

**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA  
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE**

**LETÍCIA MARTINS**

**Prevalência da incontinência urinária em gestantes e puérperas das  
maternidades públicas de Goiânia-GO, em 2009.**

Dissertação apresentada como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde pelo Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade de Brasília.

Orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Ana Luiza Lima Sousa

**Brasília  
2010**

**LETÍCIA MARTINS**

**Prevalência da Incontinência urinária em gestantes e puérperas das  
Maternidades Públicas de Goiânia-GO, em 2009.**

Dissertação apresentada como requisito parcial para a  
obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde pelo  
Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da  
Universidade de Brasília.

**Aprovado em 05 de Março de 2010.**

**BANCA EXAMINADORA**

**Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Ana Luiza Lima Sousa – Presidente  
Universidade Federal de Goiás**

**Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Cláudia Salgado  
Universidade Federal de Goiás**

**Prof. Dr. Elioenai Dorneles Alves  
Universidade de Brasília**

**Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Dirce Guilhem  
Universidade de Brasília**

**DEDICATÓRIA**

*Dedico este trabalho a*

***Cícero**, meu pai herói, que com seu  
exemplo de perseverança e coragem  
me fez acreditar na conclusão de  
mais uma etapa da minha vida.*

***Gisele**, minha mãe, minha melhor amiga,  
fonte de amor e fé, sabedoria e paz.*

## AGRADECIMENTOS

Primeiramente a Deus, que com suas bênçãos derramadas, me concedeu graça, sabedoria, entendimento e perseverança para vencer mais uma etapa da minha vida. Obrigada, Senhor, por ter permitido que meu sonho fosse concretizado.

Aos meus pais, que sempre foram meus mestres na sabedoria e meus exemplos de vida, incentivo de minha personalidade. Sem seus ensinamentos e amor jamais chegaria aqui.

Ao meu irmão e minha cunhada, Jerônimo e Eva, pela compreensão e apoio nas mais diversas situações, minha sincera gratidão.

À querida Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Ana Luiza Lima Sousa, minha orientadora, por sua confiança em meu potencial, disponibilidade, compreensão, profissionalismo e apoio desde meus primeiros passos acadêmicos. E por sua amizade que contribuiu com meu processo de crescimento e reconstrução de um novo modo de olhar a realidade.

À Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Claudia Maria Salgado, que conheci no início desta caminhada de pós-graduação. Aprendi a admirar sua dedicação, persistência e amizade. Sempre com um sorriso nos lábios haja o que houver.

Aos meus amigos, em especial o Renato e a Lourdinha, que conhecem minha gratidão e carinho pela companhia e sabedoria. Vocês que sempre me ensinaram a acreditar e a ter fé em Deus para superar as dificuldades da caminhada. Obrigada pela torcida sincera para que este trabalho fosse finalizado com responsabilidade, paz e muito amor!

A todos os meus queridos colegas do Hospital Ortopédico de Goiânia (HOG) que estiveram junto comigo nesta caminhada me apoiando e dando força para eu terminar mais uma etapa da minha vida.

À secretaria da pós-graduação, em especial a Edigrês, que esteve sempre presente com seu bom humor e pronto auxílio, meus sinceros agradecimentos.

“A coisa mais feliz a se fazer é ser útil aos demais, tentando ultrapassar o maior obstáculo que é o medo, ocupando-se da distração mais bela que é o trabalho, seguindo pelo caminho mais rápido que é o correto, para no final ter a maior satisfação do dever cumprido.”

**Madre Teresa de Calcutá**

## RESUMO

**OBJETIVOS:** conhecer a prevalência de IU entre gestantes e puérperas assistidas em maternidades públicas de Goiânia-GO e avaliar se as variáveis sócio-demográficas, a paridade, o tipo de parto, a ocorrência de episiotomia e o índice de massa corporal (IMC) antes da gestação influenciam na ocorrência da IU.

**MÉTODOS:** estudo descritivo transversal. Foram entrevistadas 200 puérperas internadas em maternidades públicas de baixo risco de fevereiro a junho de 2009 e coletados dados sócio-demográficos, dados referentes à paridade e sobre a IU.

Foram aplicados três questionários em diferentes momentos, sendo que o primeiro foi pessoalmente, até o terceiro dia de puerpério, o segundo com 30 dias e o terceiro com 60 dias de puerpério. Os dois últimos questionários foram aplicados por telefone. Para a análise, utilizou-se teste *t-Student*, qui-quadrado ( $p < 0,05$ ) e coeficiente kappa(k). **RESULTADOS:** a prevalência da IU durante a gestação foi de 47,5% e a ocorrência com 30 e 60 dias após o parto foi de 6,3% e 5,0%, respectivamente. A IU na gestação foi mais freqüente na faixa etária acima de 35 anos (72,7%) ( $p = 0,01$ ); entre as primigestas (59,2%) ( $p = 0,01$ ) e entre as que realizaram somente um parto cesáreo anterior (56,1%) ( $p = 0,001$ ). Não foi identificada correlação da prevalência da IU no puerpério com as demais variáveis.

**CONCLUSÃO:** os fatores associados significativamente ao aumento da prevalência das perdas urinárias foram o aumento da idade, a quantidade de partos e o número de partos cesáreos anteriores. Encontrou-se uma baixa prevalência de IU no puerpério quando comparado com o período gestacional.

**Palavras-chave:** prevalência, incontinência urinária, gestação, período de pós-parto.

## ABSTRACT

**PURPOSE:** To determine the prevalence of urinary incontinence (UI) among pregnant and postpartum women receiving care at public hospitals in Goiânia-GO, and to assess socio-demographic variables, parity, the mode of delivery, the incidence of episiotomy and body mass index (BMI) before pregnancy influences the occurrence of UI. **METHODS:** A cross-sectional study. We interviewed 200 postpartum women admitted to public hospitals for low risk during the period from February to June 2009. We also collected socio-demographic data on parity and on the UI. Three questionnaires were applied at different times, the first of which was personally until the third postoperative day, the second one 30 days and the third one with 60 days postpartum. The latter two questionnaires were administered by telephone. For the analysis we used test *t-Student*, chi-square test ( $p < 0.05$ ) and kappa coefficient( $k$ ). **RESULTS:** The prevalence of UI during pregnancy was 47.5%, and the its occurrence of 30 and 60 days after delivery was 6.3% and 5.0%, respectively. The UI during pregnancy was more frequent in the age group above 35 years old (72.7%) ( $p = 0.01$ ) among primigravidae (59.2%) ( $p = 0.01$ ) and among those who received only a prior cesarean delivery (56.1%) ( $p = 0.001$ ). No correlation was identified in the prevalence of urinary incontinence in the puerperium with the other variables. **CONCLUSION:** The factors significantly associated with increased prevalence of urinary incontinence were increasing age, the number of births, and the number of previous cesarean deliveries. We found a low prevalence of UI in the postpartum period compared with the gestational period.

**Keywords:** prevalence, urinary incontinence, pregnancy, postpartum period.

## SUMÁRIO

LISTA DE TABELAS -----	10
LISTA DE QUADROS -----	11
LISTA DE ABREVIATURAS -----	12
1 INTRODUÇÃO -----	13
1.1 ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS -----	13
1.2 ASPECTOS DA ANATOMIA E FISIOLOGIA DO ASSOALHO PÉLVICO -----	15
1.3 ASPECTOS DO ASSOALHO PÉLVICO NA GRAVIDEZ E PUERPÉRIO E A INCONTINÊNCIA URINÁRIA -----	18
2 OBJETIVOS -----	23
2.1 OBJETIVO GERAL -----	23
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS -----	23
3 MÉTODOS -----	23
3.1 ANÁLISE DOS DADOS -----	25
3.2 ASPECTOS ÉTICOS -----	26
4 RESULTADOS -----	27
4.1 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA -----	27
4.2 CARACTERIZAÇÃO DA PERDA INVOLUNTÁRIA DE URINA DURANTE A GRAVIDEZ E PUERPÉRIO -----	28
4.3 FATORES RELACIONADOS À PERDA INVOLUNTÁRIA DE URINA DURANTE A GESTAÇÃO -----	31
4.4 FATORES RELACIONADOS À PERDA INVOLUNTÁRIA DE URINA DURANTE O PUERPÉRIO -----	33
6 DISCUSSÃO -----	34
7 CONCLUSÃO -----	38
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS -----	40
ANEXOS -----	46

ANEXO A – Parecer consubstanciado da aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética e Pesquisa -----	46
ANEXO B – Termo de consentimento livre e esclarecido-----	47
ANEXO C – Questionário-----	48

**LISTA DE TABELAS**

<i>Tabela 01</i> - Caracterização da amostra do estudo, Goiânia, GO, 2009 -----	27
<i>Tabela 02</i> - Caracterização da amostra do estudo de acordo com a paridade, Goiânia, GO, 2009-----	28
<i>Tabela 03</i> - Tabela 03 – Caracterização da amostra do estudo de acordo com a prática de atividade física e o IMC, Goiânia, GO, 2009 -----	29
<i>Tabela 04</i> - Fatores relacionados à perda involuntária de urina durante a gestação, Goiânia, GO, 2009-----	32

**LISTA DE QUADROS**

<i>Quadro 1</i> - Classificação da obesidade segundo o índice de massa corpórea (IMC) e risco de doença-----	24
--	----

**LISTA DE ABREVIATURAS**

IU	incontinência urinária
ICS	International Continence Society
IUE	incontinência urinária de esforço
AP	assoalho pélvico
MAP's	músculos do assoalho pélvico
OMS	Organização Mundial de Saúde
IMC	índice de massa corpórea
TCLE	termo de consentimento livre e esclarecido

## 1. INTRODUÇÃO

A incontinência urinária (IU) é, segundo a International Continence Society (ICS) 1990:

A perda involuntária de urina, demonstrável objetivamente (50 ml/por dia, com freqüência ocasional não inferior a uma vez a cada duas semanas) e que constitui um problema higiênico e social. Tem causa multifatorial, sendo elemento gerador de exclusão social, interferindo na saúde física e mental da paciente e comprometendo sua qualidade de vida.<sup>1</sup>

Existem diferentes tipos de incontinência urinária sendo a mais comum a de esforço (IUE), presente em aproximadamente 50% de todas as mulheres incontinentes, definida como perda involuntária de urina ao esforço ou durante algum exercício, relacionada geralmente com o aumento da mobilidade uretral e/ou pobre função intrínseca do esfíncter. A urge-incontinência, que varia de 10 a 20%, é a perda involuntária de urina procedida imediatamente pela urgência e indica a incapacidade de inibir as contrações vesicais. A incontinência mista, com prevalência de 30 a 40%, é identificada pela perda involuntária associada com a urgência e também com o esforço, como exercícios, tosse ou espirro. A perda contínua de urina é chamada de IU contínua e é o tipo menos frequente.<sup>2,3</sup>

