momento da entrevista, seis haviam iniciado o sintoma imediatamente após o parto e onze iniciaram com o sintoma na gestação índice. Entre as onze puérperas que iniciaram o sintoma na

gestação índice e referiram a presença atual do sintoma, três, haviam apresentado o sintoma em todas as gestações anteriores. Quanto ao sintoma iniciado anteriormente a gestação índice (7), quatro puérperas referiram a perda involuntária de urina no momento da entrevista.

Apenas três (14,3%) puérperas referiram o uso de algum tipo de protetor para a perda involuntária de urina (Tabela 14).

Sendo que, duas utilizam absorvente de fluxo médio como proteção e uma, utilizava “forrinho”, do tipo papel. Duas (66,7%) utilizavam o protetor mais que uma vez ao dia, fazendo cinco (50%) e seis (50%) trocas em 24 horas e, uma (33,3%) realizava uma troca ao dia (Tabela 14).

Dezesseis mulheres (76,2%) relataram incômodo no momento da entrevista, com apenas uma mulher apresentando modificação nas suas atividades relacionadas ao lazer (Tabela 14).

Apenas uma mulher com perda involuntária de urina atual estava utilizando medicamento no momento da entrevista, do tipo antibiótico (Tabela 14).

Tabela 14 – Distribuição das puérperas, segundo características da perda involuntária de urina no momento da entrevista, Ribeirão Preto, SP, 2006.

	Frequência (N)	Porcentagem (%)
<i>Presença do sintoma no momento da entrevista</i>		
Sim	21	18.8
Não	91	81.3
	112	
<i>Uso de protetor higiênico na perda atual</i>		
Sim	3	14.3
Não	18	85.7
	21	
<i>Tipo de protetor utilizado</i>		
Absorvente fluxo médio	2	66.7
"Forrinho" (papel)	1	33.3
	3	
<i>Frequência de troca do protetor</i>		
Mais de uma vez ao dia	2	66.7
Uma vez ao dia	1	33.3
	3	
<i>Número de trocas realizadas em 24 horas</i>		
Cinco vezes	1	50.0
Seis vezes	1	50.0
	2	
<i>Incômodo atual</i>		
Sim	16	76.2
Não	5	23.8
	21	
<i>Modificações AVD'S</i>		
Modificação nas atividades de lazer	1	4.8
Sem modificações	20	95.2
	21	
<i>Uso de medicamento na entrevista</i>		
Uso de antibiótico	1	4.8
Nenhum tipo de medicamento	20	95.2
	21	

6 CONCLUSÃO

Neste estudo encontrou-se uma prevalência de 45,9% (112 casos) de perda involuntária de urina, considerando-se qualquer perda de urina em qualquer momento da vida, em um grupo de 244 puérperas.

Quanto às características dos sintomas de perda urinária ocorridos no período gravídico-puerperal e em qualquer momento da vida, predominou o sintoma de esforço, seguido da urgência e misto.

O estudo identificou que uma porcentagem mínima das mulheres com o sintoma queixou-se ou buscou o auxílio de algum profissional em razão deste sintoma, apesar de em sua maioria, referirem incômodo relacionado à perda urinária.

Considerando-se a ocorrência do sintoma no ciclo grávido puerperal, 98 puérperas apresentaram o sintoma nesse período, sendo que 49 (43,8%) iniciaram o sintoma no terceiro trimestre gestacional, 24 (21,4%) no segundo trimestre e seis (5,4%) no primeiro trimestre da gestação índice. Identificou-se, também, que 11 (9,8%) puérperas apresentaram o início do sintoma após o parto índice.

As 98 puérperas que apresentaram perda involuntária no ciclo grávido puerperal eram em sua maioria multigestas e múltiparas; apresentaram mais sintomas de infecção urinária no período grávido-puerperal; tiveram mais partos vaginais; utilizaram mais analgesia farmacológica durante o trabalho de parto e o peso de seus recém-nascidos, em sua maioria, foi inferior a 3.500 gramas.

Entre as limitações identificadas neste estudo uma delas refere-se ao método empregado, pois o mesmo poderia fornecer uma informação, mais acurada, acerca da prevalência da perda involuntária de urina no puerpério caso fosse um estudo

longitudinal. O tamanho reduzido da amostra também dificultou realizar associações entre a presença do sintoma e fatores obstétricos, impedindo o emprego de testes estatísticos para a confirmação dos resultados obtidos. A presença de lóquios no pós-parto pode ser considerada uma variável de confusão, subestimando os valores encontrados, pois a puérpera ao perder urina poderia não diferenciar entre a ocorrência da perda urinária e a eliminação de lóquios.

Frente a essas limitações sugere-se o planejamento de estudos longitudinais com acompanhamento de puérperas por um período de 12 meses a cinco anos conforme desenhos metodológicos de estudos internacionais.

REFERÊNCIAS

ABRAMS, P.; CARDOZO, L.; FALL, M.; GRIFFITHS, D.; ROSIER, P.; ULMSTEN, U.; VAN KERREBROECK, P.; VICTOR, A.; WEIN, A. The standardization of terminology of lower urinary tract function: report from Standardization Subcommittee of the International Continence Society. **Am J Obstet Gynecol**, St Louise, v.187, n.1, p.116-126, Jul. 2002.

AL-HAYEC, S.; ABRAMS, P. Women's lower urinary tract function and dysfunction: definitions and epidemiology. **Minerva Ginecol**, Torino, v.56, n.4, p.311-325, Aug. 2004.

ANDRADE, P.C.; LINHARE, J.J.; MARTINELLI, S.; ANTONINI, M.; LIPPI, U.G.; BARACAT, F.F. Resultados perinatais em grávidas com mais de 35 Anos: estudo controlado. **RBGO**, Rio de Janeiro, v. 26, n.9, p.697-702, Oct. 2004.

ANDRADE, A.V.; SOUZA, E.L.B.L.; MONTEIR, S.E. Atuação do fisioterapeuta no puerpério imediato. In: SOUZA, E.L.B.L. Fisioterapia aplicada à obstetrícia: aspectos de ginecologia e neonatologia. 3.ed. Rio de Janeiro: Medsi, 2002. Cap. 21, p. 232-240.

