

UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ

ANA PATRÍCIA PEREIRA DE SOUZA

Prevalência dos sintomas urinários na gestação de baixo risco em usuárias do
Sistema Único de Saúde (SUS)

Rio de Janeiro
2008

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

ANA PATRÍCIA PEREIRA DE SOUZA

Prevalência dos Sintomas Urinários na Gestação de Baixo Risco em Usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS)

Dissertação apresentada à Universidade Estácio de Sá como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em Saúde da Família.
Orientador Prof. Dr. Luiz Guilherme Pessoa da Silva.

Rio de Janeiro
2008

Aos meus pais,
Ana Maria e Patrício Adriano,
à minha filha Ana Laura,
Por tudo que significam na minha vida.

AGRADECIMENTOS

Agradeço aos meus pais, Ana Maria e Patrício Adriano, que nunca mediram esforços para a realização de meus sonhos.

Ao orientador, Dr. Luiz Guilherme Pessoa da Silva pela sua paciência, dedicação, sabedoria e humildade, em orientar este trabalho.

Rodrigo pelo companheirismo e seu incentivo para não desistir.

Ao meu irmão Adriano pelo seu apoio e por estar sempre perto de mim.

À Juliana pela digitação do banco de dados e vontade de ajudar.

Martha, grande companheira que esteve presente durante esse curso e por todos os outros dias.

Aos amigos Vinícius e Maura, incentivadores dessa trajetória.

À direção, funcionários da Maternidade Pró-Matre, onde foi permitido o desenvolvimento desta pesquisa.

E aos amigos e familiares que de uma forma ou de outra, auxiliaram em algum momento.

“O que vale na vida não é o ponto de partida e sim a caminhada...
Caminhando e semeando, no fim terás o que colher”. (Cora Coralina)

RESUMO

Objetivo: O estudo visa avaliar a prevalência e a repercussão dos sintomas urinários na gestação, bem como a associação de fatores maternos, obstétricos e neonatal no aparecimento da incontinência urinária durante a gravidez. **Material e Método:** Através de estudo observacional, do tipo transversal, foram analisados dados de entrevistas, obtidos de 501 questionários estruturados aplicados no Ambulatório de Pré-natal da Associação Pró-Matre no Município do Rio de Janeiro. Foi incluída no presente estudo portadoras de gravidez única, independente de idade, cor, paridade e da idade gestacional, atendidas no aludido Ambulatório, sendo excluídas as que não atenderam às especificações acima ou às que não aceitaram participar da pesquisa. **Resultados:** A prevalência da queixa de incontinência urinária na gestação foi de 31,1% (IC 95%:27,1-35,4), sendo que 5 (3,2%) referiram o sintoma no primeiro trimestre; 34 (21,8%) no segundo trimestre e 117 (75,0%) no terceiro trimestre gestação. Os sintomas urinários irritativos mais prevalentes foram: polaciúria 447 (89,2%); nictúria 445 (88,8%); urgência 350 (69,9%). Na avaliação do desconforto social e higiênico os dados revelam que o mau cheiro 36 (29,7%); situação constrangedora 32 (26,4%) e ficar molhada 30 (24,7%) foram os principais incômodos revelados. Os dados mostraram ainda que as variáveis Cor/raça; Índice de massa corporal (IMC); Macrosomia; Parto vaginal anterior; Episiotomia e ou laceração perineal não mostraram associação significativa com o desfecho incontinência urinária na gestação. **Conclusões:** Os dados permitem concluir que os transtornos urinários durante a gestação precisam ser valorizados. Ainda que não produzam efeitos nocivos ao binômio, devem ser levados em consideração, especialmente pelos incômodos de natureza social e higiênica que provocam. Por outro lado, concluímos que alguns fatores de natureza materna, obstétrica e neonatal, que sabidamente estão associados à incontinência urinária (IU) ao longo da vida, não mostraram associação com o mesmo desfecho durante a gestação.

Palavras-chave: Incontinência urinária. Gestação.

ABSTRACT

Objective: The aim of study is to value the prevailing and repercussion of urinary symptoms in the gestare, as well the influence of maternal factors, obstetrics and neonatal in the urinary incontinent appears during the pregnancy. **Material and method:** Through by observatory and transverse study, were done interviews, about 501 questionnaires applied in pre-natal Ambulatory at Association Pro Matre in Rio de Janeiro. In this study was include only pregnancy career, independent of age, color, parents and gestare age, answered in Ambulatory alluded, were excluded the people that didn't accept to participate in this research or people that didn't specify the called above all. **Result:** The complaint urinary incontinent in the pregnancy prevailing was 31,1% (IC 95%:27,1- 35,4), being that 5 (3,2%) refered the symptom in the first quarter; 34 (21,8%) in the second quarter and 117 (75,0%) in the third quarter gestare. The irritating urinary symptoms more prevalent were: polaciuria 447 (89,2%); nicturia 445 (88,8%); urgency 350 (69,9%). In the assessment about social uncomfortable and hygienec, the factors reveal that stink 36 (29,7%); embarrassed situation 32 (26,4%) and stay wetly 30 (24,7%) were the main uncomfortable revealed. The factors even so show the variation color/race; index body masse; macrossomia; before vagina birth, episiotomia and or laceraçao perineal didn't show significant association with pregnancy urinary incontinent out-come. **Conclusions:** The conclusion is urinary incontinent during pregnancy needs more attention. Even though do not produce noxious effect binomio, should be significant, especially about nature social uncomfortable and hygienec that cause it. The conclusion is that some factors of maternal nature, obstetrics and neonatal, are association to urinary incontinent during all life, didn't show association with the same out- come during pregnancy.

Key-words: Urinary incontinent. Gestare.

LISTA DE TABELAS

TABELA 1	DISTRIBUIÇÃO DAS VARIÁVEIS INDEPENDENTES SEGUNDO OS INDICADORES, MEDIDAS, CATEGORIAS E RESPOSTAS	36
TABELA 2	DISTRIBUIÇÃO DA POPULAÇÃO ESTUDADA SEGUNDO O TRIMESTRE DE GRAVIDEZ	41
TABELA 3	DISTRIBUIÇÃO DOS CASOS DE QUEIXAS DE INCONTINÊNCIA URINÁRIA DURANTE A GESTAÇÃO SEGUNDO O TRIMESTRE DE APARECIMENTO – ANÁLISE DE 156 CASOS	42
TABELA 4	DISTRIBUIÇÃO DOS SINTOMAS URINÁRIOS IRRITATIVOS OBSERVADOS DURANTE A GESTAÇÃO	42
TABELA 5	DISTRIBUIÇÃO DOS RESULTADOS RELACIONADOS À MENÇÃO DE DESCONFORTO SOCIAL E HIGIÊNICO DA POPULAÇÃO ESTUDADA	43
TABELA 6	DISTRIBUIÇÃO DA PREVALÊNCIA DAS VARIÁVEIS ESTUDADAS	44
TABELA 7	DISTRIBUIÇÃO DOS RESULTADOS DAS VARIÁVEIS ANALISADAS, TENDO COMO DESFECHO A INCONTINÊNCIA URINÁRIA DURANTE A GESTAÇÃO	44

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 ALGORÍTMO DE DESENHO DO ESTUDO

38

LISTA DE SIGLAS

ICS	International Continence Society
IMC	Índice de massa corpórea
IU	Incontinência urinária
IUE	Incontinência urinária de esforço
IUM	Incontinência urinária mista
IUU	Incontinência urinária de urgência
OMS	Organização Mundial de Saúde

SUMÁRIO

1	CONSIDERAÇÕES INICIAIS	12
2	EMBASAMENTO TEÓRICO	15
2.1	MODIFICAÇÕES DO SISTEMA GENITO-URINÁRIO NA GESTAÇÃO	15
2.2	SINTOMAS URINÁRIOS NA MULHER	20
2.3	OS FATORES DE RISCO ASSOCIADOS AOS SINTOMAS URINÁRIOS	26
3	OBJETIVOS	32
3.1	OBJETIVO GERAL	32
3.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	32
4	METODOLOGIA	33
4.1	DESENHO DA PESQUISA	33
4.2	CAMPO DA PESQUISA	33
4.3	CRITÉRIOS DE INCLUSÃO	34
4.4	CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO	34
4.5	MÉTODO DE COLETA	34
4.6	VARIÁVEIS INDEPENDENTES	35
4.7	VARIÁVEIS DEPENDENTES	35
4.8	ANÁLISE ESTATÍSTICA	37
4.9	CONSIDERAÇÕES PRELIMINARES DE NATUREZA ÉTICA	39
5	RESULTADOS	40
6	DISCUSSÃO	44
	CONSIDERAÇÕES FINAIS	53
	REFERÊNCIAS	54
	APÊNDICE A: QUESTIONÁRIO	59
	ANEXO A: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO	62

1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS

A gravidez é um período de intensas transformações físicas e emocionais, todo o corpo da gestante se transforma para que haja a adaptação de um novo ser, dentre as mudanças orgânicas pode-se enfatizar: as profundas alterações anatômicas e fisiológicas do sistema urinário (POLDEN; MANTLE, 2002).

A gestação e o parto são os dois principais fatores de risco para o desenvolvimento dos sintomas urinários. Porém há outros fatores obstétricos que também estão relacionados com os sintomas urinários como peso elevado de recém-nascido, perímetro cefálico, trauma perineal, episiotomia, multiparidade, idade avançada da gestante (GLAZENER *et al.*, 2001).

As modificações nos níveis hormonais, quando a progesterona estará em maior concentração sanguínea provoca o relaxamento da musculatura lisa do trato urinário, bem como a inibição do peristaltismo uretral favorecendo a dilatação do sistema coletor. Devido às alterações hormonais, a mucosa da grávida torna-se mais adelgada e suscetível a lesões (MORENO, 2004).

Os músculos do assoalho pélvico podem sofrer fraqueza por alongamento em virtude da pressão do útero em crescimento; os tecidos amolecidos pelos hormônios complicam ainda mais o aumento da carga que incide sobre o assoalho pélvico. O ganho de peso corporal durante a gestação aumenta a pressão sobre as estruturas do assoalho pélvico, causando um tensionamento crônico com enfraquecimento dessas estruturas (POLDEN; MANTLE, 2002).

Scarpa (2005), em seus estudos, evidenciou uma alta prevalência de sintomas urinários no terceiro trimestre da gestação, podendo este estar associado á pressão exercida pela cabeça fetal sobre a bexiga, com conseqüente redução da

capacidade vesical. Contabiliza como sintomas mais freqüentes nictúria, polaciúrias, gotejamento terminal, incontinência urinária de esforço sensação de esvaziamento vesical incompleto, urgência miccional.

A paridade foi significativamente associada ao aumento da prevalência dos sintomas na gestação. O estiramento acentuado dos elementos de sustentação do assoalho pélvico durante o período expulsivo aumenta a probabilidade de danos a estas estruturas.