### 1.1. Aspectos epidemiológicos

A IU é um problema mundial que afeta mais mulheres do que homens, independente da idade, cultura ou raça. A prevalência em homens e mulheres é muito alta e dispendiosa. O custo subiu de 8,2 bilhões (de dólares) em 1984 para 26,3 bi, ou seja, U\$ 3,565 por pessoa com IU, em 1995.<sup>4</sup> Esta, entre homens, varia de 4,3% a 16,2%, enquanto nas mulheres pode variar de 3% a 55% dependendo da definição utilizada para incontinência e da idade da população estudada, sendo que esta prevalência aumenta com o avançar da idade.<sup>5,6</sup>

A IU, uma condição comum na população feminina, está associada ao envelhecimento da mulher e ao número de partos, porém observam-se também mulheres jovens, nulíparas, queixando-se de perdas urinárias. Considera-se o parto vaginal o principal fator predisponente de IU no puerpério, por traumatizar o

assoalho pélvico (AP) e provocar lesões ou alterações nos sistemas de sustentação.<sup>7,8</sup>

Entre mulheres com idade de 15 a 64 anos, a prevalência da IU varia de 10 a 30%. Mulheres na faixa de 40 a 60 anos relataram terem tido algum episódio de IU, apresentando prevalência de 17% a 55%. Já em mulheres mais jovens, com menos de 40 anos, essa prevalência foi de 12 a 42%.<sup>2,9,10</sup>

Diversos fatores podem ser responsabilizados também pelo aparecimento de IU, tais como gravidez, partos, a ocorrência ou não de episiotomia, fetos de grande tamanho, incontinência transitória no pós-parto e a histerectomia; este último podendo estar relacionado com a idade e a menopausa. No Brasil são poucos os dados sobre essa prevalência na população, particularmente, em gestantes e puérperas.<sup>11</sup>

Além desses fatores relacionados à gravidez, existem outras situações – transitórias ou não, que podem levar a IU. Existem vários medicamentos (simpaticomiméticos e parasimpaticolíticos) que podem interferir na função vesical e uretral e levar a situações transitórias de IU. Deve ser considerada também a presença de morbidades como as alterações mentais que podem acarretar perda do sentido de orientação levando à perda da consciência da plenitude vesical. Infecção urinária, histerectomia, deficiência hormonal, menopausa, traumas e tumores medulares, acidente vascular cerebral, uso de anestesia, tabagismo, fatores hereditários, doenças crônicas, diabetes, doenças do colágeno, constipação intestinal, exercícios intensos na região abdominal e consumo de cafeína devem ser lembrados também como possíveis causas para a presença da IU.<sup>3,4,12,13</sup>

A maior prevalência da IU observada no sexo feminino pode estar relacionada a diferenciações anatômicas, 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, pois as modificações anatômicas e funcionais no trato urinário inferior durante a gestação possivelmente alteram os mecanismos envolvidos com a continência urinária, desencadeando sintomas urinários.<sup>11</sup>

Os processos que levam à IU durante a gravidez parecem desempenhar um papel fundamental na ocorrência repetida de períodos com episódios de IU durante a vida adulta feminina. Hvidman *et al.*<sup>14</sup> relataram que 17,8% das mulheres tinham experimentado os seus primeiros episódios de perda urinária durante a gravidez do

seu primeiro parto. Quando presente durante a primeira gravidez, a IU tendeu a ocorrer durante as gestações seguintes.

O mecanismo exato pelo qual a gravidez e o parto vaginal têm um impacto na IU e em qual situação o parto cesárea pode preveni-la ainda é controverso. Na literatura, a exata natureza dos fatores de risco relacionados ao surgimento de sintomas urinários durante a gestação não é totalmente compreendida.<sup>3</sup>

## **1.2. Aspectos da anatomia e fisiologia do assoalho pélvico**

O AP feminino é um conjunto composto por músculos estriados que fecham à cavidade pélvica e abrigam órgãos internos e vísceras (bexiga, uretra, útero e reto). Esses músculos são responsáveis pela função sexual e na regulação da excreção de urina e fezes. Os ligamentos desses músculos unem os órgãos aos ossos da pelve, permitindo, assim, que fiquem em posição normal, principalmente quando a mulher está em posição ortostática.<sup>4,15</sup>

O AP é dividido em três camadas: fáscia endopélvica, diafragma pélvico que é composto pelo músculo levantador do ânus; e membrana perineal que é a camada externa. O fator de continência é a rede de sustentação das vísceras pélvicas, formada pelas fibras dos músculos levantador do ânus que se ligam à fáscia endopélvica e circundam a vagina e a porção distal da uretra, tracionando-a em direção ao púbis e comprimindo-a contra a fáscia e contra a parede vaginal durante a contração muscular, mantendo, assim, a luz uretral ocluída.<sup>4,15</sup>

A fáscia endopélvica ergue e sustenta os órgãos dentro da pelve. É uma rede de tecido conjuntivo composta de colágeno, elastina, vasos sanguíneos e linfáticos e nervos. Uma parte fibrosa e espessa da fáscia endopélvica, a fáscia pubocervical, liga-se ao colo em forma de alça e auxilia a sustentar a uretra e a bexiga. Lateralmente, liga-se à linha alba, o arco tendinoso do músculo levantador do ânus.<sup>4</sup>

A musculatura estriada do AP, juntamente com a fáscia endopélvica, exerce papel fundamental no suporte dos órgãos pélvicos e na manutenção da continência urinária. Qualquer deterioração anatômica ou funcional dos componentes do AP pode provocar IU, queda de algum órgão pélvico e mesmo disfunções sexuais.<sup>16</sup>

Os músculos do AP são constituídos de 70% de fibras do tipo I (fibras de contração lenta) e 30% de fibras do tipo II (fibras de contração rápida). Assim as fibras do tipo I são responsáveis pela ação antigravitacional dos músculos do AP,

mantendo o tônus constante e também na manutenção da continência no repouso. E as do tipo II são recrutadas durante aumento súbito da pressão abdominal contribuindo, assim, para o aumento da pressão de fechamento uretral.<sup>8,17,18</sup>

O diafragma pélvico consiste dos músculos elevadores do ânus e coccígeos e das fáscias que cobrem suas faces superior e inferior. Os músculos elevadores do ânus separam a cavidade pélvica das fossas ísquio-tibiais. As fibras anteriores circundam a vagina e inserem-se no corpo perineal. Essa porção do músculo elevador do ânus é particularmente suscetível a rotura durante o período expulsivo do parto.<sup>4,19</sup>

O corpo perineal feminino, ou períneo, é uma estrutura de interconecção para componentes musculares, fasciais e fibrosos, medindo cerca de dois cm de diâmetro, situado em posição mediana, entre o ânus e a vagina. É também o ponto de conexão dos mecanismos de continência fecal e urinária. A função do corpo perineal é dar suporte da região anorretal à pelve e da vagina à fáscia endopélvica, funcionando como barreira entre vagina e reto e preservando a continência urinária e fecal. Essa estrutura deve receber especial atenção em obstetrícia, pois pode ser lesada durante o parto. A episiotomia, quando realizada, é feita nesse local, mesmo sob risco de lesão do nervo pudendo.<sup>20</sup> O pudendo é um nervo eferente tanto para o AP como para o esfíncter estriado peri-uretral. Esse nervo é utilizado para bloqueio anestésico e analgesia do períneo durante o parto vaginal, sua lesão pode provocar insuficiência dos elementos de sustentação e relaxamento da musculatura peri-uretral, comprometendo a integridade do AP.<sup>21</sup>

A episiotomia é uma incisão cirúrgica feita no períneo com o objetivo de aumentar a abertura vaginal e está associado à prevenção de lesões do pavimento pélvico e corpo perineal. É realizada quando a cabeça do feto já está provocando uma significativa distensão muscular.<sup>22</sup> A incisão é feita principalmente nos tecidos musculocutâneos (pele, mucosa vaginal, membrana perineal e as fibras dos músculos bulbocavernoso e do transverso superficial do períneo e às vezes fibras internas do músculo elevador do ânus).<sup>23</sup> A maior justificativa para seu uso contínuo na prática obstétrica é a prevenção de roturas perineais severas.<sup>22</sup> Esse é um procedimento que tem sido questionado por diversos pesquisadores sob argumentação de que pode provocar mais prejuízos do que benefícios.<sup>24</sup> Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS)<sup>25</sup>, não existem evidências confiáveis de que o uso liberal ou rotineiro da episiotomia tenha um efeito benéfico, mas há evidências

claras de que pode causar dano. Num parto, até então normal, pode ocasionalmente haver uma indicação válida para uma episiotomia, mas recomenda-se o uso limitado dessa intervenção.

A bexiga urinária, uma das vísceras do AP, está localizada posteriormente à sínfise púbica e anteriormente ao reto e, nas mulheres, está em contato com o útero e a vagina.<sup>26</sup> A uretra feminina apresenta em média quatro centímetros de comprimento e é composta por fibras musculares lisas (esfíncter interno) e estriadas (esfíncter externo). As fibras lisas têm pouca variedade de contração espasmódica, possibilitando que se mantenha uma pressão de fechamento e, assim, a continência urinária por período prolongado sem fadiga, e as fibras estriadas fornecem atividade esfíncteriana reflexa e voluntária, contribuindo principalmente para a continência ativa.<sup>27</sup>

A micção está relacionada aos estímulos do sistema nervoso autônomo simpático (T1 e L2), que é responsável pelo enchimento da bexiga urinária, e do parassimpático (S2, S3 e S4), responsável pelo esvaziamento. Quando os receptores sensoriais da bexiga percebem a dilatação máxima da parede do órgão, enviam, conseqüentemente pelo sistema nervoso central, estímulos sensoriais ao córtex cerebral, resultando no retorno de estímulos motores para o músculo detrusor da bexiga, promovendo a contração da mesma, aumentando a pressão intravesical e momentaneamente estimulando a musculatura lisa (movimento involuntário) do esfíncter uretral interno a se abrir para a passagem da urina, cabendo ao indivíduo contrair o esfíncter uretral externo (movimento voluntário) ou deixando escapar sem nenhuma restrição.<sup>28</sup>

Petros & Ulmsten<sup>29</sup> criaram a Teoria Integral da Continência com o objetivo de explicar que a incontinência aos esforços, urgência e alterações do esvaziamento vesical decorrem das alterações teciduais dos elementos de suporte suburetral, dos ligamentos e dos músculos do AP. De acordo com essa teoria, as alterações da tensão aplicada pelos músculos e ligamentos sobre as fâscias justapostas à parede vaginal determinam a abertura ou fechamento do colo vesical e da uretra. Alterações de tensão sobre a vagina determinariam, também, ativação prematura do reflexo miccional, desencadeando contrações involuntárias do detrusor.