ARYA, L.A.; JACKSON, N.D.; MYERS, D.L.; VERMA, A. Risk of new-onset urinary incontinence after forceps and vacuum delivery in primiparous women. **Am J Obstet Gynecol**, St. Louise, v.185, n.6, p.1318-1325, Dec. 2001.

BAHL, R.; STRACHAN, B.; MURPHY, D.J. Pelvic floor morbidity at 3 years after instrumental delivery and cesarean delivery in the second stage of labor and the impact of a subsequent delivery. **Am J Obstet Gynecol**, St. Louise, v.192, n.3, p.789-94, Mar. 2005.

BATISTA, D.C.; CHIARA, V.L.; GUGELMIN, A.S.; MARTINS, P.D. Atividade física e gestação: saúde da gestante não atleta e crescimento fetal. **Rev. Bras. Saúde Matern Infant**, Recife, v.3, n.2, p.151-158, Abr./Jun. 2003.

BARROS, S.M. Infecção urinária entre gestantes: intervenções de enfermagem para sua profilaxia, controle e tratamento. 2000. 92p. Tese (Livre-Docência) - Escola de Enfermagem de São Paulo, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2000.

BLANES, L.; PINTO, R.C.T.; SANTOS, V.L.C.G. Urinary incontinence: knowledge and attitudes in São Paulo. **Braz J Urol**, São Paulo, v.27, n.3, p.281-288, May./Jun. 2001.

BO, K. Urinary incontinence, pelvic floor dysfunction, exercise and sport. **Sports Med**, Auckland, v.34, n.7, p.451-464, Jul. 2004.

BRANCH, L.G., WALKER, L.A.; WETLE, T.T.; DuBeau, C.E.; Resnick M.N. Urinary incontinence knowledge among community dwelling people 65 years of age and older. **J Am Geriatr Soc**, New York, v.42, n.12, p.1257-62, Dec. 1994.

BRASIL. Ministério da Saúde. Indução do Parto. In: _____. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada a mulher. Brasília, 2001. Cap.14, p.125.

BRASIL. Ministério da Saúde. Atenção no Puerpério. In: _____. Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada - manual técnico. Brasília, 2005. Cap.12, p. 78-86.

BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinasc/cnv/nvbr.def>>. Acesso em: 01 de Fevereiro de 2006.

BUMP, R.C.; HURT, W.G.; FANTL, A.J. Assessment of Kegel pelvic muscle exercise performance after brief verbal instruction. **Am J Obstet Gynecol**, St. Louise, v.165, n.2, p.322-9, Aug. 1991.

BURGIO, K.L.; ZYCZYNSKI, H.; LOCHER, J.L.; RICHTER, H.E.; REDDEN, D.T.; WRIGHT, K.C. Urinary Incontinence in the 12 Month Postpartum Period. **Obstet Gynecol**, Hagerstown, v.102, n.6, p.1291-8, Dec. 2003.

BUTLER, R.N.; MABY, J.I.; MONTELLA, J.M.; YOUNG, G.P. Urinary incontinence: keys to diagnosis of the older women. **Geriatrics**, Minneapolis, v.54, n.10, p.22-6, 29-30, Oct. 1999.

CANALINI, A.F. Classificação geral da incontinência urinária. In: RUBINSTEIN, I. Clínicas brasileiras de urologia: incontinência urinária na mulher. São Paulo: Atheneu, 2001. Cap.9, p.73-79.

CARDOZO, L. New developments in the management of stress urinary incontinence. **BJU International**, Edinburgh, v. 94, n. s1, p.1-3, Jul. 2004.

CARLEY, M.E.; TURNER, R.J.; SCOTT, D.E.; ALEXANDER, J.M. Obstetric history in women with surgically corrected adult urinary incontinence or pelvic organ prolapse. **J Am Assoc Gynecol Laparosc**, Santa Fe, v.6, n.1, p.85-89, Feb. 1999.

CARR, P.L.; FREUND, K.M.; SOMANI, S. Urinary Incontinence. In: BENGSTON, J. The Medical Care of Women. Philadelphia: Saunders Company, 1995. Cap. 63, p.652-653.

CASEY, B.M.; SCHAFFER, J.I.; BLOOM, S.L.; HEARTWELL, S.F.; MCINTIRE, D.D.; LEVENO, K.J. Obstetric antecedents for postpartum pelvic floor dysfunction. **Am J Obstet Gynaecol**, St. Louise, v.192, n.5, p.1655-62, May. 2005.

CHALIHA, C.; KALIA, V.; STANTON, S.L.; MNGA, A.; SULTAN, A.H. Antenatal prediction of postpartum urinary and fecal incontinence. **Obstet & Gynecol**, Hagerstown, v.94, n.5 (sup 1), p.689-94, Nov. 1999.

CHALIHA C.; SULTAN A.H.; BLAND J.M.; MONGA A. K.; STANTON S. L. Anal Function: effect of pregnancy and delivery. **Am J Obstet Gynaecol**, St Louise, v.185, n.2, p. 427-326, Aug. 2001.

CHEATER, F.M.; CASTLEDEN, C.M. Epidemiology and classification of urinary incontinence. **Baillieres Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol**, London, v.14, n.2, p.183-205, Apr. 2000.

CHIARELLI, P; COCKBURN, J. Promotting Urinary Continence in Women After Delivery: Randomized Controlled Trial. **British Medical Journal**; London, v.324, n.25, p.1241-3, May. 2002.

CHIARELLI, P.; MURPHY, B.; COCKBURN, J. Acceptability of a urinary continence promotion programme to women in postpartum; **BJOG**, Oxford, v.110, n.2, p.188-196, Feb. 2003.

COYNE, K.S.; ZHOU, Z.; THOMPSON, C.; VERSI, E. The impact on health-related quality of life of stress, urge and mixed urinary incontinence. **BJU Int**, Oxford, v.92, n.7, p.731-735, Nov. 2003.