O parto é um traumatismo importante. Mesmo, considerado, normal, pode provocar, sistematicamente, lesões ou lacerações dos sistemas de sustentação, microtraumatismos constantes, que produzem efeito cumulativo, responsável pela maioria dos prolapso e das incontinências de esforço. Os prazos de aparecimento dessas manifestações clínicas dependem da existência de outros fatores, a exteriorização dessas lesões só aparece com as modificações importantes de tecido (GROSSE; SENGLER, 2002).

No contexto sociocultural, certas mulheres subestimam seus sintomas urinários, considerando banal, normal, não digna de ser mencionada, ou de pessoas que, mesmo diante de um sofrimento real, não querem revelar seus sintomas. O tabu, o silêncio continua a ser uma prática comum, muitas vezes porque o profissional de saúde não tem a iniciativa de abordá-lo (MORENO, 2004).

A aceitabilidade de sintomas urinários como a incontinência urinária varia consideravelmente segundo as culturas, os países, os modos de vida, as faixas etárias. Atualmente, na mulher jovem, a incontinência, mesmo que mínima pode ser vivenciada de forma dramática: associação a um fenômeno de senilidade precoce, medo de ficar molhada, de cheirar mal, temor de passar a vida inteira no banheiro para evitar a eliminação involuntária da urina, modificação dos hábitos

vestimentários para se adaptar às situações de urgência. Os sintomas urinários, por sua vez, geram diversos problemas sociais, comprometendo e limitando as atividades de vida diária da mulher (GROSSE; SENGLER, 2002).

2 EMBASAMENTO TEÓRICO

2.1 MODIFICAÇÕES DO SISTEMA GENITO-URINÁRIO NA GESTAÇÃO

O período gestacional implica em adaptações físicas gerais e locais no organismo materno, para a adaptação, crescimento e desenvolvimento do feto, as modificações hormonais e anatômicas têm efeitos sobre o sistema urinário e assoalho pélvico, os quais podem determinar o desenvolvimento de sintomas urinários (POLDEN; MANTLE, 2002).

Durante a gestação todo o sistema urinário sofre uma série de mudanças e adaptações anatômicas e fisiológicas: os rins aumentam o volume desde o início da gestação, devido ao incremento da vascularização renal, os níveis elevados de progesterona, durante este período, favorecem o relaxamento da musculatura lisa do trato urinário e peristaltismo uretral, provocando a dilatação do sistema coletor constituído de cálices, pelve renal e ureteres (BARACHO, 2002).

A dilatação anatômica pielouretral, conhecida como ureter fisiológico da gestação, inicia-se entre a sétima e décima semana de gestação e se torna máxima no terceiro trimestre, de modo que 90% das gestações têm algum grau de dilatação, que pode persistir por até 12 semanas após o parto. O hidroureter fisiológico da gravidez pode ser definido como um estado dos ureteres durante a gestação, caracterizado por um aumento no diâmetro da luz ureteral, hipotonicidade e hipomotilidade da musculatura uretral (MORENO, 2004).

O desequilíbrio ou função inadequada das estruturas uretrais internas pode propiciar o surgimento de sintomas de incontinência urinária (IU), principalmente no

período gestacional, visto que tais estruturas encontram-se sob influência hormonal (MORENO, 2004).

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 pela apresentação fetal (HERRMAN; PALMA, 2001). Segundo os autores, 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.

O assoalho pélvico é um conjunto de estruturas que se encontram entre o peritônio e a vulva, é composto pelos diafragmas pélvico e urogenital e pela fásia endopélvica (LACERDA, 1999). A musculatura estriada do assoalho pélvico, juntamente com a fásia endopélvica, exerce papel fundamental no suporte dos órgãos pélvicos e na manutenção da continência urinária (GÉO *et al*, 2002).

O assoalho pélvico com função inadequada é um fator etiológico relevante na ocorrência da incontinência urinária de esforço (IUE). Estudos recentes evidenciam que procedimentos fisioterápicos, através da cinesioterapia, resultam no fortalecimento dessa musculatura, promovendo a continência urinária (BERNADES, 2000).

O fisioterapeuta usa a cinesioterapia com finalidade de reestruturar a musculatura do assoalho pélvico, aumentando a força e a resistência muscular. Esses exercícios consistem em contrações perineais, seguidas de relaxamento, tendo sido desenvolvidos por Kengel (BUMP; HURT; FANTL *et al.*, 1991).

Há resultados que sustentam o real benefício dos exercícios de fortalecimento do assoalho pélvico visando a diminuição da perda involuntária de urina, especialmente em relação ao tratamento da IUE, em função da hipertrofia das fibras musculares e conseqüente aumento da força de contração perineal (SOUZA, 2002; BURGIO *et al.*, 2003). De acordo com os autores a cinesioterapia do assoalho pélvico é o único método que não possui contra-indicações e pode ser realizado individualmente ou em grupo.

As vísceras pélvicas estão conectadas às paredes pélvicas laterais pela fáscia endopélvica, formando a primeira camada do assoalho pélvico. A segunda camada são os diafragmas pélvicos, formados pelo músculo elevador do ânus e sua aponeurose superior e inferior. A terceira camada é a membrana perineal ou diafragma urogenital, que se localiza imediatamente abaixo do elevador do ânus. O suporte primário dos órgãos pélvicos é dado pelo elevador do ânus, que recobre todo o assoalho pélvico (GÉO *et al.*, 2002).

O músculo elevador do ânus é par, apresenta simetria bilateral e é composto por três feixes: pubo-coccígeo, pubo-retal e ílio-coccígeo. Esse músculo é talvez melhor compreendido se considerado como uma ampla faixa integrada de músculo que se estende da superfície interna do púbis lateral à sínfise anteriormente, até a superfície pélvica das espinhas isquiáticas posteriormente (LACERDA, 1999).

A contração do elevador do ânus, especialmente do feixe pubo-coccígeo move o reto, vagina e uretra anteriormente, determinando a oclusão destas estruturas. Isto pode ser observado durante a contração reflexa em manobras de esforço com aumento da pressão abdominal (tosse ou espirro, por exemplo) para manter a continência e a estática dos órgãos pélvicos (RIBEIRO; ROSSI, 2000).

Quando ocorre um relaxamento do músculo elevador do ânus, durante aumento da pressão intra-abdominal, a fáscia e os ligamentos pélvicos encontram-se alongados devido à pressão constante (DELANCEY, 1993; WALL, 1993).

Apoiado sobre o diafragma pélvico existe um conteúdo de tecido conjuntivo que funciona como um coxim entre o peritônio e esse músculo. Este tecido conjuntivo, também chamado de fáscia endopélvica, é altamente organizado, tem simetria bilateral e apresenta espessamentos que interligam as vísceras pélvicas entre si e essas às paredes pélvicas (LACERDA, 1999).

Os ligamentos, que constituem o aparelho de sustentação pélvica são importantes para manter as estruturas pélvicas em suas posições normais. No entanto, desempenham um papel de suporte secundário; uma vez que o tecido conjuntivo pode alongar-se quando submetido à tensão constante. As fâscias são também constituídas por tecido conjuntivo com elastina e fibras colágenas. Várias condições podem afetar sua integridade, uma vez que, sua remodelação é constante, entre elas, destaca-se a idade, alterações hormonais, paridade, estado nutricional e exercícios físicos (RIBEIRO; ROSSI, 2000).

Os aspectos sistêmicos de hiperfrouxidão ligamentar na gestação normal, como o relaxamento das articulações da pelve, são atribuídos à relaxina. O referido hormônio atua no distanciamento das fibras colágenas e na maior deposição hídrica no tecido conjuntivo, causando assim a síndrome do relaxamento do cinturão pélvico, havendo o deslocamento do colo vesical para baixo desde a 12ª semana gestacional. Ocorre também o declínio na força da musculatura pélvica da 20ª semana gestacional até seis semanas após o parto, sendo fatores etiológicos para desencadear a IU (MORENO, 2004).

Os altos níveis de progesterona na gestação levam à hipotonicidade das estruturas do assoalho pélvico, predispondo o desencadeamento dos sintomas urinários. No período gravídico, tanto fatores hormonais como fatores mecânicos favorecem o aumento dos sintomas urinários durante a gravidez, sendo comum o aumento da frequência miccional, bem como a piora da urge-incontinência e da incontinência aos esforços prévios à gestação (MORENO, 2004).

Falconer *et al.* (1994) relataram que os elementos de suporte uretral e ligamentos são constituídos de tecido conjuntivo fibroso. A força tênsil do tecido depende principalmente das fibras colágenas. A função dos ligamentos, e o tecido conjuntivo fibroso podem ser importantes fatores para a manutenção dos órgãos pélvicos e para a continência urinária. Possivelmente, a IU está relacionada a alterações do metabolismo do tecido conjuntivo. Foi observada a redução de 30% na produção e secreção de colágeno, em mulheres incontinentes, quando comparadas as continentas.

A diminuição da produção de colágeno pode estar acompanhada de fraqueza dos elementos de sustentação do sistema urogenital, aumentando a mobilidade e rotação descendente do colo vesical e da parte proximal da uretra em situações de esforço, como tossir, pular e quando a pressão intra-abdominal aumenta subitamente (ULMSTEN *et al.*, 1987).

O tecido conjuntivo é um componente ativo no sistema de sustentação dos órgãos pélvicos e na manutenção da continência urinária em condições de esforços (DELANCEY, 1993).

Para que ocorra continência urinária na mulher é necessária à integridade dos mecanismos esfinterianos intrínsecos e extrínsecos, com adequada pressão de fechamento uretral e sustentação do colo vesical. A competência do mecanismo

esfincteriano depende da integridade dos tecidos de sustentação; assim durante o aumento da pressão intra-abdominal, a função de oclusão da uretra pode ser rápida e efetiva (WIJMA *et al.*, 2001).

2.2 SINTOMAS URINÁRIOS NA MULHER

A predominância feminina dos sintomas urinários se deve às modificações da troficidade muscular nos períodos de alteração hormonal; como ocorre durante a gestação, a menopausa e ao traumatismo obstétrico. Em função disso, estudos sugerem que: a gestação e o parto desempenham um importante papel no desenvolvimento dos sintomas urinários (GROSSE; SENGLER, 2002).

De acordo com a definição da International Continence Society (ICS) entende-se por incontinência toda perda involuntária de urina, clinicamente demonstrável, que cause problema social ou higiênico à mulher (ABRAMS *et al.*, 2002).

Tem sido identificada prevalência elevada do sintoma em pessoas que permanecem hospitalizados por longos períodos ou, que residam em clinicas, asilos ou outra 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.

Hannestd *et al.* (2000) em seus estudos concluíram que a prevalência de IU severa foi de 2.6% na faixa etária de 20-30 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.

A IU é uma condição comum, é um sintoma que tem implicação social, causando desconforto, vergonha, perda da autoconfiança, e que pode ter efeito negativo na qualidade de vida de quem o refere (MORENO, 2004).