O útero, órgão ímpar, muscular, com cavidade interna virtual e forma triangular, com base superior e ápice voltado para a cérvix é localizado no centro da cavidade pélvica, à frente do reto e atrás da bexiga urinária.<sup>30</sup> Devido à pressão

exercida pelo aumento do útero na bexiga, a freqüência urinária aumenta no primeiro trimestre gestacional e diminui no segundo trimestre, pois o útero passa a ocupar a cavidade abdominal e a pressão da bexiga diminui. Porém, no terceiro trimestre a freqüência tende a aumentar novamente devido ao aumento da pressão e diminuição da capacidade vesical causada pela apresentação fetal.<sup>31</sup>

A vagina tem aproximadamente 7,5 cm de comprimento, é um canal altamente elástico capaz de considerável distensão. Está posicionada posteriormente à uretra e à base da bexiga, e anteriormente ao reto. A uretra está embutida na parede vaginal anterior e está vulnerável ao trauma durante o parto.<sup>19</sup>

A continência normal resulta então do equilíbrio adequado entre várias forças, incluindo a pressão de fechamento uretral, o comprimento anatômico e funcional da uretra, o suporte do AP e do aparelho de suspensão.<sup>32</sup>

### **1.3. Aspectos do assoalho pélvico na gravidez e puerpério e a incontinência urinária**

Durante a gravidez os músculos do AP sofrem um prolongado teste de resistência e são extremamente solicitados pelas mudanças corporais que dizem respeito à estática pélvica. Além da sustentação dos órgãos pélvicos, o AP passa a ser mais exigido com o aumento de peso provocado pelo feto e pelo novo útero com seus anexos embrionários (placenta, cordão umbilical). Durante a gestação, o AP passa a oferecer maior apoio ao útero, reduzindo a pressão sobre a bexiga e também diminuindo dores lombares. Portanto, pode-se afirmar que o maior causador de lesão do AP é o parto. Tais lesões estão mais presentes entre mulheres que tiveram alguma gestação e quase não existem entre aquelas que são nulíparas.<sup>19</sup>

As lesões do AP ocorrem durante o segundo estágio do trabalho de parto (período expulsivo), momento em que as contrações uterinas são mais fortes e que acontece a dilatação do colo uterino, levando a uma projeção da cabeça do bebê repetidamente sobre o assoalho pélvico. Esse estágio está presente tanto nos partos vaginais quanto nos partos cesáreos, pois é comum que a cesárea seja iniciada durante o período expulsivo. E é justamente a dilatação do período expulsivo que pode provocar as lesões no AP. O estiramento acentuado dos elementos de sustentação do assoalho pélvico durante o período expulsivo aumenta a probabilidade de danos a essas estruturas. O pós-parto, por sua vez, pode deixar os

músculos do assoalho pélvico frouxos afetando adversamente a ação do músculo elevador do ânus e da uretra, levando à IU.<sup>17,33-35</sup>

A ocorrência de sintomas urinários geralmente está associada a alterações anatômicas e a danos neurológicos decorrentes do trauma obstétrico podendo levar à importante perda de sustentação do colo vesical e da uretra proximal. Estudos relatam o aparecimento desses sintomas no decorrer da primeira gestação, sugerindo fortemente que os fatores envolvidos em seu desencadeamento não se encontram exclusivamente relacionados aos danos provocados pelo parto vaginal traumático.<sup>15,18</sup>

A variação dos níveis hormonais também pode influenciar nos mecanismos de continência, pois o estrogênio proporciona o acúmulo de relaxina nas articulações pélvicas e cápsulas articulares, aumentando a flexibilidade. E a progesterona, além de relaxar os ligamentos pélvicos, causa também a hipotonicidade da musculatura lisa do cólon e da uretra, influenciando no desencadeamento de sintomas urinários.<sup>19,36,37</sup>. Thorp *et al.*<sup>38</sup> associam essas alterações hormonais a um aumento da IU.

O aumento da concentração da relaxina também diminui a força muscular do AP da 14<sup>a</sup> até a 24<sup>a</sup> semanas de gestação. A partir desse momento, essa concentração permanece constante durante o restante da gravidez.<sup>17</sup>

Esses processos fisiológicos seqüenciais durante a gestação e o parto lesam o suporte pélvico, o corpo perineal e o esfíncter anal e são fatores determinantes, a longo prazo, para o surgimento das perdas urinárias.<sup>18</sup> Após o parto, o nervo podendo entrar em latência na maioria das puérperas, mas dois meses após o parto sua função é restaurada em 60% dos casos.<sup>39</sup>

Vários estudos também relatam que o parto vaginal está associado com o aumento de casos de IU quando comparado com o parto cesáreo. No entanto, o parto vaginal isoladamente não é o causador da IU, mas, sim, quando associado às lesões e traumas do AP, que podem ocorrer durante a gestação e o parto, seja ele vaginal ou cesáreo.<sup>40,41-43</sup>

Nos primeiros dias após o parto há um notável aumento na quantidade de urina liberada devido à liberação do excesso de fluido retido na gravidez. A continência é, às vezes, perturbada no puerpério e as mulheres experimentam diversas urgências, dor ou micção, incontinência acentuada, retenção de urina e, ocasionalmente, incontinência fecal. O trauma à uretra, aos ligamentos de suporte

na pelve e ao músculo na área e seu fornecimento nervoso podem ser a causa. Entre seis a oito semanas seguintes ao parto é o período em que o trato vaginal da mulher retorna a um estado não-grávido.<sup>19</sup>

Burgio *et al.*<sup>44</sup> consideram o parto vaginal o maior fator de risco desencadeante da IU após o parto. Dannecker & Anthuber<sup>45</sup> discutem o fato de que no parto cesáreo não há o estiramento das estruturas do AP e nem da inervação, pois o períneo é protegido. Por outro lado, há autores que contradizem essas afirmações, considerando que o risco para IU ocorre de igual modo em toda gestação e independe do tipo de parto (vaginal ou cesáreo).<sup>46</sup>

A prevalência da IU varia de 37,5%, durante a gestação, a 51,7% no puerpério.<sup>47</sup> Tal fato muitas vezes manifesta-se pela primeira vez durante a gravidez e em muitos casos isto é de caráter transitório. Nesse período, os músculos do AP sofrem um prolongado teste de resistência e são extremamente solicitados pelas mudanças corporais.<sup>10</sup> Outros pesquisadores observaram tendência à diminuição da prevalência após o parto. No entanto, tal prevalência pode aumentar se houver gestações sucessivas, devido aos traumas obstétricos.<sup>19,48</sup>

A presença da IU gestacional e IU pós-parto pode também estar associada à neuropatia resultante do estiramento e pressão sobre o nervo pudendo, que pode iniciar durante a gestação, piorar no pós-parto e progredir lentamente com o avançar da idade.<sup>49-51</sup> Segundo Dolan *et al.*,<sup>52</sup> a presença de IU gestacional duplica o risco de ocorrência de IU durante a vida, impactando negativamente a qualidade de vida das mulheres no futuro.

Burgio *et al.*<sup>45</sup> relataram que 6 semanas pós-parto, 11,36 % das mulheres informaram algum grau de IU desde o parto. Embora a taxa não se modificasse significativamente com 1 ano após o parto, a frequência de perdas reduziram-se dentro de algum tempo. Neste estudo, a incontinência pós-parto associou-se significativamente com sete variáveis: fumo, incontinência durante gravidez, tempo de amamentação, parto vaginal, uso de fórceps, frequência de micção e índice de massa corporal. Os fatores não associados com a incontinência após o parto incluíram idade, corrida, educação, episiotomia, número de partos vaginais, assistência na preparação do parto e exercícios do músculo de AP durante o pós-parto.

As mudanças na continência na gravidez têm gênese multifatorial. A prevalência de IU aumenta durante a gravidez, podendo estar associada com

paridade, idade e índice de massa corporal. O controle urinário no pós-parto pode ser difícil, parte devido ao traumatismo do músculo detrusor da bexiga, e parte devido à lesão do mecanismo do esfíncter uretral durante o parto vaginal. Há também uma grande variação de prevalência de IU durante a gestação e no puerpério devido à hipotonia da musculatura do AP. Esta, por sua vez, ocasionada devido às alterações hormonais.<sup>19,50</sup>

Albrescht<sup>31</sup> encontraram uma prevalência de 45,9% de perda involuntária de urina em qualquer momento da vida, em um grupo de 244 puérperas. Entre as 112 mulheres com IU, 77,8% iniciaram durante a primeira gestação. Em qualquer momento da vida e no ciclo grávido puerperal houve predomínio do sintoma de esforço, seguido por sintoma misto e de urgência.

Farrel, Allen & Baskett<sup>53</sup> entrevistaram 690 primíparas, das quais 147 (25%) tiveram parto cesariana, 333 (56%) parto vaginal espontâneo e 115 (19%) parto vaginal instrumental. Após seis meses, a IU associada ao parto vaginal era de 22% e a associada ao parto cesáreo era de 10%. O parto com fórceps aumentou o risco de IU (33%) comparado com parto espontâneo.

Barbosa *et al.*<sup>54</sup> encontraram que o parto vaginal, em primíparas, diminuiu a força muscular do AP e aumentou o risco relativo, após 4 a 6 meses do parto, e que a cesárea não protegeu a região. Observaram que o importante não é apenas se o parto vaginal lesa o diafragma pélvico, mas também avaliar o grau de lesão e se a episiotomia seria uma proteção, pois esta também diminuiu a força da musculatura quatro a seis meses pós-parto vaginal. Menta & Schirmer<sup>55</sup> em suas análises também chegaram à mesma conclusão.

Em uma amostra demográfica no estudo de Hvidman *et al.*,<sup>14</sup> a prevalência de IU durante a gravidez foi de 19,9% entre nulíparas e 24,1% primíparas. O primeiro episódio de IU foi relatado em 16,7% e 7,0% durante dois trimestres da primeira e segunda gravidez, respectivamente. Os dados apresentados sugerem que a IU durante a gravidez não deve ser provocada pela gravidez e sim pelo aumento de concentrações hormonais ou tecido local ou devido à pressão crescente na bexiga causada pelo peso do feto.