DAVIS, G.; SHERMANN, R.; WONG, M.F.; McCLURE, G.; PEREZ, R.; HIBBERT, M. Urinary incontinence among female soldiers. **Mil Med**, Washington, v.164, n.3, p.182-187, Mar. 1999.

DEL CLAMPO, L.A.; JUNQUEIRA, M.J.G.; RICCO, R.G.; DANELUZZI, J.C.; FERRAZ, I.S.; MARTINELLI, C.E. Tendência secular da gravidez na adolescência. **Pediatria**, São Paulo, v.26, n.1, p.21-26. 2004.

DIETZ, H.P.; BENNETT, M.J. The effect of childbirth on pelvic organ mobility. **Obstet & Gynecol**, Hagerstown, v.102, n.2, p.223-228, Aug. 2003.

DIMPFL, T.; HESSE, U.; SCHUSSLER, B. Incidence and cause of postpartum urinary stress incontinence. **Eur J Obstet Gynecol Repord Biol**, Amsterdam, v.43, n.1, p.29-33, Jan. 1992.

DINIZ, C.S.G. Entre a técnica e os direitos humanos: possibilidades e limites da humanização da assistência ao parto. 254 p. Tese (Doutorado) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2001.

DONNELLY, V.; FYNES, M.; CAMPBELL, D.; JOHSON, M.; O'CONNELL, P.C.; O'HERLIMY, C. Obstetrics events leading to anal esphincter damage. **Obstet & Gynecol**, Hagerstown, v.92, n.6, p.955-61, Dec.1998.

DOUGHERTY, M.C.; BISHOP, K.R.; ABRAMS, R.M.; BATICH, C.D.; GIMOTTY, P.A. The effect of exercise on the circumvaginal muscles in postpartum women. **Journal of Nurse-Midwifery**, v.34, n.1, p.8-14, Jan/Fev.1989.

EDWARDS, L.D. Adaptação à paternidade/maternidade. In: LOWDERMILK, D.L.; PERRY, S.E.; BOBAK, I.M. **O cuidado em enfermagem materna**. 5.ed. Porto Alegre: Artmed. 2002. Cap.18, p.464-470.

ELIASSON, K.; NORDLANDER, I.; LARSON, B.; HAMMARSTRÖM, M.; MATTSON, E. Influence of physical activity on urinary leakage in primiparous women. **Scand J Med Sci Sports**, Copenhagen, v.15, n.2, p.87-94, Apr. 2005.

FAÚNDES, A.; GUARISI, T.; PINTO-NETO, A.M. The risk of urinary incontinence of parous women who delivery only by cesarean section. **Int J Gynaecol Obstet**, New York, v. 72, n.1, p.41-46, Jan. 2001.

FARRELL, S.A.; ALLEN, V.M.; BASKETT, T.F. Parturition and urinary incontinence in primiparas. **Obstet & Gynecol**, Hagerstown, v.97, n.3, p.350-356, Mar. 2001.

FIGUEIREDO, B.; PACHECO, A.; MAGARINHO, R. Grávidas adolescentes e grávidas adultas: diferentes circunstâncias de risco? **Acta Med Port**, Lisboa, v.18, n.2, p.97-105, Mar./Apr. 2005.

FOLDSPANG, A.; HVIDMAN, L.; MOMMSEN, S.; NIELSEN, J.B. Risk of postpartum urinary incontinence associated with pregnancy and mode of delivery. **Acta Obstet Gynecol Scand**, v.83, n.10, p.923, Oct. 2004.

FOLDSPANG, A.; MOMMSEN, S.; DJURHUUS, J.C. Prevalent urinary incontinence as a correlate of pregnancy, vaginal childbirth, and obstetric techniques. **American Journal of Public Health**, Washington, v. 89, n. 2, p. 209-12, Feb. 1999.

FORNELL, E.U.; WINGREN, G.; KJOLHEDE, P. Factors associated with pelvic floor dysfunction with emphasis on urinary and fecal incontinence and genital prolapse: an epidemiological study. **Acta Obste. Gynecol Scand**, Stockholm, v.83, n.4, p. 383-89, Apr. 2004.

FRITEL, X.; FAUCONNIER, A.; LEVET, C.; BENIFLA, J. Stress urinary incontinence 4 years after the first delivery: a retrospective cohort survey. **Acta Obstet Gynecol Scand**, Stockholm, v. 83, n.10, p. 941-945, Oct. 2004.

GEÓ, M.S.; MARTINS, M.; GEBER, S. Incontinência urinária e fístulas urogenitais. In: VIANA, L.C.; MARTINS, M.; GEBER, S. **Ginecologia**. 2.ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 2001. Cap.18, p.222.

GUARISI, T.; PINTO-NETO, A.M.; OSIS, M.J.; PEDRO, A.O.; COSTA-PAIVA, L.H.S.; FAÚNDES, A. Procura de serviço médico por mulheres com IU. **RBGO**, Rio de Janeiro, v.23, n.7, p. 439-443, Aug. 2001.

GROSSE, D.; SENGLER, J. Reeducação Perineal. São Paulo: Manole, 2002.

GROUTZ, A.U.; RIMON, A.; PELED, E.; GOLD, S.; PAUZNER, R.; LESSING, J.B.; GORDON, D. Cesarean section: does it really prevent the development of postpartum stress urinary incontinence? A prospective study of 363 women one year after their first delivery. **Neurourol Urodyn**, New York, v.23, n.1, p.2-6, Jan. 2004.

HÄGLUNDD, D.; OLSSON, H.; LEPPERT J. Urinary incontinence: an unexpected large problem among young females. Results from a population-based study. **Fam Pract**, Oxford, v.16, n.5, p.506-509, Oct.1999.

HANDA, V.L.; HARRIS, T.A.; OSTERGARD, D.R. Protecting the pelvic floor: obstetric management to prevent incontinence and pelvic organ prolapse. **Obstet & Gynecol**, Hagerstown, v.88, n.3, p. 470-8, Sep. 1996.

HANNESTAD, Y..S; RORTVEIT, G.; SANDVIK, H.; HUNSKAAR, S. A community-based epidemiological survey of female urinary incontinence: The norwegian EPICONT study. **J Clin. Epidemiol**, New York, v. 53, n.11, p.1150, Nov. 2000.