Existem as diferenças entre as definições do termo incontinência urinária, o que dificulta a comparação dos estudos (CHEATER; CASTLEDEN, 2000).

Quanto às definições distintas, a maioria dos estudos tem utilizado cinco principais conceitos para definir o sintoma. Uma das definições considera como incontinência urinária, qualquer perda 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 incontinência urinária no período de uma semana. A incontinência urinária pode ser definida como problema social ou de higiene. Outro conceito refere-se à incontinência urinária como qualquer incontinência, ou seja, considera o sintoma sempre que ocorrer perda involuntária da urina. A incontinência urinária pode ser definida por relato do sintoma pelo próprio indivíduo ou confirmada de forma objetiva, por testes clínicos e ou urodinâmicos (CHEATER; CASTLEDEN, 2000).

Os sintomas urinários foram definidos segundo o subcomitê de padronização da Sociedade Internacional de Continência: nictúria (acordar uma ou mais vezes à noite para urinar); polaciúria (urinar com muita frequência durante o dia); urgência (desejo súbito e incontrolável de urinar, difícil de ser adiado); urge-incontinência (perda involuntária de urina acompanhada ou imediatamente precedida por urgência); enurese noturna (perda urinária que ocorre durante o sono) (ABRAMS *et al.*, 2002).

A Sociedade Internacional de Continência publicou novas definições dos sintomas urinários, para serem compatíveis com as publicações da Organização

Mundial de Saúde (OMS), promovendo melhor entendimento entre clínicos, pesquisadores e o público em geral. Desta forma podemos ter Incontinência Urinária (IU), como a queixa de perda involuntária de urina; incontinência urinária de esforço (IUE) queixa da perda involuntária da urina sincrônica ao esforço, espirro ou tosse, incontinência urinária de urgência (IUU), como a queixa de perda involuntária da urina associada ou imediatamente precedida por urgência miccional; incontinência urinária mista (IUM), como a queixa de perda involuntária de urina associada com urgência e com esforço, espirro ou tosse (FELDER, 2006).

A IUM representa uma combinação dos sintomas das IUE e de IUU. As mulheres relatam vazamento de urina com as elevações na pressão intra-abdominal e com uma enorme ânsia de urinar (ABRAMS, 2002).

Termos como síndrome da bexiga hiperativa, síndrome de urgência ou urgência-freqüência denotam a mesma enfermidade de acordo com a nova padronização. Estes sintomas combinados são sugestivos de hiperatividade do detrusor de acordo com a nomenclatura (FELDNER, 2006).

Quanto ao surgimento de qualquer um dos tipos do sintoma, revela-se o fato de que os inúmeros fatores desencadeantes favorecem sua etiologia multifatorial (GROSSE; SENGLER, 2002).

Segundo Chaliha e Stanton (2002), a IUE é o sintoma mais destacado por vários estudos epidemiológicos entre os sintomas urinários na gestação.

A International Continence Society (ICS) 1991, define a IUE como toda perda de urina pelo meato externo da uretra, quando a pressão vesical excede a pressão máxima de fechamento da uretral, na ausência de contração do músculo detrusor (ABRAMS *et al.*, 2002).

Assim, o conceito de IUE baseia-se em dados clínicos e urodinâmicos, ou seja, corresponde a um sintoma: perda involuntária de urina durante esforço físico, a um sinal: identificação da perda da urina pela uretra, sincrônica ao aumento de pressão abdominal e a uma condição: perda de urina, quando a pressão vesical excede a pressão uretral, na ausência de atividade do detrusor (MORENO, 2004).

A continência é mantida quando a pressão na uretra é mais alta que a pressão na bexiga. A presença de músculos vigorosos do assoalho pélvico ajuda a elevar a pressão na uretra. Os músculos do diafragma urogenital desempenham um papel proeminente no fechamento da uretra (WIJMA *et al.*, 2001).

Os mecanismos fisiopatológicos envolvidos na IUE e nos sintomas coexistentes, como urgência, polaciúria, nictúria, alterações do esvaziamento vesical e intestinal e da dor pélvica crônica, 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, 2005; PALMA, 2005; TARAZONA, 2005).

Em termos práticos, a IUE pode ocorrer em duas situações distintas, embora algumas vezes elas possam coexistir. A primeira situação é denominada IUE anatômica ou hiper mobilidade do colo vesical e uretra proximal (PALMA; RICCETTO, 1999). Em uma situação normal de repouso, a pressão uretral é maior que a pressão vesical, determinando a continência. No entanto, na vigência de uma hiper mobilidade, quando ocorre aumento da pressão abdominal durante os esforços,

esta pressão não é transmitida igualmente para uretra e bexiga, de maneira que a pressão vesical torna-se maior que a pressão uretral, ocorrendo à perda urinária. Por ser considerada uma incontinência anatômica, as principais estruturas que podem estar comprometidas são os músculos do assoalho pélvico, a fáscia endopélvica e os ligamentos (HERRMANN; PALMA, 2001).

Sendo assim, alguns fatores de risco que podem comprometer tais estruturas e levar à fraqueza do assoalho pélvico são: idade, paridade, partos vaginais mal conduzidos ou traumáticos, alterações hormonais, obesidade, tosse crônica, histerectomia e cirurgias prévias para correção de IUE, dieta e tipo de atividade física (PEYRAT *et al.*, 2002; SIRACUSANO *et al.*, 2003).

A segunda condição é denominada IUE esfinteriana, decorrente da lesão do mecanismo esfinteriano intrínseco da uretra, cuja pressão uretral é constantemente baixa e a perda urinária ocorre geralmente nos mínimos esforços, e até no repouso. Nesta situação a hiper mobilidade é pouco presente, pois geralmente o colo vesical encontra-se fixo, com fibrose periuretral. Pode estar associada a cirurgias prévias para IUE, traumas, hipoestrogenismo, malformações congênitas, mielodisplasias, entre outras (PALMA, RICCETO, 1999; HERRMANN; PALMA, 2001).

O comprometimento do assoalho pélvico é visto como um dos principais fatores etiopatogênicos da IUE (TELEMAN *et al.*, 2003).

Alguns autores observaram uma diminuição da força e da espessura deste grupo muscular em mulheres incontinentes, sugerindo um dano neuromuscular (GUNNARSSON; MATTIASSON, 1999). Portanto, como na maioria das mulheres incontinentes há uma alteração anatomofuncional do assoalho pélvico, justifica-se a utilização de tratamentos fisioterapêuticos para o fortalecimento e a reeducação desta musculatura (MORKEVED *et al.*, 2002).

O profissional de saúde deve investigar minuciosamente sobre o padrão de micção, estando alerta para as queixas tipo frequência, urgência, nictúria, uma vez que, a perda de urina ao esforço nunca está associada ao ato da micção, mas é consequência sempre de um aumento da pressão intra-abdominal, condicionada por esforço físico, tosse, espiro (RIBEIRO, 1993).

Cerca de metade das mulheres incontinentes apresentam IUE, sendo mais comum entre 25 e 49 anos de idade, com um pico na quarta década de vida (HANNESTAD *et al.*, 2000; MINASSIAN *et al.*, 2003). Em um estudo brasileiro, quando considerada a queixa clínica, a prevalência da IUE foi de 36%, sendo, entretanto, confirmada através do estudo urodinâmicos em apenas 29% (FELDNER *et al.*, 2002).

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

Hojberg *et al.* (1999), a presença de IU durante a gestação, variou de acordo com a paridade, apresentando índices de 4% para nulíparas, 14% para primíparas e 16% para multíparas.

Alguns estudos epidemiológicos mostram a prevalência de sintomas urinários ao longo da gestação. Chaliha *et al.* (1999), analisando 549 gestantes nulíparas, observaram que 35% apresentam incontinência urinária de esforço (IUE), 81,1% polaciúria, 67% nictúria, e 22,9% urgência miccional e por Wijma *et al.* (2001) a prevalência de IUE ocorreu em 59% e 19,9% das gestantes nulíparas avaliadas.

A IUE durante a gravidez é elevada, mas a grande maioria dos casos é transitória, desaparecendo no pós-parto. Apenas uma pequena parcela das pacientes incontinentes mantém a sintomatologia no puerpério (MORENO, 2004).

Assim, é possível constatar que os sintomas urinários desencadeados durante a gestação podem regredir ou desaparecer após o parto, mas existe a possibilidade de uma recorrência no futuro (CHALIHA; STANTON, 2002).

Ainda no estudo de Grosse; Sengler (2002) constatou-se uma prevalência de 40,6% de incontinência urinária 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 preexistente.

Scarpa (2005), em seus estudos, evidenciou uma alta prevalência de sintomas irritativos no terceiro trimestre da gestação. Os sintomas mais freqüentemente observados foram a nictúria 80,6%, polaciúrias 70,3%. (NEL *et al.*, 2001) Relataram nictúria e polaciúria, em 87% e 65,9%, respectivamente, das 66 gestantes avaliadas. (ASLAN *et. al.*, 2003) observaram 65,9% de nictúria e 69,1 de polaciúria entre as 26 gestantes estudadas.

2.3 OS FATORES DE RISCO ASSOCIADOS AOS SINTOMAS URINÁRIOS.

O trabalho de parto e o período expulsivo são possíveis fatores predisponentes das lesões do assoalho pélvico, responsáveis pelo aparecimento de incontinência urinária e fecal e outras afecções pélvicas (MORENO, 2004).

Os fatores de risco para diferentes tipos de IU (esforço, urgência, mista) foram avaliados por Parazzini *et al.* (2003), quando 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 IUE e IUM, mas não interferiu nos sintomas de urge-incontinência. O risco, para todos os tipos de incontinência, aumentou quando

associado a um valor de IMC¹ alto, história de histerectomia, infecção urinária prévia e trauma perineal.

Diversos fatores podem contribuir para agravar o quadro de IU, as condições que produzem aumento crônico na pressão intra-abdominal predis põem todas as formas de distúrbio do assoalho pélvico, sobrecarregando os tecidos já danificados. Os fatores de risco incluem constipação, tosse crônica, fumante, doença pulmonar, obesidade e ocupações que exigem levantamento crônico de peso (RIBEIRO; ROSSI, 2000).

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

De acordo com 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.

Para Persson; Hanssen; 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-nascidos grandes com prevalência de IU.

Schytt, Lindmark; Waldenstrom (2004) associam peso dos recém-nascidos maiores de 3.500 gramas com IU em múltiparas Os trabalhos de Viktrup *et al.* (1992) e Hvidman *et al.* (2002) não conseguiram identificar esta associação.

A episiotomia, utilizada em partos vaginais para proteger o assoalho pélvico, teve seu uso questionado por falta de evidências científicas. Mulheres que foram

¹ O Índice de Massa Corpórea (IMC) é reconhecido como padrão internacional para avaliar o grau de obesidade. O IMC é calculado dividindo-se o peso em kg pela altura ao quadrado.

submetidas à episiotomia desenvolveram incontinência urinária mais freqüente que as que não foram submetidas (SKONER *et al.*, 1994).