Em outro estudo, Hvidman *et al.*,<sup>56</sup> observou uma prevalência de 23,4% de IU imediatamente após o parto e, 6 meses depois, uma queda de 2,7%. Neste estudo a ocorrência e a duração da IU no pós-parto foram relacionadas com a paridade. Além disso, independentemente da paridade, a IU durante a gravidez foi um grande fator

de risco significativo para IU pós-parto imediato e IU por quatro semanas ou mais. Observou-se também que a ocorrência de IU foi relativamente baixa nas mulheres submetidas à cesariana (8,8%).

A IU esteve presente em 46 pacientes (31 %) durante a gravidez e persistiram em dez depois do parto no estudo de Meyer *et al.*<sup>57</sup>. Depois do parto vaginal, a incontinência urinária esteve presente em 36 % das mulheres que foram submetidas ao fórceps e em 21% de mulheres em partos espontâneos. A mobilidade da bexiga foi aumentada significativamente depois de todos os nascimentos vaginais. O comprimento uretral funcional foi reduzido nas posições supinas e permanentes depois do parto espontâneo e do fórceps. A função do esfíncter uretral não sofreu alterações depois do parto vaginal, mas houve uma redução da pressão intravaginal em todas as mulheres com parto vaginal. As mulheres que foram submetidas à cesariana não tiveram nenhuma reclamação específica quanto à perda urinária e tiveram modificações leves dos dados citados acima.

Independente de sua prevalência em puérperas, é preciso ressaltar 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<sup>58</sup>.

## **2. OBJETIVOS**

### **2.1. Objetivo geral**

- Conhecer a prevalência de incontinência urinária entre gestantes e puérperas assistidas em Maternidades Públicas de Goiânia-GO, em 2009.

### **2.2. Objetivos específicos**

- Verificar a correlação da prevalência de IU com as variáveis sócio-demográficas.
- Verificar a correlação da prevalência de IU com a paridade, o tipo de parto e a ocorrência de episiotomia.
- Verificar a correlação da prevalência da IU com o índice de massa corporal (IMC) antes da gravidez.

### 3. MÉTODOS

Trata-se de estudo descritivo transversal realizado com puérperas assistidas em maternidades públicas de baixo risco no período de fevereiro a junho de 2009.

Participaram do estudo as puérperas que se apresentavam saudáveis até o terceiro dia de pós-parto, sem patologia de base, independente do tipo de parto, que estivessem internadas e que, consentido na participação, assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido.

Foram excluídas todas que apresentavam qualquer patologia associada ou não à gravidez, como diabetes mellitus/gestacional; litíase renal; doença pulmonar obstrutiva crônica; infecção do trato urinário; história pregressa de cirurgia pélvica; uso de medicações que interferem na função do trato urinário inferior; puérperas que estivessem após o terceiro dia de puerpério; aquelas que não tinham acesso telefônico e menores de idade (até 18 anos) sem a autorização de pais ou responsáveis.

A amostra de 200 mulheres foi calculada de acordo com os valores de prevalência de IU na gestação e no puerpério identificados nos estudos internacionais de Hvidman *et al.*<sup>14</sup> e de Morkved & Bo,<sup>48</sup> que encontraram valores de 38,0% de IU durante a gestação e 37,5% no puerpério, respectivamente. Ambos considerando um nível de significância de 5%.

Os dados foram coletados através de aplicação de instrumento adaptado de Zanatha & Frare<sup>18</sup> e de Albrescht<sup>31</sup> com entrevistas realizadas diretamente com as puérperas (Anexo I). Os dados foram coletados em três momentos diferentes, sendo que o primeiro foi aplicado pessoalmente, até o terceiro dia de puerpério, o segundo com 30 dias e o terceiro com 60 dias. Os dois últimos questionários foram aplicados através de contato telefônico.

Foram coletados dados sócio-demográficos e também referentes à paridade da mulher como: quantidade de filhos e de gestações, altura e peso referidos antes e ao final da última gravidez e prática de atividade física antes e durante a gravidez. Foi calculado o índice de Quetelet<sup>1</sup> (IMC) e utilizada a classificação da OMS<sup>2</sup> para avaliar o excesso de peso/obesidade (Quadro 1). Também foram colhidos dados

---

<sup>1</sup> IMC = Peso/(Altura X Altura)

<sup>2</sup> <http://www.abeso.org.br/revista/revista111/metodos.htm>

referentes aos tipos de partos, ocorrência de episiotomias, intervalo entre a penúltima e última gestação, peso do recém-nascido em quilogramas e duração do último trabalho de parto.

Quadro 1 – Classificação da obesidade segundo o índice de massa corpórea (IMC) e risco de doença (Organização Mundial da Saúde).

IMC (kg/m <sup>2</sup> )	Classificação	Obesidade grau	Risco de doença
<18,5	Magreza	0	Elevado
18,5-24,9	Normal	0	Normal
25-29,9	Sobrepeso	I	Elevado
30-39,9	Obesidade	II	Muito elevado
≥40,0	Obesidade grave	III	Muitíssimo elevado

Fonte: <http://www.abeso.org.br/revista/revista11/metodos.htm>

Neste estudo, a IU foi considerada presente sempre que relatada a perda involuntária de urina em qualquer quantidade ou fase da gestação e/ou puerpério. Foi colhido com que freqüência ocorreram às perdas urinárias e quando ela iniciou; se ainda encontrava-se presente até o momento da entrevista e se houve necessidade de usar absorventes, fraldas, forros ou trocas de roupas íntimas durante o dia; se a situação foi incômoda e se isso implicou em mudanças nas atividades diárias. E também buscou-se esclarecimento sobre o sintoma /tratamento com profissionais da área da saúde ou orientação quanto aos exercícios possíveis.

### 3.1. Análise dos dados

Os dados foram analisados descritivamente. As variáveis quantitativas foram apresentadas em seus valores máximo e mínimo, média e desvio padrão. As variáveis qualitativas foram apresentadas em suas freqüências absolutas e relativas e calculadas taxas de prevalência.

Utilizou-se o teste qui-quadrado para análise de correlação das variáveis categóricas considerando o nível de significância de 5%, com um Intervalo de Confiança de 95%. A análise de concordância inter-observadores foi realizada através do coeficiente kappa (k).

### **3.2. Aspectos éticos**

Este estudo obedeceu toda a regulamentação ética referente a pesquisas envolvendo seres humanos, de acordo com a Resolução CNS 196/96, tendo sido submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Goiás e aprovado sob número de registro 135/2008.

## 4. RESULTADOS

### 4.1. Caracterização da amostra

A amostra foi composta por 293 puérperas. Foram excluídas 93 mulheres, sendo que destas, 71(76,3%) apresentaram, em algum momento da gestação, infecção de urina, 3 (3,2%) tiveram hipertensão arterial gestacional, 5 (5,4%) já tinham mais de três dias de puerpério, 2 (2,2%) não possuíam telefone e 12 (13,0%) recusaram-se a participar. Totalizaram-se, então, 200 puérperas que participaram do estudo.

A idade média das participantes foi de 24,6 anos, variando de 14 a 44 anos (DP: 5,5 anos) sendo que 73,0% (n= 146) eram casadas/união estável, 53,5% (n= 107) possuíam ensino médio completo ou incompleto e 55,5% (n= 111) desempenhavam funções do lar (Tabela 01). Segundo os dados obstétricos, 62,0 % (n= 124) tinham tido dois ou mais partos. A via do último parto foi vaginal em 58,5% (n= 113) e episiotomia foi realizada em 76,9% (n= 87) desses partos. A maioria 71,5% (n= 143) tinha um ou dois filhos (Tabela 02). Considerando-se o período anterior à gestação, 143 mulheres (71,5%) não realizavam nenhuma modalidade de exercício e, durante a gestação, o número aumentou para 81,5% (n= 163). Apresentavam sobrepeso ou obesidade antes da gestação 20,5% (n= 41) (Tabela 03).

Tabela 01 – Caracterização da amostra do estudo de acordo com os dados sócio-demográficos, Goiânia, GO, 2009.

<b>Idade</b>	<b>Frequência (n)</b>	<b>Porcentagem (%)</b>
14-19	32	16,0%
20-24	79	39,5%
25-29	47	23,5%
30-34	31	15,5%
35 ou +	11	5,5%
<b>Total</b>	<b>200</b>	<b>100%</b>
<b>Estado civil</b>		
Solteira	54	27,0%
Casada/União Estável	146	73,0%
<b>Total</b>	<b>200</b>	<b>100%</b>
<b>Escolaridade</b>		
Não-alfabetizada/Alfabetizada	6	3,0%
Fundamental Completo/Incompleto	77	38,5%
Médio Completo/Incompleto	107	53,5%
Superior Completo/Incompleto	10	5,0%
<b>Total</b>	<b>200</b>	<b>100%</b>
<b>Ocupação</b>		
Do lar	111	55,5%
Trabalho Informal	28	14,0%
Trabalho Formal	38	19,0%
Outras atividades	23	11,5%
<b>Total</b>	<b>200</b>	<b>100%</b>

Valores expressos em média.

Tabela 02 – Caracterização da amostra do estudo de acordo com a paridade, Goiânia, GO, 2009.

<b>Paridade total</b>	<b>Frequência (n)</b>	<b>Porcentagem (%)</b>
Primíparas	76	38,0%
Múltiparas	124	62,0%
<b>Total</b>	<b>200</b>	<b>100%</b>
<b>Último parto</b>		
Normal	113	58,5%
Cesário	80	41,4%
<b>Total</b>	<b>193</b>	<b>100%</b>
<b>Episiotomia no último parto</b>		
Sim	87	76,9%
Não	26	23,0%
<b>Total</b>	<b>113</b>	<b>100%</b>
<b>Número de filhos</b>		
1-2	143	71,5%
3-4	54	27,0%
Mais de 4	3	1,5%
<b>Total</b>	<b>200</b>	<b>100%</b>

Valores expressos em média.

Tabela 03 – Caracterização da amostra do estudo de acordo com a prática de atividade física e o IMC, Goiânia, GO, 2009.

<b>Atividade física antes da gestação</b>	<b>Frequência (n)</b>	<b>Porcentagem (%)</b>
Regular	35	17,5%
Irregular	22	11,0%
Sem atividade	143	71,5%
<b>Total</b>	<b>200</b>	<b>100%</b>
<b>Atividade física durante a gestação</b>		
Regular	20	10,0%
Irregular	17	8,5%
Sem atividade	163	81,5%
<b>Total</b>	<b>200</b>	<b>100%</b>
<b>IMC antes da gestação</b>		
Magreza/Normal	159	79,5%
Sobrepeso/Obesidade	41	20,5%
<b>Total</b>	<b>200</b>	<b>100%</b>

Valores expressos em média.