HAY-SMITH, E.J.; BO BERGHMANS, L.C.; HENDRIKS, H.J.; DE BIE, R.A.; VAN WAALWIJK VAN DOORN, E.S. Pelvic floor muscle training for urinary incontinence in women. **Cochrane Database Syst Rev**, Chichester CD001407, n.4. 2001.

HAY-SMITH, J.; HERBISON, P.; MØRKVED, S. Physical therapies for prevention of urinary and faecal incontinence in adults. **Cochrane Database Syst Rev**, chichester CD003191, n.9. 2002.

HERMANN, V.; PALMA, P.R. Incontinência urinária. In: NETTO, N.J.; WROCLAWSKI, E.R. Urologia: fundamentos para o clínico. São Paulo: Sarvier, 2001. Cap.1, Sec. XIII, p. 247-250.

HERRMANN, V.; POTRICK, B.A.; PALMA, P.C.; ZANETTINI, C.L.; MARQUES, A.; NETTO JUNIOR, N.R. Eletroestimulação transvaginal do assoalho pélvico no tratamento da incontinência urinária de esforço: avaliações clínica e ultra-sonográfica. **Rev. Assoc. Med. Brás**, São Paulo, v.49, n.4, p.401-5, Apr. 2003.

HOJBERG, K.E.; SALVIG, J.D.; WINSLOW, L.A.; LOSE, G.; SECHER, N.J. Urinary incontinence: prevalence and risk factors at 16 weeks of gestation. **BJOG**, Oxford, v.106, n.8, p.842-50, Aug. 1999.

HUNSKAAR, S.; BURGIO, K.; DIKONO, A.C.; HERZOC, A.R.; HJÄLMAS, K.; LAPITAN, M.C. Epidemiology and natural history of urinary. In: ABRAMS, P.; CARDOZO, L.; KHOURY, S.; WEIN A (eds). Incontinence: 2nd international consultation on incontinence. 2.ed. Plymouth. Cap.3, p. 165-201. 2002.

HVIDMAN, L.; FOLDSPANG, A.; MOMMSEN, S.; NIELSEN, J.B. Postpartum urinary incontinence. **Acta Obstet et Gynecol Scand**, Stockholm, v.82, n.6, p.556-63, Jun. 2003.

HVIDMAN, L.; HVIDMAN, L.; FOLDSPANG, A.; MOMMSEN, S.; BUGGE NIELSEN, J. Correlates of urinary incontinence in pregnancy. **Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct**, Surrey, v.13, n.5, p.278-83, Oct. 2002.

KLEIN, M.C.; GAUTHIER, R.J.; ROBBINS, J.M.; KACZOROWSKI, J.; JORGENSEN, S.H.; FRANCO, E.D.; JOHSON, B.; WAGHORN, K.; GELFAND, M.M.; GURALNICK, M.S.; LUSKEY, G.W.; JOSHI, A.K. Relationship of episiotomy to perineal trauma and morbidity, sexual dysfunction, and pelvic floor relaxation. **Am J Obstet Gynaecol**, St. Louise, v.171, n.3, p.591-599, Sep. 1994.

KOSMISKAS, J.V.; GIRÃO, M.J.B.C.; SARTORI, M.G.F.; BARACAT, E.C.; LIMA, G.R. Análise dos vasos do trato urinário inferior de ratas durante e após a prenhez. **RBGO**, Rio de Janeiro, v.24, n.4, p. 227-231, Mai. 2002.

KRISTIANSSON, P.; SAMUELSSON, E.; SCHOULTZ, B.V.; RDSUDD, K.S. Reproductive hormones and stress urinary incontinence in pregnancy. **Acta Obstet Gynecol Scand**, Stockholm, v.80, n.12, p. 1125-1130, Dec. 2001.

LIEBLING, R.E; SWINGLER, R.; VERITY, L.; SOOTHILL, P.W.; MURPHY, D.J. Pelvic floor morbidity up to one year after difficult instrumental delivery and cesarean section in the second stage of labor: A cohort study. **Am J Obstet Gynecol**, St. Louise, v.191, p.4-10, Jul. 2004.

MANT, J.; PAINTER, R.; VESSEY, M. Epidemiology of genital prolapse: observations from the Oxford family planning association study. **Br J Obstet Gynaecol**, London, v.104, n.5, p.579-85, Apr. 1997.

MASSON, C.R.; DIAS DA COSTA, J.; OLINTO, M.T.A.; MENEGHEL, S. DA COSTA, C.C.; BAIRROS, F.; HALLAL, P.C. Prevalência de sedentarismo nas mulheres adultas da cidade de São Leopoldo, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.21, n.6, p.1685-1694, Nov./Dez. 2005.

McCANDLISH, R. A randomised controlled trial of care of the perineum during second stage of normal labour. **Br J Obstet Gynaecol**, London, v.105, n.1, p.1262-72, Jan. 1998.

McKINNIE, V.; SWIFT, S.E.; WANG, W.; WOODMAN, P.; O'BOYLE, A.; KANH, M.; VALLEY, M.; BLAND, D.; SHAFFER, J. The effect of pregnancy and mode of delivery on

the prevalence of urinary and fecal incontinence. **Am J Obstet Gynecol**, St. Louise, v.193, n.2, p.512-517, Aug. 2005.

McLENNAN, A.H.; TAYLOR, A.W.; WILSON, D.H.; WILSON, D. The prevalence of pelvic floor disorders and their relationship to gender, age, parity and mode of delivery. **BJOG**, Oxford, v.107, n.12, p.1460-1470, Dec. 2000.

MEYER, S.; ACHTARI, C.; HOHLFELD, P.; De GRANDI, P. Effects of epidural analgesia on pelvic function after spontaneous delivery: a longitudinal retrospective study. **Int Urogynecol J**, London, v.13, n.6, p. 359-364, Nov. 2002.

MEYER, S.; HOHLFELD, P.; ACHTARI, C.; De GRANDI, P. Pelvic floor education after vaginal delivery. **Obstet & Gynecol**, Hagerstown, v.97, n.5, p.673-677, May. 2001.