No estudo de Casey *et al.* (2005), as mulheres com episiotomia foram mais suscetíveis a referir sintomas de IUU e incontinência fecal após o parto.

Para Perschers *et al.* (1997) a força de contração da musculatura do assoalho pélvico não foi alterada em mulheres que tiveram parto cesáreo. Para Chaliha; Stanton (2002), após o parto cesáreo as alterações fisiopatológicas do assoalho pélvico sejam menos pronunciadas, esta forma de parto não previne totalmente o desencadeamento da incontinência. Para Van Kessel *et al.* (2001) o parto cesáreo, realizado após o início do trabalho de parto, também é considerado um fator de risco para lesão das estruturas do assoalho pélvico.

Peschers *et al.* (2003), em um estudo de caso e controle realizado na Alemanha, avaliaram a presença de incontinência urinária e fecal entre 6 a 24 semanas após o parto em 100 primíparas, sendo 50 com parto vaginal espontâneo e 50 com uso de vácuo extrator. Os sintomas de incontinência fecal iniciado no pós-parto foram relatados por 1/3 das mulheres dos dois grupos. Para incontinência urinária, os achados foram de 28% no grupo com uso de vácuo extrator e 42% no grupo com parto vaginal. 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.

No estudo de Dietz *et al.* (2002), 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 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 etapa do trabalho de parto e peso do recém-nascido. O estudo conclui que o parto vaginal, em especial com uso de instrumentos, afeta negativamente o suporte dos órgãos pélvicos. Todas as formas de parto cesáreo forma relacionadas a uma descida menor dos órgãos pélvicos.

Para Farrel; Allen; Baskett (2001), a prevalência de IU parece ser menor após parto cesáreo.

Fritel *et al.* (2004) em seu estudo, o efeito protetor do parto cesáreo em relação ao surgimento da perda involuntária de urina é incerto, principalmente em longo prazo.

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 incontinência urinária, existindo um aumento da mesma a partir do terceiro parto (PRAUN; BUSATO; PRAUN, 2001).

Schytt; Lindmarck; Waldenstrom (2004) identificaram a multiparidade como fator de risco, quando analisada a associação entre IU e multiparidade em mulheres submetidas ao parto vaginal.

No estudo de Schytt; Lindnmark; Waldenstrom (2004), perímetros cefálicos maiores de 34 centímetros apresentaram significância estatística para a presença de IU nas multíparas.

As pesquisas epidemiológicas têm sido realizadas 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 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).

Dependendo da faixa etária, das características da população, da definição e do critério diagnóstico utilizado, a prevalência da IUE pode variar de 12% a 56% (BURGIO *et al.*, 1991).

Além destes fatores obstétricos, a idade avançada da mulher é uma das causas da incontinência urinária. No estudo de Fritel *et al.* (2004), foi observado que 29% das mulheres primíparas acima de 30 anos, tiveram incontinência urinária de esforço quatro anos após o parto. O mesmo foi confirmado no estudo de Mckinnie *et al.* (2005) e Schytt *et al.* (2004), que encontraram um risco aumentado de desenvolvimento de incontinência urinária em mulheres com idade acima de 35 anos e que tiveram o segundo parto após os 40 anos de idade.

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, 2001).

A obesidade tanto desempenha um papel na fisiopatologia da IUE quanto contribui para sua severidade. Acredita-se que o ganho de peso corporal, durante a

gestação, aumente a pressão sobre as estruturas do assoalho pélvico, causando um tensionamento crônico com enfraquecimento destas estruturas (HOJEBRJ *et al.*; HUNSKAAR *et al.*, 2000).

A prevalência da IUE foi associada ao índice de massa corpórea (IMC) ≥ 30 , valor que indica sobrepeso no terceiro trimestre da gestação, indicando a importância da alteração mecânica no assoalho pélvico como possível fator de risco para o desencadeamento deste sintoma (HVIDMAN *et al.*, 2002)

As doenças do sistema respiratório são fatores de risco para a ocorrência de sintomas de IU antes de engravidar, porque estas provocam episódios de tosse ou espirro, o que a pressão intra-abdominal (SANTOS *et al.*, 2006).

Segundo Chaliha *et al.* (1999), o antecedente materno também é relatado como fator de risco para o desencadeamento da IUE. Em estudo realizado com gestantes, a ocorrência de IUE foi cinco vezes maior naquelas que tinham mães incontinentes, quando comparadas às que não tinham antecedente materno deste sintoma.

Quanto aos índices que apontam à prevalência e incidência da IU, estes dependem das características da população estudada como idade, sexo, as condições físicas e mentais, além da definição de incontinência adotada e das condições de saúde geral da população alvo.

Os informes da literatura, relatados páginas atrás, revelam que a gestação por si só ou associada a outros fatores podem ser um fator de risco para a os sintomas urinários. As identificações desses fatores, bem como as suas prevalências, poderão contribuir para a possibilidade de elaboração projetos de prevenção da incontinência urinária na gestação.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar os sintomas urinários durante a gestação de baixo risco em mulheres assistidas pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Determinar a prevalência de sintomas urinários nos diversos trimestres da gestação;
- Identificar possíveis desconfortos social e higiênico diante dos sintomas urinários durante a gestação;
- Avaliar possíveis associações entre a incontinência urinária referida durante o terceiro trimestre da gestação e os antecedentes de natureza materna, obstétrica e neonatal.

4 METODOLOGIA

4.1 DESENHO DA PESQUISA

Através de estudo observacional, de natureza transversal, foram analisados dados de entrevistas estruturadas, com 501 gestantes de baixo risco, matriculadas no Setor de Pré-natal da Associação Pró-Matre, no período de abril a novembro de 2007.

4.2 CAMPO DA PESQUISA

Este estudo foi desenvolvido nas dependências da Associação Pró-Matre, instituição filantrópica, vinculada ao Sistema Único de Saúde, que presta assistência à população de baixa renda do Estado do Rio de Janeiro.

Localizada no centro da cidade do Rio de Janeiro, atende pacientes dos bairros da Saúde, Centro, São Cristóvão, Bonsucesso, Laranjeiras e baixada fluminense, além de outros bairros e municípios quando referenciadas ou trazidas de ambulância.

4.3 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Foi incluída na presente investigação, gestantes de baixo risco, portadoras de gravidez única; independente de idade, cor e paridade e da idade gestacional e que desejaram participar da pesquisa.

4.4 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Foram excluídas do estudo, gestantes que apresentavam história clínica, relatórios médicos ou sintomas de doenças associadas ou intercorrentes a gestação, como: diabetes; doença hipertensiva específica da prenhez (DHEG), doença pulmonar obstrutiva crônica; uso de medicações que interferem com a função do trato urinário; litíase renal; infecção do sistema urinário; história pregressa de cirurgia do aparelho urinário ou do assoalho pélvico.

4.5 MÉTODO DE COLETA

Os dados foram obtidos de uma entrevista estruturada (APÊNDICE A), com características do sujeito, dados obstétricos, dados referentes aos sintomas urinários.

A entrevistada respondeu individualmente a entrevista (APÊNDICE A), recebendo as informações e explicações necessárias para poder participar da pesquisa, após ler e assinar o termo de consentimento livre e esclarecido (ANEXO A).

Inicialmente foi realizado um estudo piloto, quando foi aplicada a entrevista com a finalidade de verificar possíveis alterações necessárias para um melhor entendimento por parte das participantes. Após realizar as alterações evidenciadas no projeto piloto, iniciou-se a coleta de dados do estudo.

4.6 VARIÁVEIS INDEPENDENTES

TABELA 1: DISTRIBUIÇÃO DAS VARIÁVEIS INDEPENDENTES SEGUNDO OS INDICADORES, MEDIDAS, CATEGORIAS E RESPOSTAS

Indicadores	Variáveis	Medidas	Categoria	Resposta
Materno	Índice de massa corporal (IMC)	Equação peso/altura	> 30	Sim/Não
Materno	Cor/raça	Cor da cútis	Branca	Sim/Não
Obstétrico	Via de parto	Parto transpélvico	≥ 1	Sim/Não
Obstétrico	Episiotomia	Parto transpélvico	Não realizada	Sim/Não
Neonatal	Macrossomia	Medidas em gramas	> 4000 g	Sim/Não

4.7 VARIÁVEIS DEPENDENTES

Os sintomas urinários foram definidos segundo o Comitê de Padronização da Sociedade Internacional de Continência (ABRAMS, 2002).

➤ **Desfecho primário**

Incontinência urinária: é a queixa de perda involuntária de urina.

➤ **Desfechos secundários**

- Polaciúria: é a queixa do paciente que acha que urina com muita frequência durante o dia.
- Nictúria: é a queixa do indivíduo que acorda uma ou mais vezes à noite para urinar.
- Urgência: é a queixa de um súbito e incontrolável desejo de urinar, difícil de ser adiado.
- Urge-incontinência: é a queixa de perda involuntária de urina ou imediatamente procedida, por urgência.
- Enurese noturna: é a queixa de perda involuntária de urina que ocorre durante o sono.
- Jato intermitente: é o termo usado quando o indivíduo descreve que o fluxo de urina para e recomeça, em uma ou mais ocasiões, durante a micção.
- Hesitação ou dificuldade de iniciar a micção: é o termo usado quando o indivíduo descreve dificuldade para iniciar a micção, causando retardo para o início do fluxo, quando o indivíduo já está pronto para urinar.
- Gotejamento terminal: é o termo usado quando o indivíduo descreve final de micção prolongado, quando o fluxo diminui para gotas.
- Sensação de esvaziamento incompleto: é um termo auto-explicativo para uma sensação experimentada pelo indivíduo após a micção.
- Incontinência urinária durante ato sexual: é a ocorrência da perda de urina durante o ato sexual.

4.8 ANÁLISE ESTATÍSTICA

Os dados foram extraídos das entrevistas da população estudada, tabulados e analisados, de forma a permitir a obtenção de prevalências, estimativas de parâmetros como médias, proporções e dispersões (desvio-padrão e variância) das diversas variáveis, cristalizadas através da exibição de tabelas.

Para a elaboração dos cálculos estatísticos e análise dos resultados foram utilizados os softwares **EPI – Info 7.0 e SPSS 13.0.**

Após processo de validação interna os dados foram submetidos à análise estatística subordinada as seguintes etapas:

1ª etapa: Análise descritiva

Caracterização da população estudada, bem como a distribuição dos fatores já explicitados, estratificando e quantificando variáveis segundo os dados já explicitados.