#### **4.2. Caracterização da perda involuntária de urina durante a gravidez e puerpério**

A prevalência de IU durante a gestação foi de 47,5% (n= 95). Todas elas referiram ao menos um episódio de perda involuntária de urina em algum momento da gestação. Dentre elas, 93,6% (n=89) referiram à ocorrência da IU durante eventos de tosse, riso ou espirro.

A IU apresentou-se de forma variável, ocorrendo desde uma única vez durante a gestação até mais de uma vez ao dia. A frequência das perdas variou de uma vez por dia em 15,7% (n= 15) e mais vezes ao dia em 11,5% (n= 11). E dezoito puérperas (18,9%) relataram que perderam urina somente uma única vez durante a gestação.

A maioria das mulheres incontinentes durante a gestação 62,1% (n= 59) relatou incomodar-se com a IU, mas a interferência nas atividades de vida diária foi pouco relevante. Dezenove (20,0%) relataram modificação na rotina das atividades e 15,7% (n= 15) relataram o uso de algum tipo de protetor higiênico visando minimizar o desconforto advindo da IU.

Durante a gravidez, 17,8% (n= 13) mulheres que se sentiam incomodadas com a IU referiram que procuraram ajuda de um profissional de saúde. Trinta e três mulheres (34,7%) afirmaram que receberam orientações de profissionais sobre a possível ocorrência de IU durante a gestação e, destas, 18,5% (n= 6) referiram conhecer os exercícios para o fortalecimento dos músculos do AP.

Durante o puerpério tardio, 30 dias após o parto, foram entrevistadas 143 mulheres. Dentre elas, 6,3% (n=9) relataram perda de urina. Já com 60 dias de puerpério, foram entrevistadas 121 mulheres, identificando uma prevalência de IU de 5,0% (n=6). Dentre essas, quatro tiveram os sintomas também com 30 dias de pós-parto.

Dentre as 9 mulheres que apresentaram IU com 30 dias de puerpério, 88,9% (n= 8) também apresentaram essa queixa durante a gestação (Kappa, p=0,013). E dentre as 6 que apresentaram IU com 60 dias apenas 4 relataram as perdas durante a gravidez (Kappa,p=0,355).

A principal queixa de perda urinária após o parto foi durante tosse, espirro ou riso, relatada por 72,7% das onze puérperas, com frequência de uma ou mais vezes ao dia em 45,4% (n= 5). Somente uma puérpera (9,0%) não modificou suas atividades diárias devido a IU e 72,7% (n= 8) relataram não ter necessidade de usar absorventes, fraldas e/ou trocas íntimas durante o dia.

#### **4.3. Fatores relacionados à perda involuntária de urina durante a gestação**

Este estudo foi planejado para avaliar a prevalência da IU entre as gestantes e puerpéras. Além dessa avaliação, foram realizadas também outras análises para verificar a correlação da IU com os fatores de risco, dentre eles os sócio-demográficos, paridade, tipo de parto, episiotomia e IMC. No entanto, esta análise ficou limitada em razão do tamanho da amostra insuficiente para tais discussões.

A idade média das mulheres com IU durante a gestação foi de 24,2±5,7 anos e das sem incontinência de 25,0±5,4 anos; p= 0,320 (teste t). Verificou-se uma prevalência alta de IU entre as mulheres com 14 a 24 anos (54,9%). Entretanto, esse número diminuiu na faixa etária de 25 a 34 anos (33,3%) e aumentou significativamente entre aquelas que tinham acima de 35 anos (72,7%) (p= 0,001) (Tabela 04).

A prevalência da IU, durante a gestação, foi maior entre as primíparas (59,2%) quando comparadas as múltíparas (40,3%) ( $p= 0,018$ ) (Tabela 04).

Em relação ao tipo de parto, a prevalência da IU na gestação índice foi maior entre aquelas que tiveram somente um parto cesáreo (56,1%), quando comparadas com as que tiveram dois ou mais partos cesáreos (30,8%) ( $p= 0,001$ ) (Tabela 04).

O número de filhos, intervalo gestacional, o parto vaginal, a ocorrência ou não de episiotomia, a prática de atividade física antes e durante a gestação, a presença de sobrepeso/obesidade antes da gestação e o ganho de peso durante a gravidez não apresentaram correlação significativa com a prevalência de IU na gestação ( $p> 0,05$ ) (Tabela 04).

Tabela 04 – Fatores relacionados à perda involuntária de urina durante a gestação, Goiânia, GO, 2009.

Variável	Categorias	Incontinente	Não-incontinente	$\chi^2$	p
Paridade Total	Primíparas	45 - 59,2%	31 - 40,8%	6,741	0,018*
	Multíparas	50 - 40,3%	74 - 59,7%		
Paridade Cesárea	1 parto	32 - 56,1%	25 - 43,9%	6,004	0,001*
	Sem o último parto	2 ou +	12 - 30,8%		
Idade da Mãe	14-19	17 - 53,1%	15 - 46,9%	17,725	0,001*
	20-24	44 - 55,7%	35 - 44,3%		
	25-29	21 - 44,7%	26 - 55,3%		
	30-34	5 - 16,1%	26 - 83,9%		
	35 ou +	8 - 72,7%	3 - 27,3%		
Atividade Física	S/ atividade	72 - 50,3%	71 - 49,7%	1,634	0,201
Antes da gestação	C/ atividade	23 - 40,4%	34 - 59,6%		
Atividade Física	S/ atividade	81 - 49,7%	82 - 50,3%	1,700	0,192
Durante a gestação	C/ atividade	14 - 37,8%	23 - 62,2%		
Episiotomia	Não Episio	36 - 45,6%	43 - 54,4%	0,195	0,659
	Episio	59 - 48,8%	62 - 51,2%		
IMC antes da	Magreza/	77 - 48,4%	82 - 51,6%	0,268	0,605
	Normal				
gestação	Sobrepeso/	18 - 43,9%	23 - 56,1%		
	Obesa				
Intervalo	1 a 3 anos	28 - 45,2%	34 - 55,7%	0,837	0,360
Entre Gestação	3 ou + anos	22 - 35,5%	40 - 64,5%		

Teste Qui-quadrado

#### 4.4. Fatores relacionados à perda involuntária de urina durante o puerpério

Não foi identificada correlação da prevalência da IU no puerpério com as demais variáveis e considerando ainda o peso do recém nascido e o tempo de trabalho de parto na última gestação analisando nos dois momentos, com 30 e 60 dias. ( $p > 0,05$ ).

## 5. DISCUSSÃO

O presente estudo mostrou que a IU é um problema freqüente que acomete as mulheres durante período gestacional, afetando a qualidade de suas vidas. Os resultados revelaram uma prevalência de IU na gestação de 47,5% que diminuiu com 30 e 60 dias de puerpério. Esses dados são semelhantes aos já relatado em outros estudos que também encontraram uma alta taxa de IU durante a gravidez e que diminuiu após o parto.<sup>44,48,59</sup>

Dentre esses estudos, encontram-se Morkeved & Bo,<sup>48</sup> que relataram uma prevalência de IU durante a gestação de 42% e, dois meses após o parto, o número de mulheres incontinentes foi de 38%, quase o mesmo número que durante a gestação. Em comparação, o estudo de Glazener *et al.*<sup>59</sup> teve uma maior prevalência durante a gestação (62%), enquanto no puerpério foi de 38%.

De acordo com esses resultados, estão também os resultados de Viktrup, Rortveit & Lose<sup>60</sup>, Fritel *et al.*<sup>61</sup> e Viktrup,<sup>62</sup> que encontraram uma forte associação entre a presença de perda involuntária de urina antes da gestação e vinte, quatro e cinco anos após parto, respectivamente.

Entretanto, Foldspang *et al.*<sup>63</sup> apresentaram resultados no quais houve um aumento da IU no pós-parto (26,3%) quando comparado com o período gestacional (15,6%). Esses resultados podem estar relacionados com o tamanho da amostra (8610 mulheres), faixa etária maior que a obtida no presente estudo (20-59 anos) e pela maior freqüência de parto vaginal entre as entrevistadas (87,8%).

Houve dificuldades várias para a localização das mulheres no puerpério tardio e com 60 dias pós-parto, reduzindo em muito o tamanho da amostra para a análise nesses momentos. Essa é uma limitação do estudo que foi considerada ao discutir tais resultados.

A IU atinge mulheres de todas as idades, mas tende a aumentar com o envelhecimento. O aumento da prevalência de IU nas faixas etárias maiores é também relato de outros estudos.<sup>2,9,10</sup>

No presente estudo, houve aumento significativo da prevalência da IU com o avançar da idade. Esse fato pode estar relacionado à debilidade do AP e das estruturas vesicais, pois, com o envelhecimento, ocorre uma diminuição de fibras colágenas, substituição de tecido muscular por tecido adiposo e diminuição nos níveis hormonais.<sup>3,64</sup>

Os dados relacionados à idade foram analisados e discutidos de acordo com os estudos epidemiológicos encontrados relativos à IU que, em sua maioria, investigam mulheres com uma faixa etária maior devido ser uma fase da vida em que as perdas urinária acontecem com maior frequência.<sup>3,7,65</sup>

Em mulheres com tipos mais comuns de incontinência, a literatura médica demonstrou claramente que o parto vaginal tem causado trauma neuromuscular ao AP e/ou descolamento da fáschia pubocervical.<sup>1</sup> Em contrapartida, essas lesões ocorrem durante o segundo período expulsivo no parto tanto nos partos vaginais quanto nos partos cesáreos. Isso causa aumento da probabilidade de danos às estruturas de sustentação do AP levando à IU.<sup>17,33-35</sup> Por este motivo que Fritel *et al.*<sup>61</sup> dizem que o efeito protetor do parto cesáreo em relação ao surgimento de perda involuntária de urina é incerto, principalmente a longo prazo.