MEYER, S.; HOHLFELD, P.; ACHTARI, C.; RUSSOLO, A.; De GRANDI, P. Birth trauma: short and long term effects of forceps delivery compared with spontaneous delivery on various pelvic floor parameters. **BJOG**, Oxford, v.107, n.11, p.13-60-65, Nov. 2000.

MINASSIAN, V.A.; DRUTZ, H.P.; AL-BADR, A. Urinary incontinence as a worldwide problem. **Int J Gynaecol Obstet**, New York, v.82, n.3, p.327-338, Sep. 2003.

MOORE, M.C. Nutrição materna e fetal. In: LOWDERMILK, D.L.; PERRY, S.E.; BOBAK, I.M. **O cuidado em enfermagem materna**. 5.ed. Porto Alegre: Artmed. 2002. Cap.11, p.278.

NYGAARD, I.; DeLANCEY, J.O.; ARNSDORF, L.; MURPHY, E. Exercise and incontinence. **Obstet Gynecol**, Hagerstown, v. 75, n.5, p.848-51, May. 1990.

NOVAK, E. Tratado de Ginecologia. São Paulo: Guanabara Koogan, 1998.

OEHLSCHLAEGER, M.H.K.; PINHEIRO, R.T.; HORTA, B.; GELATTI, C.; SANT'ANA, P. Prevalência e fatores associados ao sedentarismo em adolescentes de área urbana. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v.38, n.2, p. 157-63, Apr. 2004.

OLINTO, M.T.A.; GALVÃO, L.W. Características reprodutivas de mulheres de 15-49 anos: estudos comparativos e planejamento de ações. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v.33, p.64-72, Fev. 1999.

PARAZZINI, F.; CHIAFFARINO, F.; LAVEZZARI, M.; GIAMBANCO, V. Risk factors for stress, urge or mixed urinary incontinence in Italy. **Br J Obstet Gynaecol**, London, v.110, n.10, p.927-33, Oct. 2003.

PERSSON, J.; HANSEN, P.W.; RYDHSTROEM, H. Obstetric risk factors for stress urinary incontinence: a population-based study. **Obstet Gynecol**, Hagerstown, v.96, n.3, p.440-445, Sep. 2000.

PESCHERS, U.; SULTAN, A.H.; JUNDT, K.; MAYER, A.; DRINOVAC, V.; DIMPFT, T. Urinary and anal incontinence after vacuum delivery. **Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol**, Amsterdam, v.110, n.1, p. 39-42, Sep. 2003.

POLDEN, M.; MANTLE, J. Fisioterapia em ginecologia e obstetrícia. 2.ed. São Paulo: Santos, 1997.

PRAUN, O.H.J.; BUSATO, W.F.S.; PRAUN, L.H. Epidemiologia da incontinência urinária. In: RUBINSTEIN, I. Clínicas brasileiras de urologia: incontinência urinária na mulher. São Paulo: Atheneu, 2001. Cap. 7, p.59-65.

PREGAZZI, R.; SARTORE, A.; TROIANO, L.; GRIMAU, D.I.; BORTOLI, P.; SIRACUSANO, S.; GUASHINO, S. Postpartum urinary symptoms: prevalence and risks factors. **Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol**, Amsterdam, v.103, n.2, p.179-82, Jul. 2002a.

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**, Hagerstown, v.99, n.4, p.581-4, Apr. 2002b.

RICCETTO, C.; PALMA, P.; TARAZONA, A. Aplicaciones clinicas de la teoria integral de la continencia. **Actas Urol Esp**, Madrid, v.29, n.1, p.31-40, Jan. 2005.

REILLY, E.T.C.; FREEMAN, R.M.; WATERFIELD, M.R.; WATERFIELD, A.E.; STEGGLES, P.; PEDLAR, F. Prevention of postpartum stress incontinence in primigravidae with increased bladder neck mobility. **BJOG**, v.19, p.68-76, Jan. 2002.

ROE, B.; DOLL, H. Prevalence of urinary incontinence and its relationship with health status. **J Clin Nurs**, Oxford, v.9, n.2, p.178-188, Mar. 2000.

ROE, B.; MAY C. Incontinence and sexuality: findings from a qualitative perspective. **J Adv Nurs**, Oxford, v.30, n.3, p.573-79, Sep.1999.

ROSEMBERG F. Educação formal, mulher e gênero no Brasil contemporâneo. **Rev. Estud. Fem**, Florianópolis, v.9, n.2, p.515-540. 2001.

RORTVEIT, G.; DALTEIT, A.K.; HANNESTEDE, Y.S.; HUNSKAAR, S. Vaginal delivery parameters and urinary incontinence: the norwegian EPICONT study. **Am J Obstet Gynecol**, St. Louise, v.189, n.5, p.1268-1274, Nov. 2003.

RORTVEIT, G.; HANNESTAD, Y.S.; DALTEIT, A.K.; HUNSKAAR, S. Age and typedependent effects of parity on urinary incontinence: the norwegian EPINCONT study. **Obstet Gynecol**, Hagerstown, v.98, p.1004-10. 2001.

RUBINSTEIN, I. Clínicas brasileiras de urologia: incontinência urinária na mulher. São Paulo: Atheneu, 2001.

SAMUELSSON, E.; LADFORS, L.; LINDBLOM, B.G.; HAGBERG, H. A prospective observational study on tears during vaginal delivery: occurrences and risk factors. **Acta Obstet Gynecol Scand**, Stockholm, v.81, n.1, p. 44-49, Jan. 2002.

SCHYTT, E.; LINDMARK, G.; WALDENSTRÖM, U. Symptoms of stress incontinence 1 year after childbirth: prevalence and predictors in a national Swedish sample. **Acta Obstet Gynecol Scand**, Stockholm, v.83, n.10, p.928-936. 2004.

SCORZAFAVE, L.G.D.S. A evolução e os determinantes da participação feminina no mercado de trabalho brasileiro. 65p. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Economia e Administração, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2001.