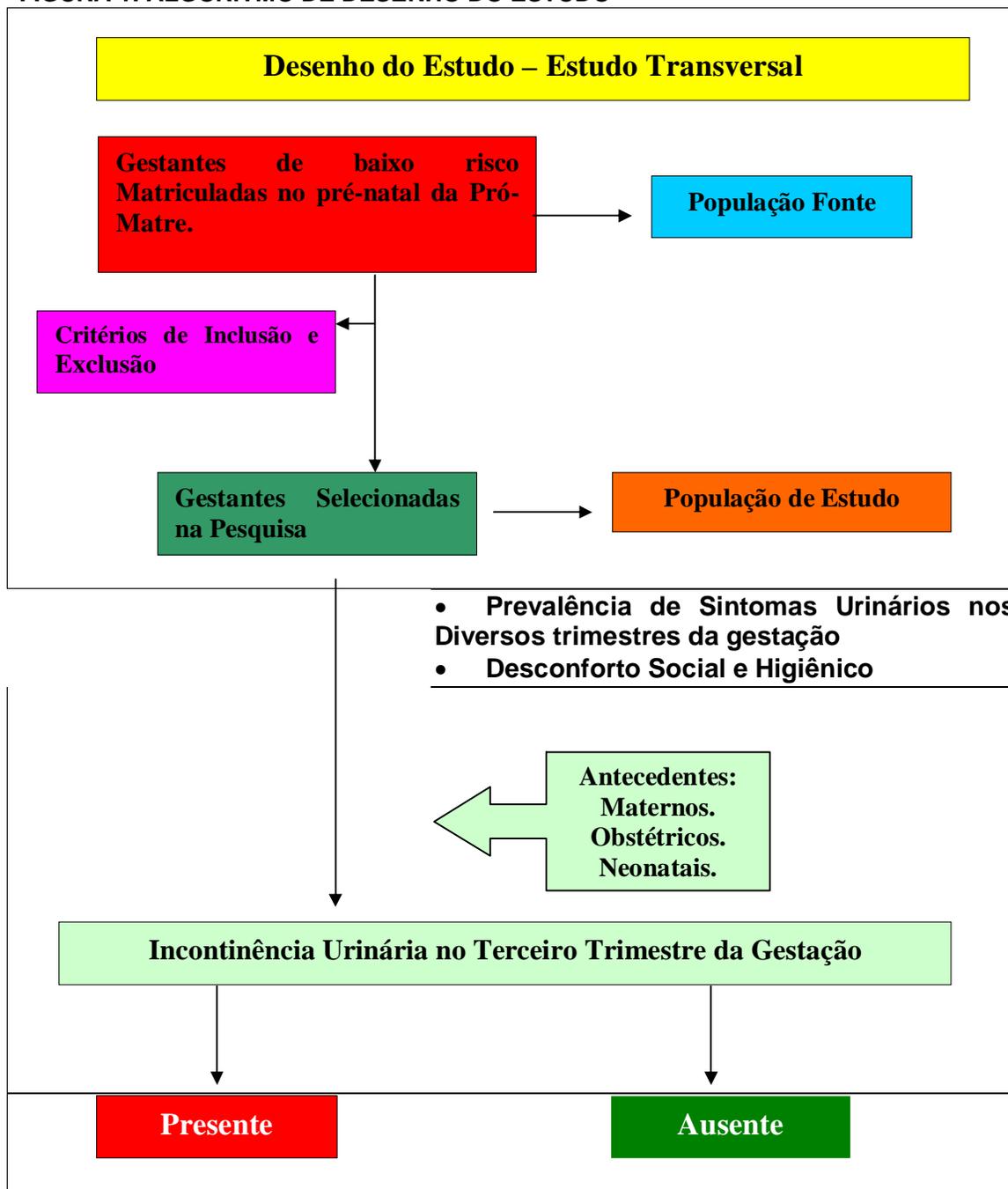
2ª etapa: Análise bivariada

Nesta fase do estudo as variáveis dependentes de natureza materna, obstétrica e neonatal serão confrontadas uma a uma, em tabelas 2 X 2, com o desfecho incontinência urinária de esforço. Os testes estatísticos freqüentemente elegíveis são o Qui-quadrado não corrigido ou o teste de Fisher bilateral, quando as exigências do teste Qui-quadrado não puderem ser satisfeitas, considerando ambos como significativos quando $p \leq 0,05$. Os resultados serão expressos através do cálculo da razão de chances (ODDS RATIO) e de seus intervalos de confiança a 95%.

Intenta-se associar aos mesmos a discussão pertinente aos resultados possibilitando responder e esclarecer questões suscitadas no decorrer da

dissertação proposta. Na certeza de estar contribuindo para um entendimento mais transparente relacionado à prevalência dos sintomas urinários na gestação em usuárias do Sistema Único de Saúde.

FIGURA 1: ALGORÍTMO DE DESENHO DO ESTUDO



4.9 CONSIDERAÇÕES PRELIMINARES DE NATUREZA ÉTICA

Para a execução da presente investigação, o projeto foi apreciado e aprovado pela Comissão de Ética e Pesquisa da Universidade Estácio de Sá. Do mesmo modo foi autorizado pela Chefia da Divisão Médica da Pró-Matre.

Por ocasião da apresentação dos resultados, nenhuma informação que atente contra o anonimato das pacientes envolvidas nessa pesquisa foi divulgada ou veiculada a quaisquer dados que permitam a identificação e caracterização das mesmas como pessoas físicas.

Foi pertinente a pesquisa em apreço a utilização do termo de consentimento livre e esclarecido (ANEXO A), a fim de caracterizar que as informações foram prestadas espontaneamente pelos sujeitos da pesquisa.

5 RESULTADOS

O estudo compreendeu a análise de 523 entrevistas de gestantes matriculadas no Setor de Pré-natal da Associação Pró-Matre, no período de abril a novembro de 2007. Deste universo, 501 constituíram o grupo de estudo por atenderem plenamente às exigências da pesquisa. O restante foi considerado como perda por não atender aos critérios metodológicos previamente definidos.

A idade das gestantes entrevistadas variou de 14 a 43 anos, média de $25,1 \pm 5,6$ anos; sendo a grande maioria formada por nulípara 288 (57,55), seguida de primíparas 149 (29,7%), secundíparas/múltiparas 64 (11,1%). Quanto à raça/cor, 429 (85,6%) foram consideradas não brancas e 72 (14,4%) brancas.

A idade da gestação, na época das entrevistas, variou de 5 a 42 semanas, média de $27,5 \pm 8,2$ semanas, sendo a grande maioria obtida no terceiro trimestre de gestação (TABELA 2).

TABELA 2: DISTRIBUIÇÃO DA POPULAÇÃO ESTUDADA SEGUNDO O TRIMESTRE DE GRAVIDEZ

Trimestre de gravidez	Frequência Absoluta (n)	Frequência Relativa (%)	IC (95%)
1 trimestre	48	9,6%	7,2 - 12,6
2 trimestre	154	30,7%	27,1 - 35,4
3 trimestre	299	59,7%	54,8 - 63,6
Total	501	100,0%	

A prevalência de incontinência urinária durante a gestação foi de 31,1% (IC 95%:27,1-35,4), sendo que a maioria das perdas concentradas aconteceu no terceiro trimestre de gestação (TABELA 3).

TABELA 3: DISTRIBUIÇÃO DOS CASOS DE QUEIXAS DE INCONTINÊNCIA URINÁRIA DURANTE A GESTAÇÃO SEGUNDO O TRIMESTRE DE APARECIMENTO – ANÁLISE DE 156 CASOS

Trimestre	Frequência Absoluta (n)	Frequência Relativa (%)	IC (95%)
1 trimestre	5	3,2%	1,0 - 7,3
2 trimestre	34	21,8%	15,6 - 29,1
3 trimestre	117	75,0%	67,4 - 81,6
Total	156	100,0%	

Os sintomas urinários considerados irritativos estão presentes na gestação em frequência variada, sendo os mais prevalentes: urgência urinária (69,9%), nictúria (88,8%), polaciúria (89,2%) e a sensação de esvaziamento incompleto com (56,1%).

TABELA 4: DISTRIBUIÇÃO DOS SINTOMAS URINÁRIOS IRRITATIVOS OBSERVADOS DURANTE A GESTAÇÃO

Sintomas urinários Irritativos	Frequência Absoluta (n)	Frequência Relativa (%)	IC 95%
Urgência	350	69,9%	65,6 - 73,8
Urge-incontinência	132	26,3%	22,6 - 30,5
Nictúria	445	88,8%	85,7 - 91,4
Polaciúria	447	89,2%	86,1 - 91,7
Enurese Noturna	5	1,0%	0,4 - 2,5
Dificuldade de Iniciar Micção	20	4,0%	2,5 – 6,2
Gotejamento Terminal	199	39,7%	35,4 – 44,2
Sensação de Esvaziamento Incompleto	281	56,1%	51,6 – 60,5
Jato Urinário Intermitente	171	34,1	30,0 – 38,5
Incontinência Urinária durante o ato Sexual	10	2,0%	1,0 – 3,8

A avaliação do desconforto social e higiênico da população que referiu algum tipo de transtorno urinário mostra que existe incômodo com os

eventuais problemas miccionais, ainda que durante a gestação. Os dados revelam que o mau cheiro (29,7%), a situação constrangedora (26,4%) e o fato de permanecer molhada (24,7%) causam um grande desconforto com o ocorrido (TABELA 5).

TABELA 5: DISTRIBUIÇÃO DOS RESULTADOS RELACIONADOS À MENÇÃO DE DESCONFORTO SOCIAL E HIGIÊNICO DA POPULAÇÃO ESTUDADA

Desconforto social e higiênico	Frequência Absoluta (n)	Frequência Relativa (%)
Mau cheiro	36	29,7%
Situação constrangedora	32	26,4%
Ficar molhada	30	24,7%
Incômodo na rua	10	8,2%
Trocar a calcinha	8	6,6%
Levantar á noite	5	4,1%
Total	121	100%

Os dados das entrevistas realizadas no terceiro trimestre revelaram que a prevalência da incontinência urinária no aludido período de gestação foi estabelecida em 39% (IC 95% 33,4 – 44,8), bem acima das observadas nos trimestres anteriores (TABELA 3).

Na tentativa de avaliar a influência de fatores maternos, obstétricos e neonatais associados á incontinência urinária (IU) no terceiro trimestre de gestação, foram cotejadas as seguintes variáveis: cor/raça, Índice de massa corporal (IMC) antecedente de macrossomia, parto vaginal anterior e realização de episiotomia/laceração perineal. Os resultados mostram as diversas prevalências dos eventos estudados (TABELA 6).

TABELA 6: DISTRIBUIÇÃO DA PREVALÊNCIA DAS VARIÁVEIS ESTUDADAS

Variáveis	Frequência Absoluta (n)	Frequência Relativa (%)	IC (95%)
Cor/raça			
Branca	29	9,7	6,6 – 13,6
Não branca	271	90,3	86,4 - 93,4
Índice de Massa Corporal (IMC)			
≥ 30	142	47,3	41,6 - 53,2
< 30	158	52,7	46,8 - 58,4
Macrossomia			
Sim	13	11,1	6,1 - 18,3
Não	104	88,9	81,7 - 93,9
Parto Vaginal Anterior			
Sim	107	89,2	82,2 - 94,1
Não	13	10,8	5,9 - 17,8
Episiotomia/laceração perineal			
Sim	104	96,3	9,8 - 99,0
Não	4	3,7	1,0 - 9,2

Quando confrontados as diversas variáveis com o desfecho incontinência urinária (TABELA 7) observamos que as variáveis analisadas não mostraram associação significativa com o desfecho incontinência urinária na gestação.

TABELA 7: DISTRIBUIÇÃO DOS RESULTADOS DAS VARIÁVEIS ANALISADAS, TENDO COMO DESFECHO A INCONTINÊNCIA URINÁRIA DURANTE A GESTAÇÃO

Variáveis	Incontinência urinária		OR	IC (95%)	p
	presente	ausente			
Cor branca	16/29	101/271	2,07	0,95-4,48	0,051
Índice de Massa Corporal (IMC)	58/142	59/148	1,15	0,72-1,84	0,30
Macrossomia (RN ≥ 4000 gramas)	7/13	51/104	1,21	0,38-3,8	0,4
Parto Vaginal	55/107	4/13	2,37	0,69-8,2	0,13
Ausência de episiotomia	3/4	52/104	2,97	0,30-80,3	0,32

Significância estatística quando $p < 0,05$

6 DISCUSSÃO

Os informes fornecidos pela literatura e os dados da presente investigação mostram a importância do estudo dos transtornos urinários na gestação.

Segundo Glazener *et al.* (2001), várias evidências demonstram que a perda de urina durante a primeira gestação aumenta a probabilidade de desenvolver incontinência urinária após o puerpério, permanecendo ao longo de sua vida. Em seus estudos, a taxa de prevalência de incontinência urinária antes da gravidez é de 11%, durante a gestação 62% e no puerpério 38%.

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

O estudo foi dirigido para avaliar os sintomas urinários durante a gestação. A população estudada foi constituída de 501 gestantes que procuraram de forma espontânea o pré-natal na Associação Pró-Matre, instituição destinada ao atendimento da clientela feminina, de baixa renda do Estado do Rio de Janeiro, vinculada ao Sistema Único de Saúde.

Considerou-se como partícipe da presente investigação gestantes na faixa etária de 14 e 43 anos, sendo (93,8%) até 35 anos; (90%) até 33 anos; (83%) até 30 anos. A idade isoladamente das gestantes não foi valorizada no referente estudo, como eventual fator de risco, visto que está dentro da faixa esperada para reprodução.

Segundo dados da literatura, o sintoma de incontinência urinária é considerado uma condição pertinente às pessoas com faixa etária avançada. O estudo de 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 declínio em sua prevalência.

Hannestad *et al.* (2000) confirmam 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 até os 70 anos, quando começa a aumentar novamente.

A prevalência de incontinência urinária de esforço aumenta com a idade e paridade de forma independente (MILSOM *et al.*, 1993). Numa metanálise foram avaliados 48 estudos epidemiológicos, no período de 1984 a 1995, e concluiu-se que a prevalência da incontinência em mulheres jovens (menos de 30 anos) varia de 5 a 16%; em mulheres de meia-idade (entre 30 a 60 anos) de 14 a 41% com média de 24,5%; e nas idosas (mais de 60 anos) de 4,5 a 44 % com média 23,5% (HAMPEL *et al.*, 1997).

Amostra foi formada por 288 (57,55%) nulíparas; 149 (29,7%) primíparas; 64 (11,1%) secundíparas/múltíparas. O extrato permitiu fossem analisados os fatores associados à incontinência urinária na gestação, por apresentar porcentual expressivo de mulheres expostas ao risco.

Na distribuição da população estudada segundo o trimestre de gravidez, encontramos no primeiro trimestre uma amostra de 48 (9,6%); no segundo trimestre 154 (30,7%); e no terceiro 299 (59,7%).

A dificuldade encontrada, no presente estudo, foi conseguir número para amostra de gestantes no primeiro trimestre de gestação em acompanhamento pré-natal na Associação Pró-Matre. O acesso às vagas disponíveis é difícil devido à alta demanda, quando começam o acompanhamento pré-natal já se encontram no segundo trimestre.

Os dados do Ministério da Saúde mostram que a dificuldade encontrada espelha a realidade do estado do Rio de Janeiro. Na avaliação quantitativa dos cuidados no pré-natal, nas maternidades do município do Rio de Janeiro, entre julho de 1999 e março de 2000, revela que a peregrinação em busca de atendimento foi de 31,8% entre as não brancas, 28,8% entre as pardas e 18,5% entre as brancas.

Das 501 gestantes analisadas, observamos 156 casos (31,1%) que apresentaram incontinência urinária durante a gestação. No primeiro trimestre 3,2% das gestantes apresentaram o sintoma, no segundo trimestre 21,8%, no terceiro trimestre, com 75,0% das gestantes.

Os dados das entrevistas realizadas no terceiro trimestre revelaram que a prevalência da incontinência urinária no aludido período de gestação foi estabelecida em 39% (IC 95%:33,4 – 44,8), bem acima das observadas nos trimestres anteriores.

A incontinência durante a gravidez se manifesta essencialmente nos dois últimos trimestres, em particular no terceiro. Em seus estudos, Grosse; Sengler (2002), observaram que 168 mulheres começaram a apresentar incontinência durante a gravidez, preponderantemente no terceiro trimestre.

Neste estudo, a prevalência dos sintomas urinários presentes na gestação foram à polaciúria (89,2%), nictúria (88,8%), urgência miccional (69,9%), sensação de esvaziamento incompleto (56,1%), gotejamento terminal (39,7%), jato urinário intermitente (34,1%), urge-incontinência (26,3%), dificuldade de iniciar a micção (4,0%), incontinência urinária durante o ato sexual (2,0%), enurese noturna (1,0%).

Chaliha *et al.* (1999) observaram que, entre 549 gestantes estudadas, 67,6% apresentavam nictúria; 81,1% polaciúria; 22,9% urgência miccional, 27% urge-incontinência.

Scarpa (2004), em seu estudo dos sintomas urinários irritativos no terceiro trimestre de gestação, relatou a nictúria 80,6%; polaciúria 70,3%; urgência 44,4%; urge-incontinência 22,6%; enurese noturna 4,4%; gotejamento terminal 52,0%; sensação de esvaziamento incompleto 46,9%; jato urinário intermitente 23,5%.

Para Chaliha; Stanton (2002), os sintomas urinários quando iniciado na gestação podem regredir ou mesmo persistir ao seu término; pode ainda surgir após o parto.

Na avaliação do desconforto social e higiênico dos sintomas urinários, observamos que, na análise 156 casos que apresentaram os sintomas, destas, 121 gestantes relataram insatisfação com a presença de sintomas urinários, sendo o mau cheiro da urina é o fator de maior prevalência (29,7%) seguido de relatar a situação de perda da urina como constrangedora (26,4%), o fato de ficar molhada (24,7%), sentir incômodo na rua (8,2%), trocar a calcinha (6,6%), e levantar à noite (4,1%). Viktrup *et al.* (1992) encontraram uma prevalência em que somente 1% das 305 primíparas, relatou sentir desconforto tendo perda de urina.

Para algumas mulheres uma perda mínima de urina, apenas algumas gotas esporadicamente, pode ser muito penosa em comparação a outras que não percebem como um problema. Tudo depende das atividades de vida diária dessa mulher, onde reside de sua inserção no mercado de trabalho, ou seja, a gravidade do sintoma é diretamente influenciável pelo modo de vida e de como ela lida com essa alteração.

A ocorrência da perda do controle urinário na vida adulta pode diminuir a auto-estima da mulher e ter como conseqüência uma diminuição da atividade social, levando à depressão.

O relacionamento afetivo com o parceiro também pode prejudicar-se em função do medo de cheirar mal, a própria relação sexual sofre modificações, pois, além do medo dos odores, pode existir a perda da urina durante a relação sexual.

Em relação à etnia, no presente estudo não houve associação entre o desencadeamento de incontinência urinária no terceiro trimestre de gestação em mulheres brancas (9,7%) e não brancas (90,3%).

Bump *et al.* (1991) em um estudo com 54 mulheres não brancas e 146 caucasianas, observaram uma diferença significativa entre a prevalência de IUE e a etnia. A probabilidade de ocorrência do sintoma de perda de urina ao esforço foi 2,3 vezes maior nas mulheres brancas que nas não brancas.

De acordo com Hunskaar *et al.* (2002) quanto aos aspectos étnicos e raciais, ainda não existem dados cientificamente comprovados, pois a maioria dos estudos tem sido conduzida com população de mulheres brancas.

Com a população tendendo hoje a obesidade, é uma preocupação o sobrepeso no terceiro trimestre de gestação, devido à alteração mecânica que ocorre sobre as estruturas do assoalho pélvico, com o ganho de peso corporal. Hvidman *et al.* (2002), observaram diferença estatisticamente significativa entre o IMC e a incontinência urinária no último trimestre da gestação, das 352 nulíparas e 290 primíparas analisadas, (27,3%) e (45%) respectivamente eram incontinentes.

Entretanto, observamos no presente estudo que 142 (47,3%) gestantes tinham IMC \geq 30, porém não se observou associação significativa entre IMC e incontinência urinária no terceiro trimestre da gestação.

Em relação a variável macrossomia, no presente estudo, apenas 13 (11,1%) das gestantes, tiveram bebês com peso maior de 4000 quilogramas. Não

observamos associação entre a variável e incontinência urinária na gestação no terceiro trimestre.

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

Para Persson; Hanssen; Rydhstroem (2000) a condição de ter ao menos um filho com 4 kg ou mais, estava significativamente associado com um alto risco de incontinência urinária.

Ayra (2001) não observou associação entre o peso de recém-nascido e incontinência urinária até um ano após o parto.

Observamos que a associação entre incontinência urinária na gestação atual e parto vaginal anterior não foi significativa. Concordando com os autores Viktrup *et al.*, 1992 e Chaliha; Stanton, 2002.

Mckinnie *et al.* (2005) não encontram diferenças significativas entre parto cesáreo ou vaginal em relação à prevalência de algum sintoma de IU.

McLennan *et al.* (2000) não encontraram associação entre a presença de sintomas urinários e a via de parto cesáreo ou vaginal. Entretanto, quando considerado o parto vaginal realizado com fórceps ou com outro instrumento, os autores observaram aumento da prevalência de incontinência urinária.

A incontinência urinária de esforço é mais comum em multíparas e partos transpélvicos, discute-se muito se a causa determinante seja a gravidez ou o parto. As alterações induzidas pela gestação são leves e transitórias, porém, são importantes quando persistem no puerpério (RIBEIRO, 1999).

O parto provoca mudanças anatômicas e funcionais, descida perineal e alargamentos vaginais, que não se restauram completamente, mesmo depois de um

longo período. Dessa maneira, o parto vaginal é apontado como um dos fatores etiológicos da incontinência urinária de esforço (GROSSE; SENGLER, 2002).

Quando confrontamos a variável episiotomia/laceração perineal com o desfecho IU na gestação, não foi encontrada associação significativa.

Nos estudos eletromiográficos de Kein *et al.* (1994) ao terceiro mês pós-parto, mostrou que as mulheres com períneo intacto e aquelas que tiveram uma cesariana apresentavam um pavimento pélvico mais forte e uma recuperação muscular mais rápida do que as doentes que sofreram uma episiotomia, em especial naquelas cuja episiotomia se estendeu para uma rotura grau III ou IV.

Segundo os autores, relativamente à incontinência urinária e cistocele, parece existir alguma associação entre lacerações vaginal anterior e labial um aumento das suas incidências. Isto poderia dar á episiotomia um papel protetor na prevenção destas patologias, mas alguns resultados apresentados não são estatisticamente significativos.

Ayra (2001) não encontrou associação entre presença de laceração na parede anterior e posterior da vagina ou lesão do esfíncter anal e incontinência urinária até um ano após o parto.

No estudo de Schytt, Lindmark; Waldenstrom (2004), as roturas de III e IV graus não apresentam nenhuma relação com incontinência urinária. Em concordância com esses resultados Fritel *et al.* (2004), não consideram as lacerações de 3º grau como fatores de risco para incontinência urinária.

Segundo Grosse; Sengler (2002) as causas dos danos ao assoalho pélvico no parto vaginal são denervação e lesão ou secção da musculatura estriada-esquelética. A denervação do assoalho pélvico ocorre pela passagem do feto

tracionando longitudinalmente a musculatura e o nervo pudendo. O peso do recém-nato e o segundo estágio do trabalho de parto podem agravar a denervação.

Segundo os autores a prevenção das seqüelas perineais da gravidez e principalmente do parto, por um tratamento adequado, deveria permitir limitar no futuro o número de incontinências e prolapso.

As variáveis que não alcançaram significância estatística na análise no presente estudo, têm sido apontadas em outras pesquisas como fatores de risco relacionados à incontinência urinária na gestação. Sugere-se que o aparecimento destes sintomas é de revelação adiada, podendo ocorrer até décadas após a gravidez.

Os fatores associados ao desfecho incontinência urinária, por nós avaliado, ainda que merecedores de crédito esperam pela cristalização da evidência quando estudos com amostras maiores, isoladas ou embarcadas em metanálises, forem concluídos.

Nossa opinião sobre o tema concordante com as Foldspang *et al.* (2004), que sustentam que 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.

O conhecimento das prevalências dos sintomas urinários na gestação poderá trazer um argumento favorável para elaboração de projetos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), visando à melhoria da qualidade da atenção oferecida durante o pré-natal, especialmente abordando e valorizando as queixas de natureza urinárias. Permitindo a possibilidade de atuação do fisioterapeuta, através da cinesioterapia, com reeducação da musculatura do assoalho pélvico, voltado para

prevenção e tratamento dos sintomas urinários e proporcionar um período gestacional com melhor qualidade, além de auxiliar na prevenção da incontinência urinária de esforço no pós-parto, especialmente nas usuárias do SUS, caracterizado por prestar assistência à população carente, mais suscetível a injúrias de natureza diversa.

Importante orientar a população de risco, aquela que sabemos, que apresenta grandes probabilidades de ver sua incontinência se agravar ou persistir no pós-parto, mesmos nos casos de incontinência mínima, a realizar exercícios do assoalho pélvico.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

1- Observamos que os sintomas urinários não são raros durante a gestação. O presente estudo mostra que um percentual significativo de mulheres perdem urina involuntariamente durante a gravidez e a grande maioria experimenta outros sintomas ligados ao aparelho urinário como: polaciúria (89,2%); nictúria (88,8%); urgência (69,9%), sensação de esvaziamento incompleto (56,1%).

2- Os dados permitem concluir que os transtornos urinários durante a gestação precisam ser valorizados. Ainda que não produzam efeitos nocivos ao binômio, devem ser levados em consideração, especialmente pelos incômodos de natureza social e higiênica que provocam.

3- Concluímos ainda que alguns fatores de natureza materna, obstétrica e neonatal que, sabidamente estão associados ao aparecimento de incontinência urinária (IU) ao longo da vida, não mostraram associação com o mesmo desfecho durante a gestação.

REFERÊNCIAS

- ABRAMS, P. *et al.* The standardization of terminology of lower urinary tract function: report from the standardization sub committee of the international continence society. **Am J Obstet Gynecol**, St. Louise, v. 187, n. 1, p. 116-126, jul. 2002.
- ARYA, L. A. *et al.* Risk of new – oset 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.
- ASLAN, D. *et al.* Voiding symptoms in pregnancy: An assessment with International Prostate Symptom Score. **Gynecol Obstet Invest**, v. 55, p. 46-9, 2003.
- BARACHO, E. **Fisioterapia aplicada à Obstetrícia** - Aspectos de ginecologia e neonatologia, 3. ed. Belo Horizonte: Medsi, 2002.
- BERNADES, Nicole O.; PERES, Flávia R.; Souza, Elza L.B.L. *et al.* **Métodos de tratamento utilizados na incontinência urinária de esforço genuína**: um estudo comparativo entre cinesioterapia e eletroestimulação endovaginal. Rio de Janeiro: Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, v. 22, n. 1, 2000. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 12 novembro 2007.
- BO, K. Urinary incontinence, pelvic floor dysfunction, exercise and sport. **Sports Med**, Auckland, v. 34, n. 7, p. 451-464, jul. 2004.
- BUMP, R.C.; HURT, W.G.; FANTL, A.J. *et al.* 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.; *et al.* Urinary Incontinence in the 12 Month Postpartum Period. **Obstet Gynecol**, Hagerstown, v. 102, n. 6, p. 1391-8, dec. 2003.
- CASEY, B. M. *et al.* Obstetric antecedents for postpartum pelvic floor dysfunction. **Am J Obstet Gynecol**, St. Louise, v. 192, n. 5, p. 1655-62, may. 2005.
- CHALIHA, C. *et al.* Antenatal prediction of postpartum urinary and fecal incontinence. **Obstet & Gynecol**, Hagerstown, v. 94, p. 689-94, 1999.
- _____.; STANTON, S.L. Urological problems in pregnancy. **BJU Int**, v. 89, p. 469-76, 2002.
- DELANCEY, J.O.L. Anatomy and biomechanics of genital prolapse. **Clin Obstet Gynecol**, v. 36, p. 897-909, 1993.
- DIETZ, H.P.; CLARKE, B.; HERBISON, P. Bladder neck mobility and urethral closure pressure as predictors of genuine stress incontinence. **Int Urogynecol J**, v. 13, p. 289-93, 2002.
- FALCONER, C. *et al.* Decreased collagen synthesis in stress-incontinent women. **Obstet Gynecol**, v. 84, p. 583-6, 1994.

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

FELDNER, J. P.C *et al.* Valor da queixa clínica e exame físico no diagnóstico da incontinência urinária. **Rev. Brasileira Ginecologia e Obstetrícia**, v. 24, p. 87-91, 2002.

_____. Diagnóstico clínico e subsidiário da incontinência urinária. **Rev. Brasileira Ginecologia e Obstetrícia**. Rio de Janeiro, v. 28, n. 1, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 17 março 2008.

FRITEL, X. *et al.* Stress 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.

FOLDSPANG, A. *et al.* Risk of postpartum urinary incontinence associated with pregnancy and mode of delivery. **Acta Obstet Gynecol Scand**, v. 83, n. 10, p. 923, Oct. 2004.

GLAZENER, C. M. *et al.* Conservative management of persistent postnatal urinary e faecal incontinence: randomised controlled trial. **BMJ**, v. 323, p. 593-6, 2001.

GÉO, M. S. *et al.* Impacto da incontinência urinária na qualidade de vida. **Jornal da Incontinência Urinária Feminina**, v. 6, ago./dez. 2002.

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

GUNNARSSON, M.; MATTIASSON, A. Female stress, urge and mixed urinary incontinence are associated with a chronic and progressive pelvic floor/vaginal neuromuscular disorder: an investigation of 317 health and incontinent women using vaginal surface electromyography. **Neurourol Urodyn**, v. 18, p. 613-21, 1999.

HALL, C. M.; BRODY, L.T. **Exercício terapêutico na busca da função**. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.

HANNESTAD, Y.; S. *et al.* 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.

HERRMANN, V.; PALMA, P. R.. Incontinência Urinária. In: NETTO, N. J.; WROCLAWSKI, E. R.. **Urologia: Fundamentos para o clínico**. São Paulo: Sarvier, cap.1, sec. XIII, p. 247-250, 2001.

HERRMANN, V. *et al.* Eletroestimulação transvaginal do assoalho pélvico no tratamento da incontinência urinária de esforço: avaliações clínica e ultrassonográfica. **Rev. Assoc. Med. Brás**, São Paulo, v. 49, n. 4, p. 401-5, apr. 2003.

HOJBERG, K. E. *et al.* Urinary incontinence: prevalence and risk factors at 16 weeks of gestation. **BJOG**, oxford, v. 106, n. 8, p. 842-50, aug. 1999.

HVIDMAN *et al.* Postpartum urinary incontinence. **Acta Obstet et Gynecol Scand**, Stockholm, v. 82, n. 6, p. 556-63, jun. 2003.

_____. Correlates of urinary incontinence in pregnancy. **Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct**, Surrey, v. 13, n. 5, p. 278-83, oct. 2002.

HUNSKAAR, S. *et al.* Epidemiology and natural history of urinary. In: ABRAMS, P.; CARDOZO, L.; KHOURY, S.; WEIN A (eds). **2 nd international consultation on incontinence**. Plymouth, p. 165-201, 2002.

_____. Epidemiology and natural history of urinary incontinence. **Int Urogynecol J**, v. 11, p. 301-19, 2000.

INTERNATIONAL CONTINENCE SOCIETY COMMITTEE. The standardisation of terminology of lower urinary tract function. In: OSTRGARD, D.R. & BENT. A. E. (eds). **Urogynecology and uridynamics: theory and practice**. Baltimore: Williams & Wilkins, 3. ed., 1991.

KEIN, M. C. *et al.* Relationship of episiotomy to perineal trauma and morbidity, sexual function, and pelvic floor relaxation. **Am J Obstet Gynecol**, v. 171, p. 591-8, 1994.

LACERDA, C. A. M. Estrutura anatômica do assoalho pélvico feminino. In: RUBINSTEIN, I. **Urologia feminina**. São Paulo: BYK, p. 17-27, 1999.

MILSOM, I. *et al.* The influence of age, parity, oral contraception, hysterectomy and menopause on the prevalence of urinary incontinence in women. **J. Urol.**, v. 149, p. 1459-1462, 1993.

MINASSIAN, V.A.; DRUTZ, H.P.; AL-BADR, A. Urinary incontinence as a worldwide problem. **Int J Gynecol Obstet**, New York, v. 82, n. 3, p. 327-328, sep. 2003.

MINISTERIO DA SAUDE. Disponível em: <http://saúde.gov.br/portal/arquivos/pdf/capitulo2_sb.pdf>. Acesso em: 25 abr. 2008.

MORENO, A. L.. **Fisioterapia em Uroginecologia**. São Paulo: Manole, 2004.

MORKEVED, S.; SALVESSEN, K.; BO, K.; EIK-NES, S. Pelvic floor muscle strength and tickness in incontinent women. **Neurourol Urodyn**, v. 21, p. 358-9, 2002.

MCKINNIE, V. *et al.* The effect of pregnancy and mode of delivery on the prevalence of urinary and fecal incontinence. **Am Journal Obstet Gynecol**, St. Louise, v. 193, n. 2, p. 512-517, aug. 2005.

MCLENNAN, A. H. *et al.* 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. 2002.

NEL, J.T.; DIEDERICKS, A.; JOUBERT, G.; ARNDT, K.. A prospective clinical and urodynamic study of bladder function during and after pregnancy. **Int Urogynecol J**, v. 12, p. 21-6, 2001.

ORTIZ, O. C.. Stress urinary in gynecological practice. **Int J Gynecol Obstet**, v. 86, p. S6-S16, 2004.

PALMA, P.C.R.; RICCETO, C.LZ. Incontinência urinária de esforço na mulher. In: NETTO JÚNIOR, N.R. **Urologia prática**. São Paulo: Atheneu, p. 107-21, 1999.

PARAZZINI, F. *et al.* 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.

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, p. 59-65, 2001.

PEYRAT, L. *et al.* Prevalence and risk factors of urinary incontinence in young and middle-aged women. **BJU Int**, v. 98, p. 61-6, 2002.

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. *et al.* Urinary and anal incontinence after vacuum delivery. **Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol**, Amsterdam, v. 110, n. 1, p. 39-42, sep. 2003.

_____. Levator ani functions before and after childbirth. **Br J Obstet Gynecol**, v. 104, p. 1004-8, 1997.

POLDEN, M.; MANTLE, J.. **Fisioterapia em ginecologia e obstetrícia**. 2 ed. São Paulo: Santos, 2002.

RICCETO, C.; PALMA, P.; TARAZONA, A.. Aplicaciones clínicas de la teoría integral de la continência. **Actas Urol Esp**, Madrid, v. 29, n. 1, p. 31-40, jan. 2005.

RIBEIRO, M.. Incontinência Urinária de Esforço. In: HALBE, H.W. **Tratado de ginecologia**. São Paulo: Roca, p. 533-550, 1993.

_____; ROSSI, P.. Diagnóstico clínico e radiológico da incontinência urinária de esforço. In: MONTELLATO, N.; BARACAT, F.; ARAP, S.. **Uroginecologia**. São Paulo: Roca, p. 55-64, 2000.

_____. Incontinência urinária de esforço. In: HALBE, H. W.. **Tratado de Ginecologia**. São Paulo: Roca, p. 662-678, 1999.

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

SCARPA, K. P.. **Prevalência de Sintomas do Trato Urinário Inferior no Terceiro Trimestre de Gestação**. 2004. Dissertação. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. 2004. Disponível em: <<http://www.unicamp.br>>. Acesso em: 09 outubro 2006.

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

SIRACUSANO, S.; PREGAZZI, R.; D'ALOIA, G.; SARTORE, A.; Di BENEDETTO, P.; PECORARI, V. *et al.* Prevalence of urinary incontinence in young and middleaged women in na Italian urban área. **Eur J Obstet Gynecol**, v. 107, p. 201-4, 2003.

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

STEPHENSON, R.G.; O'CONNOR, L. J.. **Fisioterapia aplicada à ginecologia e obstetrícia**. 2 ed. São Paulo: Manole, 2004.

SKONER, M.M. *et al.* **Factors associated with risk of urinary incontinence in women**. Nursing Research, 1994.

TELEMAN, P.M.; GUNNARSSON, M.; LIDFELDT, J. *et al.* Urethral pressure changes in response to squeeze: A population-based study in health and incontinent 53- to 63-year-old women. **Am J Obstet Gynecol**, v. 189, p. 1100-5, 2003.

ULMSTEN, U. *et al.* Different biochemical composition of connective tissue in continent and stress incontinent women. **Acta Obstet Gynecol Scand**, v. 66, p. 455-7, 1987.

VAN KESSEL, K. *et al.* The second stage of labour and stress urinary incontinence. **Am J Obstet Gynecol**, v. 184, p. 1571-5, 2001.

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

WALL, L.. The muscles of the pelvic floor. **Clin Obstet Gynecol**, v. 36, p. 910-25, 1993.

WIJMA, J. *et al.* Anatomical and functional changes in the lower tract during pregnancy. **Br J Obstet Gynecol**, London, v. 110, n. 7, p. 658-663, jul. 2001.

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, feb.1996.

APÊNDICE A: QUESTIONÁRIO

Entrevista nº _____

Data: ___/___/___

I. Dados de Identificação

- Data da entrevista: ___/___/___

- Nome: _____

- Endereço: _____ nº _____

- Tel: _____

II. Caracterização do Sujeito

-1- DN: ___/___/___ Idade: _____

-2- Estado Civil: _____ Cor: _____

-3- Renda: _____ Ocupação: _____

-4- Escolaridade _____ Analfabetismo: ()Sim ()Não

-5- Data da última menstruação: ___/___/___ IG (clínico): _____ IG (USG) _____

-6- Peso = _____ kg Altura = _____ cm IMC = _____

-7- A Sra. tem diabetes? (açúcar no sangue) ()Sim ()Não

-8- A Sra. tem doença obstrutiva crônica? (asma, bronquite) ()Sim ()Não

-9- A Sra. tem infecção urinária? ()Sim ()Não

-10- A Sra. tem cálculo renal ou pedra nos rins? ()Sim ()Não

-11- A Sra. está tomando medicamento atualmente? ()Sim ()Não

(Apenas para resposta afirmativa) Qual? _____

-12- A Sra. já realizou cirurgia pélvica?(cirurgia ginecológica) ()Sim ()Não

(Apenas para resposta afirmativa) Qual? _____

-13- A Sra. Fuma? () Sim () Não

(Apenas para resposta afirmativa) Quantos cigarros por dia? _____

-14- A Sra. Toma café? () Sim () Não

Quantas xícaras por dia? _____

-15- A Sra. Toma bebida alcoólica? () Sim () Não

Com que frequência? () Toda dia da semana () Pelo menos um dia na semana

() Às vezes

III. Dados Obstétricos

-16- Dados dos partos

Partos	Ano	Tipos de parto: vaginal, fórcepe, Cesáreo, cesáreo eletivo.	Episiotomia	Rotura perineal, Laceração	Peso do RN
1º parto					
2º parto					
3º parto					
4º parto					
5º parto					
6º parto					
+ de 6 partos					

IV. Dados Referentes à Perda Urinária

-17- A Sra. Já perdeu urina em alguma situação?

() Não perdeu urina. () Perdeu na gestação anterior:

() Perdeu nesta gestação. () Perdeu nestas e outras gestações.

18- Somente para respostas afirmativas:	Tem perda de urina? 1 = sim 0 = não Se Sim, pergunte o momento.	Momento 1=antes da gestação 2=nesta gestação 3=antes e nesta gestação
No momento em que tossiu, espirou, fez algum esforço físico, ou de risada.		
Logo após sentir uma vontade urgente de urinar, não conseguindo chegar ao banheiro.		
Nessas duas situações.		

-19- Qual a frequência deste fato?

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

-20- A quantidade de urina que a Sra. perde?

- () Pequena () Razoável () Bastante

-21- Essa situação lhe incomodou? () Sim () Não

Por quê? _____

-22- Sobre outros sintomas urinários irritativos:

Sintomas Urinários	Tem tido esse sintoma? 1 = Sim e 0 = Não Se Sim, pergunte o Momento.	Momento 1 = antes da gestação 2 = nesta gestação 3 = antes e nesta gestação
Urgência (você tem vontade forte de urinar e muito difícil de controlar?).		
Urge-incontinência (você perde urina quando sente uma vontade forte de urinar?)		
Nictúria (você acorda uma ou mais vezes noite para urinar?).		
Polaciúria (você urina com muita frequência durante o dia?) ≥ 7 xs ao dia.		
Enurese noturna (você molha a cama á noite?)		
Dificuldade de iniciar micção		
Gotejamento terminal (você tem o final da urina prolongado, ou o fluxo diminui para gotas?).		
Sensação de esvaziamento incompleto (você tem a sensação que ao final da urina você não esvaziou completamente a bexiga?).		
Jato urinário intermitente (a sua urina para e recomeça durante a micção?).		
Incontinência durante o ato sexual (você perde urina durante a relação sexual?)		

ANEXO A: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO

Maternidade Pró-Matre

Título do projeto: ***Prevalência dos sintomas urinários na gestação de baixo risco em usuárias do Sistema Único de Saúde.***

Como voluntária a Senhora está sendo solicitada a participar de uma investigação científica, patrocinada pela Universidade Estácio de Sá, que tem como objetivo principal, a obtenção de informações sobre os sintomas urinários, que podem estar presente durante a gestação. Para participar, a senhora deverá prestar algumas informações sobre sua saúde, bem como dados sobre sua(s) gestações, cujos dados serão arquivados em um formulário (questionário) apropriado.

Este documento procura fornecer a Senhora, informações sobre o problema de saúde em estudo, podendo recusar-se a participar da pesquisa, ou mesmo, dela se afastar em qualquer tempo, sem que este fato lhe venha causar qualquer constrangimento ou penalidade por parte da Instituição.

Os investigadores se obrigam a não revelar a identidade em qualquer publicação resultante do estudo, assim como, poderá interromper a participação da Senhora, a qualquer momento.

Antes de assinar o termo, a senhora deve informar-se plenamente sobre o mesmo, não hesitando em formular perguntas sobre qualquer aspecto que julgar conveniente esclarecer.

Declaro estar ciente do inteiro teor deste Termo de Consentimento, decidindo-me a participar da investigação proposta, depois de ter formulado perguntas e ter recebido resposta satisfatória a todas elas, e, ciente que poderei voltar a fazê-la a qualquer tempo, assim como abandonar a entrevista caso queira. Declaro dar o meu

consentimento para participar desta investigação, estando ciente, ainda, de que uma cópia permanecerá registrada nos arquivos da Instituição participante.

Local e data: _____ / _____ / _____

Nome da Entrevistada _____

Assinatura da Entrevistada _____

Assinatura do Investigador _____

Assinatura da Testemunha _____

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)