A maioria das mulheres com perda urinária durante a gestação, neste estudo, era primigesta. Esse achado é contraditório ao que está descrito na literatura, vários estudos relatam prevalência maior de IU em mulheres multíparas.<sup>3,31,37,66</sup> Pode-se afirmar que o maior causador de lesão do AP é o parto, uma vez que, quanto maior for a paridade maior é o aparecimento de lesões do pavimento pélvico ou tecido adjacente, aumentando o risco de desenvolver IU.<sup>3,63</sup>

Pôde-se observar no presente estudo que o parto cesáreo teve uma associação significativa com a prevalência de IU, quando analisado em referência aos partos anteriores entre as multíparas (n= 124). É discutido por outros autores que a maior prevalência de IU é encontrada entre aquelas que realizaram o parto vaginal quando comparado com o parto cesáreo.<sup>53,63,67</sup> Em concordância, Casey *et al.*<sup>68</sup> associaram o parto cesáreo com a redução do risco de IU.

Este resultado deve ser analisado considerando que existe uma maior prevalência de IU entre multíparas e que o tipo de parto foi um fator secundário. O parto cesáreo tem sido associado com a redução do risco para IU, apesar de que o seu efeito protetor em relação ao surgimento de perda involuntária de urina é incerto, principalmente a longo prazo.<sup>61,68</sup> Os tipos de parto são fatores relevantes para a IU, sendo que o parto vaginal é considerado o principal fator predisponente, por traumatizar o AP e provocar lesões ou alterações nos sistemas de sustentação.<sup>10,11</sup>

O mecanismo exato pelo qual a gravidez e o parto vaginal têm um impacto na IU e em qual situação o parto cesáreo pode preveni-la ainda é controverso. Na

literatura, a exata natureza dos fatores de risco relacionados ao surgimento de sintomas urinários durante a gestação não é totalmente compreendida, pois são poucos os estudos epidemiológicos descritivos sobre a prevalência de IU com base em inquérito populacional.<sup>69</sup>

Observou-se no presente estudo que a maior causa de perda de urina está relacionada a algum tipo de esforço. Esta é a forma mais comum de IU descrita. O sintoma de perda de urina mais relatado na população feminina é o de esforço e as perdas apresentam-se de forma variada.<sup>31,61,70</sup>

O estudo de Scarpa *et al.*<sup>70</sup> encontrou uma prevalência de 57,5% de IU de esforço entre primíparas e múltíparas. A frequência dessas perdas após o parto diminuiu significativamente de 51,1% para 24,4% nas primíparas e de 60,0% para 28,3% nas múltíparas com até três partos, porém manteve-se estável nas múltíparas com quatro ou mais partos. A perda urinária ao esforço foi observada em 97% das participantes do estudo de Figueiredo *et al.*<sup>65</sup>, sendo que as principais situações causadoras de perda urinária foram tosse, espirro, riso e a atividade de carregar peso.

Quanto ao uso de protetor íntimo ou forro para minimizar o desconforto causado pela perda urinária durante a gestação e puerpério, no presente estudo, foi observado seu baixo uso até mesmo entre aquelas que relataram ter mudado suas atividades devido a essas perdas. O uso de absorvente para resolver o problema da IU parece não ser um hábito. Outros estudos registraram esse uso somente em 22% a 29% das mulheres.<sup>61,65</sup> Esse comportamento observado nas participantes pode refletir uma estratégia de como elas enfrentam o problema das perdas urinárias, indicando a necessidade de se usar ou não os protetores íntimos ou de mudar suas atividades diárias.

A análise do desconforto social no estudo de Scarpa *et al.*<sup>37</sup> mostrou que somente 35,6% das mulheres com sintomas exclusivamente irritativos sentiam desconforto social, elevando-se esse índice para 91,4% em mulheres que concomitantemente perdiam urina ao esforço. Nesse estudo, também foi observado que 76,8% das mulheres que apresentaram perda urinária referiram sensação de incômodo, porém somente 29,2% mudaram suas atividades diárias. Outro estudo encontrou uma prevalência ainda menor, em que somente 3-4% das mulheres relataram que a IU interferiu nas atividades de vida diária.<sup>53</sup>

Foi observada baixa procura pelo serviço de saúde na presença do sintoma de perda involuntária de urina. Esse parece ser um sintoma que é tomado como dentro de padrões normais e as mulheres aceitam dentro de todas as alterações que seu organismo está passando durante a gestação. A maioria das mulheres nem chega a se queixar com os médicos se não forem objetivamente questionadas. Há uma desvalorização do sintoma, ou seja, o incômodo da perda urinária não era suficiente para justificar uma consulta médica ou para ter prioridade sobre outras atividades que ocupavam seu tempo.<sup>31,69</sup>

A investigação da manifestação da IU durante a gestação é um fator crucial para se prevenir a perda de urina no puerpério, pois a história de incontinência durante a gestação correlaciona-se significativamente com um aumento do risco de desenvolvimento desses sintomas no puerpério<sup>14,53,63</sup>, apesar de que, neste estudo, devido ao baixo número de incontinentes no puerpério, não foi possível avaliar essa correlação.

## 6. CONCLUSÃO

A IU afeta um grande número de mulheres durante a gravidez. Neste estudo encontrou-se uma prevalência de 45,7% (95 casos) de perda involuntária de urina durante a gestação.

Não houve correlação da prevalência de IU com o tipo do último parto e com a realização de episiotomia.

Encontrou-se uma baixa prevalência de IU no puerpério quando comparado com o período gestacional. Essa foi considerada mais uma limitação do estudo em razão do número de puérperas localizadas.

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

Empiricamente observa-se que muitos profissionais que trabalham em maternidades não atribuem a devida importância à IU advinda da gestação e do puerpério. Assim, após este estudo, pode-se analisar a frequência alta deste quadro clínico e com isto evoluí-los em prontuários pode gerar uma maior margem de segurança afim buscar dados fidedignos e formas de prevenção, já que muitas puérperas saem das maternidades com o problema instalado e sem esclarecimento e apoio para tratamento.

Portanto, este estudo pode contribuir na geração de informações que possam ser incorporadas na política de Saúde Pública no Brasil (SUS), e assim poder fazer parte de programas de saúde da mulher para a prevenção e tratamento de IU em gestantes e puérperas. E a partir desta reflexão espera-se aumentar a sensibilização da equipe multiprofissional em questionar e avaliar sobre as queixas de perda urinária, para uma melhor compreensão deste sintoma durante e após a gestação, e assim através da agregação de técnicas adequadas e cientificamente validadas, encontrar formas cada vez mais eficazes de preveni-la e /ou tratá-la.

Os resultados deste estudo visam contribuir para traçar uma avaliação e intervenções preventivas e reabilitadoras para mulheres durante o período gestacional e puerpério, além de aumentar o número dos profissionais que atendem em serviços públicos e que prestam assistência fisioterapêutica uroginecológica.

Entre as limitações identificadas neste estudo, uma delas refere-se ao tamanho da amostra, pouco tempo de acompanhamento no pós-parto e dificuldade de localização das puérperas. Além disso, devido os dados apresentados serem baseados em questionários respondidos pelo grupo de estudo, são inevitavelmente objetos de alguma variação, considerando-se à deficiência de memória e diferentes expectativas individuais, o que diminui a precisão da informação.

Frente a essas limitações, sugere-se o planejamento de estudos longitudinais com acompanhamento de puérperas por um período de 12 meses a cinco anos após o parto, com amostras de tamanho suficiente.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Sousa CM, Frare, JC. Eficácia dos Exercícios Cinesioterapêuticos no Tratamento da Incontinência Urinária de Esforço [trabalho de conclusão de curso]. Cascavel: Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Curso de Fisioterapia; 2004.
2. Holroyd-Leduc JM, Straus SE. Management of Urinary Incontinence in Women. *Jama*. 2004;291(8):986-5.
3. Marinho AL, Leal BB, Flister JS, Bernardes NO, Rett MT. Incontinência urinária feminina e fatores de risco. *Rev Bras Fisioter*. 2006;7(4):301-6.
4. Carrière B. O tratamento do assoalho pélvico na Incontinência e outras disfunções urinárias em homens e mulheres. In: Umphred DA. *Reabilitação Neurológica*. 4ª ed. São Paulo: Manole; 2004. p. 963-1.
5. O'Boyle AL, O'Boyle JD, Ricks RE, Patience TH, Calhoun B, Davis G. The natural history of pelvic organ support during pregnancy. *Int Urogynecol J*. 2003;14:46-9.
6. Fultz NH, Herzog AR. Self-reported social and emotional impact of urinary incontinence. *J Am Geriatr Soc*. 2001;49(7):892-9.
7. Silveira JG, Silveira GPG. Ginecopatias de causa obstétrica. In: Rezende J. *Obstetrícia*. 9 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002. p. 1195.
8. Oliveira C. Efeitos da Cinesioterapia no Assoalho Pélvico durante o ciclo gravídico-puerperal [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, Departamento de Ciências; 2006.
9. Abrams PH, Cardozo L, Fall M, Griffiths D, Rosier P, Ulmsten U, et al. The standardization of terminology of lower urinary tract function: report from the Standardization Sub-committee of the International Continence Society. *Urology*. 2003;61:37-49.
10. Washington DC. Pelvic Exercises Reduce Likelihood of Incontinence During and After Pregnancy [Internet]. *Obstetrics & Gynecology*; 2003 Mar 06 [acesso em 2006 Jul 24]. Disponível em: <http://www.newsrx.com/newsletters/Womens-Health-Weekly/2003-03-06/030620033334WW.html>.
11. Grosse D, Sengler J. *Reeducação Perineal*. São Paulo: Manole, 2002.
12. Danforth KN, Townsend MK, Lifford K, Curhan GC, Resnick NM, Grodstein F. Risk Factors for Urinary Incontinence among Middle-age Women. *Am J Obstet Gynecol*. 2006;194(2):339-45.