SEIM, A.; ERIKSEN, B.C.; HUNSKAAR, S. A study of female urinary incontinence in general practice: demography, medical history, and clinical findings. **Scand J Urol Nephrol**, Stockholm, v.30, p.465-471, Dec. 1996.

SILVERTON, L. The art and science of midwifery. London: Prentice Hall International, 1993.

SOUZA, E.; SASS, N.; CAMANO, L. Alterações do trato urinário na gravidez. In: GIRÃO, M.J.B.C.; LIMA, G.R.; BARACAT, E.C. *Uroginecologia*. São Paulo: Artes Médica, 1997.

SOUZA, E.L.B.L. A reeducação da musculatura do assoalho pélvico como método de tratamento conservador da incontinência urinária. In: SOUZA, E.L.B.L. *Fisioterapia aplicada à obstetrícia: aspectos de ginecologia e neonatologia*. 3.ed. Rio de Janeiro: Medsi, 2002a. Cap. 32, p. 391-401.

SOUZA, O.L. Incontinência urinária. In: SOUZA, E.L.B.L. **Fisioterapia aplicada à obstetrícia: aspectos de ginecologia e neonatologia**. 3.ed. Rio de Janeiro: Medsi, 2002b. Cap. 24, p.280.

STANTON, M.C.; STRAHLE, A.; FETHNEY, J. Leaking urine prior to pregnancy: a risk factor for postnatal incontinence. **Aust N Z J Obstet Gynaecol**, Melbourne, v.45, n.4, p.295-299, Aug. 2005.

STANTON, S.L.; WILSON, R.K.; HARRIET, V.G. The incidence of urological symptoms in normal pregnancy. **British J. Obstet. Gynecol**, London, v.87, n.10, p.897-900, Oct. 1980.

SUGAYA, K.; OWAN, T.; HATANO, T.; NISHIJIMA, S.; SHIROMA, K.; SOEJIMA, K.; MASAKI, Z.; OGAWA, Y. Device to promote pelvic floor muscle training for stress incontinence. **Int J Urol**, Tóquio, v.10, n.8, p.416-422, Aug. 2003.

TANAGHO, E.A. Urinary incontinence. In: TANAGHO, E.A.; McANINCH, J.W. **Smith's General Urology**. 14.ed. Connecticut: Appleton & Lange, 1995. Cap.30, p.536-551.

THOM, D.H.; VAN DEN EEDEN, S.K.; BROWN, J.S. Evaluation of parturition and other reproductive variables as risk factors for urinary incontinence in later life. **Obstet Gynecol**, Hagerstown, v.90, n.6, p.983-9, Dec. 1997.

THOM, D.H.; VAN DEN EEDEN, S.K.; RAGINS, A.I.; WASSEL-FYR, E.V.; SUBAK, L.L.; BROWN, J.S. Differences in prevalence of urinary incontinence by race/ethnicity. **J Urol**, Baltimore, v.175, n.1, p.259-264, Jan. 2006.

THOMPSON, J.F.; ROBERTS, C.L.; CURRIE, M.; ELLWOOD, D.A. Prevalence and persistence of health problems after childbirth: associations with parity and method of birth. **Birth**, Boston, v.29, n.2, p.83-94, Jun. 2002.

THORP, J.M.; NORTON, P.A.; WALL, L.; KULLER, J.A.; EUCKER, B.; WELLS, E. Urinary incontinence in pregnancy and the puerperium: a prospective study. **Am J Obstet Gynecol**, St Louise, v.180, n.2, p.266-273, Feb. 1999.

THYSSEN L.; CLEVIN L.; OLESEN S.; LOSE G. Urinary incontinence in elite female athletes and dancers. **Int. Urogynecol. J**, London, v.13, n.1, p. 15-17, Mar. 2002.

YALCIN, O.T.; HASSA, H.; OZALP, S.; YILDRIM, A.; SENER, T. Results of anti incontinence operations and kegel exercise in patients with type II anatomic stress incontinence. **Acta Obstet Gynecol Scand**, Stockholm, v.77, n.3, p.341-346, Mar.1998.

YAMASAKI, R. Infecções urinárias inespecíficas. In: BENDHACK, D.A.; DAMIÃO, R. **Guia prático de urologia**. Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Urologia, BG Cultural, 1999. Cap.21, p.113-117.

YUCEL, S.; BASKIN, L.S. An anatomical description of the male and female urethral sphincter complex. **J Urol**, Hagerstown, v.171, n.5, p.1890-7, May. 2004.

VAN GOOL, J.D. Dysfunctional voiding: a complex of bladder/sphincter dysfunction, urinary tract infection and vesicoureteral reflux. **Acta Urol Belg**, Bruxelles, v.63, n.3, p.27-33, Sep. 1995.

VIKTRUP, L. The risk of lower urinary tract symptoms five years after the first delivery. **Neurourol Urodyn**, New York, v.21, n.1, p.2-9, Jan. 2002.

VIKTRUP, L.; LOSE, G.; ROLFF, M.; BARFOED, K. The symptom of stress incontinence caused by pregnancy or delivery in primíparas. **Obstet Gynecol**, Hagerstown, v.79, n.6, p.945-9, Jun. 1992.

VIKTRUP, L.; LOSE, G. .Epidural anesthesia during labor and stress incontinence after delivery. **Obstet Gynecol**, Hagerstown, v.82, n.6, p.984-6, Dec. 1993.

WIJMA, J.; POTTERS, A.E.W.; WOLF, B.T.H.M.; TINGA, D.J; AARNOUDSE, J.G. Anatomical and functional changes in the lower urinary tract following spontaneous vaginal delivery. **Br J Obstet Gynecol**, London, v.110, n.7, p.658-663, Jul. 2003.

WHEELER, J.S.; PETERS, M.J. Anatomy and Physiology of voiding. In: DOUGHTY DB. Urinary and fecal incontinence: nursing management. St. Louis: Mosby Year Book, 1991. Cap.1, p.15.

WILLIAMS, R.P. A família e a cultura. In: LOWDERMILK, D.L.; PERRY, S.E.; BOBAK, I.M. **O cuidado em enfermagem maternal**. 5.ed. Porto Alegre: Artmed, 2002. Cap. 2, p.27.