13. Higa R. Incontinência urinária: problema ocupacional entre profissionais de enfermagem [dissertação]. Campinas: Faculdade de Enfermagem da Unicamp, Mestrado em Enfermagem; 2004.
14. Hvidman L, Foldspang A, Mommsen S, Nielsen JB. Correlates of urinary incontinence in pregnancy. *Int Urogynecol J*. 2002;13(5):278-83.
15. Moreira SFS, Girão MJBC, Sartori MGF, Baracat EC, Lima GR. Mobilidade do Colo Vesical e Avaliação Funcional do Assoalho Pélvico em Mulheres Continentes e com Incontinência Urinária de Esforço, Consoante o Estado Hormonal. *Rev Bras Ginec & Obst*. 2002;24(6):161-73.
16. Ribeiro RM, Rossi P. Diagnóstico clínico e radiológico da incontinência urinária de esforço. In: Montellato N, Baracat F, Arap S. *Uroginecologia*. São Paulo: Roca; 2000. p. 55-64.
17. Camarrão S, Pacetta AM, Camarrão S, Barros ACSD, Mantesse JC. Avaliação da Eletroestimulação na Terapêutica da Incontinência Urinária de Esforço Feminina. *Rev Bras Ginec & Obst*. 2003;14(4):166-9.
18. Zanatta GML, Frare JC. Incontinência Urinária de Esforço Feminina: Uma abordagem fisioterapêutica [trabalho de conclusão de curso]. Cascavel: Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Curso de Fisioterapia; 2003.
19. Polden M, Mantle J. *Fisioterapia em ginecologia e obstetrícia*. 2 ed. São Paulo: Santos, 2002.
20. Barbosa AMP, Carvalho LR, Martins AMVC, Calderon IMP, Rudge MVCI. Efeito da via de parto sobre a força muscular do assoalho pélvico. *Rev Bras Ginec & Obst*. 2005;27(11):677-82.
21. Imbelloni LE, Beato L, Beato C, Cordeiro JÁ, Souza DD. Analgesia Pós-Operatória com Bloqueio Bilateral do Nervo Pudendo com Bupivacaína S75:R25 a 0,25%. Estudo Piloto em Hemorroidectomia sob Regime Ambulatorial. *Rev Bras Anesthesiol*. 2005;55(6):614-21.
22. Borges BB, Serrano PF, Pereira F. Episiotomia: Uso generalizado *versus* selectivo. *Acta Med Portuguesa*. 2003;16:447-54.
23. Ziegel EE, Cranley MS. *Enfermagem obstétrica*. 8 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1985. p. 382-08.
24. Karacam Z, Eroglu K. Effects of episiotomy on bonding and mothers' health. *Journal of Advanced Nursing*. 2003;43(4):384-94.

25. World Health Organization. Classification of practices in normal birth. In: Care in normal birth: a practical guide. Geneva: WHO Technical Report Series FRH/MSM/96.24, 1996.
26. Graaf KMV. Human Anatomy. 3 ed. Dubuque: IA, WCB, 1992.
27. Wei J, Raz S, Young GPH. Fisiopatologia da incontinência urinária de esforço. In: Rubinstein I. Urologia feminina. São Paulo: BYK, 1999.
28. Ramos B, Donadel K, Passos T. Reabilitação da musculatura pélvica aplicada ao tratamento da incontinência urinária. Revista Digital de Pesquisa CONQUER da Faculdade São Francisco de Barreiras. 2006;1(11):1-8.
29. Petros PE, Ulmsten U. An Integral Theory of Female Urinary Incontinence. Acta Scand O&G. 1990;69(153):1-79.
30. Macéa JR, Macéa MIM. Anatomia e Fisiologia da Resposta Sexual Feminina. In: Etienne MA, Waitman MC. Disfunções Sexuais Femininas. São Paulo: LMP, 2006.
31. Albrescht MJ. Estudo exploratório sobre a ocorrência de perda involuntária de urina entre puérperas de uma maternidade filantrópica de um município paulista [dissertação]. Riberão Preto: Universidade de São Paulo, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem; 2006.
32. Mostwin JL. Current concepts of female pelvic anatomy and physiology. Urol Clin North Am. 1991;18(2):175-95.
33. Herrmann V, Potrick BA, Palma PC, Zanettini CL, Marques A, Netto-Junior NR. Eletroestimulação Transvaginal do Assoalho Pélvico no Tratamento da Incontinência Urinária de Esforço: Avaliações Clínicas e Ultra-sonografia. Rev Assoc Med Bras. 2003;49(4):401-5.
34. Rodrigues CA, Oliveira NH. Fisioterapia nas disfunções da pelve. Núcleo de Educação a Distância: Universidade da Amazônia. [acesso em 2006 Abr 21]. Disponível em: <http://www.nead.unama.br/bibliotecavirtual/revista/lato/pdf/lato41a9.pdf>
35. Morkved S. Pelvic Floor Muscle Training During Pregnancy and After Delivery. Current Women's Health Reviews. 2007;3(1):55-68.
36. Guyton AC, Hall JE. Tratado de fisiologia médica. 10 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

37. Scarpa KP, Herrmann V, Palma PCR, Ricetto CLZ, Morais S. Prevalência de sintomas urinários no terceiro trimestre da gestação. *Rev Assoc Med Bras.* 2006;52(3):153-6.
38. Thorp JM, Norton PA, Wall LL, Kuller JA, Eucker B, Wells E, et al. Urinary incontinence in pregnancy and the puerperium: a prospective study. *Am J Obstet Gynecol.* 1999;181(2):266-73.
39. Józwik M, Józwik M. Partial denervation of the pelvic floor during term vaginal delivery. *Int Urogynecol J.* 2001;12:81-2.
40. Persson J, Wolner-Hanssen P, Rydhstroem H. Obstetric risk factors for stress urinary incontinence: a populationbased study. *Obstet Gynecol.* 2000;96(3):440-5.
41. Butler RN, Maby JI, Montella JM, Young GPH. Urinary incontinence: keys to diagnosis of the older woman. *Geriatrics.* 1999;54(10):22-30.
42. Moller LA, Lose G, Jorgensen T. Risk factors for lower urinary tract symptoms in women 40 to 60 years of age. *Obstet Gynecol.* 2000;96(3):446-51.
43. Dimpfl T, Hesse U, Schüssler B. Incidence and cause of postpartum urinary stress incontinence. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 1992;43(1):29-33.
44. Burgio K L, Zyczynski H, Locher JL, Richter HE, Redden DT, Wright KC. Urinary Incontinence in the 12-Month Postpartum Period. *The American College of Obstetricians and Gynecologists.* 2003;102(6):1291-8.
45. Dannecker C, Anthuber C. The effects of childbirth on the pelvic-floor. *J Perinat Med.* 2000;28:175-84.
46. Eason E, Labrecque M, Marcoux S, Mondor M. Effects of carrying a pregnancy and of method of delivery on urinary incontinence: a prospective cohort study. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2004;4(1):4.
47. Di Stefano M, Caserta D, Marci R, Moscarini M. Urinary incontinence in pregnancy and prevention of perineal complications of labor. *Minerva Ginecol.* 2000;52(7-8):307-11.
48. Morkved S, Bo K. Effect of postpartum pelvic floor muscle training in prevention and treatment of urinary incontinence: a one-year follow-up. *J Obstet Gynaecol.* 2000;107(07):1022-8.
49. Viktrup L, Lose G. Lower urinary tract symptoms 5 years after the first delivery. *Int Urogynecol J.* 2002;11:336-40.

50. Morkved S, Bo K, Schei B, Salvesen KA. Pelvic Floor Muscle Training During Pregnancy to Prevent Incontinence: A Single-Blind Randomized Controlled Trial. *Obstet Gynecol.* 2003;101(2):313-9.
51. Chaliha C, Stanton SL. Urological problems in pregnancy. *BJU Int.* 2002;89:469-76.
52. Dolan LM, Hosker GL, Mallett VT, Allen RE, Smith ARB. Stress incontinence and pelvic floor neurophysiology 15 years after the first delivery. *BJOG.* 2003;110:1107-14.
53. Farrell SA, Allen VM, Baskett TF. Parturition and Urinary Incontinence in Primiparas. *Obstet & Gynecol.* 2001;97(3):350-6.
54. Barbosa AMP, Gameiro MOO, Peraçoli JC, Martins AMVC, Cunha MV. Anatomia, fisiologia e importância clínica do corpo perineal. *Femina.* 2005;33(11):841-6.
55. Menta S, Schirmer J. Relação entre a pressão muscular perineal no puerpério e o tipo de parto. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2006;28(9):523-9.
56. Hvidman L, Foldspang A, Mommsen S, Nielsen JB. Postpartum urinary incontinence. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2003;82:556-63.
57. Meyer S, Schreyer A, De Grandi P, Hohlfeld P. The effects of birth on urinary continence mechanisms and other pelvic-floor characteristics. *Obstet & Gynecol.* 1998;92(1):613-8.
58. Hermann V, Palma PR. Incontinência Urinária. In: Netto NJ; Wroclaswski ER. *Urologia: fundamentos para o clínico.* São Paulo: Sarvier, 2001. p.247-50.
59. Glazener CM, Herbison GP, Wilson PD, MacArthur C, Lang GD, Gee H, et al. Conservative management of persistent postnatal urinary and fecal incontinence: randomised controlled trial. *BMJ.* 2001; 323:593-6.
60. Viktrup L, Rortveit G, Lose G. Risk of Stress Urinary Incontinence Twelve Years After the First Pregnancy and Delivery. *Obstet & Gynecol.* 2006;108(2):248-54.
61. Fritel X, Fauconnier A, Levet C, Bénifla JL. Stress incontinence 4 years after the first delivery: a retrospective cohort survey. 2004;83:941-5.
62. Viktrup L. The risk of lower urinary tract symptoms five years after the first delivery. *Neurourol and Urodyn.* 2002;21(2):2-29.
63. Foldspang A, Hvidman L, Mommsen S, Nielsen JB. Risk of postpartum urinary incontinence associated with pregnancy and mode of delivery. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2004;83:923-7

64. Wilson I, Ekelund P, Molander U, Arvidsson L, Areskoug B. The influence of age, parity, oral contraception, hysterectomy and menopause on the prevalence of urinary incontinence in women. *J Urol*. 1993;149:1459-62.
65. Figueiredo EM, Lara JO, Cruz MC, Quintão DMG, Monteiro MVC. Perfil sociodemográfico e clínico de usuárias de Serviço de Fisioterapia Uroginecológica da rede pública. *Rev Bras Fisioter*. 2008;12(2):136-42.
66. Hojberg KE, Salvig JD, Winsløw NA, Lose G, Secher NJ. Urinary incontinence: prevalence and risk factors at 16 weeks of gestation. *Br J Obstet Gynaecol*. 1999;106:842–50.
67. Rortveit G, Daltveit AK, Hannestad YS, Hunskaar S. Urinary Incontinence after Vaginal Delivery or Cesarean Section. *The new England Journal of medicine*. 2003;348(10):900-7.
68. Casey BM, Schaffer JI, Bloom SL, Heartwell SF, McIntire DD, Leveno KJ. Obstetric antecedents for postpartum pelvic floor dysfunction. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 2005;192:1655–62.
69. Guarisi T, Pinto Neto AM, Osis MJ, Pedro AO, Paiva LHC, Faúndes A. A incontinência urinária entre mulheres climatéricas brasileiras: inquérito domiciliar. *Rev Saúde Pública*. 2000;35:428-35.
70. Scarpa KP, Herrmann V, Palma PCR, Ricetto CLZ, Morais S. Sintomas do trato urinário inferior três anos após o parto: estudo prospectivo. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2008;30(7):355-9.

## ANEXOS

## ANEXO A



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS  
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



PROTOCOLO  
135/2008

Goiânia, 22 de dezembro de 2008

## PARECER CONSUBSTANCIADO

## I. IDENTIFICAÇÃO:

**Título do projeto:** “Prevalência da incontinência urinária em gestante e puérperas das maternidades Públicas de Goiânia-Go, em 2009”

**Pesquisador Responsável:** Leticia Martins/UNB

**Pesquisador Participante:** Ana Luiza Lima Sousa

**Local de realização:** “Faculdade Ciências da Saúde/ UNB”

**Área Temática:** III

Informamos que o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Goiás, após análise das adequações solicitadas, **Aprovou**, o projeto acima referido, e o mesmo foi considerado em acordo com os princípios éticos vigentes.

O pesquisador responsável deverá encaminhar ao CEP/UFG, relatórios da pesquisa, encerramento, conclusão (ões) e publicação (ões) de acordo com as recomendações da Resolução 196/96.

  
Profa Dra Rita Goreti Amaral  
Coordenadora do CEP/UFG

**ANEXO B****Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**

Estamos propondo a realização de uma pesquisa intitulada “Prevalência de incontinência urinária em gestantes e puérperas das Maternidades Públicas de Goiânia-GO, em 2009”. Sou Letícia Martins, aluna de mestrado de Ciências da Saúde da Faculdade de Medicina da Universidade de Brasília. O objetivo da pesquisa é saber se as gestantes mães que tiveram parto nesses locais apresentaram perda incontrolável de urina e se continuou após o parto. Para isso as mulheres que passarem pela internação durante o pós-parto imediato serão convidadas a participar do estudo, e caso aceitem, responderam a um questionário. O questionário terá duração máxima de 15 minutos e conterà perguntas gerais sobre: idade, bairro, telefone, escolaridade, estado civil e ocupação. Perguntas específicas sobre saúde que incluem: número de gestações e partos, tipo de parto, episiotomia (“pic”), aborto, número de filhos, peso do recém-nascido, intervalo entre as gestações, tempo de parto, atividade física, altura e peso pré e pós-parto. Também existirão perguntas específicas sobre a perda involuntária de urina, onde a mulher responderá se já perdeu urina durante a gestação, quando e se ainda permanece, com que frequência, se usou absorvente, fraldas ou forros e/ou trocas de roupas íntimas, se a situação lhe incomoda, quantidade de consumo de água por dia, se deixa de realizar alguma atividade devido a isso, se já recebeu alguma orientação sobre tratamento ou exercícios para o assoalho pélvico. As respostas das entrevistadas serão completadas com as anotações dos prontuários da maternidade. Caso a mulher permita, dentro de 30 dias a pesquisadora entrará em contato novamente, por telefone, para saber 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 receberão nenhum tipo de benefício financeiro 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 a pergunta seguinte. As mulheres que concordarem em participar e estiverem de acordo com as informações acima deverão assinar esse termo de consentimento, para registrar sua decisão.

Assinatura da entrevistadora: \_\_\_\_\_

**Termo de Consentimento**

Eu, \_\_\_\_\_,

Declaro que li as informações acima e pude esclarecer minhas dúvidas sobre o estudo, sob responsabilidade de Letícia Martins, de acordo com os esclarecimentos acima, podendo entrar em contato com a mesma em caso de dúvidas ou desistência pelo telefone (62) 3092 2785 e/ou (62) 9994 7374 ou no Comitê de Ética em Pesquisa na Universidade Federal de Goiás pelo telefone (62) 3521-1076 / 1215.

Goiânia, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2009.

Nome da entrevistada: \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

RG e Assinatura do Responsável: \_\_\_\_\_

## ANEXO C

**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA  
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE**

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**Parte I: Questionário para obtenção de Dados Pessoais da Puérpera**

## I. Identificação:

Nome: \_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_

## II. Variáveis Sócio-demográficas: Idade: \_\_\_anos

Estado Civil:  [a] casada  [b] solteira  [c] viúva  [d] outros \_\_\_\_\_

Escolaridade:

<input type="checkbox"/> [a] analfabeta - nunca freqüentou escola	<input type="checkbox"/> [e] Médio (3 anos) completo
<input type="checkbox"/> [b] alfabetizada - nunca freqüentou escola	<input type="checkbox"/> [f] Médio (3 anos) incompleto
<input type="checkbox"/> [c] Fundamental (4 anos) completo	<input type="checkbox"/> [g] Superior completo
<input type="checkbox"/> [d] Fundamental (4 anos) incompleto	<input type="checkbox"/> [i] Superior incompleto

Ocupação:

<input type="checkbox"/> [a] atividade doméstica – do lar	<input type="checkbox"/> [c] trabalho formal
<input type="checkbox"/> [b] trabalho informal	<input type="checkbox"/> [d] outras _____

Número de Filhos:

1. Quantas gestações:  [a] 1|-- 2  [b] 3|-- 4  [c] mais de 4

2. Já teve algum aborto:

<input type="checkbox"/> [a] sim. Quantos? _____ Duração da gestação _____	<input type="checkbox"/> [b] não
--	----------------------------------

III. Exame Físico:

Altura: _____ metros	Peso na internação: _____
Peso referido antes da gravidez: _____	IMC antes da gravidez: _____

IV. Questões:

Atividade Física antes da gravidez:

<input type="checkbox"/> [a] regular: 3x/por semana ou mais	<input type="checkbox"/> [b] irregular: menos de 3x/semana	<input type="checkbox"/> [c] ausente: não faz
---	--	---

Atividade Física durante a gravidez:

[a] regular: 3x/por semana ou mais	[b] irregular: menos de 3x/semana	[c] ausente: não faz
------------------------------------	-----------------------------------	----------------------

### Parte II: Questionário para obtenção de Dados Gestacionais da Puérpera

1. Paridade: - Parto Normal: Quantos? \_\_\_\_\_ Fez episiotomia? ( ) SIM ( ) NÃO  
 - Parto Cesáreo: Quantos? \_\_\_\_\_

2. Intervalo entre gestações:

[a] menos de 1 ano	[b] 1-- 3 anos	[c] mais de 3 anos
--------------------	----------------	--------------------

3. Peso do Recém-Nascido: \_\_\_\_\_ kg

4. Quanto tempo durou o trabalho de parto? \_\_\_\_\_

### Parte III: Questionário para Avaliação de Incontinência Urinária na Puérpera

1. Durante sua gestação você teve algum momento em que perdia urina (urinava involuntariamente)? ( ) SIM ( ) NÃO  
 (se a resposta for negativa, seguir para a questão 13)

2. Em caso afirmativo, quando isso ocorreu estava relacionado a algum esforço físico?

( ) SIM ( ) NÃO

[a] tosse	[c] riso	[e] deambulação	[g] mudança de decúbito
[b] espirro	[d] subir escadas	[f] repouso	[h] outros _____

3. Qual a frequência deste fato?

[a] uma vez ao dia	[e] mais de uma vez por semana
[b] uma vez por semana	[g] com espaçamento maior de um mês
[c] uma vez no mês	[f] mais de uma vez no mês
[d] mais de uma vez ao dia	[h] ocorreu uma única vez

4. Quando iniciou?

[a] antes da última gestação	[d] durante outra gestação
[b] durante a última gestação? Quando? [a] Início [b] Meio [c] Fim	[e] antes da primeira gestação (se esta não for a primeira)
[c] após o primeiro parto	

5. Você ainda permanece com essa perda ou ela foi transitória? ( )SIM ( )NÃO  
(caso for transitória, pular para questão 7)

6. Como é essa perda atualmente? (depois de respondida pular para questão 8)

[a] tosse	[c] riso	[e] deambulação	[g] mudança de decúbito
[b] espirro	[d] subir escadas	[f] repouso	

7. Caso a perda tenha sido transitória, por quanto tempo você teve esse sintoma?  
(responder e pular para questão 13)

[a] menos de 1 mês	[c] 3 -- 5 meses
[b] 1 -- 2 meses	[d] mais de 5 meses

8. Necessitou usar absorventes, fraldas ou forros e/ou trocas de roupas íntimas por dia? ( )SIM ( )NÃO

9. Essa situação lhe incomoda?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Não										Muito

10. Quantos copos (americano) de água você costuma beber por dia? \_\_\_\_\_

11. Você mudou suas atividades por causa dessa perda de urina? ( )SIM ( )NÃO

12. Você buscou tratamento para este problema? ( )SIM ( )NÃO

Caso positivo, você tratou? \_\_\_\_\_ Como? \_\_\_\_\_

13. Durante a gestação você recebeu alguma orientação ou esclarecimento sobre a ocorrência desses sintomas? ( )SIM ( )NÃO

14. Você sabe que existem exercícios que podem ser realizados para a musculatura do assoalho pélvico? ( )SIM ( )NÃO

#### Parte IV: Questionário para Avaliação de Incontinência Urinária na Puérpera 30 e 60 dias pós-parto

1. Você teve algum episódio de perda de urina involuntariamente desde o parto até agora? ( )SIM ( )NÃO

2. Em caso afirmativo, quando isso está ocorrendo?

[a] tosse	[c] riso	[e] deambulação	[g] mudança de decúbito
[b] espirro	[d] subir escadas	[f] repouso	

3. Qual a frequência deste fato?

[a] uma vez ao dia	[e] mais de uma vez por semana
[b] uma vez por semana	[g] com espaçamento maior de um mês
[c] uma vez no mês	[f] mais de uma vez no mês
[d] mais de uma vez ao dia	[h] ocorreu uma única vez

4. Necessita usar absorventes, fraldas ou forros e/ou trocas de roupas íntimas por dia?

( ) SIM ( ) NÃO

5. Essa situação lhe incomoda?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Não										Muito

6. Quantos copos (americano) de água você costuma beber por dia \_\_\_\_\_

7. Você mudou suas atividades por causa dessa perda de urina? ( )SIM ( )NÃO

Adaptado de Sousa CM. **Eficácia dos Exercícios Cinesioterapêuticos no Tratamento da Incontinência Urinária de Esforço** [trabalho de conclusão de curso]. Cascavel: Universidade Estadual do Oeste do Paraná. Curso de Fisioterapia, 2004. E de Albrescht MJ. **Estudo exploratório sobre a ocorrência de perda involuntária de urina entre puérperas de uma maternidade filantrópica de um município paulista** [dissertação]. Riberão Preto: Universidade de São Paulo. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2006.