WILSON, P.D.; HERBISON, G.P. Obstetric practice and the prevalence of urinary incontinence three months after delivery. **Br J Obstet Gynecol**, London, v.103, n.2, p.154-61, Feb. 1996.

WILSON, P.D.; HERBISON, P.; GLAZENER, C.; MCGEE, M.; MACARTHUR, C. Obstetric practice and urinary incontinence 5–7 years after delivery. **Neurourol Urodyn**, New York, v.21, n.4, p.289–92. 2002.

ZAGONELI, I.P.S.; MARTINS, M.; PEREIRA, K.F.; ATHAYDE, J. O cuidado humano diante da transição ao papel materno: vivências no puerpério. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, São Paulo, v.5, n.2, p.24–32. 2003. Disponível em <<http://www.fen.ufg.br/revista>>. Acesso em: 15 de Dezembro de 2005.

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Informação

Esta sendo realizada uma pesquisa sobre perda involuntária de urina com as mulheres que tiveram seu último parto na Mater, sob a responsabilidade da fisioterapeuta Miquelina Johann Albrescht, aluna de mestrado do Departamento de Saúde Materno Infantil e Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP, e da Dra. Ana Maria de Almeida docente desta mesma escola e orientadora deste estudo. O objetivo da pesquisa é saber se essas mulheres já apresentaram ou apresentam perda involuntária de urina. Para isso as mulheres que passarem pela consulta de puerpério serão convidadas a participar do estudo e caso aceitem, serão entrevistadas. A entrevista terá duração máxima de 20 minutos e conterá perguntas gerais sobre: idade, ocupação, escolaridade, nível social, raça e estado civil. Perguntas específicas sobre saúde e reprodução: número de gestações e partos, tipo de parto, se já realizou alguma cirurgia e se já teve infecção urinária. Perguntas específicas sobre perda involuntária de urina, quando a mulher responderá se já perdeu urina, quando, como, que quantidade, se usa absorvente ou fralda, se essa situação lhe é incômoda, se deixa de fazer alguma atividade devido a isso, se já recebeu orientação sobre exercícios para o assoalho pélvico e se já retomou suas atividades sexuais após o parto. As respostas das entrevistadas serão complementadas com as anotações dos prontuários da maternidade. Caso a mulher permita, dentro de 30 dias a pesquisadora entrará em contato novamente, por telefone, para observar se houve alguma alteração nos sintomas apresentados. O nome das participantes não será divulgado, nem conhecido por outras pessoas, além dos pesquisadores. As participantes não receberam nenhum tipo de benefício por colaborarem com a pesquisa. Não haverá prejuízo para aquelas que não aceitarem participar do estudo e nem para aquelas que desistirem de participar durante a entrevista. Caso a mulher não queira responder determinada pergunta, poderá pular para pergunta seguinte. As respostas das participantes serão utilizadas para verificar a ocorrência do problema, o que poderá beneficiar outras mulheres, porque serão utilizadas para a criação de programas de prevenção e tratamento da perda involuntária de urina. As mulheres que concordarem em participar e estiverem de acordo com as informações acima deverão assinar esse termo de consentimento, para registrar sua decisão.

Termo de Consentimento

Eu, _____,
declaro que li as informações acima e pude esclarecer minhas dúvidas sobre o estudo. Aceito participar da pesquisa sobre IU, sob responsabilidade da aluna Miquelina Johann Albrescht e da Dra. Ana Maria de Almeida, de acordo com os esclarecimentos descritos acima, podendo entrar em contato com as mesmas em caso de dúvidas ou desistência pelo telefone (16) 3941 3978 e/ou (16) 81229519

Ribeirão Preto, _____ de _____ de 2005.

Nome da entrevistada: _____

RG: _____ Assinatura: _____

RG e Assinatura do Responsável: _____

Assinatura da entrevistadora: _____

APÊNDICE B– Entrevista Semi-Estruturada**I. Dados de Identificação e Pessoais**

Nome: _____

Endereço: _____

Tel.: _____ DN: ____/____/____ Escolaridade: _____

Renda: _____ Estado Civil: _____ Raça: _____

Ocupação: _____ Atividade física: _____

II. Dados Ginecológicos e Obstétricos Progressos:1. Você já teve infecção urinária? () SIM () NÃO (*Pular para questão 04*)2. (*Apenas para respostas afirmativas*) Quando foi a última vez?() Há 1 semana () Há + de 1 semana () Há 1 mês () Há + de 1 mês
() Há + de 6 meses () Há + de 1 ano () Há + de 3 anos

3. Você tratou? () SIM () NÃO

4. Quando você termina de urinar, percebe que esvaziou toda a bexiga?

() SIM (*Pular para questão 6*) () NÃO5. (*Apenas para respostas negativas*) O que acontece então?() Sente que ficou com urina na bexiga () Precisa urinar logo em seguida
() Perde urina em seguida

6. Você já realizou alguma cirurgia abdominal ou pélvica/uterina?

() SIM () NÃO

7. (Apenas para respostas afirmativas) Qual? _____

8. Vamos falar sobre suas gestações e partos:

GESTA	ABORTO	PARTO	TIPO	DATA M/A	EPISIO	PESO RN	PC RN
			V				
			C				
			F				

III. Dados Referentes à Perda Urinária

1. Você já perdeu urina em alguma situação? () SIM () NÃO - (Pular para questão 21)

2. Caso você já tenha perdido urina em alguma situação, quando isso ocorreu?

() No momento em que tossiu, espirrou, fez algum esforço físico, exercício ou deu risada;

() Logo após sentir uma vontade imensa/urgente de urinar, não conseguindo chegar ao banheiro;

() Nessas duas situações;

3. Que quantidade? () Gotas () Colher de sopa () Meio copo () Um copo

4. Qual é a frequência deste fato?

() Mais de uma vez ao dia

() Uma vez ao dia

() Mais de uma vez por semana

() Uma vez por semana

() Mais de uma vez ao mês

() Uma vez por mês

() Com espaçamento maior de um mês

() Ocorreu uma única vez

5. Quando iniciou?

() Antes da última gestação. Quando? _____

() Durante a última gestação. Em que momento da gestação?

- () Início () Meio () Final
 () Após o parto índice.
 () Durante outra gestação. Qual? _____ Em que momento da gestação? () Início () Meio () Final
 () Após outro parto. Qual? _____

6. Você ainda permanece com essa perda ou ela foi transitória?
 () Permanece () Transitória (*Pular para questão 8*)

7. Como é essa perda atualmente? (*Pular para questão 9*):

- () No momento em que tossiu, espirrou, fez algum esforço físico, exercício ou deu risada;
 () Logo após sentir uma vontade imensa/urgente de urinar, não conseguindo chegar ao banheiro;
 () Nessas duas situações;

8. Caso a perda tenha sido transitória, quanto tempo você teve esse sintoma? (*Pular para questão 20*)

- () 1 semana () Mais de uma semana () 1 mês () + 1 mês
 () 6 meses () 1 ano () + 1 ano () Tempo: _____

9. Você utiliza absorvente, fralda ou "forrinho" em função desta perda urinária?

- () SIM () NÃO

10. Qual? () Absorvente () Protetor diário () Fralda () "Forrinho"
 () Fluxo médio
 () Fluxo intenso

11. Com que frequência?

- () Mais de uma vez ao dia () Uma vez ao dia
 () Mais de uma vez por semana () Uma vez por semana
 () Mais de uma vez ao mês () Uma vez por mês
 () Com espaçamento maior de um mês () Ocorreu uma única vez

12. Caso você utilize mais de uma vez ao dia, quantas trocas você faz em 24 horas?

() 1 () 2 () 3 () 4 () 5 () 6 ou +

13. Essa situação lhe é incômoda? () SIM () NÃO

14. Por quê?

15. Você modificou suas atividades por causa da perda involuntária de urina?

() SIM () NÃO

16. Qual?

() Caminhada () Relação sexual () Atividade profissional
() Atividades domésticas () Atividades de lazer () Outras: _____

17. Quantos copos de água você costuma tomar por dia?

() 1 () 2 () 3 () 4 () 5 () 6 ou +

18. Você está utilizando algum medicamento atualmente?

() SIM () NÃO (*Pular para questão 21*)

19. Qual? _____

20. Essa situação lhe incomodou? () SIM () NÃO

21. Por quê? _____

22. Você buscou tratamento para esse problema ou queixou-se para um profissional durante consulta médica?

() SIM () NÃO (*Pular para questão 25*)

23. Tratou? () SIM () NÃO (*Pular para questão 25*)

24. Como? _____

25. Você sabe o que é períneo ou assoalho pélvico? () SIM () NÃO

26. Durante sua (s) gestação (s) você recebeu orientação para realizar exercícios com a musculatura do assoalho pélvico / do períneo?

() SIM () NÃO (Pular para questão 30)

27. Realizou os exercícios? () SIM () NÃO (Pular para questão 30)

28. Quando iniciou os exercícios?

() Antes da última gestação. Quando? _____

() Durante a última gestação. Em que momento da gestação?

() Início () Meio () Final

() Após o parto índice.

() Durante outra gestação. Qual? _____ Em que momento da gestação? () Início () Meio () Final

() Após outro parto. Qual? _____

29. Qual a frequência de realização dos exercícios?

() 1 x / 15 dias () 1 x / semana () 3 x / semana ()
Diarimamente

30. Quando você retomou as relações sexuais após o parto?

() Ainda não retomou () 6 dias após o parto

() 2 dias após o parto () 8 dias após o parto

() 4 dias após o parto () 10 dias após o parto

APÊNDICE C– Instrumento de coleta de dados obstétricos do parto índice**Formulário do Parto índice**

1. Data: ____/____/____
2. Tipo de parto: () Vaginal () Cesáreo
3. Rotura perineal: () SIM () NÃO
4. Grau: () 1 () 2 () 3 () 4
5. Sutura: () SIM () NÃO
6. Episiotomia: () SIM () NÃO - () Mediana () Médio-lateral
7. Uso de instrumento: () SIM () NÃO - () Fórceps () Vácuo extrator
8. Uso de analgesia: () SIM () NÃO Qual? _____
9. Uso de fármacos: () SIM () NÃO - () Ocitocina () Misoprostol
10. Duração da 2ª etapa do trabalho de parto: _____
11. Peso do RN: _____ Perímetro Cefálico: _____
12. Peso da Gestante _____ Altura da Gestante _____
13. IMC: _____

ANEXO A – Folha de aprovação do Comitê de Ética



ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO - UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
CENTRO COLABORADOR DA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE PARA
O DESENVOLVIMENTO DA PESQUISA EM ENFERMAGEM

Avenida Bandeirantes, 3900 - Campus Universitário - Ribeirão Preto - CEP 14040-902 - São Paulo - Brasil
FAX: 55 - 16 - 633-3271 / 55 - 16 - 630-2561 - TELEFONES: 55 - 16 - 633-0379 / 602-3382

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA EERP/USP

Of.CEP-EERP/USP – 065/2005

Ribeirão Preto, 19 de maio de 2005

Prezada Senhora,

Comunicamos que o projeto de pesquisa, abaixo especificado, foi analisado e considerado **APROVADO** pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, em sua 75ª Reunião Ordinária, realizada em 18 de maio de 2005.

Protocolo: nº 0536/2005

Projeto: Incontinência urinária: prevalência, incidência e associação de fatores obstétricos com sintomas urinários em puérperas de uma maternidade filantrópica de um município paulista

Pesquisadores: Ana Maria de Almeida (Orientadora)
Miquelina Johann Albrescht (Mestranda)

Em atendimento à Resolução 196/96, deverá ser encaminhado ao CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados, para acompanhamento, bem como comunicada qualquer intercorrência ou a sua interrupção.

Atenciosamente,

Claudia B. Santos
Profª Drª Claudia Benedita dos Santos
Coordenadora do CEP-EERP/USP

Ilmª. Srª.

Profª Drª Ana Maria de Almeida (Orientadora)
Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP