



FUNDAÇÃO EDSON QUEIROZ
UNIVERSIDADE DE FORTALEZA
Vice-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação – VRPPG
Centro de Ciências da Saúde – CCS
Mestrado em Saúde Coletiva – MSC

**QUALIDADE DE VIDA DE GESTANTES COM
INCONTINÊNCIA URINÁRIA ATENDIDAS NAS UNIDADES
BÁSICAS DE SAÚDE**

Juliana Lerche Vieira Rocha Pires

Fortaleza - Ceará
Novembro, 2009

Livros Grátis

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

Milhares de livros grátis para download.

JULIANA LERCHE VIEIRA ROCHA PIRES

**QUALIDADE DE VIDA DE GESTANTES COM
INCONTINÊNCIA URINÁRIA ATENDIDAS NAS UNIDADES
BÁSICAS DE SAÚDE**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado em Saúde Coletiva da Universidade de Fortaleza como requisito parcial para a obtenção do Título de Mestre em Saúde Coletiva.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Raimunda Magalhães da Silva

Fortaleza – Ceará

2009

P667q Pires, Juliana Lerche Vieira Rocha.

Qualidade de vida de gestantes com incontinência urinária atendidas nas unidades básicas de saúde / Juliana Lerche Vieira Rocha Pires. - 2009. 94 f.

Dissertação (mestrado) – Universidade de Fortaleza, 2009.

“Orientação: Profa. Dra. Raimunda Magalhães da Silva.”

1. Gravidez. 2. Incontinência urinária. 3. Qualidade de vida. I. Título.

CDU 618.2

JULIANA LERCHE VIEIRA ROCHA PIRES

**QUALIDADE DE VIDA DE GESTANTES COM INCONTINÊNCIA URINÁRIA
ATENDIDAS NAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE**

Grupo de Pesquisa: Políticas e Práticas na Promoção da Saúde

Linha de Pesquisa: Políticas e Práticas na Promoção da Saúde

Núcleo Temático: Saúde da Mulher

Banca Examinadora

Prof.^a Dr.^a Raimunda Magalhães da Silva
Orientadora – UNIFOR

Prof. Dr. Ariel Gustavo Scafuri
Examinador – UFC

Prof.^a Dr.^a Adriana Luciana Moreno Camargo
Examinadora

Prof. Dr. Francisco Herlânio Costa Carvalho
Suplente – UNIFOR

Aprovada em: 15/12/2009

Feliz o homem que acha sabedoria, e o homem que adquire conhecimento; porque melhor é o lucro que ela dá do que o da prata, e melhor a sua renda do que o ouro mais fino. Mais preciosa é do que pérolas, e tudo o que podes desejar não é comparável a ela.

(PV 3:13-15)

Dedico esta dissertação:

- Ao meu marido Jorge que, por amor, suportou os momentos em que me teve longe. A seu modo, entendeu o quanto era importante para mim ampliar meus conhecimentos. E ainda, nos meus momentos de cansaço e desânimo, cozinhava delícias para me alegrar.
- À Luana e Estela, filhas maravilhosas, luzes da minha vida, que aceitaram, tão pacientemente, minhas ausências estudantis.
- À minha mãe Iúta que, em todos os sentidos e desde sempre, incentivou-me a me transformar em pesquisadora.
- Ao meu pai Cesar que, através de seu exemplo de excelência, impulsiona-me a ser cada vez melhor.
- À minha sogra Vanda, que me apoiou e socorreu nos momentos de “sufoco” familiar.
- À Neyliane, irmã do coração, que “segurou” todas as “pontas” profissionais e muitas outras...
- Às minhas funcionárias Fátima, Conceição e Wenia que cuidaram tão bem da minha casa enquanto não pude fazê-lo.
- Aos meus familiares e amigos, por entenderem o tempo que necessitei dispor para concluir este trabalho.
- Aos meus pacientes, que poderão usufruir de uma fisioterapeuta melhor.
- Aos meus alunos que poderão usufruir de uma professora mais qualificada.

Agradeço:

- A Deus, pelos dois anos de caminhada; pois sei que foi ele quem colocou no meu coração o desejo de cursar o Mestrado em Saúde Coletiva e me sustentou nos momentos difíceis, guardou minha casa, minha família e meu trabalho, deu-me resiliência, perseverança e sabedoria, permitindo que eu passasse pela *porta estreita*, até que os seus planos fossem cumpridos.
- À minha orientadora, professora Raimundinha, que me acolheu com sua calma e sabedoria, aceitando a minha decisão por realizar uma pesquisa quantitativa e me ensinou mais do que é possível imaginar – minha eterna admiração.
- À professora Anya que me ajudou, imensamente, na análise estatística dos dados e nas dúvidas que surgiram depois.
- Às professoras Marylin e Zélia que sugeriram a elaboração e contribuíram para o desenvolvimento do portfólio.
- A todos os demais professores do Mestrado em Saúde Coletiva da UNIFOR que, passo-a-passo, contribuíram para transformar a minha temática em conclusão.
- A todos os funcionários do Mestrado em Saúde Coletiva da UNIFOR (Cleide, Widson e Vítor), por sua presteza, solicitude e esmero em tornar a sala S-1 um local onde as *coisas* “funcionam”.
- A todas que realizaram a coleta de dados – Ileana, Liana, Ana Kelly, Caren Kelly, Cleane, Lia e Monalisa – sem as quais não haveriam resultados.
- Aos meus colegas da Faculdade Integrada do Ceará (FIC) – Prof.^a Cleoneide, Prof. Roberto, Prof.^a Leila, Prof.^a Marineide, Prof.^a Michelle e, à coordenadora, Prof.^a Adriana – que me auxiliaram nos momentos em que precisei me dedicar mais ao mestrado do que à instituição.
- Aos valiosos colaboradores e funcionários da Harmonia Materno Infantil Clínica Interdisciplinar que praticaram, tão bem, a autogestão no período em que permaneci no mestrado.
- Aos colegas da III Turma do Mestrado em Saúde Coletiva da UNIFOR, pelo harmonioso convívio durante o curso das aulas.
- Aos componentes da banca examinadora – Dr.^a Adriana L. Moreno Camargo, Dr. Ariel G. Scafuri e Dr. F. Herlânio Costa Carvalho – pois se dispuseram a contribuir prestimosamente, de modo que sem seus comentários esta pesquisa teria pouca relevância.

Não temas, porque eu sou contigo; não te assombres,
porque eu sou o teu Deus; eu te fortaleço, e te ajudo, e
te sustento com a minha destra fiel.

Porque eu, o Senhor, teu Deus, te tomo pela tua mão
direita e te digo: Não temas, que eu te ajudo.

(IS 41:10,13)

RESUMO

A incontinência urinária (IU) é uma doença silenciosa com prevalência de 50% em grávidas, porém não é contemplada como meta que melhore a qualidade de vida (QV) no âmbito da Saúde Coletiva. Objetivou-se (1) identificar o perfil das gestantes com IU atendidas na atenção básica de saúde do Município de Fortaleza/CE; (2) avaliar a QV das gestantes com IU e os domínios afetados de acordo com o *King's Health Questionnaire – KHQ*; (3) identificar os sintomas urinários coexistentes com a IU e os domínios da QV comprometidos por eles; (4) criar uma tecnologia em saúde para subsidiar os profissionais na orientação sobre a IU em gestantes. Estudo quantitativo, transversal, descritivo e exploratório, em 29 unidades básicas de saúde que atendiam ao pré-natal, em todas as seis Secretarias Executivas Regionais do Município de Fortaleza/CE. Utilizou-se a fórmula da amostra aleatória simples, obtendo-se número de 96 gestantes, sendo incluídas mais 6, totalizando 102 grávidas. As participantes tinham idade entre 20 e 39 anos, feto único e idade gestacional (IG) de 32 a 41 semanas. A coleta dos dados aconteceu de julho a setembro de 2009, após aprovação do Comitê de Ética. Foram utilizados o questionário de QV (*KHQ*) e uma entrevista com dados sociodemográficos e obstétricos. A média de idade foi 28,57 anos (dp= 5,28 anos); a quantidade de solteiras e casadas foi igual; 48% das gestantes completaram o ensino médio; a maioria era dona de casa. Houve média de 4,75 residentes/banheiro/moradia. A renda familiar média foi 1,18 salário mínimo. Cerca de 62,7% das gestantes tinham a cor da pele não branca. A média de gestações foi 2,67; de partos 1,4 e abortos 0,33 – na maioria eram primíparas, sem comorbidades, eram sedentárias, não planejaram engravidar e tinham IG média = 34,8 semanas. Nas múltiparas, foi realizado o dobro de partos normais do que cesáreos, com associação positiva para a realização de episiotomia (88,9%). Houve 44,4% de recém-nascidos com peso superior a 3.500g. Os domínios da QV afetados foram (média) – *sono e disposição* 52,56% (dp= 27,54, n= 102); *impacto da IU* 40,51% (dp= 31,34, n= 102); *percepção geral da saúde* 38,73% (dp= 19,47, n= 102); *emoções* 27,44% (dp= 23,56, n= 102); *limitações de atividades diárias* 24,35% (dp= 24,67, n= 102); *escala de medidas de gravidade* 21,41% (dp= 17,67, n= 102); *limitações físicas* 12,42% (dp= 20,13, n= 102); *relacionamento pessoal* 10,44% (dp= 23,56, n= 75); *limitações sociais* 10,02% (dp= 14,22, n= 102). Além da IU, os sintomas urinários relatados foram *aumento da frequência urinária* (97,1%), *noctúria* (96,1%), *IU de esforço* (86%), *urgência urinária* (85,3%), *IU de urgência* (78,4%), *infecção urinária frequente* (70,6%), *dor na bexiga* (69,6%), *dificuldade para urinar* (59,8%), *IU à relação sexual* (57,8%) e *enurese noturna* (55,9%). As correlações mais significativas foram entre parto normal com episiotomia e número de episiotomias (p= 0,001); IU moderada a grave e *sono e disposição* (p= 0,01), *medidas de gravidade* (p= 0,022), *relações pessoais* (0,032) e *impacto da IU* (0,049); cor da pele branca, *emoções* (p=0,006) e *aumento na frequência urinária* (p=0,006); gravidez não planejada, *emoções* (p=0,006), *enurese noturna* (p=0,013), *IU à relação sexual* (p=0,021) e *dor na bexiga* (p=0,033). A *IU à relação sexual* foi o sintoma que mais repercutiu nos domínios da QV (p< 0,0001). Concluiu-se que, apesar de a IU apresentar baixo impacto na QV da gestante, há a necessidade de profissionais de saúde mais bem qualificados para atender ao pré-natal de forma cada vez mais integrada, envolvendo os aspectos físicos, emocionais, sociais e que relacionem a IU à QV durante a gravidez.

Palavras chaves: Gravidez; Qualidade de Vida; Incontinência Urinária.

ABSTRACT

Urinary Incontinence (UI) is a silent disease with 50% prevalence during pregnancy, however it is not contemplated as a public health goal to promote quality of life (QoL). This study aimed to (1) identify the profile of pregnant women with UI attended at the basic health units in Fortaleza/CE/Brazil; (2) evaluate QoL related to UI during pregnancy, and the domains affected according to the *King's Health Questionnaire – KHQ*; (3) identify the coexisting urinary symptoms with UI and the QoL domains affected; (4) create a health technology to help professionals on orienting pregnant women about UI. Quantitative study, cross-sectional, descriptive and exploratory, held on 29 basic health units that performed prenatal care, on all six Executive Regional General Offices in Fortaleza/CE. The simple random sampling formula was used, which resulted on 96 pregnant women, thus, 6 more women were included, and the total was 102 pregnant women. The participants had between 20 and 39 years old, one fetus and gestational age (GA) of 32 to 41 weeks. Data was collected between July and September of 2009, after the Ethic Committee's approval. A QoL questionnaire (*KHQ*) and an interview, containing socialdemographic and obstetrics information, were used. Mean age was 28,57 years (sd= 5,28); the amount of single and married women were the same; 48% completed high school; the majority were housewives. There were 4,75 residents/bathroom/house. Mean family income was 1,18 minimum salary. About 62,7% was non-white skin color. Mean number of pregnancies was 2,67; 1,4 of births and 0,33 of abortion – the greater part were primiparous, without co-morbidities, sedentary, got pregnant without planning, and the mean GA was 34,8 weeks. The multiparous had two times more vaginal delivery than cesarean section, and positive association for episiotomy (88,9%). There was 44,4% of newborns with birth weight above 3.500g. The QoL domains affected were (mean) – *sleep/energy disturbance* 52,56% (sd= 27,54, n= 102); *UI impact* 40,51% (sd= 31,34, n= 102); *general health perception* 38,73% (sd= 19,47, n= 102); *emotions* 27,44% (dp= 23,56, n= 102); *impact on daily activities* 24,35% (sd= 24,67, n= 102); *severity measures* scale 21,41% (sd= 17,67, n= 102); *physical limitations* 12,42% (sd= 20,13, n= 102); *personal relationships* 10,44% (sd= 23,56, n= 75); *impact on social activities* 10,02% (sd= 14,22, n= 102). Although all women had UI, other urinary symptoms were described: *increased urinary frequency* (97,1%), *nocturia* (96,1%), *stress UI* (86%), *urgency* (85,3%), *urge incontinence* (78,4%), *frequent urinary tract infections* (70,6%), *bladder pain* (69,6%), *difficulty passing urine* (59,8%), *coital incontinence* (57, 8%) e *nocturnal enuresis* (55,9%). The most significant correlations were between vaginal delivery with episiotomy and number of episiotomies (p=0,001); mild to serious UI and *sleep/energy disturbance* (p=0,01), *severity measures* scale (p= 0,022), *personal relationships* (0,032) and *UI impact* (0,049); white skin color, *emotions* (p=0,006) and *increased urinary frequency* (p=0,006); non planed pregnancy, *emotions* (p=0,006), *nocturnal enuresis* (p=0,013), *coital incontinence* (p=0,021) and *bladder pain* (p=0,033). *Coital incontinence* was the symptom that impaired most of QoL domains (p<0,0001). Despite urinary incontinence causes minimal impact on pregnant women's QoL, there is an urge for better-qualified health professionals to attend prenatal services on an integrated way, which involves the physical, emotional and social aspects and that relate UI to QoL during pregnancy.

Key words: Pregnancy; Quality of Life; Urinary Incontinence.

LISTA DE TABELAS

1	Distribuição das respondentes da pesquisa por SER do Município de Fortaleza/CE.....	37
2	Distribuição da frequência e percentual da escolaridade e da ocupação das gestantes..	38
3	Distribuição da idade gestacional em semanas pela frequência e percentual.....	39
4	Distribuição do padrão dos sintomas urinários conforme a média e desvio padrão.....	41
5	Distribuição dos domínios da QV e escala de medidas de gravidade de acordo média e desvio padrão.....	42
6	Prevalência de sintomas urinários co-existentes em gestantes com IU.....	42
7	Classificação da intensidade da IU (IUE e/ou IUU) pela frequência e percentual.....	43
8	Comparação entre os domínios da QV e a intensidade da perda urinária.....	43
9	Correlação entre os domínios da QV com as variáveis “cor da pele”, “gravidez planejada”, “estado civil”, “local da atividade ocupacional” e “renda familiar”.....	45
10	Correlação entre os sintomas urinários com as variáveis “cor da pele”, “gravidez planejada”, “estado civil”, “local da atividade ocupacional” e “renda familiar”.....	45
11	Correlação entre quantidade de episiotomia anterior, peso ao nascer (do RN mais pesado) e parto normal prévio.....	47
12	Correlação entre os domínios da QV e cada sintoma urinário.....	48

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AP	– Assoalho pélvico
ATS	– Avaliação de Tecnologias em Saúde
CSF	– Centro de Saúde da Família
dp	– Desvio padrão
ICS	– <i>International Continence Society</i>
IF	– Incontinência fecal
IG	– Idade gestacional
IMC	– Índice de massa corpórea
IU	– Incontinência urinária
IUE	– Incontinência urinária de esforço
IUM	– Incontinência urinária mista
IUU	– Incontinência urinária de urgência
KHQ	– <i>King's Health Questionnaire</i>
PC	– Parto cesárea
PN	– Parto normal
PNPS	– Política Nacional de Promoção da Saúde
QV	– Qualidade de vida
RN	– Recém nascido
SER	– Secretarias Executivas Regionais
SIAB	– Sistema de informação da atenção básica
SPSS	– <i>Statistical Package for Social Services</i>
SUS	– Sistema Único de Saúde
TMAP	– Treino muscular do assoalho pélvico
UBS	– Unidade básica de saúde
UU	– Urgência urinária

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	12
2	OBJETIVOS.....	14
3	REFERENCIAL TEÓRICO.....	15
	3.1 Termos técnicos.....	15
	3.2 Epidemiologia da incontinência urinária na gestação.....	16
	3.3 Gestação – anatomofisiologia do trato urinário e assoalho pélvico.....	19
	3.4 Políticas Públicas de Saúde.....	23
	3.5 Indicadores de saúde.....	25
	3.6 Qualidade de vida.....	27
	3.7 <i>King's Health Questionnaire</i>	29
	3.8 Tecnologias em saúde.....	30
	3.8.1 Análise do Manual Técnico Pré-Natal e Puerpério.....	30
	3.8.2 Análise do Cartão da Gestante.....	31
4	METODOLOGIA.....	33
	4.1 Local do estudo.....	33
	4.2 Amostra.....	33
	4.3 Critérios de inclusão.....	34
	4.4 Critérios de exclusão.....	34
	4.5 Coleta de dados e instrumentos	34
	4.6 Análise dos dados.....	35
	4.7 Aspectos éticos.....	35
5	RESULTADOS.....	37
6	DISCUSSÃO.....	51
	CONCLUSÃO.....	57
	REFERÊNCIAS.....	60
	APÊNDICES.....	66
	ANEXOS.....	88

1 INTRODUÇÃO

A saúde da mulher constitui meta no âmbito da saúde coletiva mundial, nacional e local. Para tanto, é necessário que os profissionais de saúde sejam capazes de entender a saúde da mulher de modo cada vez mais amplo, nos aspectos físicos, emocionais, sociais e relativos à sua qualidade de vida.

Conforme dados do DATASUS (2008a), no ano de 2006, as mulheres constituíam maioria, tanto da população brasileira (50,84%), como do Município de Fortaleza (53,23%). Observa-se ainda que sua *esperança de vida ao nascer* também se configura superior à masculina – sendo, no Brasil, 76,22 anos *versus* 68,67 anos e, no Ceará, 74,39 anos *versus* 65,68 anos, respectivamente (DATASUS, 2008b). Em contrapartida, as mulheres adoecem mais frequentemente do que os homens (BRASIL, 2004).

Mesmo tendo o Ministério da Saúde considerado que a saúde da mulher é prioridade do Governo ao elaborar a *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher – Princípios e Diretrizes* (BRASIL, 2004), alguns aspectos da vida feminina ainda não foram privilegiados como política nacional, a citar a abordagem preventiva e curativa da incontinência urinária (IU). Bem se sabe que a IU não acarretará óbito, porém abala, significativamente, a qualidade de vida das mulheres acometidas.

Entende-se por IU qualquer perda involuntária de urina (ABRAMS *et al.*, 2005a). Diversos estudos epidemiológicos sobre essa doença foram conduzidos no mundo, variando conforme a faixa etária, população, definição de IU e diferentes metodologias. Observa-se, contudo, prevalência de IU (qualquer perda) em 25% das mulheres acima de 20 anos, podendo atingir 40% naquelas com 90 anos ou mais de vida (HANNESTAD *et al.*, 2000). Considerando que a população feminina possui maior expectativa de vida, esta poderá ser afetada com maior severidade pela IU, sem dispor de tratamento adequado e desejável junto ao serviço de saúde.

Observa-se, ainda, que a gravidez constitui fator de risco para disfunções do assoalho pélvico (AP) – em especial a IU (MORENO, 2004). Estudos de prevalência da IU na gravidez são controversos na quantidade de mulheres acometidas pela patologia. Sabe-se que esta entidade é menos comum no primeiro trimestre gestacional e aumenta com o passar dos meses. Além disto, a severidade dos sintomas também aumenta ao se aproximar do termo da gravidez (HANNESTAD *et al.*, 2000).

Ressalta-se, também, o fato de que enquanto essa enfermidade não for encarada como um problema de saúde coletiva, os custos gerados com essa condição continuarão a aumentar. Em 2000, o *United States National Institutes of Health* (NIH) publicou um compêndio de “custo doença-específico”, evidenciando que a IU corresponde à condição urológica ou renal de mais elevada despesa, sendo semelhante em magnitude à HIV/AIDS (US\$ 13.2 bilhões em 1999), asma (US\$ 14 bilhões em 1996) e câncer de mama (US\$ 12.7 bilhões em 1990).

Uma vez que a IU acomete principalmente o sexo feminino, a integralidade do cuidado não poderá ser considerada completa enquanto não houver diretriz que a contemple, ou não seja incorporada à prática do pré-natal e do climatério.

Com efeito, estudos de qualidade de vida têm servido de importante variável para a avaliação de recursos que visem à prevenção e ao tratamento em saúde, uma vez que a Organização Mundial de Saúde (OMS) descreve qualidade de vida como a percepção das pessoas de sua posição na vida, no contexto de cultura e sistema de valores nos quais elas vivem, mantendo relação com suas metas, expectativas e padrões sociais, sendo, portanto, um construto subjetivo (WHOQOL, 1995). Dolan e colaboradores (2004) também contextualizam que a aplicação de instrumentos de qualidade de vida em mulheres com IU (antenatal e pós-natal) possibilita a mensuração objetiva do impacto desses sintomas no estilo de vida, explicitando a severidade da condição, em um momento no qual os sintomas são comuns e geralmente surgem pela primeira vez.

O interesse pelo tema como objeto de pesquisa surgiu da nossa experiência profissional atendendo na área de Fisioterapia em Obstetrícia e Uroginecologia. Observamos que as queixas relativas a essa condição se equiparam aos dados encontrados na literatura. Um levantamento interno feito com 90 gestantes, avaliadas pela mesma fisioterapeuta, entre janeiro e novembro de 2008, em clínica privada, evidenciou que 26,67% das gestantes apresentaram perda urinária.

Ante de tal fato, questionamos: como a gestante percebe sua qualidade de vida quando apresenta perda de urina?

2 OBJETIVOS

- Identificar o perfil das gestantes com incontinência urinária (IU) atendidas na atenção básica de saúde do Município de Fortaleza/CE.

- Avaliar a qualidade de vida das gestantes com IU e os domínios afetados, de acordo com o *King's Health Questionnaire – KHQ*.

- Identificar os sintomas urinários coexistentes com a IU e os domínios da QV comprometidos por estes sintomas.

- Criar uma tecnologia em saúde para subsidiar profissionais de saúde na orientação sobre a IU em gestantes.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 Termos técnicos

Internacionalmente, existe uma instituição que desenvolve diversas pesquisas envolvendo distúrbios do assoalho pélvico - *International Continent Society (ICS)*. Grande parte da terminologia adotada na área foi padronizada por Abrams *et al.* (2002), a saber:

- 1) Incontinência urinária (IU) – qualquer perda involuntária de urina.
- 2) Incontinência urinária de esforço (IUE) – perda urinária involuntária que ocorre após exercício físico, tosse ou espirro.
- 3) Incontinência urinária de urgência ou urgeincontinência (IUU) – perda involuntária de urina, acompanhada ou precedida imediatamente de urgência urinária.
- 4) Incontinência urinária mista (IUM) – perda involuntária de urina associada à urgência e também com exercício, tosse, espirro ou esforço.
- 5) Noctúria – queixa que o paciente apresenta de acordar durante a noite uma ou mais vezes para urinar.
- 6) Enurese noturna – qualquer perda involuntária de urina durante o sono noturno.
- 7) Gotejamento pós-miccional – perda involuntária de urina imediatamente após a micção, usualmente após deixar o banheiro – homens – e após levantar do vaso sanitário – mulheres.
- 8) Urgência urinária (UU) – desejo repentino, dificilmente inadiável, de urinar.
- 9) Frequência urinária aumentada (polaciúria) – indivíduo relata urinar mais de sete vezes ao dia.
- 10) Prolapso – deslocamento para baixo de órgãos pélvicos (útero, intestino e bexiga).
- 11) Incontinência fecal (IF) – perda involuntária de material fecal (BARACHO, 2007).
- 12) Alterações sexológicas – englobam sintomas como dor, diminuição do prazer, ausência de orgasmos (BARACHO, 2007).

13) Constipação – eliminação intestinal dificultosa que ocorre a cada 3-4 dias, requerendo maior esforço na evacuação (LOCKE, PEMBERTON, e PHILLIPS, 2000).

14) Assoalho pélvico (AP) – conjunto de músculos, ligamentos e fâscias que em conjunto sustentam órgãos internos localizados na pelve feminina (bexiga, intestino, útero), possuindo também efeito esfínteriano, o qual mantém a continência urinária e fecal, além de contribuir para o prazer sexual feminino (BARACHO, 2007).

Faz-se relevante a padronização destas diversas patologias, a fim de que seja utilizada a mesma nomenclatura nas pesquisas relacionadas ao assunto ora focalizado.

3.2 Epidemiologia da incontinência urinária na gestação

No Brasil, cerca de 10% das pacientes que procuram os ambulatórios de Ginecologia têm a perda de urina como queixa principal (RIBEIRO *et al.*, 1989). Outros estudos apontam que 30 a 50% das mulheres, mesmo jovens, são incapazes de contrair o assoalho pélvico espontaneamente (GROSSE; SENGLER 2002).

Por carência de dados nacionais, observou-se em 1998, nos Estados Unidos (EUA), uma estimativa que 6,32 milhões de indivíduos tivessem incontinência, enquanto em 1991, no Reino Unido, seriam 10 milhões de pessoas (ABRAMS *et al.*, 2005a). Ante tais dados epidemiológicos, Hu e colaboradores (2004) identificaram o fato de que, no ano de 2000, o custo com incontinência urinária nos EUA foi estimado em US\$ 19.5 bilhões. Também em 2000, o *U.S. National Institutes of Health* informou – no compêndio de “custo doença-específico” – que a incontinência urinária era a patologia urológica de maior custo, sendo semelhante em magnitude a HIV/AIDS (US\$ 13.2 bilhões em 1999), asma (US\$ 14 bilhões em 1996) e câncer de mama (US\$ 12.7 bilhões em 1990).

A revisão da literatura enumera vários custos diretos e indiretos produzidos pela IU em idosos. Estima-se que 6,32 milhões de indivíduos nos EUA sofram de incontinência (WAGNER e HU, 1998). Os custos diretos foram avaliados em 25,6 bilhões de dólares e os indiretos em cerca de 704 milhões de dólares, para um total estimado de 26,3 bilhões de dólares. No Reino Unido, cerca de 10 milhões de pessoas sofrem de incontinência urinária. Tal fato constitui elemento gerador de exclusão social, interferindo na saúde física e mental, decorrente da rejeição gerada pelos familiares, além de ser um importante fator na decisão de institucionalização do idoso (ABRAMS *et al.*, 2005a).

A prevenção da incontinência urinária, por sua vez, representa economia em tratamentos (medicação, cirurgia, hospital), com incapacitação, absenteísmo ao trabalho e depressão.

São considerados três níveis de prevenção para os distúrbios do assoalho pélvico (ABRAMS *et al.*, 2005b):

- prevenção primária – remoção das causas;
- prevenção secundária – detecção de disfunções assintomáticas e tratamento, com a finalidade de interromper a progressão das alterações e
- prevenção terciária – intervenção nos sintomas para evitar progressão da patologia.

Tem-se observado que a gravidez constitui fator de risco para disfunções do assoalho pélvico (especialmente a IU) por prováveis alterações hormonais e mecânicas sobre a musculatura pélvica e modificação na posição dos órgãos (MORENO, 2004). Thorp *et al.* (1999) relataram prevalência de IU em 15% das gestantes durante o primeiro trimestre, 35% no segundo e 40% no terceiro.

Para Bruschini e Truzzi (2006), durante a gestação, a incontinência urinária pode decorrer da hiper mobilidade do colo vesical, gerado pela redução na tensão do tecido conectivo (promovido pela diminuição do conteúdo de colágeno) e aumento de glicosaminoglicanas. Algumas das modificações funcionais produzidas pelo estado gravídico sobre o trato urinário e AP são reversíveis no puerpério; contudo, certos órgãos são mais vulneráveis e tornam-se irreversivelmente comprometidos pela gestação e/ou parto, causando, por exemplo, alteração na função renal, incontinência urinária, hipertensão e urolitíase.

Bø *et al.* (2007) afirmaram que para o AP o parto vaginal é, provavelmente, o momento mais estressante na vida de uma mulher. Os mesmos autores ressaltam que ainda se tem muito a pesquisar sobre a relação entre a gravidez, as modificações ocorridas no AP e IUE. Já se sabe, porém, que, na maioria das vezes, a gravidez piora uma IUE preexistente.

Para Bø e colaboradores (2007), a IUE pode decorrer de quatro mecanismos no parto vaginal, a saber: (1) o esforço mecânico do parto vaginal pode lesar o tecido conjuntivo de suporte; (2) a apresentação do feto no trabalho de parto pode comprimir as estruturas pélvicas, causando-lhes lesão vascular; (3) dano a nervos e/ou músculos do AP causados pelo trauma do parto; (4) lesão direta no trato urinário durante o trabalho de parto e parto, visto que as adaptações fisiológicas gravídicas (a serem esclarecidas adiante) podem tornar a mulher suscetível a este processo fisiopatológico.

A gravidez, por si, causa mínimo comprometimento no suprimento nervoso do AP. Evidências apontam que a lesão acontece no segundo estágio do trabalho de parto, sendo mais

neurogênica do que muscular. Tal fato se explica pelas diferenças em vulnerabilidade de nervos e músculos esqueléticos do AP. Os primeiros suportam 6-22% de alongamento (do seu tamanho original) antes que sejam lesionados, enquanto os músculos estriados são capazes de se distender até 200% do tamanho original (JÜNEMANN e THÜROFF, 1994; ASTRAND e RODAHL, 1986).

Comparando-se gestantes continentas e incontinentes, as últimas apresentam função do esfíncter urinário diminuída (BØ *et al.*, 2007).

A idade é outro fator importante para o surgimento das disfunções ao baixo trato urinário. Gunnarson e Mattiasson (2002) observaram que mulheres com idade acima de 30 anos e com parto vaginal traumático tiveram mais do que o dobro do risco de desenvolver tais disfunções do que aquelas com idade inferior a 30 anos.

Dentro desta conjunção de problemas, merece destaque um estudo brasileiro, realizado na Clínica Antenatal da Universidade de Campinas/SP, feito com 340 gestantes, durante o 3º trimestre de gestação. Esta investigação constatou que 50% das grávidas apresentaram IUE na gravidez (SCARPA *et al.*, 2006). O mesmo estudo não indicou correlação entre o índice de massa corpórea ou raça, com o surgimento de IU. Já a perda de urina durante esforços, como tosse e risada, teve relação direta com a multiparidade. Comparando-se a via de parto com a ocorrência de IU, apenas as mulheres que tiveram acima de quatro partos, exclusivamente por via baixa, obtiveram duas vezes mais chances de perder urina do que as nulíparas. Segundo os autores, este fato sugere que a paridade, em vez da via de parto, seria fator de risco mais relevante para IUE. 45,5% das nulíparas, no entanto, também apresentaram referido sintoma.

Após o parto, a força da musculatura do AP decresce, podendo persistir (DUMOULIN *et al.*, 2004) ou não, atingindo os valores anteriores em algumas semanas (PESCHER *et al.*, 1997). Certos parâmetros parecem relacionar-se diretamente com o surgimento de incontinência futura: uso de fórceps, duração do trabalho de parto, paridade, hiper mobilidade do colo vesical preexistente (BØ *et al.*, 2007). Para Cutner e Cardozo (1992), a analgesia epidural no trabalho de parto pode contribuir para a severidade das lesões ao AP. Outro fator agravante ao AP é a realização de episiotomia; segundo Bø *et al.* (2007), ela pode agravar disfunções ao AP no pós-parto, contudo, não existem ainda evidências científicas suficientes que a relacionem à IUE.

Herrmann *et al.* (2009), em um estudo de coorte conduzido em Campinas/SP, observaram que após três anos do parto, as mulheres assintomáticas para IU que tiveram parto vaginal apresentaram 2,4 vezes mais IUE do que as que tiveram parto cesáreo (19,2% e 8,0%, respectivamente). Constatou-se correlação significativa entre paridade e IUE, haja vista a

queda significativa na incidência de IUE nas primigestas ($p=0.0073$) e multigestas de dois-três partos ($p<0.0001$), mas não nas múltiparas de quatro ou mais partos ($p=0.5637$).

Em estudo de prevalência realizado com a mesma população, 47,7% das gestantes referiram que os sintomas urinários comprometiam sua qualidade de vida. Após três anos do parto, 91,9% das mesmas mulheres entrevistadas referiram desconforto ou constrangimento decorrente da IUE (SCARPA *et al.*, 2006 e HERRMANN *et al.*, 2009).

Segundo Mørkved e colaboradores (2008), após o parto, cerca de 1/3 das mulheres apresentam IU e 1/10 IF. Os autores realizaram revisão sistemática e constataram haver evidência de que o treino muscular do AP em primigestas é capaz de prevenir IU ao final da gravidez e no pós-parto. Também se deve realizar o tratamento em mulheres com IU persistente pós-parto. É possível que os efeitos do fortalecimento do AP sejam superiores em populações-alvo, como, por exemplo, primíparas, mulheres com diagnóstico de hipermobilidade do colo vesical no início da gestação, feto macrossômico ou parto a fórceps.

Assim, sabendo-se que a incontinência urinária é decorrente de alterações no AP, podendo ser causado pela gestação e também associado a outros fatores fisiopatológicos, e que possui alto custo para o Governo e/ou a população, sugerimos a adoção de medidas preventivas a fim de que os dados epidemiológicos não aumentem – já que a estimativa de vida das mulheres supera a dos homens no Brasil.

3.3 Gestação – anatomofisiologia do trato urinário e assoalho pélvico

Segundo Maldonado (1997), a gravidez constitui um período de transição, normal, o qual faz parte do desenvolvimento da mulher. Nele ocorrem reestruturação e reajustamento em várias dimensões, sejam elas físicas, na mudança de identidade e definições de papéis. A mulher passa a se olhar e a ser olhada de maneira diferente, sendo necessário fazer considerações sobre os conflitos vividos pela gestante. Com efeito, a atenção e os cuidados a ela dispensados neste momento independem de condição socioeconômica, grau de instrução, idade, estado civil e paridade.

A gravidez é o período em que a anatomia e a fisiologia do corpo feminino mais rapidamente se modificam. Essas alterações constituem parte da resposta adaptativa do organismo materno ao crescimento e desenvolvimento fetal.

No trato urinário, essas alterações (anatômicas e funcionais) merecem especial atenção, pois são responsáveis pela alta incidência de litíase, infecção urinária e incontinência urinária (WIJMA *et al.*, 2001).

A relação íntima entre útero e bexiga explica a compressão exercida à bexiga desde o princípio da gravidez, ensejando aumento da frequência urinária. No primeiro trimestre de gestação, o útero aumenta de volume, porém permanece alocado na pelve. No 2º trimestre, ele supera o estreito superior da pelve e, ao 3º trimestre, preenche a cavidade abdominal, deslocando as vísceras abdominais (WILLIAM *et al.*, 1995).

Ao longo da gravidez, o rim aumenta de tamanho e espessura, podendo variar de 1 a 1,5cm (BIYANI e JOYCE, 2002). Tal alteração decorre do aumento da vascularização renal e do volume do espaço intersticial renal durante a gravidez. Este fato pode ocasionar elevação na taxa de filtração glomerular de 30 a 50% (WEISS e GILLENWATER, 1996). Somente seis meses após o parto é que o rim volta ao seu tamanho normal. Sabe-se que o aumento da hemodinâmica renal constitui uma das alterações funcionais de maior impacto na gestante, sendo ela fundamental, pois contribui para o contínuo desenvolvimento e maturação fetal.

Também ocorre dilatação dos cálices renais, da pelve renal e do ureter, o que constitui as principais alterações observadas no trato urinário durante o período gravídico. Esta alteração decorre fatores mecânicos e hormônios próprios desta fase. Um deles é a progesterona, que promove redução da contratilidade de todos os músculos lisos. Estando o músculo liso ureteral mais relaxado, ocorrem diminuição da peristalse ureteral e dilatação do ureter (SAMPAIO e FAVORITO, 2006).

Observa-se a ocorrência de refluxo vesicoureteral em apenas 3,7% das gestantes (MIKHAIL e ANYAEBUNAM, 1995), evento mediado por três fatores o fato – hipertrofia e hiperplasia da parede ureteral intravesical, a qual permite que o ureter se conecte à bexiga de forma mais perpendicular (TOMEZSKO e SAND, 1997); redução na capacidade contrátil do detrusor, pois altera a compressão passiva do ureter e permite o refluxo de urina e diminuição da peristalse ureteral, acompanhada do aumento da pressão vesical. Os níveis elevados de progesterona e gonadotrofinas ocasionam relaxamento da musculatura lisa do ureter. Já a compressão uterina (fator mecânico) ainda contribui para dilatação do sistema coletor e ureteral da gestante (BRUSCHINI e TRUZZI, 2006).

Conforme já comentamos, em decorrência do volume do útero, a bexiga apresenta alterações anatômicas e fisiológicas significativas durante a gravidez. Enquanto o útero cresce, a bexiga é arrastada para cima e para frente, com diminuição de seu diâmetro anteroposterior, situando-se mais no plano abdominal do que pélvico. Concomitante à descida fetal (ao término do período gestacional), a barra intertrigonal torna-se convexa, em vez de côncava, com o alargamento da base vesical e afunilamento do colo da bexiga (PHILLIPS e KWART, 1983). Também ocorre aumento da vascularização da mucosa vesical – fato que

enseja hiperemia e congestão (visíveis ao exame endoscópico) – além de redução do seu tônus muscular, promovendo aumento da capacidade vesical (até 1.500mL) e risco de retenção urinária (SAMPAIO e FAVORITO, 2006). O estrógeno hipertrofia o músculo detrusor, produzindo irritabilidade vesical, já a progesterona relaxa a musculatura lisa detrusora, incrementando a capacidade vesical (BRUSCHINI e TRUZZI, 2006).

Desde a década de 1930, já se observou, por meio de cistografia o fato de que, entre a 12^a e 32^a semana de gestação, ocorre aumento da capacidade vesical (BRUSCHINI e TRUZZI, 2006), podendo atingir até 1.300 mL. Em decorrência da apresentação fetal, esse valor decresce, voltando a aumentar cerca de seis semanas depois do parto. Cardozo e Cutner (1997) estabeleceram que a hiperatividade detrusora acomete 24% das gestantes no início do período gravídico, 33% ao completar 28 semanas de gestação, 14% na 36^a e, no puerpério, ocorre desaparecimento do sintoma. Por sua vez, a complacência vesical é reduzida em até 30% das gestações a termo. Este fato enseja antecipação da sensação inicial de enchimento vesical, com diminuição da capacidade vesical funcional. Mesmo que no início da gestação a grávida não apresente nenhuma alteração urodinâmica na sensação do primeiro desejo miccional, ou na capacidade vesical, pode ocorrer ainda alteração no padrão urodinâmico, com sintomas de frequência miccional e noctúria ao longo da gravidez. Até 81% das gestantes experimentam aumento do número de micções diárias (BRUSCHINI, H.; TRUZZI, 2006), não havendo distinção entre primíparas e múltiparas.

Histologicamente, a uretra é composta por vasto suprimento vascular e rodeada por tecido fibroelástico e músculo liso, sendo o último responsável pela manutenção do fechamento da uretra. O hipoestrogenismo, característico do período gestacional, promove atrofia e permuta da trama vascular por tecido fibroso. Além da carência hormonal, outros fatores extrínsecos podem ocasionar prejuízo à oclusão da uretra, a saber: cirurgias múltiplas, trauma, radiação e neuropatias (SAMPAIO e FAVORITO, 2006).

Landon *et al.* (1990) descreveram redução na tensão da fâscia de gestantes, fato que pode contribuir para o desenvolvimento de IUE durante o período gestacional. Wijma *et al.*, (2001), ainda acentuam que as principais alterações anatômicas responsáveis pelo maior índice de incontinência urinária na gravidez são: diminuição da contratilidade da musculatura do AP e aumento significativo do ângulo uretro-vesical.

Sabe-se que a produção de relaxina aumenta na gestação em decorrência do estímulo promovido pela gonadotrofina coriônica. As modificações mediadas por estas substâncias alteram os níveis de vários elementos no organismo da gestante, visto que a capacidade de reabsorção tubular renal não acompanha o aumento de filtração glomerular, a saber:

creatinina, ureia e ácido úrico (redução nos níveis séricos) (LOUGHLIN, 1994; DAVIDSON e DUNLOP, 1980), glicose, ácido úrico, aminoácidos, sódio, corticóides, algumas vitaminas, proteínas e aminoácidos (maior excreção) (PHILLIPS e KWART, 1983).

A progesterona tem efeito diurético, ocasionando redução na reabsorção sódio. Tal fato ocorre pela inibição que esta promove sobre a ação da aldosterona nos túbulos renais distais. A gestante, porém, não esgota totalmente seus estoques de sódio. Isto acontece pela retenção do eletrólito que se distribui entre os produtos da concepção e espaço extracelular materno. Outro ponto importante é o aumento nos níveis de cortisol, desoxicortisol, 18-hidrocorticosterona e estrógenos, que também promovem reserva de sódio na gravidez. Em relação ao potássio não há alterações significativas durante a gestação (BRUSCHINI e TRUZZI, 2006).

Em torno de 1/3 das grávidas desenvolve algum tipo de dificuldade miccional ao longo da gestação, seja ela redução do jato urinário e/ou esvaziamento incompleto, sendo rara a retenção urinária. Observa-se na gestação a ocorrência de aumento da pressão uretral, provavelmente ocasionado pelo aumento do volume da massa muscular e da volemia sanguínea. Em virtude do trajeto cranial do nervo pudendo (com origem de S2 a S4), que inerva o esfíncter estriado uretral, pode haver compressão e/ou distensão desse órgão no momento do parto. Caso isto ocorra, a recuperação da inervação das fibras musculares denervadas é gerada por meio de nervos intactos adjacentes (TOMEZSKO e SAND, 1997).

As gestantes são mais acometidas por infecção urinária do que mulheres na mesma faixa etária e não grávidas (SROUGI, 2006). É necessária especial atenção, visto que essa intercorrência pode acarretar complicações ao feto e/ou à mãe (ANDREWS *et al.*, 1990). A incidência de bacteriúria assintomática no 1º trimestre de gestação é na faixa de 4-10%, aumentando nas gestações gemelares, idade avançada, em classes socioeconômicas mais baixas, na atividade sexual aumentada, e quando há alterações anatomofisiológicas do trato urinário anteriores à gestação. A ausência de sintomas de infecção urinária pode contribuir para a ocorrência de partos prematuros, neonatos de baixo peso, e até óbitos fetais, quando as gestantes não são tratadas (HARRIS, 1979).

Assim como nas mulheres não-gestantes, os agentes causais das infecções urinárias gestacionais são: bactérias Gram-negativo e Gram-positivo. O quadro clínico se manifesta de três formas: bacteriúria assintomática, cistite e pielonefrite aguda. Em razão do aumento da frequência urinária e da urgência miccional, comuns na gestação, a identificação da infecção se dá pelo rotineiro exame bacteriológico de urina (SROUGI, 2006).

3.4 Políticas Públicas de Saúde

As transformações da sociedade brasileira repercutem diretamente nas mudanças verificadas na saúde do Brasil. Assim, o impacto dessa metamorfose social se reflete na saúde e nos problemas sanitários do País.

Mesmo que de forma lenta, a história da atenção à saúde no Brasil se encontra conectada com diretrizes de organismos internacionais, os quais apontam para a necessidade de se investir na formulação, implementação e concretização de políticas de promoção, proteção e recuperação da saúde havendo esforço contínuo e prioritário na execução de ações que almejem a melhoria da qualidade de vida dos indivíduos e da população (BRASIL, 2006a).

Ao mesmo tempo em que a saúde brasileira dialoga com as esferas internacionais, ela também tem alicerces na Constituição Federal de 1988. No seu código máximo, o Estado brasileiro toma por objetivos principais: redução das desigualdades sociais e regionais; promoção do bem de todos; constituição de uma sociedade solidária sem quaisquer formas de discriminação (BRASIL, 1988). É a Constituição que assegura a saúde como dever do Estado e direito do cidadão.

Tais prerrogativas desafiam o gestor federal do Sistema Único de Saúde (SUS) a criar uma política (transversal, integrada e intersetorial) que permita o intercâmbio das diversas áreas do Governo, do setor sanitário, do privado, do não governamental e da sociedade; vislumbrando-se, por fim, a criação de redes de compromisso e corresponsabilidade que levem à população qualidade de vida, sem se esquecer de que todos continuam sendo partícipes no cuidado com a saúde. Nas últimas décadas, a reflexão sobre saúde coletiva mostra a importância de se reduzir a vulnerabilidade ao adoecer, as chances de se produzir incapacidade, sofrimento crônico e morte prematura de indivíduos e da coletividade (BRASIL, 2006a).

É possível perceber que na gênese do SUS coexistem algumas prerrogativas: (1) conceito ampliado de saúde, (2) necessidade de criar políticas públicas que almejem a Promoção da Saúde, (3) participação social para a constituição do sistema e das políticas de saúde; e (4) impossibilidade de o setor sanitário responder, sozinho, à transformação dos determinantes e condicionantes que garantam opções saudáveis à população. Atualmente, a Promoção da Saúde é vista como uma das *estratégias de produção de saúde*, isto é, um modo de pensar e agir articulado às demais políticas e tecnologias produzidas no sistema de saúde

brasileiro, visando, portanto, a constituir ações que possibilitem responder às necessidades sociais em saúde (BRASIL, 2006a).

Tendo por base os pressupostos constitucionais, a legislação vigente no SUS, além das deliberações das conferências nacionais de saúde e do Plano Nacional de Saúde (2004-2007), o Ministério da Saúde propõe a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS). A mencionada política visa a enfrentar os desafios de Produção da Saúde numa ambiência histórico-social complexa, permeada de contínua qualificação e reflexão das práticas sanitárias e do sistema de saúde.

Assim, a PNPS (BRASIL, 2006a) incorpora, num enfoque de gênero, a integralidade e a Promoção da Saúde como princípios norteadores e busca consolidar os avanços no campo dos direitos sexuais e reprodutivos, com ênfase na melhoria da atenção obstétrica, no planejamento familiar, na atenção ao abortamento inseguro e no combate à violência doméstica e sexual. Ajunta, ainda, a prevenção e o tratamento de mulheres com HIV/AIDS e as portadoras de doenças crônicas não transmissíveis e de câncer ginecológico. Além disso, amplia as ações para grupos femininos historicamente alijados das políticas públicas, nas suas especificidades e necessidades, como, por exemplo, negras, indígenas, lésbicas e presidiárias.

A PNPS também se fundamenta na imperativa necessidade de superar a administração fragmentada e desfocada dos interesses e necessidades sociais. A constante busca pela eficiência e efetividade das políticas públicas exige da PNPS a racionalização dos recursos públicos e a redução da superposição de ações (BRASIL, 2006a).

Destacam-se três objetivos específicos da referida política, que mantêm relação com a saúde da mulher, tema ao qual se propõe esta pesquisa:

(1) incorporação e implementação de ações que visem à Promoção da Saúde, com ênfase na atenção básica; (2) ampliação da autonomia e corresponsabilidade de sujeitos e coletividades, inclusive o Poder Público, no cuidado integral à saúde, e redução/extinção das desigualdades de toda e qualquer ordem (étnica, racial, social, regional, de gênero, de orientação/opção sexual, dentre outras); e (3) prevenção de fatores determinantes e/ou condicionantes de doenças e agravos à saúde (BRASIL, 2006a).

Diante de tais objetivos, é mandatório traçar estratégias que visem à rápida implantação da PNPS. Dentre aquelas vinculadas à saúde da mulher, destacam-se duas: (1) estímulo à inserção de ações de Promoção da Saúde em todos os níveis de atenção, com ênfase na atenção básica, voltadas àquelas de cuidado com o corpo e a saúde; (2) apoio a estados e municípios que desenvolvam ações voltadas para a implementação da Estratégia Global, vigilância e prevenção de doenças e agravos não transmissíveis (BRASIL, 2006a).

No Brasil, a saúde da mulher foi incorporada às políticas nacionais de saúde nas primeiras décadas do século XX, sendo limitada, nesse período, às demandas relativas à gravidez e ao parto. Os programas maternoinfantis, elaborados nas décadas de 1930, 1950 e 1970, traduziam uma visão simplista sobre a mulher, baseada em sua especificidade biológica e no seu papel social de mãe e doméstica, responsável pela criação, educação e cuidado com a saúde dos filhos e demais familiares (BRASIL, 2004).

Do ponto de vista da coletividade, a *Carta de Ottawa* representou um marco, pois as estratégias de ação por ela propostas, juntamente com os resultados de várias pesquisas científicas, evidenciaram que o comportamento e os hábitos dos indivíduos relacionam-se diretamente com o grau de saúde da população (BRASIL, 2001). As Conferências de Ottawa (1986) e de Bogotá (1992) também contribuíram significativamente para a trajetória da saúde da mulher.

Foi após a década de 1970 que os debates acerca das desigualdades em saúde ganharam força em vários pontos do Globo. Para Magalhães (2007), publicações como o *Informe Lalonde* (do Governo canadense em 1974), a estratégia *Saúde para Todos no Ano 2000* (definida na Assembléia Mundial de Saúde em 1977) e a realização da Conferência de Alma Ata (pela OMS em 1978) constituíram pontos-chave nesse sentido. Surge a necessidade, portanto, de pensar processos (metodológicos e operacionais) mais efetivos em saúde.

3.5. Indicadores de saúde

Para monitorar-se eficazmente as políticas e programas sociais – que visam à equidade e ao bem-estar – é importante garantir informações qualificadas para o acompanhamento de políticas e programas sociais. Na realidade brasileira, o DATASUS e os censos demográficos constituem bases de dados anuais e de abrangência nacional para mapear as desigualdades geográficas, de gênero e faixa etária e suas relações com o perfil de saúde e doença.

De acordo com dados do DATASUS (2008a), as mulheres constituem maioria na população brasileira (50,53%). Elas também são as principais usuárias do SUS, frequentando os serviços de saúde para o seu atendimento, mas, sobretudo, acompanhando crianças e componentes familiares, pessoas idosas, com deficiência, vizinhos e amigos. Além disto, tornam-se cuidadoras, não apenas de crianças ou membros da família, mas também de pessoas da vizinhança e da comunidade (BRASIL, 2004).

Outro dado a ser destacado é o fato de as mulheres apresentarem expectativa de vida superior à masculina (DATASUS, 2008b). Segundo Ghoniem *et al.* (2008), em razão do

envelhecendo mundial da população feminina, é inevitável que patologias típicas do gênero se farão mais prevalentes. Este fato corresponde a um dos maiores desafios aos serviços de saúde, sejam eles públicos ou privados.

Considerando que a saúde e a doença estão intimamente relacionadas e constituem um processo cuja resultante é determinada pela interligação de fatores sociais, econômicos, culturais e históricos, pode-se assinalar que o perfil de saúde e doença varia no tempo e no espaço, de acordo com o grau de desenvolvimento econômico, social e humano de cada região (BRASIL, 2004).

Magalhães (2007, p.672) adverte para a noção de que

Os dados de renda e situação ocupacional na maioria das vezes não são levantados, obstaculizando o estudo mais rigoroso do impacto destas variáveis sociais no perfil sanitário da população. De outra parte, a falta de investimentos sistemáticos em pesquisas longitudinais sobre a dinâmica de interação entre condições sociais e saúde fragiliza o alcance de parâmetros mais consistentes para a ação pública voltada à garantia de equidade.

A autora prossegue, mostrando que “(...) as dificuldades presentes na tarefa de mapear e selecionar as fontes de informação nos estudos sobre desigualdades sociais em saúde está ligada à própria natureza, dinâmica e complexidade do problema”. Assim, um dos desafios desta investigação é justamente encontrar indicadores e variáveis em saúde que evidenciem a totalidade do problema em foco – IU. Vale dizer que ainda não existem dados epidemiológicos nacionais acerca da IU.

Starfield (2002) exprime que “a saúde está diretamente associada à vantagem social em termos absolutos. Quanto mais recursos sociais de indivíduos e comunidades, maior a probabilidade de uma saúde melhor”. É importante ressaltar o fato de que, tanto em países centrais como nos periféricos, ricos vivem mais e ficam menos doentes do que os pobres (WHO Europe, 2003). O mesmo estudo relata que a probabilidade de adoecer tende a se concentrar entre grupos socialmente vulneráveis e a ter efeitos cumulativos. Observou-se que a baixa escolaridade reflete na tomada de decisões familiares acerca de cuidados com o corpo, prevenção de doenças e alimentação, ensejando profundo impacto nas condições de saúde.

Travassos *et al.* (2002), por sua vez, ressaltam que,

(...) no Brasil, cresce o debate sobre os perfis epidemiológicos nos diferentes grupos sociais e, também, sobre as profundas diferenças regionais relativas aos serviços de saúde no que se refere à capacidade instalada, ao financiamento das ações, ao acesso e ao padrão de utilização. A reflexão em torno das possibilidades de consumir serviços de saúde nos diferentes níveis de complexidade entre os indivíduos que teriam as “mesmas necessidades de saúde” ou a equidade horizontal tem sido combinada à questão do tratamento desigual para indivíduos com necessidades distintas, definido como equidade vertical.

Embora as desigualdades sociais sejam uma questão complexa, Braverman (2006) ressalta a importância de se levar em conta o fato de que o correto manejo da informação sobre as heterogeneidades em saúde cooperam para a edificação de panoramas mais justos no campo das políticas de saúde. A perspectiva interdisciplinar também é importante, pois, como anota Magalhães (2007), ela contribui para a constituição de novas e significativas bases informacionais que almejam retratar e implementar políticas de saúde capazes de dar resposta ao desafio da equidade. É preciso monitorar constantemente as desigualdades em saúde, procurando relacioná-las com as vulnerabilidades sociais, compreendendo tanto a necessidade do diálogo entre distintas disciplinas como entre diferentes enfoques teórico-metodológicos.

Refletindo sobre nossa realidade, observamos que alguns indicadores de saúde mostram que a precariedade das condições de vida dá ensejo a populações mais propícias a adoecer, reduzindo também sua expectativa de vida. O *Relatório sobre a Situação da População Mundial* (2008), por exemplo, revela que, em geral, as mulheres são mais mal remuneradas do que os homens; tanto porque se concentram em empregos de menor remuneração, como recebem menos que os homens pelo mesmo serviço prestado. Apesar de elas trabalharem mais horas do que eles, a quantidade de mulheres que vivem em situação de pobreza é maior que a de homens. O mesmo relatório também indicou que 70% do *tempo não remunerado* das mulheres é utilizado no cuidado aos familiares, contudo esta contribuição permanece invisível para a economia mundial. Estes são alguns pontos que fundamentam o fato de as mulheres adoecerem mais frequentemente do que os homens (BRASIL, 2004).

A fim de que se alcance a almejada *Promoção da Saúde*, o referencial teórico propõe inevitável articulação entre sujeito e coletivo, público e privado, Estado e Sociedade, clínica e política, setor sanitário e outros setores. Somente mediante esta nova abordagem, será possível romper com a fragmentação do cuidado e do processo saúde-adoecimento. Por meio deste novo paradigma, será possível a redução da vulnerabilidade ao adoecer, dos riscos e dos danos produzidos cotidianamente (BRASIL, 2006a).

3.6 Qualidade de vida

Como discutido anteriormente, as políticas de promoção, proteção e recuperação da saúde no Brasil adotam um modelo que prioriza ações de melhoria da qualidade de vida dos sujeitos e coletivos.

No século XX, foram observados aumento da expectativa de vida e diminuição dos indicadores de mortalidade e morbidade em grande parte das sociedades democráticas e

industrializadas, que investiram na expansão de sistemas de proteção social e em estratégias voltadas à melhoria da qualidade de vida e saúde da população (MARMOT e WILKINSON, 1999).

Estudos de qualidade de vida servem de importante variável para a avaliação de recursos que visem à prevenção e ao tratamento em saúde. A Organização Mundial de Saúde (OMS) descreve qualidade de vida como “a percepção das pessoas de sua posição na vida, dentro do contexto de cultura e sistema de valores nos quais elas vivem, mantendo relação com suas metas, expectativas e padrões sociais, sendo, portanto, um construto subjetivo” (WHOQOL, 1995).

Com relação aos problemas da IU, observa-se que esta patologia, além de provocar dano à saúde física, também causa prejuízo psicológico e ao bem-estar social (OH e KU, 2007). Há divergências nos estudos sobre QV de mulheres continentais e com IUE, fato decorrente da subjetividade de cada população, faixa etária, local, de qual forma e por quem o teste foi aplicado.

Dias e Baracho (2007) defendem a ideia de que se deva aplicar testes de QV sempre antes e após a conclusão das intervenções terapêuticas para IU. Ressalta-se como vantagem do questionário o seu baixo custo, além do fato de ser pouco invasivo, útil, confiável e válido. A identificação das mudanças clínicas ocorridas comprovará a eficácia terapêutica e ampliará o conceito de cura nos serviços de saúde. Ao serem identificadas as características de cada caso, o objetivo do tratamento poderá ser traçado com base não apenas na cura da patologia, mas, principalmente, na melhoria da QV, ao se reduzir o impacto do distúrbio sobre a vivência de cada um. Deste modo, na seleção da abordagem clínica, deverá ser priorizada aquela que mais contribua para a QV individual.

Ghoniem e colaboradores (2008), no Comitê de Desenvolvimento e Pesquisa da IUGA (*International Urogynecological Association*), também compartilham da ideia de que medidas de qualidade de vida devem ser prioritariamente investigadas, visto que cada paciente possui uma expectativa diferente de tratamento/cura. Além disto, quando considerados isoladamente, nem os parâmetros urodinâmicos nem os de severidade dos sintomas são fidedignos para predizer o impacto da incontinência urinária na qualidade de vida feminina.

Tamanini e colaboradores (2003) também relatam que a eficácia do tratamento da incontinência urinária tem sido usualmente avaliada segundo parâmetros objetivos (estudo urodinâmico, teste de absorventes e teste de esforço). Esses parâmetros, porém, falham em avaliar o impacto que a doença e o respectivo tratamento causam sob o ponto de vista do paciente. Em razão dessas dificuldades, foram criados questionários – genéricos e específicos

– para a medida da qualidade de vida, a fim de alcançar tanto os aspectos subjetivos de doenças, como o impacto que elas e seus tratamentos causam aos pacientes.

Já Dolan e colaboradores (2004) verificaram que a aplicação de instrumentos de qualidade de vida em mulheres com IU (antenatal e pós-natal) possibilita mensuração objetiva do impacto desses sintomas no estilo de vida, explicitando a severidade da condição, em um momento em que os sintomas são comuns e geralmente surgem pela primeira vez.

Dois estudos – um de prevalência de IU em gestantes, realizado na Clínica Antenatal da Universidade de Campinas/SP, e outro de coorte, com a mesma população – constaram que 47,7% das gestantes referiram comprometimento da qualidade de vida em consequência dos sintomas urinários, enquanto 91,9% das mulheres entrevistadas, após três anos do parto, referiram desconforto ou constrangimento decorrente da IUE (SCARPA *et al.*, 2006 e HERRMANN *et al.*, 2009).

Herrmann *et al.* (2009) mostram incredulidade quanto ao fato de milhões de mulheres considerarem o surgimento das disfunções como IU, IF, disfunção sexual e prolapso genital, como parte do processo natural da vida e do envelhecimento. Esta afirmação é embasada na prerrogativa de que simples atitudes, como treino muscular do AP na gravidez e após o parto, são, comprovadamente, capazes de prevenir de forma eficiente a IUE no futuro, caso sejam implementadas nos serviços de saúde coletiva.

3.7 King's Health Questionnaire

Sintomas relacionados ao AP podem ser avaliados de formas diversas. Os questionários psicométricos constituem uma das formas válidas de se mensurar a presença, severidade e impacto de um sintoma ou condição que uma patologia ocasiona na vida de um indivíduo e no seu bem-estar (BARBER, 2007).

Estudo sobre disfunções urinárias, em que foram comparados instrumentos de QV genéricos e específicos, demonstrou que os últimos devem ser utilizados na avaliação de mulheres com IU, em virtude da sua maior sensibilidade (OH e KU, 2007). O *KHQ* é um dos questionários de QV específicos mais utilizados mundialmente, o qual já foi traduzido, adaptado e validado para a língua portuguesa, podendo ser autoadministrado ou respondido por meio de um entrevistador.

O *KHQ* é composto de 21 questões, divididas em oito domínios, a saber: percepção geral de saúde (um item), impacto da incontinência urinária (um item), limitações de atividades diárias (dois itens), limitações físicas (dois itens), limitações sociais (dois itens),

relacionamento pessoal (três itens), emoções (três itens) e sono/disposição (dois itens). Além destes domínios, existem duas outras escalas independentes: uma avalia a gravidade da incontinência urinária (medidas de gravidade) e outra a presença e a intensidade dos sintomas urinários (escala de sintomas urinários). Estas escalas, do tipo *Likert*, são graduadas em quatro opções de respostas (“nem um pouco, um pouco, moderadamente, muito” ou “nunca, às vezes, frequentemente, o tempo todo”), exceção feita ao domínio percepção geral de saúde, com cinco opções de respostas (“muito boa, boa, regular, ruim, muito ruim”), e ao domínio relações pessoais (“não aplicável, nem um pouco, um pouco, moderadamente e muito”). O *KHQ* é pontuado por parte de cada um de seus domínios, não havendo, portanto, escore geral. Os escores variam de 0 a 100 e, quanto maior a pontuação obtida, pior é a qualidade de vida relacionada àquele domínio (TAMANINI *et al.*, 2003).

3.8 Tecnologias em saúde

O Ministério da Saúde do Brasil utiliza a dicção *tecnologias em saúde* a fim de designar quaisquer um dos seguintes itens: medicamentos, equipamentos e procedimentos técnicos, sistemas organizacionais, educacionais, de informação e de suporte, e os programas e protocolos assistenciais, por meio dos quais a atenção e os cuidados com a saúde são prestados à população (BRASIL, 2009).

Segundo o *site* do Ministério da Saúde (2009), a Avaliação de Tecnologias em Saúde (ATS) constitui um processo que busca investigar as consequências clínicas, econômicas e sociais da utilização das tecnologias em saúde. A Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, mediante atuação do Departamento de Ciência e Tecnologia, tem como uma de suas atribuições e objetivo, institucionalizar a ATS no SUS.

3.8.1 Análise do *Manual Técnico Pré-Natal e Puerpério*

O Manual Técnico Pré-Natal e Puerpério: Atenção Qualificada e Humanizada (BRASIL, 2006b) – de agora em diante denominado apenas Manual – constitui um documento referência para todos os profissionais de saúde que atuam durante o período gestacional e puerperal. Este documento preconiza diversas condutas, tais como: (1) princípios gerais e diretrizes para a atenção obstétrica e neonatal; (2) acolhimento; (3) avaliação pré-concepcional; (4) diagnóstico da gravidez; (5) fatores de risco reprodutivo; (6) atenção pré-natal; (7) aspectos emocionais da gravidez e do puerpério; (8) procedimentos

técnicos; (9) interpretação de exames laboratoriais e condutas; (10) prevenção do tétano neonatal; (11) condutas nas queixas mais frequentes; (12) atenção no puerpério; e (13) intercorrências clínicas mais frequentes.

É curioso constatar o fato de que, havendo uma bibliografia tão vasta, o referido Manual não haja privilegiado os aspectos relativos à incontinência urinária feminina. Destaca-se a ideia de que grande parte das gestantes apresenta IU – além de que este fato pode constituir risco para agravamento dos sintomas após o parto e em fases futuras da vida da mulher, visto que a paridade pode ensejar comprometimento ao assoalho pélvico e causar perda involuntária de urina, a curto ou longo prazo.

Existe um capítulo do Manual que discute as *condutas nas queixas mais frequentes*. Nesta seção, incluem-se as queixas urinárias, contudo, cremos que a orientação é muito vaga e promove pouco esclarecimento em relação ao autoconhecimento, e, principalmente, no que se refere ao assoalho pélvico. O Manual explicita apenas: “Queixas urinárias: • Explicar que, geralmente, o aumento da frequência de micções é comum no início e no fim da gestação (aumento do útero e compressão da bexiga); • Solicitar exame de urina tipo I e orientar segundo o resultado.” (BRASIL, 2006b).

A ICS (ABRAMS *et al*, 2005), considera normal a frequência urinária de até sete vezes (do início ao fim do dia), e até uma vez durante a noite (acordar para urinar). Sabendo que a IU é assunto-tabu e produz impacto negativo sobre a qualidade de vida do indivíduo, o profissional de saúde que realiza o pré-natal deveria aproveitar o momento em que a gestante constata que está urinando mais do que o de costume para abordar sobre a IU e as estratégias de prevenção (primária, secundária e terciária).

As sugestões de Ações Educativas que o Manual fornece também não dizem respeito ao conhecimento sobre a musculatura do AP, a necessidade de fortalecê-lo durante a gestação, de relaxá-lo durante o parto vaginal e de continuar a fortalecê-lo no puerpério. Tal conduta poderia minimizar a quantidade de intervenções cirúrgicas desnecessárias.

3.8.2 Análise do Cartão da Gestante

O Cartão da Gestante (Anexo B) é um instrumento de grande valia para o acompanhamento pré-natal, sendo considerado um instrumento de tecnologia em saúde. Este recurso, no entanto, também deixa a desejar no que diz respeito à coleta de informações acerca da IU. Possivelmente, isto decorre do fato de o próprio Manual não destacar a importância devida para essa patologia – formando uma cadeia de informações que engessa o

profissional e o impede de vislumbrar a saúde da mulher (gestante e puérpera) de maneira mais ampla, dificultando a prática da interdisciplinaridade.

Foram observados oito aspectos a serem melhorados e/ou enfatizados no Cartão da Gestante, a saber:

1. nos ‘antecedentes pessoais’, das doenças urológicas, apenas a ‘infecção urinária’ é contemplada com espaço para anotação. Vale ressaltar que ela é fator de risco para IU futuras. Neste mesmo espaço, poderia ser incluída IU prévia à gestação;
2. sobre os ‘dados obstétricos’, a paridade é fator de risco aumentado para desenvolver IU, mais até do que o número de partos vaginais;
3. sobre a ‘data do término da última gestação’, quanto menor o intervalo entre as gestações, maior o comprometimento para o AP;
4. o local onde é anotado ‘nascimento com maior peso’ constitui informação importante para se considerar quando a gestante relata IU;
5. o tabagismo (nicotina) afeta o funcionamento da bexiga, visto que estimula a mucosa e promove aumento da frequência urinária. Em caso de presença de IU, deve-se orientar a redução ou abstinência do cigarro;
6. no espaço reservado às ‘consultas’, deve-se incluir espaço para marcar com um ‘x’ no caso de a grávida apresentar IU. Sugere-se que ela seja encaminhada para a fisioterapia para que possa ser realizado o treinamento adequado da musculatura do AP, tanto durante a gestação quanto no puerpério;
7. o ganho excessivo de peso (índice de massa corpórea - IMC) deve ser observado, pois ele enseja maior pressão sobre a cavidade pélvica (aumentando as forças que expulsam a urina da bexiga) e problemas de locomoção que dificultam o trajeto até o banheiro; e
8. informações sobre o ‘parto’ devem ser observadas, como o uso de fórceps e a episiotomia. Ambos se mostram mais prejudiciais do que protetores para o AP. O uso da massagem perineal é o mais indicado para evitar lacerações perineais e/ou a necessidade de episiotomia (visto que o local da cicatriz fica mais vulnerável e enseja menor apoio para as vísceras pélvicas).

4 METODOLOGIA

Tratou-se de um estudo transversal, descritivo e exploratório, de natureza quantitativa, o qual abordou o problema da IU nas gestantes atendidas na atenção básica de saúde do Município de Fortaleza/CE.

4.1 Local do estudo

O estudo foi conduzido em 29 unidades básicas de saúde (UBS) que realizavam pré-natal, em todas as seis Secretarias Executivas Regionais (SER) do Município de Fortaleza/CE (Apêndice B). As UBS foram selecionadas por critério de conveniência, observando o horário de funcionamento da UBS e do atendimento do pré-natal, a localização geográfica, a permissão do(a) coordenador(a) e espaço físico adequado para a entrevista.

4.2 Amostra

Processo de amostragem e cálculo amostral:

Considerando-se 23.645 gestantes no Município de Fortaleza no ano de 2007 (informado no sistema de informação da atenção básica – SIAB), uma frequência esperada de 50% de gestantes com incontinência urinária, precisão de 10%, nível de confiança de 95% e utilizando-se a fórmula da amostra aleatória simples (NORMAN e STREINER, 2000), chegou-se ao número de 96 gestantes a serem entrevistadas.

$$n = \frac{N \cdot R^2 \cdot P \cdot Q}{e^2 \cdot (N-1) + R^2 \cdot P \cdot Q}$$

Com: $e = 0,10$; $r = 0,05$; $p = 0,5$; nível de confiança = 95% e $N = 11.326$

Foi estimada a frequência de 50%, uma vez que Mørkved *et al.* (2007) acentuam que a prevalência da IUE varia de 6-67% das gestantes; além disto, Scarpa *et al.* (2006) também encontraram prevalência de IU em 50% em estudo realizado no Brasil.

Ao finalizar a coleta de dados, no entanto, foram incluídas mais seis mulheres que cumpriam os critérios de inclusão e mostraram interesse em participar da pesquisa, perfazendo o total da amostra com 102 grávidas.

4.3 Critérios de inclusão

Para proceder à avaliação da qualidade de vida, foram selecionadas gestantes entre 20 e 39 anos. Estas já estavam na idade adulta, não necessitando do consentimento do responsável, sendo também consideradas gestantes de baixo risco. Elas deveriam estar grávidas de feto único e idade gestacional entre 32 e 41 semanas – período em que a literatura revela haver um aumento nos sintomas urinários (MØRKVED *et al.*, 2007). A inclusão das mulheres não tinha relação com a cor da pele, nível social, econômico e cultural. Estavam sendo atendidas no SUS, devendo apresentar qualquer intensidade e tipo de perda urinária (nos últimos três meses) e estar cadastradas no Centro de Saúde da Família (CSF) ou UBS da SER pesquisada.

4.4 Critérios de exclusão

Foram excluídas usuárias do SUS com gravidez múltipla e/ou que sejam portadoras de hipertensão arterial sistêmica, doença do colágeno, *Diabetes Melitus*, doença neurológica e/ou respiratória, história de cirurgia pélvica (exceto cesareana) e/ou cirurgia da coluna, em uso de droga parassimpaticomimética ou simpatolítica e apresentar qualquer dificuldade para se comunicar. Estas informações foram obtidas por meio do Cartão da Gestante e/ou pela sua história pregressa.

4.5 Coleta de dados e instrumentos

Selecionamos e treinamos oito alunas da área da saúde para a aplicação dos questionários.

A coleta dos dados aconteceu entre os meses de julho a setembro de 2009. Inicialmente, realizamos uma triagem com as gestantes que estavam na sala de espera a fim de selecionar aquelas que apresentavam qualquer perda urinária nos últimos três meses e que atendessem aos critérios de inclusão estabelecidos. Após esta seleção, as gestantes foram convidadas a participar da pesquisa e a sua aceitação foi documentada pela assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice C).

Foi determinado pela equipe de cada UBS um local adequado e reservado para a realização das perguntas. Em seguida, as gestantes responderam à entrevista, que era constituída: pelo *KHQ* (Anexo C), pela escala de sintomas urinários (Anexo C) e uma entrevista que continha os dados relativos ao perfil sociodemográfico e obstétrico (Apêndice

D). Também foram respondidas as perguntas que compunham cada um dos domínios do *KHQ* relacionados à *percepção geral de saúde; impacto da incontinência urinária; limitações nas atividades diárias; limitações físicas; limitações sociais; relações pessoais; emoções; sono/disposição; medidas de gravidade*. O *KHQ* já foi validado em seu idioma de origem (inglês) e posteriormente traduzido e adaptado para o português por Tamanini *et al.* (2003).

A pesquisa não conduziu nenhuma conduta terapêutica para a resolubilidade da perda urinária. As gestantes foram orientadas pelas entrevistadoras que relatassem este sintoma ao profissional de saúde (médico e/ou enfermeiro) responsável pelo atendimento pré-natal na UBS. Ao final das perguntas, cada gestante recebeu um folheto contendo informações e orientações sobre a incontinência urinária com base na *ICS* – Apêndice E.

4.6 Análise dos dados

O *KHQ* foi respondido e contabilizado de acordo com a publicação de Tamanini *et al.* (2003).

Os dados gerados foram codificados e transferidos para o “Statistical Package for Social Services” (SPSS) – versão 13.0 para Windows Software (SPSS Inc, Chicago, IL, USA). As características sociodemográficas e obstétricas foram resumidas usando a frequência absoluta e relativa. A análise descritiva das variáveis foi realizada no sentido de caracterizar a população da pesquisa e foi apresentada em tabelas e quadros. Os domínios e as variáveis relacionadas à história obstétrica foram submetidos à análise univariada, considerando-se intervalo de confiança de 95%.

Sabendo que as variáveis contínuas do estudo não tinham distribuição normal, empregamos o teste de correlação de Spearman para avaliar a correlação entre as variáveis contínuas. Para comparar médias entre dois grupos, aplicamos o teste de Mann-Whitney e o teste de Kruskal-Wallis para comparar médias entre três ou mais grupos.

Os resultados analisados foram considerados estatisticamente significativos quando o valor de p foi igual ou menor do que 0,05.

4.7 Aspectos éticos

De acordo com os preceitos éticos, mantivemos o anonimato e a confidencialidade das gestantes a fim de não identificá-las. Estas, por sua vez, puderam recusar-se a responder às questões e/ou ao questionário, ou ainda, interromper o processo da pesquisa a qualquer

momento. As gestantes foram informadas de que a pesquisa não representaria nenhum risco para a sua saúde, gravidez e no atendimento na UBS, uma vez que seria realizada com entrevista, sem nenhum procedimento invasivo e que a mulher ficaria à vontade para tirar dúvidas durante o período da entrevista. Isto ocorre porque a aplicação do questionário de QV não é preconizado como conduta obrigatória por parte dos profissionais de saúde pelo *Manual técnico: pré-natal e puerpério, atenção qualificada e humanizada* (BRASIL, 2006b). Além disto, elas foram orientadas no sentido de que o estudo poderia beneficiar o planejamento e avaliação do serviço de pré-natal e melhoria da qualidade de vida das gestantes. Outro benefício será a devolução dos resultados para os profissionais dos serviços, a fim de que eles possam ser sensibilizados sobre a necessidade de questionar as gestantes a respeito da IU, além de apresentar uma tecnologia em saúde que poderá ser implementada no próprio serviço.

Obediente à Resolução Nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996), a ética permeou toda a pesquisa, incluindo a abordagem principialista da bioética: beneficência, em relação às estratégias de Promoção da Saúde; não-maleficência, enfocando a coleta dos dados, preservando a individualidade; autonomia com o momento de interação; e justiça segundo o qual o presente estudo teve como finalidade informar a comunidade sobre a qualidade de vida de gestantes com IU atendidas nas UBS do Município de Fortaleza/CE.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, da Universidade de Fortaleza – UNIFOR – recebendo o Parecer Nº 264/2009.

Todas as participantes leram e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice C).

5 RESULTADOS

5.1 Perfil sociodemográfico e obstétrico

A pesquisa contou com a participação de cento e duas (102) gestantes que se encontravam entre a 32^a e 41^a semanas de idade gestacional (IG). Esta informação foi conseguida no *Cartão da Gestante*. As entrevistas ocorreram nas seis Secretarias Executivas Regionais (SER) do Município de Fortaleza/CE (Tabela 1) e em 29 Unidades Básicas de Saúde.

Tabela 1: distribuição das respondentes da pesquisa por SER do Município de Fortaleza/CE.

SER	%	n
I	14,7	15
II	21,6	22
III	25,5	26
IV	7,8	8
V	17,6	18
VI	12,7	13

Fonte: dados da pesquisa

A análise descritiva do perfil sociodemográfico das gestantes indicou que a média de idade das entrevistadas foi de 28,57 anos (dp= 5,28 anos), variando de 20 a 39 anos. O percentual do estado civil foi igual para solteiras e casadas (50%, N=51). A escolaridade variou de ensino fundamental incompleto (23,5%, n=24), fundamental completo (25,5%, n=26), médio completo (48%, n=49) e superior completo (2,9%, n=3) (Tabela 2). Foi descrito um total de 17 ocupações (Tabela 3) com destaque para “dona de casa” ou “do lar” (55,9%, n=57), seguida de empregada doméstica (21,6%, n=22) (Tabela 2). A renda familiar ficou em média R\$ 548,12 (dp= R\$ 228,04), a qual corresponde a 1,18 salário mínimo, variando de R\$ 50,00 a R\$ 1.600,00. Observou-se que 12,7% (n=13) relataram não dispor de renda familiar. A maioria das gestantes morava em casa (99%, n= 101), enquanto apenas 1% (n=1) em apartamento na cidade de Fortaleza. A residência é ocupada por uma média de 3,75 pessoas (dp= 1,81), além da própria gestante – variando de uma (1) a dez (10) pessoas. Sobre a existência de banheiros no interior do domicílio, 98% (n= 100) responderam que o possuem e

2% (n= 2) que este fica na área externa da casa. Observou-se que a moda e a média de banheiros/residência foi de 1 (dp = 0,59), variando de zero a cinco.

Tabela 2: distribuição da frequência e percentual da escolaridade e da ocupação das gestantes.

Escolaridade	%	n
Ensino fundamental incompleto	23,5	24
Ensino fundamental completo	25,5	26
Ensino médio completo	48	49
Ensino superior completo	2,9	3
Ocupação		
Autônoma	1	1
Comércio	1	1
Costureira	2	2
Cozinheira	1	1
Decoradora de eventos	1	1
Desempregada	6,9	7
Dona de casa / do lar	55,9	57
Doméstica	21,6	22
Estudante	2	2
Funcionária de fábrica	2	2
Garçonete	1	1
Lavadeira	1	1
Operadora de hipermercado	1	1
Professora	1	1
Supervisora de equipe	1	1
Telemarketing	1	1

Fonte: dados da pesquisa

Foi registrada pelas entrevistadoras a variável “cor da pele”, tendo sido categorizada em *branca* – 37,3% (n= 38) – e *não branca* – 62,7% (n= 64). Optou-se por esta classificação, visto que 44% da população brasileira são considerados “mulatos”, fato que dificulta a análise racial como fator de risco para quaisquer condições, pois exprime uma sociedade multirracial, e não, birracial (HERRMANN *et al.*, 2009).

O perfil obstétrico e clínico indicou que a IG média foi de 34,8 semanas (dp= 2,7) e a média do número de gestações 2,67 (dp= 1,51), de partos 1,4 (dp= 1,34) e de abortos 0,33 (dp= 0,59) (Tabela 3); enquanto isso a moda foi, respectivamente, 32 semanas de IG, uma gravidez e zero para partos e abortos. Estes dados indicam que a maioria das entrevistadas era de primíparas e estava no início do terceiro trimestre. Das gestantes múltíparas (n= 42), o menor intervalo entre as gestações foi de 4,08 anos (dp= 3,01), variando de menos de 1 até 13 anos.

Tabela 3: distribuição da idade gestacional em semanas pela frequência e percentual.

Idade gestacional (semanas)	%	n
32	30,4	31
33	10,8	11
34	11,8	12
35	5,9	6
36	11,8	12
37	9,8	10
38	8,8	9
39	2,0	2
40	5,9	6
41	2,9	3

Fonte: dados da pesquisa

Um fator importante a ser ressaltado é que em grande parte, as gestações incluídas neste estudo não foram planejadas – 72,5% (n= 74). Esta questão vai de encontro às estratégias de planejamento familiar tão reforçadas pelos profissionais de Saúde Coletiva e pelo Ministério da Saúde.

A variável *peso ao início da gravidez* apresentou média de 58,42kg (dp= 11,90kg) com variação de 41kg a 125kg, enquanto a do *peso na época da entrevista* foi de 70,14kg (dp= 11,99kg) e variação entre 50 e 130kg. A prática estruturada de exercício físico, com tempo, frequência e intensidade determinada, foi praticada pela minoria das gestantes, prevalecendo o sedentarismo entre elas – 94,1% (n= 96). Isto não significa que as mulheres investigadas façam pouco esforço físico, visto que grande parte delas é dona de casa ou doméstica (77,5%, n= 79), e realizam, portanto, várias atividades físicas ocupacionais.

Sobre o tipo de parto prévio, destaca-se que as usuárias do SUS são mais suscetíveis ao parto vaginal, visto que a quantidade de partos normais prévios – 1,06 (dp= 1,34), mínimo zero e máximo seis – é superior à quantidade de partos cesáreos anteriores – 0,33 (dp= 0,62), variando de zero a três. Percebemos que a realização de episiotomias ocorreu em 47,1% (n= 48) do total de mulheres, porém quando buscamos apenas as que já tiveram parto normal prévio, a quantidade atinge 88,9% (n= 48) das mulheres. A média de episiotomias já realizadas foi de 1,76 (dp= 0,847).

O estudo também questionou sobre os partos anteriores, levando em consideração qual foi o maior peso ao nascer, pois esta variável associa-se com alteração no AP. Houve variação de 900g a 5.200g, com média de 3.509,59g (dp= 908,90). Constatamos que 44,4% (n= 28) dos

recém-nascidos (RNs) pesaram mais que 3.500g – fato que gera maior peso e sobrecarga ao AP.

A maioria das gestantes foi considerada saudável, pois elas não apresentavam patologias associadas à gestação – 94,1% (n=96). Das 5,9% (n= 6) grávidas restantes, foram relatadas anemia (1%, n=1), depressão (1%, n=1), gastrite (1%, n=1), HIV (1%, n=1), sífilis (1%, n=1) e vaginite crônica (1%, n=1). Algumas gestantes faziam uso de medicação (5%, n= 6), enquanto 4,9% (n= 5) faziam uso de vitaminas e 18,7% (n= 19) de sulfato ferroso. Com relação à ocorrência de cirurgias prévias à gravidez, 93,1% (n= 95) negaram ter realizado. As gestantes que relataram procedimentos cirúrgicos (anteriores ao período gestacional) foram: apendicectomia, cirurgia cardíaca, enxerto de pele, hérnia.

5.1 Atuação dos profissionais de saúde no pré-natal

Sobre a IU e a atuação dos profissionais de saúde no pré-natal, foram formuladas duas questões às grávidas. A primeira foi “*algum profissional de saúde perguntou se você tem incontinência urinária?*” – 89,2% (n= 91) responderam que “não”. A segunda pergunta foi “*algum profissional de saúde lhe informou como proceder em caso de incontinência urinária?*” – 94,1% (n= 96) responderam que “não”.

5.3 Prevalência de sintomas urinários coexistentes em gestantes com IU

Junto ao *KHQ*, há uma escala com dez sintomas urinários, na qual é possível estabelecer qual(is) tipo(s) de distúrbio(s) urinário(s) a gestante apresenta. As respostas variaram entre *pouco*, *moderadamente* e *muito*, sendo atribuídos, respectivamente, os valores de “1”, “2” e “3”. Caso a gestante não refira o sintoma, deve-se classificá-lo como “0”. Deste modo, os sintomas mais citados em ordem decrescente, considerando a média e o desvio-padrão, foram: aumento da frequência urinária e noctúria (*moderadamente* a *muito*); urgência, urgeincontinência, IUE, infecção urinária frequente e dor na bexiga (*pouco* a *moderadamente*); dificuldade para urinar, IU à relação sexual e enurese noturna (*até pouco*) (Tabela 4).

Tabela 4: distribuição do padrão dos sintomas urinários conforme a média e desvio-padrão.

	Noctúria	Frequência urinária	Urgência urinária	IUU	IUE	Infecção urinária frequente	Dor na bexiga	Dificuldade para urinar	IU à relação sexual	Enurese noturna
média	2,32	2,24	1,72	1,31	1,31	1,18	1,15	0,83	0,67	0,66
dp	0,822	0,869	0,969	0,965	0,89	0,979	0,959	0,833	0,665	0,696

Fonte: dados da pesquisa

5.4 Significado dos domínios da QV

Além da escala de sintomas, a QV das gestantes com IU foi avaliada em oito domínios e uma escala independente de avaliação da gravidade da IU (*medidas de gravidade*). Todas as perguntas tinham de quatro a cinco opções de respostas (objetivas) que, ao serem pontuadas e inseridas em fórmulas específicas, geraram resultados independentes expressos em forma de percentual – 0% (ótima QV) a 100% (péssima QV) – por domínio (TAMANINI *et al.*, 2003).

Para o melhor entendimento do significado de cada domínio, determinam que os valores dos domínios compreendidos entre 0% e 25% serão classificados como *QV boa*; entre 25,1% e 50% *QV regular*; entre 50,1% e 75% *QV ruim*; entre 75,1% e 100% *QV insuficiente*. Ressaltamos que esta categorização é meramente didática e não corresponde a nenhuma classificação expressa no formato original do *KHQ* e/ou na sua tradução e validação para a língua Portuguesa.

Podemos dizer que os dois primeiros domínios da entrevista são mais “abrangentes” e refletem aspectos da saúde – (1) *percepção geral da saúde* e (2) *impacto da IU*. As respostas revelaram que a média dos valores foi, respectivamente, de 38,73% (dp= 19,47%, n= 102) e 40,51% (dp= 31,34%, n= 102). Isto reflete que a QV, no tangente à *percepção geral da saúde* e ao *impacto da IU*, foi considerada “regular” (Tabela 5).

Seguem-se seis domínios que envolvem aspectos distintos da vida da mulher. Os valores médios, seus desvios-padrão e classificação da QV correspondentes foram: (3) *limitações de atividades diárias* – média= 24,35% e dp= 24,67% (n= 102) – QV “boa”; (4) *limitações físicas* – média= 12,42% e dp= 20,13% (n= 102) – QV “boa”; (5) *limitações sociais* – média= 10,02% e dp= 14,22% (n= 102) – QV “boa”; (6) *relacionamento pessoal* – média= 10,44% e dp= 23,56% (n= 75) – QV “boa”; (7) *emoções* – média= 27,44% e dp= 23,56% (n= 102) – QV “regular”; (8) *sono e disposição* – média= 52,56% e dp= 27,54% (n= 102) – QV “ruim” (Tabela 5).

Tabela 5: distribuição dos domínios da QV e escala de medidas de gravidade de acordo média e desvio-padrão.

	Domínio Sono e disposição	Impacto da IU	Percepção geral da saúde	Domínio Emoções	Domínio Limitações das atividades diárias	Medidas de gravidade	Domínio Limitações físicas	Domínio Relações pessoais	Domínio Limitações sociais
média	52,562	40,514	38,725	27,439	24,346	21,412	12,420	10,441	10,016
dp	27,536	31,344	19,469	23,545	24,672	17,670	20,131	23,690	14,215

Fonte: dados da pesquisa

A escala de *medidas de gravidade* mostrou-se com média de 21,41%, dp= 17,67% (n= 102) e QV “boa” (Tabela 5).

5.5 Prevalência dos sintomas urinários

A prevalência de todos os sintomas urinários (segundo o *KHQ*) foi observada da seguinte forma: aumento da frequência urinária (97,1%), noctúria (96,1%), IUE (86%), urgência urinária (85,3%), IUU (78,4%), infecção urinária frequente (70,6%), dor na bexiga (69,6%), dificuldade para urinar (59,8%), IU à relação sexual (57, 8%) e enurese noturna (55,9%) (Tabela 6).

Tabela 6: prevalência de sintomas urinários coexistentes em gestantes com IU.

	Frequência urinária	Noctúria	IUE	Urgência urinária	IUU	Infecção urinária frequente	Dor na bexiga	Dificuldade para urinar	IU à relação sexual	Enurese noturna
%	97,1	96,1	86	85,3	78,4	70,6	69,6	59,8	57,8	55,9
n	99	98	88	87	80	72	71	61	59	57

Fonte: dados da pesquisa

5.6 Classificação da intensidade da IU (IUE e/ou IUU)

Haja vista a escala de sintomas urinários, estabelecemos nova categorização com enfoque didático e estatístico – esta classificação não existe no formato original do *KHQ* e/ou na sua tradução e validação para a Língua Portuguesa. Foi estabelecido que *IU leve* seria aquela em a gestante obtivesse pontuação “1” em pelo menos um dos sintomas de IUE e IUU;

consideramos *IU de moderada a grave* quando a pontuação correspondesse de “2” a “3” nos respectivos sintomas. Notamos que o percentual válido de *IU leve* foi de 43,1% (n= 44) e a de *IU moderada a grave* foi de 50% (n= 51), sendo que 6,9% (n= 7) das gestantes não tinham IUE e/ou IUU (Tabela 7).

Estabelecemos, por meio do teste de Mann-Whitney, a correlação entre os domínios da QV e a qualificação da intensidade da perda urinária (*leve e moderada a grave*). Os domínios onde p foi estatisticamente significante foram: *sono e disposição* (p= 0,01); *medidas de gravidade* (p= 0,022); *relações pessoais* (0,032) e *impacto da IU* (0,049) (Tabela 8). Estes quatro domínios são mais afetados quando a intensidade da IU é de moderada a grave.

Tabela 7: classificação da intensidade da IU (IUE e/ou IUU) pela frequência e percentual.

IUE e/ou IUU	%	n
leve	43,1	44
moderada a grave	50,0	51
Sem IUE e/ou IUU	6,9	7

Fonte: dados da pesquisa

Tabela 8: comparação entre os domínios da QV e a intensidade da perda urinária.

IU (IUE e/ou IUU)	Percepção geral da saúde	Impacto da IU	Domínio Limitações das atividades diárias	Domínio Limitações físicas	Domínio Limitações sociais	Domínio Relações pessoais	Domínio Emoções	Domínio Sono e disposição	Domínio Medidas de gravidade
Leve média (dp)	36,364 (19,027)	34,082 (29,198)	25,380 (22,008)	9,091 (15,011)	10,725 (12,859)	3,887 (12,126)	24,475 (17,369)	43,566 (20,721)	16,369 (13,288)
Moderada a Grave média (dp)	42,157 (19,678)	46,395 (31,336)	25,816 (27,346)	15,035 (23,631)	10,343 (15,824)	16,663 (30,013)	30,496 (26,936)	59,695 (29,519)	26,217 (19,91)
Teste de Mann-Whitney (p≤0,05)	0,218	0,049*	0,757	0,324	0,548	0,032*	0,454	0,01*	0,022*

Fonte: dados da pesquisa

5.7 Variáveis “parto normal” e “episiotomia”

A relação das variáveis *parto normal* e *episiotomia* revelaram que 49% (n= 50) das gestantes não realizaram parto normal (PN) e, portanto, não foram submetidas a episiotomia. Outras 47,1% (n= 48) haviam sido submetidas ao *PN com episiotomia*, enquanto apenas 3,9%

(n= 4) tiveram *PN sem episiotomia*. A ocorrência do procedimento, em gestações anteriores, obteve frequência de: “1” em 46% (n= 23) das gestantes, “2” em 36% (n= 18), “3” em 14% (n= 7) e “4” em 4% (n= 2). A média foi de 1.76 (dp= 0,847) e a moda 1. O teste de Mann-Whitney indicou a correlação entre *PN com episiotomia* e *quantidade de episiotomias* (p= 0,001) (Tabela 11).

5.8 Variáveis correlacionadas por domínio da QV e por sintoma urinário

Foram correlacionadas as variáveis *cor da pele*, *gravidez planejada*, *episiotomia prévia*, *prática de exercício físico*, *local de atividade ocupacional* e o *estado civil* para cada um dos domínios de QV e dos sintomas urinários do *KHQ* – sendo utilizado o teste de Mann-Whitney, sendo $p \leq 0,05$. Observamos que a cor da pele “branca” teve maior comprometimento do domínio *emoções* (p=0,006), além de que apresentou aumento na frequência urinária (p=0,006) que as gestantes de cor da pele “não-branca” (Tabelas 9 e 10).

Quando a gravidez não foi planejada, também houve impacto no domínio *emoções* (p=0,006), com correlação significativa para os sintomas de *enurese noturna* (p=0,013), *IU à relação sexual* (p=0,021) e *dor na bexiga* (p=0,033). As gestantes solteiras apresentaram impacto no domínio da QV *sono e disposição* (p=0,056) e tiveram predomínio de IUU (p=0,053) (Tabelas 9 e 10).

O estilo de ocupação foi categorizado em dois grupos, sendo o primeiro composto pelas mulheres que exerciam atividade laboral em casa (“do lar”, desempregadas e domésticas) e as outras foram estabelecidas como grávidas que atuavam *fora de casa*. Verificamos que há comprometimento em *sono e disposição* (p=0,004) e *noctúria* (p=0,047) para aquelas gestantes que trabalham *fora de casa*. Os sintomas urinários de *enurese noturna* (p=0,003), *IU à relação sexual* (p=0,042) e *dificuldade para urinar* (p=0,03) tiveram impacto negativo sobre as gestantes cuja ocupação é na própria residência (Tabelas 9 e 10).

A variável “renda familiar” só teve implicações no domínio *medidas de gravidade* (p=0,033) para aquelas gestantes com renda familiar maior ou igual a 1,5 salário mínimo, enquanto os sintomas urinários correlacionados foram *enurese noturna* (p=0,024) e *IU à relação sexual* (p=0,018) para a renda familiar inferior a dois salários mínimos (Tabelas 9 e 10).

Não foram encontradas associações entre a prática de exercício físico, realização de episiotomia, QV e/ou sintomas urinários.

Tabela 9: correlação entre os domínios da QV com as variáveis “cor da pele”, “gravidez planejada”, “estado civil”, “local da atividade ocupacional” e “renda familiar”.

Variável	Domínio da QV p≤0,05 – média (dp)
Cor da pele Branca	Emoções – 0,006 35,368 (35,368)
Gravidez não planejada	Emoções – 0,006 31,219 (24,103)
Gestantes solteiras	Sono e disposição – 0,056 57,845 (26,529)
Atividade ocupacional fora de casa	Sono e disposição – 0,004 74,447 (32,645)
Renda familiar ≥ 1,5 salário mínimo	Medidas de gravidade – 0,033 30,743 (20,593)

Teste de Mann-Whitney
Fonte: dados da pesquisa

Tabela 10: correlação entre os sintomas urinários com as variáveis “cor da pele”, “gravidez planejada”, “estado civil”, “local da atividade ocupacional” e “renda familiar”.

Variável	Sintoma urinário p≤0,05 – média (dp)
Cor da pele Branca	Frequência urinária aumentada 0,006 – 2,53 (0,762)
Gravidez não planejada	Enurese noturna 0,013 – 0,76 (0,718) IU à relação sexual 0,021 – 0,76 (0,679) Dor na bexiga 0,033 – 1,27 (0,941)
Gestantes solteiras	IUU 0,053 – 1,51 (1,046)
Atividade ocupacional fora de casa	Noctúria 0,047 – 2,60 (0,91)
Atividade ocupacional em casa	Enurese noturna 0,003 – 0,074 (0,7) IU à relação sexual 0,042 – 0,7 (0,7)
Renda familiar < 2 salários mínimos	Dificuldade para urinar 0,03 – 0,9 (0,47) Enurese noturna 0,024 – 0,69 (0,701) IU à relação sexual 0,018 – 0,71 (0,666)

Teste de Mann-Whitney
Fonte: dados da pesquisa

O teste da Correlação de Spearman indicou importantes resultados entre a idade das gestantes, o número de gestações, partos, abortos e episiotomias, além de cada domínio da QV. Destacamos o fato de que os dados estatísticos relevantes ($p \leq 0,05$) foram: quanto maior a idade das gestantes, maior o impacto sobre o domínio de *limitações de atividades diárias* e menor repercussão sobre os domínios de *limitações físicas* e *sono e disposição*. Além disto, também há correlação positiva entre a idade e o número de gestações, partos, abortos e quantidade de episiotomias – este fato é facilmente explicável, pois o avançar da idade aumenta as chances de a mulher ser expostas aos fatores obstétricos dessa natureza. Constatamos que, quanto menor o tempo de intervalo entre as gestações, há piora no *impacto da IU*. O escore do domínio *limitações das atividades diárias* aumenta conforme progredem os valores de outros domínios, a saber: *limitações sociais, relações pessoais, emoções, sono e disposição*. Já as *limitações físicas* pioram, quando também há piora nas *limitações sociais, relações pessoais, emoções, sono e disposição, medidas de gravidade e impacto da IU*. Da mesma forma, a piora das *limitações sociais* implica piora das *relações pessoais, emoções e medidas de gravidade*. O prejuízo das *relações pessoais* mantém correlação positiva com os domínios *emoções, medidas de gravidade e sono e disposição*, além da variável idade gestacional. O domínio *emoções* se agrava quando há concomitante aumento dos escores do domínio *sono e disposição*; já quando este último é afetado, se mostra correlação com as *medidas de gravidade* e com o *impacto da IU*. As *medidas de gravidade* sofrem também com o avançar da idade gestacional, a *percepção geral da saúde* e o *impacto da IU* (Apêndice F – quadro1).

Observou-se que 23,33% do impacto nas *limitações sociais* podem ser explicados pelo impacto nas *relações pessoais*; e estas sofrem o prejuízo nas *emoções*, sendo justificadas por 19,54% das ocorrências.

Outras variáveis foram avaliadas no teste de correlação de Spearman, a saber: “quantidade de episiotomia prévia”, “peso ao nascer” (do RN mais pesado) e “parto normal prévio” – houve correlação positiva entre todas. Como já levantada a questão acerca da prática liberal da episiotomia, 76,91% do número de episiotomias podem ser justificados pela presença de partos vaginais anteriores; enquanto 9% cabe ao “peso ao nascer” do RN (Tabela 11).

Tabela 11: correlação entre quantidade de episiotomia anterior, peso ao nascer (do RN mais pesado) e parto normal prévio.

	Episiotomias anteriores	Peso ao nascer (g)	Parto normal prévio
Episiotomias anteriores	1,0	0,3*(p= 0,17)	0,877** (p< 0,001)
Peso ao nascer (g)	0,3* (p= 0,17)	1,0	0,183(p= 183)
Parto normal prévio	0,877** (p< 0,001)	0,183 (p= 183)	1,0

Teste de correlação de Spearman

Fonte: dados da pesquisa

5.9 Relação entre tipo de sintoma urinário e domínios da QV

A fim de medir se havia relação entre o tipo de sintoma urinário (indicado na escala de sintomas urinários anexada ao *KHQ*) e cada domínio da QV, foi aplicado o teste de Kruskal-Wallis. A análise dos dados indicou que o sintoma urinário que mais repercutiu nos domínios da QV foi a “IU à relação sexual”, pois o “p” se mostrou estatisticamente significativa, a saber: *limitações das atividades diárias* (p< 0,0001), *relações pessoais* (p< 0,0001), *limitações sociais* (p= 0,002), *medidas de gravidade* (p= 0,009), *sono e disposição* (p= 0,01), *limitações físicas* (p= 0,017), *impacto da IU* (p= 0,018). O aumento na “frequência urinária” provocou piora nos domínios *emoções* (p= 0,003), *limitações das atividades diárias* (p= 0,005), *sono e disposição* (p= 0,009), *percepção geral da saúde* (p= 0,02), *impacto da IU* (p= 0,047). A presença de “noctúria” ensejou impacto na QV relacionada ao *sono e disposição* (p< 0,0001) e *medidas de gravidade* (p= 0,002). Sobre a “urgência urinária”, houve associação com o prejuízo das *medidas de gravidade* (p< 0,0001), *relações pessoais* (p= 0,044), *sono e disposição* (p= 0,049). A IUU provocou repercussões nas *relações pessoais* (p= 0,002), *medidas de gravidade* (p= 0,012), *limitações físicas* (p= 0,024). Já a IUE causa impacto nas *medidas de gravidade* (p< 0,0001), *sono e disposição* (p= 0,003) e *limitações físicas* (p= 0,041). No que se refere à enurese noturna, os domínios afetados por ela são: *limitações das atividades diárias* (p= 0,001), *medidas de gravidade* (p= 0,002) e *relações pessoais* (p= 0,006). A presença de “infecção urinária frequente” tem correspondência com *limitações das atividades diárias* (p= 0,003), *emoções* (p= 0,017) e *percepção geral da saúde* (p= 0,02). Quando ocorre “dor na bexiga”, se observam *limitações nas atividades diárias* (p= 0,001), *limitações sociais* (p= 0,02) e comprometimento das *emoções* (p= 0,034). Enquanto

isso, a “dificuldade para urinar” é impactante para as *limitações nas atividades diárias* ($p=0,001$), *medidas de gravidade* ($p=0,024$) e *emoções* ($p=0,036$) (Tabela 12).

Tabela 12: correlação entre os domínios da QV e cada sintoma urinário.

	Percepção geral da saúde	Impacto da IU	Domínio Limitações das atividades diárias	Domínio Limitações físicas	Domínio Limitações sociais	Domínio Relações pessoais	Domínio Emoções	Domínio Sono e disposição	Domínio Medidas de gravidade
Frequência urinária ($p \leq 0,05$)	0,02	0,047	0,005	0,587	0,448	0,134	0,003	0,009	0,652
Noctúria ($p \leq 0,05$)	0,052	0,061	0,155	0,074	0,69	0,601	0,318	<0,001	0,002
Urgência urinária ($p \leq 0,05$)	0,603	0,295	0,106	0,056	0,954	0,044	0,277	0,049	<0,001
IUU ($p \leq 0,05$)	0,198	0,064	0,059	0,024	0,099	0,002	0,083	0,169	0,012
IUE ($p \leq 0,05$)	0,168	0,263	0,18	0,041	0,622	0,127	0,169	0,003	<0,001
Enurese noturna ($p \leq 0,05$)	0,340	0,186	0,001	0,201	0,168	0,006	0,246	0,055	0,002
IU à relação sexual ($p \leq 0,05$)	0,303	0,018	<0,001	0,017	0,002	<0,001	0,001	0,01	0,009
Infecção urinária frequente ($p \leq 0,05$)	0,02	0,245	0,003	0,341	0,241	0,673	0,017	0,201	0,503
Dor na bexiga ($p \leq 0,05$)	0,068	0,149	0,001	0,158	0,02	0,234	0,034	0,857	0,144
Dificuldade para urinar ($p \leq 0,05$)	0,164	0,419	0,001	0,33	0,145	0,155	0,036	0,676	0,024

Teste de Kruskal-Wallis
Fonte: dados da pesquisa

Não houve correlação estatisticamente significativa ($p > 0,05$) entre os domínios da QV e o grau de escolaridade das gestantes.

5.10 Correlação domínio a domínio da QV

Utilizamos o teste de correlação de Spearman ($p \leq 0,05$) a fim de avaliar algumas variáveis. O total de 72 gestantes encontravam-se no início do 3º trimestre. Nestas, observamos correspondência positiva entre *Limitações sociais* e *Relações pessoais* ($r_s=0,481$ e $p=0,001$), *Relações pessoais* e *Emoções* ($r_s=0,414$ e $p=0,003$), *Limitações físicas* e *Limitações sociais* ($r_s=0,412$ e $p < 0,001$), *Emoções* e *Sono e disposição* ($r_s=0,399$ e $p=0,001$), *Relações pessoais* e *Medidas de gravidade* ($r_s=0,393$ e $p=0,006$), *Limitações sociais* e *Medidas de gravidade* ($r_s=0,367$ e $p=0,002$), *Limitações físicas* e *Medidas de gravidade* ($r_s=0,350$ e $p=0,003$), *Limitações físicas* e *Relações pessoais* ($r_s=0,359$ e $p=0,012$), *Limitações sociais* e *Emoções* ($r_s=0,298$ e $p=0,011$), *Relações pessoais* e *Sono e disposição* ($r_s=0,289$ e $p=0,046$), *Limitações das atividades diárias* e *Limitações sociais* ($r_s=0,264$ e $p=0,025$), *Percepção geral da saúde* e *Medidas de gravidade* ($r_s=0,263$ e $p=0,026$), *Impacto da IU* e *Limitações físicas* ($r_s=0,253$ e $p=0,032$), *Limitações das atividades diárias* e *Emoções* ($r_s=0,250$ e $p=0,035$), *Impacto da IU* e *Sono e disposição* ($r_s=0,236$ e $p=0,046$), *Limitações das atividades diárias* e *Sono e disposição* ($r_s=0,232$ e $p=0,05$), *Impacto da IU* e a *Percepção geral da saúde* ($r_s=0,232$ e $p=0,05$).

Do mesmo modo, foi realizado o teste de correlação de Spearman ($p \leq 0,05$) a fim de avaliar as mesmas variáveis para as gestantes que se encontravam no fim do 3º trimestre ($n=30$). Nestas, observamos correspondência negativa entre a idade das grávidas e três domínios da QV – *Sono e disposição* ($r_s=-0,526$ e $p=0,003$), *Limitações físicas* ($r_s=-0,5$ e $p=0,005$), *Relações pessoais* ($r_s=-0,382$ e $p=0,049$) – isto significa que, quanto maior for a idade, melhores serão os respectivos indicadores da QV. As correlações positivas encontradas se deram entre: *Limitações físicas* e *Sono e disposição* ($r_s=0,655$ e $p < 0,001$), *Limitações físicas* e *Medidas de gravidade* ($r_s=0,509$ e $p=0,004$), *Relações pessoais* e *Emoções* ($r_s=0,501$ e $p=0,008$), *Relações pessoais* e *Limitações sociais* ($r_s=0,473$ e $p=0,013$), *Sono e disposição* e *Medidas de gravidade* ($r_s=0,471$ e $p=0,009$), *Impacto da IU* e *Limitações físicas* ($r_s=0,446$ e $p=0,014$), *Impacto da IU* e *Sono e disposição* ($r_s=0,443$ e $p=0,014$), *Limitações físicas* e *Relações pessoais* ($r_s=0,426$ e $p=0,027$), *Emoções* e *Sono e disposição* ($r_s=0,422$ e $p=0,02$), *Limitações físicas* e *Limitações das atividades diárias* ($r_s=0,414$ e $p=0,023$), *Impacto da IU* e *Limitações das atividades diárias* ($r_s=0,389$ e $p=0,033$), *Relações pessoais* e *Limitações das*

atividades diárias ($r_s=0,385$ e $p=0,047$), *Impacto da IU e Percepção geral da saúde* ($r_s=0,381$ e $p=0,038$).

6 DISCUSSÃO

A gravidez é um período de preocupações pelas incertezas e desconhecimento do processo gestacional. O pouco acesso a profissionais capacitados para a escuta adequada durante a consulta de pré-natal e, principalmente, no que se refere às queixas da IU nas UBS é um fato que merece atenção de pesquisadores, profissionais e gestores. Apesar de a gestação provocar sentimentos de cuidado com as mudanças físicas e emocionais, o impacto da IU na saúde e na QV ainda requer muitos estudos, a fim de compreender as implicações envolvidas na vida das mulheres que apresentam esse problema.

Podemos dizer que a IU é uma doença silenciosa, visto que é considerada um assunto-tabu na sociedade e não causa implicações sobre a taxa de mortalidade das mulheres que a possuem. Profissionais de saúde procuram mensurar a IU de forma “objetiva” (sintoma ou condição percebida como sinal de doença por alguém que não seja a paciente), enquanto as mulheres com IU só buscam tratamento quando o aspecto “subjetivo” da doença as incomoda (sintoma ou condição percebida pela paciente). Pouco é sabido sobre a relação entre esses dois aspectos; cogita-se em que essas diferentes percepções possam ensejar expectativas distintas quanto à intervenção, com subsequente contentamento, ou decepção, por parte das mulheres (YALCIN e VIKTRUP, 2007).

Estudos referem que mulheres com IU sofrem, além de incapacitação na saúde física, tremendos efeitos psicológicos e no bem-estar social, portanto, com impacto na QV relacionada à saúde (OH e KU, 2007; SIMEONOVA *et al*, 1999). Outros estudos demonstram que, quanto mais severa for a IUE, maior será o impacto na QV. Apesar disto, algumas mulheres com IUE optam por procurar auxílio médico, enquanto outras se utilizam de estratégias como uso de protetor (absorvente ou fralda), mudanças no estilo de vida e/ou isolamento social (YALCIN e VIKTRUP, 2007).

As gestantes entrevistadas mostraram-se surpresas com as perguntas do questionário e não se consideravam “doentes” por apresentarem IU, tampouco sabiam que haviam formas de prevenção ou de minimizar os efeitos da perda de urina. Algumas até demonstraram desinteresse, pois supunham que esse fato era “normal” na gravidez e que desapareceria após o parto – como sugeriram algumas amigas e familiares. Magalhães (2007) afirma que as desvantagens em saúde acometem principalmente grupos socialmente vulneráveis e possuem efeitos cumulativos. Sendo isto verdade, o mapeamento, a seleção das fontes de informação e a elaboração de bases de dados seriam os alicerces para solução do problema deste estudo. A

tecnologia em saúde utilizada, no entanto, com a finalidade de garantir um pré-natal adequado – Cartão da Gestante – mostra-se falho no tangente à IU e desafia a equidade e a integralidade do cuidado.

O perfil sociodemográfico indicou que a média de idade das mulheres foi de 28,57 anos, sendo ligeiramente superior (26 anos) ao estudo de Dolan e colaboradores (2004) que investigou a QV de primigestas (entre 34 e 40 semanas de idade gestacional) e após três meses do parto na Irlanda – também se utilizando do *KHQ*.

A escolaridade relatada indicou que a minoria das mulheres era graduada, fato corroborado pelo estudo de Figueiredo e colaboradores (2008), que observaram baixa escolaridade, ao avaliar o perfil de usuárias do serviço de fisioterapia uroginecológica. Isto ressalta a importância dos profissionais abordarem a temática de forma adequada, a fim de que as mulheres se apropriem de termos às vezes desconhecidos.

A atividade ocupacional predominante era de “dona de casa”. Como grande parte das gestantes não tinha independência financeira, a renda familiar média foi de, aproximadamente, 1,18 salário mínimo.

Em razão de o local da coleta dos dados ter sido as UBSs – e estas atendem, prioritariamente, gestantes de baixo risco – podemos perceber que a população estava saudável e tinha sido submetida a poucos procedimentos cirúrgicos de médio e grande porte. Este fato possibilita avaliar a QV com o mínimo de interferência de outras co-morbidades.

O percentual encontrado para partos normais anteriores foi de 52,9%, enquanto para partos cesáreas foi de 26,5%. Esses dados confirmam o fato de que, apesar de as gestantes terem sido submetidas a mais partos vaginais do que cesareanos (o dobro), os índices destes últimos ainda são altos se comparados com os americanos (9% a 16%) (HVIDMAN, *et al.*, 2003). Indicadores do Ministério Saúde do Brasil afirmam que as taxas de parto cesáreo têm decrescido (32,4% em 1995, para 26,4% em 2003), deste modo, o percentual de partos por via alta encontrado nesta pesquisa estão de acordo com a literatura (HERRMANN *et al.*, 2009)

Os achados sobre *parto normal e realização de episiotomia* contrariam ao que foi estabelecido na obra Enkin e colaboradores (2005) – que se utilizou de revisões sistemáticas da Biblioteca Cochrane. Referidos autores afirmam que “se a monitorização durante o segundo estágio do trabalho de parto sugerir que há sofrimento do feto ou da mãe, ou que o processo cessou, pode ser necessário acelerar o parto, por episiotomia, parto instrumental ou ambos” (ENKIN *et al.* 2005, p. 159). Constatamos que a episiotomia é um dos procedimentos cirúrgicos mais comuns no mundo, contudo, a sua prática foi se tornando ordinária sem que houvesse forte indicação científica de sua eficácia. Apesar de haverem sido sugeridos

benefícios e efeitos adversos para a realização dessa técnica, o uso liberal de qualquer cirurgia só é justificado quando ocorrem benefícios compensadores – tal fato não pôde ser comprovado com o uso liberal da episiotomia até então. Com base nas revisões sistemáticas da Biblioteca Cochrane, não há dados que fundamentem o pensamento de que essa prática minimize o traumatismo da cabeça fetal. Já estudos randomizados comprovam que os índices de Apgar, as taxas de internação no berçário de cuidados especiais e a frequência e intensidade da IU (após seguimento de três anos) são semelhantes para o uso liberal e restrito da episiotomia (ENKIN *et al.* 2005).

Como exposto anteriormente, a quantidade elevada de partos cesáreos reflete um aspecto cultural interessante sobre o Brasil (e muitos países latino-americanos), que indicam a cesárea na esperança de prevenir danos ao AP (HERRMANN *et al.*, 2009); quando da impossibilidade de sua realização, os obstetras optam por executar o parto vaginal associado a outro procedimento cirúrgico – a episiotomia – também sem efeito protetor comprovado.

O peso dos RNs em partos anteriores reforçam a teoria de que o peso acima de 4000g pode ser prejudicial ao AP (MØRKVED, 2007), caso não seja realizado o treino muscular dessa região e/ou a massagem perineal – que protegem o AP de ruptura acidental e minimizam a necessidade de episiotomia (ENKIN *et al.* 2005).

A maioria das mulheres estava no início do 3º trimestre gestacional (70,588%, n= 72) e até então não haviam sido questionadas pelos profissionais que realizam o pré-natal sobre a ocorrência de IU (89,2%), tampouco explicaram o que as gestantes deveriam fazer quando tivessem esse sintoma (94,1%). Alguns estudos comprovam que o progredir da gestação promove exacerbação dos sintomas urinários, aumento da pressão sobre a bexiga, diminuição da atividade do esfíncter uretral e sobrecarga ao AP (BRUSCHINI, TRUZZI, SROUGI, 2006). Em decorrência das alterações no aparelho reprodutor, urinário e no sistema de sustentação dos órgãos pélvicos, sugere-se que as ações educativas durante a gestação também englobem estes aspectos, pois possibilitariam atuar em todas as fases da prevenção (primária, secundária e terciária) (ABRAMS *et al.*, 2005).

O conhecimento sobre a região pélvica permite às gestantes realizarem corretamente o treino muscular do AP (TMAP) (OLIVEIRA *et al.*, 2007), fato comprovado de benefício e redução da IU – e até da incontinência fecal – tanto antenatal quanto pós-natal (HAY-SMITH *et al.*, 2008). Essa prática possui muitas vantagens, visto que é de baixo custo e não apresenta efeitos adversos sobre a saúde, sendo recomendada pela Sociedade Internacional de Continência (ABRAMS *et al.*, 2005) e, portanto, deve ser preconizada e incluída no *Manual do Pré-natal e Puerpério* (BRASIL, 2006b). Em estudo longitudinal (seguimento de seis

meses) mulheres com IU foram solicitadas a praticar TMAP (uma e quatro vezes por semana), sendo avaliada também a QV por meio de teste específico. Os resultados foram benéficos para ambos os grupos de mulheres, permanecendo sem sintomas e com melhora da QV pelo período de seis meses pós-tratamento (BORELLO-FRANCE *et al.*, 2008).

A presença de aumento da frequência urinária e noctúria foram os dois sintomas mais referidos pelas gestantes, sendo superior às queixas de IUE e IUU. Esta constatação confirma os resultados de Dolan *et al.* (2004), Cardozo e Cutner (1997) e Viktrup *et al.* (1993). Os sintomas em questão podem ser explicados pelas alterações fisiológicas nos valores da pressão e volume vesicais (CHALIHA *et al.*, 2000). Outra justificativa seria o estresse sobre o AP provocado pela gravidez (e depois o parto vaginal), que pode ensejar aumento na sensação de perda urinária, apresentando-se superior nesse período, se comparado com o mulheres nulíparas pré-menopausa. Este fato foi observado em estudo com *pad-test* (teste do absorvente) entre gestantes e nulíparas, visto que apresentaram perda urinária semelhante (WIJMA *et al.*, 2008).

O estudo constatou que gestantes com perda urinária tem pouco comprometimento da QV, visto que o impacto foi considerado “ruim” apenas no domínio *sono e disposição*. Três domínios da QV foram considerados “regular” (*percepção geral da saúde, impacto da IU, emoções*); enquanto quatro domínios e a escala independente de avaliação da gravidade da IU (*limitações de atividades diárias, limitações físicas, limitações sociais, relacionamento pessoal e medidas de gravidade*) obtiveram classificação “boa”. Ratificamos que esta categorização foi proposta por nós, pesquisadores, a fim de facilitar o entendimento dos resultados. Curiosamente, das gestantes que apresentavam IU, 50% delas consideram a perda de moderada a grave para os sintomas de IUE e/ou IUU.

A pesquisa de Dolan e colaboradores (2004), também indicou que durante o pré-natal as primigestas investigadas não se sentiam tão perturbadas com a IU – relatando de pouco a moderado impacto. Apesar de que o número de mulheres com IU após três meses do parto tenha diminuído, a percepção que estas tinham de sua QV piorou. O mesmo estudo constatou que a presença de sintomas urinários associados a IU contribuía para piorar a QV.

É interessante observar que, a despeito dos domínios *percepção geral da saúde e impacto da IU* terem sido classificados como regulares, a maioria dos domínios apontaram baixo comprometimento. Isto pode indicar a necessidade de se utilizar, em paralelo ao *KHQ*, um questionário de QV geral – como, por exemplo, o *SF-36*.

Os domínios *sono e disposição, medidas de gravidade, relações pessoais e impacto da IU* foram os mais afetados quando a IUE e/ou IUU foi de “moderada a grave” ($p < 0,05$).

Diferentemente, Rett e colaboradores (2007) em um estudo brasileiro que considerou a QV (*KHQ*) de mulheres (não grávidas) com IUE em idade reprodutiva, verificaram que todos os domínios do questionário foram afetados em mais de 30% ($p < 0,05$) – sendo que o *impacto da IU* (78,2%) e *limitações das atividades diárias* (75%) obtiveram os piores resultados. Os mesmos pesquisadores afirmam que mulheres jovens tendem a apresentar piora da QV, justamente por serem mais social, econômica e sexualmente ativas. Em virtude da possibilidade destas mulheres engravidarem novamente, o tratamento a ser proposto deverá se basear em fisioterapia (associando ao TMAP), visto que procedimentos cirúrgicos em gravidezes subsequentes podem produzir efeitos indesejados. Este fato justifica a proposta de incluir essa prática tanto no pré-natal quanto no puerpério (imediate e tardio).

Variáveis como “cor da pele branca”, “gravidez não planejada” e gestantes cujo estado civil era “solteira” apresentaram correlação com alguns domínios da QV e sintomas urinários. Esses achados não encontraram sustentação nos estudos de Scarpa e colaboradores (2006). As gestantes cujas atividades ocupacionais eram externas à casa tiveram maior impacto no domínio da QV e no sintoma urinário que dificultava o sono (*sono e disposição e noctúria*, $p < 0,05$), talvez pelo fato de isto piorar o rendimento laboral das mesmas no dia seguinte. Especula-se que a correlação entre as gestantes que permanecem em casa no cotidiano apresentarem *dificuldade para urinar* ($p = 0,03$) seja em razão da pouca quantidade de banheiros/residente na moradia (4,75 pessoas/banheiro).

A respeito da “renda familiar”, houve correlação com o domínio *medidas de gravidade* e as que dispunham de renda familiar maior ou igual a 1,5 salário mínimo, enquanto os sintomas urinários correlacionados foram *enurese noturna* ($p = 0,024$) e *IU à relação sexual* ($p = 0,018$) para a renda familiar inferior a dois salários mínimos – possivelmente pela IU constranger as gestantes em relação ao parceiro e aos familiares. A prática de exercício físico, realização de episiotomias apresentaram $p > 0,05$ quando correlacionadas com QV e sintomas urinários, não indicando significância estatística.

Alguns estudos (MØRKVED, 2007) contribuem para a ideia de que o menor tempo de intervalo entre as gravidezes pode ser prejudicial ao AP, pois causa maior *impacto da IU*. Enquanto a idade das gestantes avança, ocorre piora das *limitações de atividades diárias*, porém com melhora das *limitações físicas* e *sono e disposição*. O teste de Correlação de Spearman quando aplicado entre os domínios da QV, indicou que, apesar de eles serem avaliados pelo *KHQ* de forma independente, na essência, refletem inter-relação.

As esferas da QV tiveram piora predominante com alguns sintomas urinários, em especial a *IU à relação sexual*, que afetou sete domínios. Isto pode ser justificado pelo fato de

este ser um dos sintomas urinários mais difíceis de ser relatado ao profissional de saúde, por ser um dos que mais provoca constrangimento; também explica o importante impacto deste sintoma na QV, independentemente de outros sintomas e parâmetros (PONS e CLOTA, 2008). A *frequência urinária aumentada* comprometeu cinco domínios, enquanto outros sete sintomas urinários impactaram apenas três domínios da QV, com exceção da noctúria que afetou apenas dois domínios. Os domínios do *KHQ* não obtiveram correlação com a escolaridade das gestantes. Comparando o início e o fim do 3^o trimestre, observa-se em ambas as etapas da gravidez que ocorre correlação entre 17 variáveis (Apêndice F, quadros 2 e 3).

CONCLUSÃO

Esta pesquisa ofereceu dados que contribuem para o conhecimento de alguns aspectos relacionados ao período gravídico, como os sintomas urológicos e a qualidade de vida. Favorece, portanto, a interdisciplinaridade – tão necessária para a Promoção da Saúde. Possibilita, ainda, maior proximidade com os princípios do SUS – universalidade, equidade, integralidade e resolubilidade.

A análise das informações geradas pelo instrumento de pesquisa possibilitou concluir que o perfil das 102 gestantes entrevistadas indicava que a idade média delas era de 28,57 anos (dp= 5,28 anos), com igual quantidade entre solteiras e casadas (n= 51). Predominantemente, as gestantes tinham completado o ensino médio (48%), atuavam como donas de casa (55,5%), dividiam a moradia (casa) com outras pessoas (média de 3,75) e possuíam banheiro dentro da residência (média de 1). Deste modo, a renda familiar média era de 1,18 salário mínimo. Cerca de 62,7% das gestantes tinha a cor da pele não-branca. A média da quantidade de gestações foi de 2,67; de partos 1,4 e de abortos 0,33. A maioria das entrevistadas era de primíparas, saudáveis, sedentárias, que se encontravam no início do terceiro trimestre (34,8 semanas de IG) e não tinham planejado engravidar. As múltiparas tinham sido submetidas ao dobro de partos normais em relação ao de cesáreos, com associação positiva para a realização de episiotomia anterior (em 88,9% dos partos normais). Destas mulheres, 44,4% tiveram RNs com peso superior a 3.500g.

Constatou-se que a QV das gestantes incontinentes foi objeto de impacto de baixo a médio, a depender do domínio. Durante a aplicação dos questionários, as entrevistadoras observaram (informalmente) que grande parte das grávidas não considerava a IU uma disfunção ou patologia. Elas acreditavam que a perda de urina era “parte da gravidez”, como também não sabiam que poderiam preveni-la e/ou tratá-la durante este período. Várias informavam ter comentado sobre o ocorrido com outras mulheres que já engravidaram (da mesma faixa socioeconômica) e estas também reforçaram o fato de que os sintomas eram típicos da gravidez. Então, poucas grávidas levaram a queixa até os médicos e/ou enfermeiros que realizam o pré-natal. Os resultados, contudo, revelam que eles também não conduzem a IU de forma adequada, provavelmente em razão da ausência de local adequado no Cartão da Gestante e de enfoque mais específico sobre a conduta no *Manual do Pré-natal e Puerpério*. Observou-se nesse cartão a inexistência de informação sobre a IU na gestação, possibilidade de prevenção e de identificação de fatores de riscos. Este fato contribui para que, tanto o

profissional quanto a gestante, não dediquem a atenção necessária às queixas urológicas, além da infecção urinária.

Dentre os domínios, oito deles e a escala independente de medida de gravidade da IU, houve maior comprometimento em *sono e disposição*, seguido pelo *impacto da IU, percepção geral da saúde e emoções*. Entendemos que a QV foi considerada entre ruim e regular.

A prevalência dos sintomas urinários – associados à inicial perda involuntária de urina que todas as gestantes deveriam ter, a fim de serem incluídas no estudo – foram: aumento da frequência urinária, noctúria, IUE, urgência urinária, IUU, infecção urinária frequente, dor na bexiga, dificuldade para urinar, IU à relação sexual e enurese noturna. Destes, observou-se que a *IU à relação sexual* foi o sintoma urinário que afetou, proporcionalmente, mais domínios da QV (7). Isto sugere que esse sintoma seja um dos problemas urológicos femininos de maior constrangimento, sendo mais difícil de ser relatado ao profissional de saúde. Outro sintoma muito comum da gravidez – *frequência urinária aumentada* – comprometeu cinco domínios; fato que reflete a necessidade de um novo direcionamento nas condutas adotadas por parte dos profissionais do SUS.

A pesquisa revelou que gestantes solteiras, de pele branca e cuja gravidez não foi planejada, apresentaram correlação com determinados domínios da QV e alguns sintomas urinários. Este fato justifica a necessidade de uma escuta adequada e atendimento humanizado pela equipe atuante no ciclo gravídico-puerperal.

Para subsidiar a qualidade da assistência pré-natal, a qualificação dos profissionais de saúde e implementar ações direcionadas à IU na gravidez, sugere-se o uso de uma tecnologia em saúde (portfólio – Apêndice A) constituída com base nos resultados da pesquisa e das observações realizadas durante a coleta dos dados. O seu uso pode ser feito pelas usuárias, na sala de espera; pelos profissionais de saúde, em seus consultórios; nas oficinas educativas, com grupos de gestantes; pelos agentes de saúde, nas visitas domiciliares; além de servir de instrumento informativo para a comunidade geral. Dentre as vantagens de seu uso, destaca-se a facilidade na transmissão de informações por meio de ilustrações autoexplicativas, o fácil manuseio com a possibilidade de consultá-lo frequentemente, baixo custo financeiro, capacitação para o autocuidado, prevenção e detecção precoce dos sintomas, Promoção da Saúde, do bem-estar e da qualidade de vida.

O estudo não teve como finalidade exaurir a temática, portanto, apresenta limitações quanto à adequação do instrumento para a investigação da QV em IU na gravidez. A escassez de produção científica no Brasil restringiu a análise dos dados. Independentemente disto, a pesquisa contribuirá para o direcionamento de abordagem sobre a IU nas consultas do pré-

natal e intervenções preventivas, de Promoção da Saúde e reabilitação nos serviços que assistem a grávida com sintoma de IU.

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. **Neurourology and Urodynamics**, EUA, v. 21, n. 2, p. 167-178. 2002.

ABRAMS, P. *et al.* **Incontinence – Basics & Evaluation** vol. 1. United Kingdom: International Continence Society Internationale d’Urologie, 2005a.

ABRAMS, P. *et al.* **Incontinence – Management** vol. 2. United Kingdom: International Continence Society Internationale d’Urologie, 2005b.

ANDREWS, W. *et al.* Urinary tract infections in pregnancy. **International Urogynecology Journal**, Londres, v. 1, n. 3, p. 155-163, set. 1990.

ASTRAND, P.O.; RODAHL, K. **Textbook of work physiology**. New York: McGraw, 1986.

BARACHO, E. **Fisioterapia Aplicada à Obstetrícia, Uroginecologia e Aspectos de Mastologia**. Rio de Janeiro: Medsi, 2007.

BARBER, M.D. Questionnaires for women with pelvic floor disorders. **International Urogynecology Journal Pelvic Floor Dysfunction**, Londres, v. 18, n. 4, p. 461-465, abr. 2007.

BIYANI, C.S.; JOYCE, A.D. Urolithiasis in pregnancy I: pathophysiology, fetal considerations and diagnosis. **British Journal of Urology**, Londres, v. 89, n. 8, p. 811-818, maio. 2002.

BORELO-FRANCE, D.F.; DOWNEY, P.A.; ZYCZYNSKI, H.M.; RAUSE, C.R. Continence and quality-of-life outcomes 6 months following an intensive pelvic-floor muscle exercise program for female stress urinary incontinence: a randomized trial comparing low- and high-frequency maintenance exercise. **Physical Therapy**, Nova Iorque, v. 88, n. 12, p. 1545-1553, dez. 2008.

BØ, K. *et al.* **Evidence-based physical therapy for the pelvic floor: bridging science and clinical practice**. Londres: Elsevier, 2007.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Política nacional de promoção da saúde 2004-2007**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.

_____, Ministério da Saúde. **Manual técnico: pré-natal e puerpério, atenção qualificada e humanizada**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.

_____, Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, Senado, 1988.

_____, Ministério da Saúde. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher – princípios e diretrizes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____, Ministério da Saúde, Projeto Promoção da Saúde. **Promoção da Saúde: Declaração de Alma-Ata, Carta de Ottawa, Declaração de Adelaide, Declaração de Saundsvall, Declaração de Santa Fé de Bogotá, Declaração de Jacarta, Rede de Meta países e Declaração do México**. Ministério da Saúde, Brasil, 2001, p.112.

_____, Conselho Nacional De Saúde. Resolução 196/96. Brasília, 1996.

_____, Ministério da Saúde. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/area.cfm?id_area=1026>. Acesso em 20 set. 2009.

BRAVERMAN, P. Health Disparities and Health Equity: Concepts and Measurement. **Annual Review of Public Health**, Palo Alto, v. 27, p. 167-194, abr. 2006.

BRUSCHINI, H.; TRUZZI, J.C. Fisiologia do trato urinário. In: BRUSCHINI, H.; TRUZZI, J.C.; SROUGI, M. **Distúrbios Urológicos na Gravidez**. São Paulo: Manole, 2006, p. 27-39.

CARDOZO , L.D.; CUTNER, A. Lower urinary tract symptoms in pregnancy. **British Journal of Urology**, Londres, v. 80, supl. 1, p. 14-23, jun. 1997.

CHALIHA, C.; BLAND, J.M.; MONGA, A.; STANTON, S.L.; SULTAN, A.H. Pregnancy and delivery: a urodynamic viewpoint. **British Journal of Obstetrics and Gynaecology**, Londres, v. 107, n. 11, p. 1354-1359, nov. 2000.

CUTNER, A.; CARDOZO, L.D. The lower urinary tract in pregnancy and the puerperium. **International Urogynecology Journal Pelvic Floor Dysfunction**, Londres, v. 3, n. 4, p. 317-323, dez. 1992.

DATASUS, Indicadores demográficos – população total. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?idb2007/a01.def>>. Acesso em 20 nov. 2008a .

DATASUS, Indicadores demográficos – esperança de vida ao nascer. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2007/a11m.htm>> e <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2007/a11f.htm>> Acesso em 20 nov. 2008b.

DAVIDSON, J.; DUNLOP, W. Renal hemodynamics and tubular function in normal human pregnancy. **Kidney International**, Nova Iorque, v. 18, n. 52. 1980.

DIAS, R.C; BARACHO, E. Avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde. In: BARACHO, E. **Fisioterapia Aplicada à Obstetrícia, Uroginecologia e Aspectos de Mastologia**. Rio de Janeiro: Medsi, 2007, p. 443-453.

DOLAN, L. M. *et al.* A study of quality of life in primigravidae with urinary incontinence, **International Urogynecology Journal Pelvic Floor Dysfunction**, Londres, v. 15, n. 3, p. 160-164, maio-jun. 2004.

DUMOULIN, C. *et al.* Physiotherapy for persistent postnatal stress urinary incontinence: a randomized controlled trial. **Obstetrics and Gynecology**, Nova Iorque, v. 104, n. 3, p. 504-510, set. 2004.

ENKIN, M. *et al.* **Guia para Atenção Efetiva na Gravidez e Parto**. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005, p.159.

FIGUEIREDO, E.M.; LARA, J.O.; CRUZ, M.C.; QUINTÃO, D.M.G.; MONTEIRO, M.V.C. Perfil sociodemográfico e clínico de usuárias de Serviço de Fisioterapia Uroginecológica da rede pública. **Revista Brasileira de Fisioterapia**, São Carlos, v. 12, n. 2, p. 136-142, mar./abr. 2008.

GHONIEM, G. *et al.* Evaluation and outcome measures in the treatment of female urinary stress incontinence: International Urogynecological Association (IUGA) guidelines for research and clinical practice. **International Urogynecology Journal**, Londres, v. 19, n. 1, p. 5-33, jan. 2008.

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

GUNNARSON, M.; MATTIASSON, A. Pelvic floor function in primiparous women in early pregnancy and 4-12 months after delivery. In: GUNNARSON, M. **Pelvic floor dysfunction: a vaginal surface EMG study in healthy and incontinent women**. Sweden, Lund University, 2002. Tese (Mestrado em Ciências Médicas). Lund University, 2002.

HANNESTAD, Y. S. *et al.* A community-based epidemiological survey of female urinary incontinence: the Norwegian EPINCONT study. **Journal of Clinical Epidemiology**, Nova Iorque, v. 53, n. 11, p. 1150-1157, nov. 2000.

HARRIS, R.E. The significance of eradication of bacteriuria during pregnancy. **Obstetrics and Gynecology**, Nova Iorque, v. 53, n. 1, p. 71-73, jan. 1979.

HERRMANN, V.; SCARPA, K.P.; PALMA, P.C.R.; RICCETTO, C.Z. Stress urinary incontinence 3 years after pregnancy: correlation to mode of delivery and parity. **International Urogynecology Journal and Pelvic Floor Dysfunction**, Londres, v. 20, n. 3, p. 281-288, mar. 2009.

HU, T. W. *et al.* Costs of urinary incontinence and overactive bladder in the United States: a comparative study. **Urology**, Nova Iorque, v. 63, n. 3, p. 461-465, mar. 2004.

HVIDMAN, L. ; FOLSDPANG, A. ; MOMMSEN, S. ; NIELSEN, J.B. Postpartum urinary incontinence. **Acta Obstetrica et Gynecologica of Scandinavica**. Londres, v. 82, n. 6, p. 556-563, jun. 2003.

JÜNEMANN, K.; THÜROFF, J. Innervation. In: SCHÜESSLER, B.; LAYCOCK, J.; NORTON, P. **Pelvic floor re-education: principles and practice**. Londres: Springer-Verlag, 1994, p. 22-27.

LANDON, C.R. *et al.* Mechanical properties of facia during pregnancy: a possible factor in the development of stress incontinence of urine. **Contemporary Reviews in Obstetrics and Gynaecology**, California, v. 2. 1990.

LOCKE, G.R. III, PEMBERTON, J.H. e PHILLIPS, S.F. AGA technical review on constipation. **The American Journal of Gastroenterology**, Nova Iorque, v. 119, n. 6, p. 1766-1778, dez. 2000.

LOUGHLIN, K.R. Management of urologic problems during pregnancy. **Urology**, Nova Iorque, v. 44, n. 2, p. 159-169, ago. 1994.

MAGALHÃES, R. Monitoramento das desigualdades sociais em saúde: significados e potencialidades das fontes de informação. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 3, p. 667-673, jun. 2007.

MALDONADO, M.T. **Psicologia da Gravidez**. 14. ed. São Paulo: Saraiva, 1997.

MARMOT, M; WILKINSON, R. **Social determinants of health**. New York: Oxford University Press, 1999.

MIKHAIL, M.S.; ANYAEBUNAM, A. Lower urinary tract dysfunction in pregnancy: a review. **Obstetrics Gynecological Survey**, Baltimore, v. 50, n. 9, p. 684-687, set. 1995.

MORENO, A. **Fisioterapia em Uroginecologia**. São Paulo, Manoel, 2004.

MØRKVED, S. *et al.* Pelvic floor muscle training for prevention and treatment of urinary and faecal incontinence in antenatal and postnatal women. **Cochrane Database Systematic Review**, v. 8, n. 4, out. 2008. Disponível em <<http://mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clsysrev/articles/CD007471/frame.html>>. Acesso em 12 dez. 2008.

MØRKVED, S. Evidence for pelvic floor physical therapy for urinary incontinence during pregnancy and after childbirth. In: BØ, K. *et al.* **Evidence-based physical therapy for the pelvic floor: bridging science and clinical practice**. Londres: Elsevier, 2007, p.317-336.

NORMAN, D.L. e STREINER, G.R. **Biostatistics: the bare essentials**. 2. ed. Londres, BC Decker Inc., 2000.

OH, S.J.; KU, J.H. Impact of stress urinary incontinence and overactive bladder on micturition patterns and health-related quality of life. **International Urogynecology Journal Pelvic Floor Dysfunction**, Londres, v. 18, n. 1, p. 65-71, jan. 2007.

OLIVEIRA, C. DE; LOPES, M.A.B.; PEREIRA, L.C.L.; ZUGAIB, M. Effects of pelvic floor muscle training during pregnancy, **Clinics**, v. 62, n.4, 439-446, dez.2007.

PESCHER *et al.* Levator function before and after childbirth. **British Journal of Obstetrics and Gynaecology**, Londres, v. 104, n. 9, p. 1004-1008, set. 1997.

PHILLIPS, M.H.; KWART, A.M. Urinary tract disease in pregnancy. **Clinical Obstetrics and Gynecology**, Baltimore, v. 26, n. 4, p. 890-901, dez. 1983.

PONS, M.E.; CLOTA, M.P. Coital urinary incontinence: impact on quality of life as measured by the King's Health Questionnaire. **International Urogynecology Journal Pelvic Floor Dysfunction**, Londres, v. 19, n. 5, p. 621-625, maio. 2008.

RETT, M.T.; SIMÕES, J.A.; HERRMANN, V.; PINTO, C.L.B.; MARQUES, A.A.; MORAIS, S.S. Management of stress urinary incontinence with surface electromyography-assisted biofeedback in women of reproductive age. **Physical Therapy**, Nova Iorque, v. 87, n. 2, p.136-142, fev. 2007.

RELATÓRIO SOBRE A SITUAÇÃO DA POPULAÇÃO MUNDIAL. **State of world population 2008 reaching common ground: culture, gender and human rights**. United Nations Population Fund. Disponível em: <<http://www.unfpa.org/swp/2008/presskit/docs/en-swop08-report.pdf>>. Acesso em: 15 nov. 2008.

RIBEIRO, R.M. *et al.* - Distúrbios urinários no climatério. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 46, p. 105-108, 1989.

SAMPAIO, F.J.B.; FAVORITO, L.A. Anatomia do trato urinário. In: BRUSCHINI, H.; TRUZZI, J.C.; SROUGI, M. **Distúrbios Urológicos na Gravidez**. São Paulo: Manole, 2006, p. 1-26.

SCARPA, K.P. ; HERRMANN, V.; PALMA, P.C.R.; RICCETTO, C.Z.; MORAIS, S.S. Prevalence and correlates of stress urinary incontinence during pregnancy: a survey at UNICAMP Medical School, São Paulo, Brazil. **International Urogynecology Journal Pelvic Floor Dysfunction**, Londres, v. 17, n. 3, p. 219-223, maio. 2006.

SIMEONOVA, Z.; MILSTOM, I.; KULLENDORFF, A.M.; MOLANDER, U.; BENGTTSSON, C. The prevalence of urinary incontinence and its influence on the quality of life in women from an urban Swedish population. **Acta Obstetrica et Gynecologica of Scandinavica**. Londres, v. 78, n. 6, p.546-551, jun. 1999.

SROUGI, M. Infecção urinária. In: BRUSCHINI, H.; TRUZZI, J.C.; SROUGI, M. **Distúrbios Urológicos na Gravidez**. São Paulo: Manole, 2006, p. 151-156.

STARFIELD, B. **Atenção primária**. Brasília: Unesco/Ministério da Saúde, 2002.

TAMANINI J.T. *et al.* Validação para o português em mulheres com incontinência urinária. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 37, n. 2, p. 203-211, abr. 2003.

THORP, J.M. *et al.* Urinary incontinence in pregnancy and the puerperium: a prospective study. **American Journal of Obstetrics and Gynecology**, Nova Iorque, v. 181, n. 2, p. 266-273, ago. 1999.

TOMEZSKO, J.E.; SAND, P.K. Pregnancy and intercurrent diseases of the urogenital tract. **Clinics in Perinatology**, Philadelphia, v. 24, n. 2, p. 343-368, jun. 1997.

TRAVASSOS, C. *et al.* Utilização dos serviços de saúde no Brasil: gênero, características familiares e condição social. **Revista Panamericana de Salud Pública**, Washington, v. 11, n. 5-6, p. 365-373, maio-jun. 2002.

UNITED STATES NATIONAL INSTITUTES OF HEALTH. Disponível em: http://ospp.od.nih.gov/pdf/table_1.pdf. Acesso em 23 jun. 2008.

VIKTRUP, L.; LOSE, G.; ROLFF, M.; BARFOED, K. The frequency of urological symptoms during pregnancy and delivery in primiparae. **International urogynecology journal and pelvic floor dysfunction**. Londres, v. 4, n. 1, p. 27-30, fev. 1993.

WAGNER, T.; HU, T. Economic costs of urinary incontinence in 1995. **Urology**, Nova Iorque, v. 51, n. 3, p. 355-361, mar. 1998.

WEISS, J.P.; GILLENWATER, J.Y. Management of urologic problems in pregnancy. In: GILLENWATER, J.Y.; GRAYHACK, J.T.; HOWARDS, S.S. **Adult and pediatric urology**. 3. ed. St. Louis, W.B. Saunders, 1996.

WIJMA, J.; POTTERS, A.E.W.; TINGA, D.J.; AARNOUDSE, J.G. The diagnostic strength of the 24-h pad test for self-reported symptoms of urinary incontinence in pregnancy and after childbirth. **International Urogynecology Journal Pelvic Floor Dysfunction**, Londres, v. 19, n. 4, abr. 2008.

WHO Europe. **Social Determinants of Health: The Solid Facts**. Copenhagen: WHO. 2003.

WHOQOL GROUP. The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. **Social Science and Medicine**, Londres, v. 41, n. 10, p. 1403-1409, nov. 1995.

WIJMA, J. *et al.*, Anatomical and functional changes in the lower urinary tract during pregnancy. **British Journal of Obstetrics and Gynaecology**, Londres, v. 108, n. 7, p. 726-732, jul. 2001.

WILLIAM, P.L. *et al.*, **Gray anatomia**. v. 2. 37. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1995.

YALCIN, I. e VIKTRUP, L. Comparison of physician and patient assessments of incontinence severity and improvement. **International Urogynecology Journal Pelvic Floor Dysfunction**, Londres, v. 18, n. 11, p. 1291-1295, nov. 2007

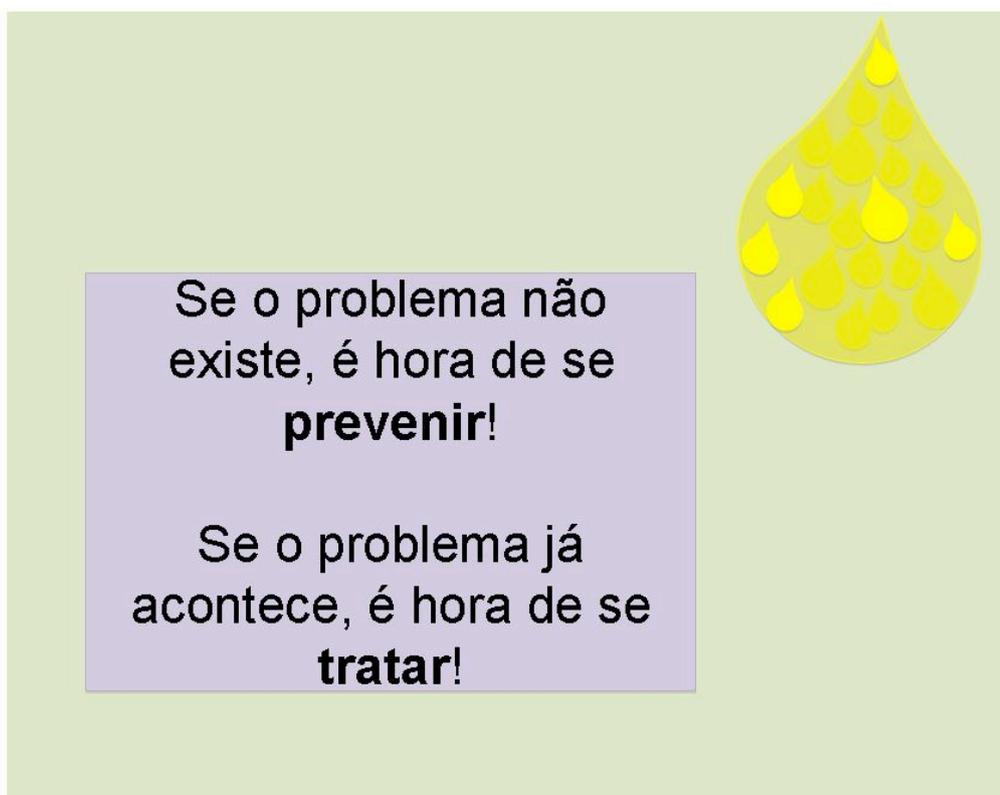
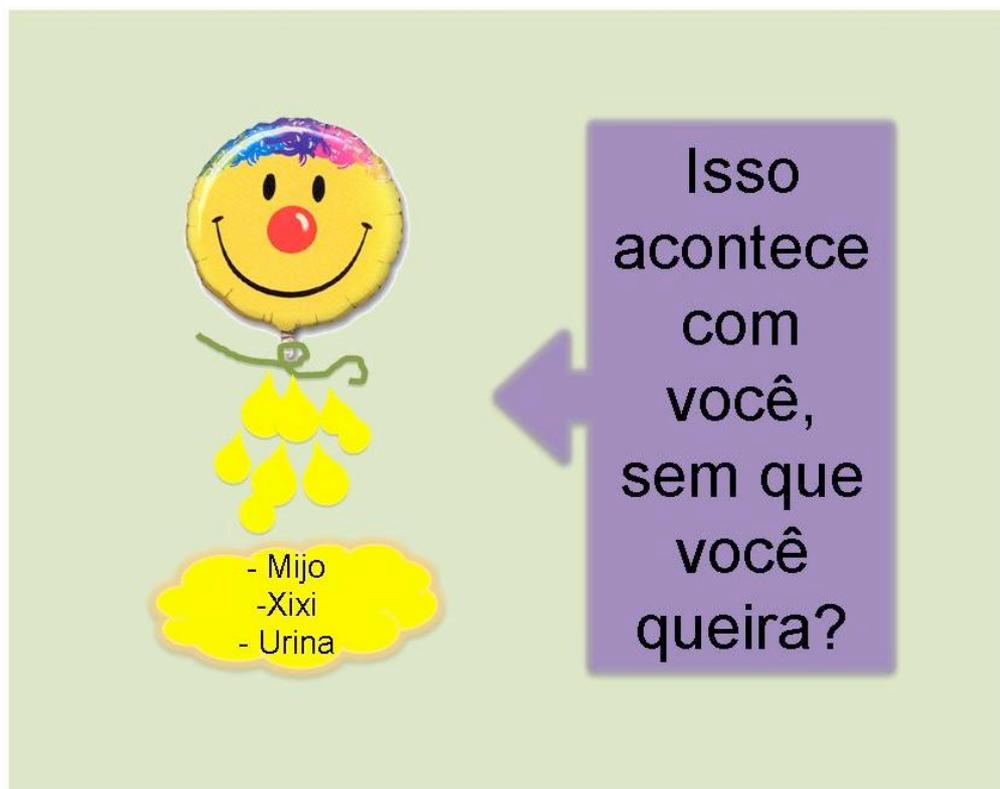
APÊNDICES

APÊNDICE A
PORTFÓLIO

Seja a melhor **AMIGA**
da sua **BEXIGA**



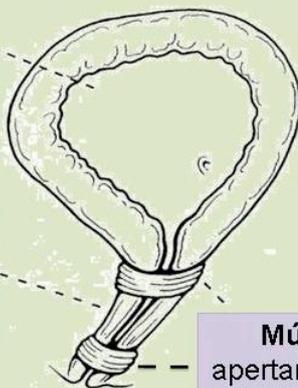
Juliana Lerche V. Rocha Pires
Fortaleza – CE
2009



Conhecendo sua bexiga

Bexiga: Lugar onde a urina é guardada, como se fosse uma caixa d'água

Uretra: Lugar por onde a urina sai, como se fosse um cano



Músculos que se apertam e prendem o xixi – é como se fossem uma torneira (que fecha e abre)

Veja o que acontece quando existe algum problema na **bexiga**, nos **músculos** ou na **uretra**

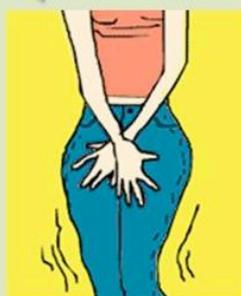


Perda de xixi, mijo, urina

Para não
perder **urina**,
lembre de
fechar bem
a *torneira*!



Eu mijo /
faço xixi
nas calças!



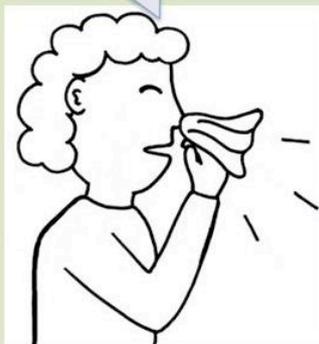
Eu me
mijo toda!



- Hei! Isso é um problema de
saúde!!!

- E tem **solução!!!**

Eu me mijo /
faço xixi
quando
espiro!



Eu me mijo /
faço xixi
quando tenho
tosse!



- Hei! Isso é um problema de
saúde!!!
- E tem **solução!!!**



Eu não tenho
sossego, porque
preciso mijar de
instante em
instante! Tenho até
vergonha!



- Hei! Isso é um problema de
saúde!!!
- E tem **solução!!!**

Eu me mijo enquanto ando!
Tento segurar e não consigo!



- Hei! Isso é um problema de saúde!!!
- E tem solução!!!

Eu me mijo toda quando acho graça e quando dou risada! Não consigo controlar!



- Hei! Isso é um problema de saúde!!!
- E tem solução!!!



Eu me mijo quando levanto peso!



Eu me mijo quando seguro meu menino nos braços!

- Hei! Isso é um problema de **saúde!!!**
- E tem **solução!!!**

Eu mijo / faço xixi na cama, na rede! Acordo toda molhada!



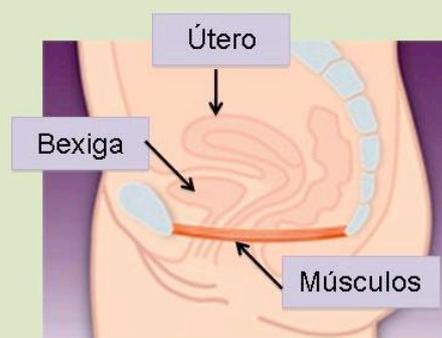
- Hei! Isso é um problema de **saúde!!!**
- E tem **solução!!!**

Veja que a rede segura o homem para ele deitar e não cair no chão.

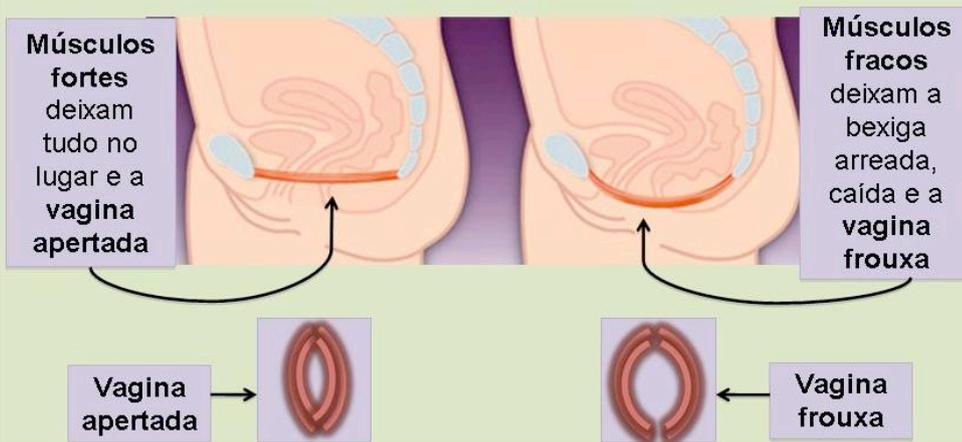


É tão bom quando a rede sustenta o corpo no lugar certo!

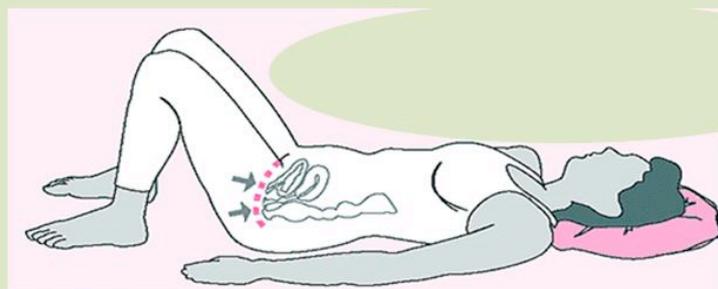
Para deixar a bexiga no canto certo, não cair e não perder urina é importante que os *músculos* funcionem como uma *rede*.



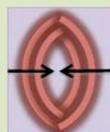
Quando os músculos ficam fracos, é como uma rede furada ou rasgada – tudo pode cair, a mulher fica com a vagina frouxa e sente menos prazer sexual!



Aprenda a deixar fortes os músculos do amor!



Fique **deitada** e faça força de prender e apertar a vagina, é como se tivesse prendendo o xixi



Prenda todo tempo enquanto você conta até 5, depois 10

Outras posições para exercitar os músculos do amor!



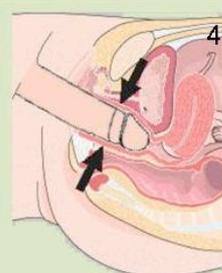
1



2



3



4

1 – Em pé, com as pernas afastadas.

2 – Segurando algum peso.

3 – Sentada.

4 – Apertando o “pinto” quando tiver relação sexual.

5 – Deitada, com os quarto para o alto.

6 – Deitada, com os joelhos dobrados.

(Coloque a mão na barriga para sentir se está usando só os músculos do amor, sem prender a barriga!)



5



6

Não deixe que a sua BEXIGA atrapalhe a sua VIDA!





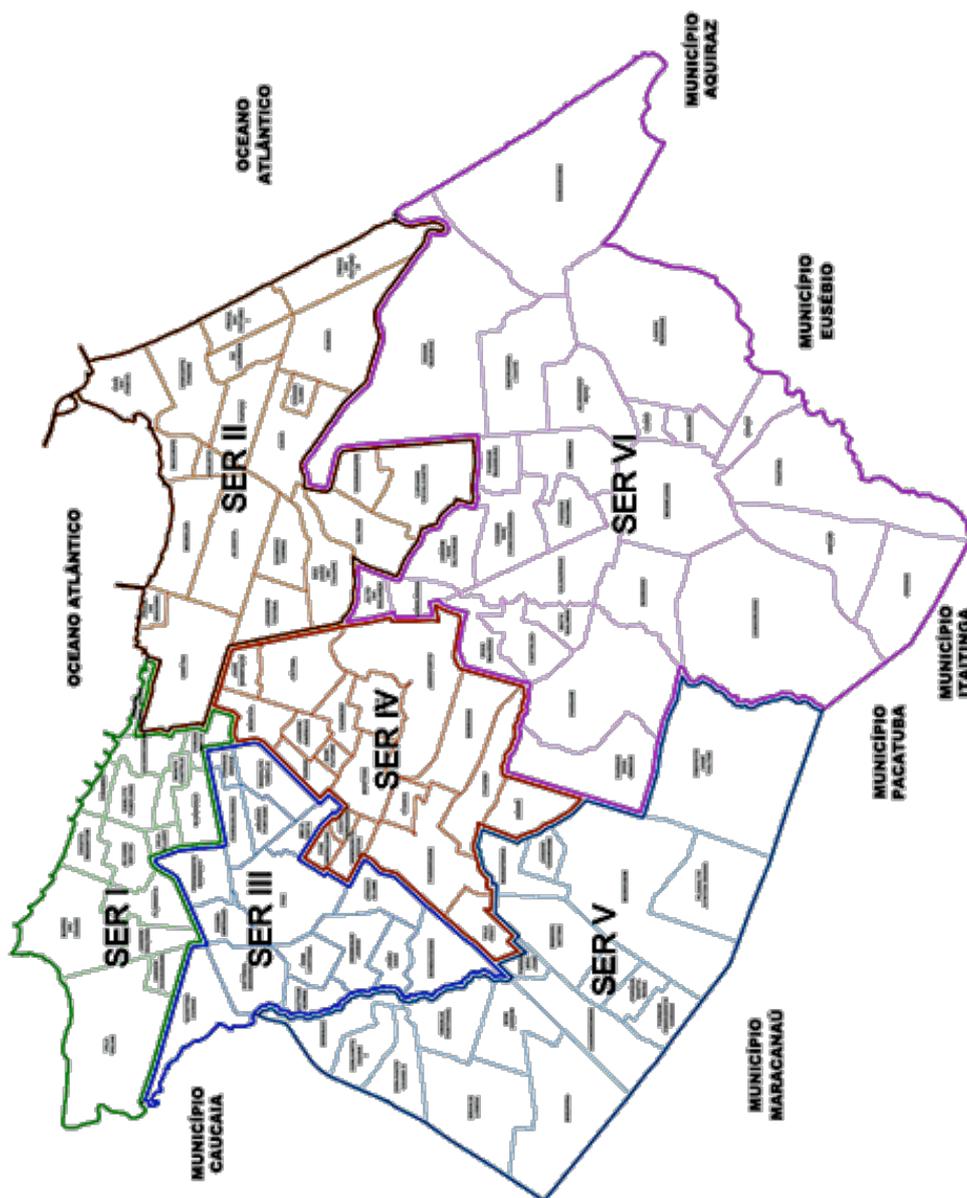
- Se algum desses problemas acontecer com você, não fique envergonhada. Avise logo ao profissional de saúde do posto, porque quando o tempo passa, isso pode piorar.
- Se você nunca sentiu nada, fortaleça os músculos para ficar mais sadia, ter e saber dar mais prazer.

Seja a melhor **AMIGA** da
sua **BEXIGA!!!**



APÊNCICE – B

SER e UBS do Município de Fortaleza/CE



SER I**1. C.S. Floresta**

Bairro: Álvaro Weyne

2. C.S. Lineu Jucá

Bairro: Barra do Ceará

3. C.S. Fernando Façanha

Bairro: Jardim Iracema

4. C.S. Carlos Ribeiro

Bairro: Jacarecanga

5. C.S. Dr. Paulo De Melo Machado

Bairro: Monte Castelo

6. C. S. João Medeiros De Lima

Bairro: Vila Velha

7. CIES Prof. Rebouças Macambira

Bairro: Jardim Guanabara

8. UBASF Virgílio Távora

Bairro: Cristo Redentor

9. UBASF Guiomar Arruda

Bairro: Pirambu

10. UBASF Fc^o Domingos Da Silva

Bairro: Barra do Ceará

11. UBASF Casemiro Lima Filho

Bairro: Barra do Ceará

SER II**1. UBASF Aída Santos E Silva**

Bairro: Vicente Pinzon

2. UBASF Frei Tito

Bairro: Praia do Futuro II

3. UBASF Célio Brasil Girão**(Serviluz)**

Bairro: Cais do Porto

4. UBASF Miriam Porto Mota

Bairro: Dionísio Torres

5. C.S. Pio XII

Bairro: São João do Tauape

6. C.S. Benedito Artur De Carvalho

Bairro: Luciano Cavalcante

7. C.S. Flávio Marcilio

Bairro: Mucuripe

8. C.S. Odorico De Moraes

Bairro: Castelo Encantado

9. C.S. Irmã Hercília Aragão

Bairro: São João do Tauape

10. C.S. Paulo Marcelo

Bairro: Centro

11. C.S. Rigoberto Romero

Bairro: Cidade 2.000

12. C.S José De Alencar

Bairro: Centro

SER III**1. UBASF Prof. Luis Recamond Capelo**

Bairro: Bom Sucesso

2. UBASF Prof. Clodoaldo PINTO

Bairro: Padre Andrade

3. UBASF César Cals

Bairro: Pici

4. UBASF Meton De Alencar

Bairro: Antônio Bezerra

5. UBASF Hermínia Leitão

Bairro: Quintino Cunha

6. C.S. João XXIII

Bairro: João XXIII

7. C.S. Fc^o Pereira De Almeida

Bairro: Bela Vista

8. C.S. Fernandes Távora

Bairro: Henrique Jorge

9. C.S. Santa Liduína

Bairro: Rodolfo Teófilo

10. C.S. Waldemar De Alcântara

Bairro: Jockey Clube

11. C.S. Humberto Bezerra

Bairro: Antônio Bezerra

12. C.S. Anastácio Magalhães

Bairro: Rodolfo Teófilo

13. CMES José Sobreira Amorim

Bairro: Jóquei Club

14. C.S. Ivana De Sousa Paes

Bairro: Presidente Kennedy

15. UBASF Eliézer Studart

Bairro: Autran Nunes

16. C.S George Benevides

Bairro: Quintino Cunha

SER IV**1. UBASF Projeto Nascente**

Bairro: Itapery

2. UBASF Luís Albuquerque Mendes

Bairro: Serrinha

3. UBASF José Valdevino De Carvalho

Bairro: Itaoca

5. C.S. Ocelo Pinheiro

Bairro: Itaoca

6. C.S. Oliveira Pombo

Bairro: Pan Americano

7. C.S. Abel Pinto

Bairro: Democrito Rocha

8. C.S. Gutemberg Braun

Bairro: Vila Pery

9. C.S. Dr. Luis Costa

Bairro: Benfica

10. C.S. Filgueiras Lima

Bairro: Jardim América

11. C.S. Dr. Roberto Da Silva Bruno

Bairro: Fátima

12. C.S. Maria José Turbay

Barreira

Bairro: Vila União

SER V

1. UBASF Galba Araújo

Bairro: Genibaú

2. UBASF Dom Lustosa

Bairro: Granja Lisboa

3. UBASF Luciano Torres De Melo

Bairro: Vila Manoel Sátiro

4. UBASF Abner Cavalcante Brasil

Bairro: Canindezinho

5. C.S. Fernando Diógenes

Bairro: Granja Portugal

6. CMES Zélia Correia

Bairro: Planalton Airton Senna

7. CMES Viviane Benevides

Bairro: Vila Manoel Sátiro

8. C. S. Guarany Mont'Alverne

Bairro: Granja Lisboa

9. C.S. Edmilson Pinheiro

Bairro: Granja Lisboa

10. C. S. Maciel De Brito

Bairro: Conjunto Ceará

11. C. S. Luiza Távora

Bairro: Mondubim

12. C. S. Pedro Celestino

Bairro: Maraponga

13. C. S. José Paracampos

Bairro: Mondubim

14. C. S. José Walter

Bairro: José Walter

15. C.S. Argeu Herbster

Bairro: Bom Jardim

16. C. S. Jurandir Picanço

Bairro: Granja Portugal

17. C. S. Graciliano Muniz

Bairro: Conj. Esperança

18. UBASF João Elísio Holanda

Bairro: Aracapé

SER VI

1. UBASF Prof. João Hipólito

Bairro: Dias Macedo

2. UBASF Terezinha Parente

Bairro: Curió

3. UBASF Janival De Almeida

Bairro: Passaré

4. UBASF Vicentina Campos

Bairro: Parque Dois Irmãos

5. C.S. Evandro Ayres De Moura

Bairro: Palmeiras

6. C.S. José Barros De Alencar

Bairro: Pedras

7. C.S. Galba De Araújo

Bairro: Lagoa Redonda

8. C.S. Maria Lourdes Jereissati

Bairro: Conj. Tancredo Neves

9. C.S. César Cals De Oliveira

Bairro: Conj. Tancredo Neves

10. C.S. César Cals De Oliveira

Bairro: Aerolândia

11. C.S. Pedro Sampaio

Bairro: Conj. Palmeiras

12. C. S. Manuel Carlos Gouveia

Bairro: Jardim das Oliveiras

13. C.S. Alarico Leite

Bairro: Passaré

14. C.S. Hélio Goes Ferreira

Bairro: Conj. Alvorada

15. C.S. Edmar Fujita

Bairro: Dias Macedo

16. C.S. De Messejana

Bairro: Messejana

17. CMES Anísio Teixeira

Bairro: Taupina

18. CMES Fc^o Melo Jaborandi

Bairro: São Cristóvão

19. CMES Matos Dourado

Bairro: Edson Queiroz

**20. CMES Prof. Monteiro De
Moraes**

Bairro: Água Fria

APÊNDICE C

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

UNIVERSIDADE DE FORTALEZA – MESTRADO EM SAÚDE COLETIVA

Eu, _____ declaro que é de livre e espontânea vontade que concordo em participar da pesquisa **“QUALIDADE DE VIDA DE GESTANTES COM INCONTINÊNCIA URINÁRIA ATENDIDAS NAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDES”** cujo objetivo é avaliar a qualidade de vida das gestantes com incontinência urinária atendidas na atenção básica de saúde do Município de Fortaleza/CE e identificar quais os domínios da qualidade de vida do *King’s Health Questionnaire (KHQ)* relacionada à saúde se encontram mais afetados nas gestantes com incontinência urinária.

Ressalvo que estou ciente de que terei garantido os direitos abaixo mencionados, dentre outros assegurados pela Resolução n.196/96 do Conselho Nacional de Saúde / Ministério da Saúde:

1. Receber esclarecimento a qualquer dúvida acerca da pesquisa e do caráter da minha participação.
2. Não receber qualquer gratificação ou bônus em participar da pesquisa.
3. Retirar meu consentimento a todo o momento da pesquisa sem que isso ocorra em penalidade de qualquer espécie.
4. Receber garantias de que não vai haver divulgação do meu nome ou de qualquer informação que ponha em risco minha privacidade e anonimato.
5. Todas as informações obtidas serão guardadas de forma sigilosas de acordo com os princípios éticos que norteiam a preservação do paciente no caso da publicação do trabalho.
6. A pesquisa não apresenta nenhum risco para a sua saúde, gravidez e no atendimento na UBS.
7. O estudo poderá contribuir para o planejamento e avaliação do serviço de pré-natal e melhoria da qualidade de vida das gestantes.

Nome: Juliana Lerche Vieira Rocha Pires

Endereço: Av. Washington Soares, 1321 – Edson Queiroz, Fortaleza/Ceará

Telefone: (85) 34773280

Para eventuais esclarecimentos de dúvidas por parte dos participantes, favor comunicar-se com o Comitê de Ética da Universidade de Fortaleza – Av. Washington Soares, 1321 – Edson Queiroz, Fortaleza/Ceará, telefone (85) 34773160.

Dados do entrevistado:

- Nome: _____
- Endereço: _____
- Telefone para contato: _____

- Idade: _____

Consentimento pós-esclarecido

Declaro que após convenientemente esclarecido pelo pesquisador e ter entendido o que me foi explicado, concordo em participar da pesquisa.

Fortaleza -CE, _____ de _____ de _____.

Assinatura

ou POLEGAR:

APÊNDICE D**Instrumento com dados de identificação, sociodemográfico e obstétricos**

Nome: _____

Endereço: _____ Telefone: _____

Data de nascimento: ___/___/_____ Idade: _____ Estado civil: _____

Escolaridade: _____ Ocupação: _____ Cor da pele: () branca () não branca

Renda familiar: _____ Tipo de moradia: _____

Possui banheiros dentro de residência: () S () N Nº de banheiros: _____

Nº de pessoas que residem na moradia (além de si própria): _____

Gravidez planejada: () S () N Data da última menstruação: ___/___/_____

IG: ___ A: ___; G: ___; P: ___ Intervalo de tempo entre as gestações: _____

Peso da gestante ao início da gravidez: _____ kg Peso da gestante atualmente: _____ kg

Prática de atividade física: () sim () não Tipo de parto prévio: () PC () PN

Episiotomia prévia: _____ Peso ao nascer do(s) filho(s): _____

Patologias associadas: _____

Medicação: _____ Cirurgias realizadas: _____

Algum profissional de saúde perguntou sobre perda de urina na gravidez? () S () N

Algum profissional de saúde informou sobre como proceder em caso de perda de urina durante a gravidez? () S () N

APÊNCICE – E
Folder com informações e orientações sobre IU

CUIDE BEM DA SUA SAÚDE!

**INFORMAÇÕES E ORIENTAÇÕES SOBRE A INCONTINÊNCIA
URINÁRIA*:**

**(International Continence Society – ICS – www.icsoffice.org)*

- **Incontinência urinária é:** qualquer perda de urina que acontece contra a sua vontade (involuntária).
- **Sintomas:** perda de urina ao tossir, espirrar, dar risada, pular e/ou na relação sexual; incapacidade de segurar a urina antes de chegar ao banheiro; urinar enquanto dorme.
- **Fatores de risco:** constipação intestinal, obesidade, esporte de impacto, raça branca, gravidez, menopausa, história de incontinência urinária na família, queda de útero, bexiga e/ou intestino.
- **Sinais de alerta:** desejo urgente de urinar; urinar mais de 7 vezes/dia e/ou mais de 1 vez/noite; sensação de dor na bexiga; perda involuntária de fezes.
- A incontinência prejudica a qualidade de vida, pode causar exclusão social e depressão.

A incontinência urinária tem cura, procure um profissional de saúde especializado!

APÊNDICE – F

Quadros de correlações não-paramétricas – Teste de Spearman

Quadro 1: correlação não-paramétricas entre os domínios do *KHQ* com as variáveis idade, número de gestações, partos, abortos e episiotomias.

Correlations

Spearman's rho	IDADE (EM ANOS)	DOMÍNIO - LIMITAÇÕES DE ATIVIDADES DIÁRIAS	DOMÍNIO - LIMITAÇÕES FÍSICAS	DOMÍNIO - LIMITAÇÕES SOCIAIS	DOMÍNIO - RELAÇÕES PESSOAIS	DOMÍNIO - EMOÇÕES	DOMÍNIO - SONO E DISPOSIÇÃO	DOMÍNIO - MEDIDAS DE GRAVIDADE	IDADE GESTACIONAL (EM SEMANAS)	RENDIMENTO FAMILIAR (EM R\$)	PERCEPÇÃO GERAL DA SAÚDE	IMPACTO DA INCONTINÊNCIA URINÁRIA	GESTAÇÕES	PARTOS	ABORTOS	QUANTIDADE DE EPISIOTOMIAS PRÉVIAS
Correlation Coefficient	1.000	.200*	-.244*	-.068	-.143	-.016	-.304**	-.193	.003	.130	.048	.015	.384**	.400**	.208*	.372**
Sig. (2-tailed)	.	.044	.013	.575	.220	.875	.002	.062	.975	.226	.632	.880	.000	.000	.036	.000
N	102	102	102	102	75	102	102	102	102	89	102	102	102	102	102	102
Correlation Coefficient	.200*	1.000	.167	.282**	.298**	.251*	.223*	-.066	-.005	.068	.010	.112	.044	.058	-.044	.109
Sig. (2-tailed)	.044	.	.084	.004	.025	.011	.025	.511	.980	.525	.917	.263	.657	.565	.663	.275
N	102	102	102	102	75	102	102	102	102	89	102	102	102	102	102	102
Correlation Coefficient	-.244*	.167	1.000	.366**	.379**	.224*	.326**	.380**	.022	.067	.085	.312**	-.025	-.058	-.005	-.030
Sig. (2-tailed)	.013	.084	.	.000	.001	.024	.001	.000	.826	.534	.396	.001	.799	.565	.963	.763
N	102	102	102	102	75	102	102	102	102	89	102	102	102	102	102	102
Correlation Coefficient	-.068	.282**	.366**	1.000	.483**	.270**	.105	.247*	.129	.110	.020	.055	-.090	-.050	-.193	.007
Sig. (2-tailed)	.575	.004	.000	.	.000	.006	.293	.012	.196	.304	.843	.583	.366	.616	.052	.944
N	102	102	102	102	75	102	102	102	102	89	102	102	102	102	102	102
Correlation Coefficient	-.143	.298**	.379**	.483**	1.000	.442**	.325**	.361**	.280**	.103	.100	.224	.074	.048	.055	.086
Sig. (2-tailed)	.220	.025	.001	.000	.	.000	.004	.001	.025	.384	.393	.054	.530	.680	.638	.465
N	75	75	75	75	75	75	75	75	75	71	75	75	75	75	75	75
Correlation Coefficient	-.016	.251*	.224*	.270**	.442**	1.000	.406**	.126	.179	.043	.089	.051	.034	.028	.018	.028
Sig. (2-tailed)	.875	.011	.024	.006	.000	.	.000	.205	.072	.689	.373	.612	.733	.782	.861	.780
N	102	102	102	102	75	102	102	102	102	89	102	102	102	102	102	102
Correlation Coefficient	-.304**	.223*	.326**	.379**	.442**	.406**	1.000	.280**	.183	-.050	.083	.301**	-.083	-.110	-.009	-.124
Sig. (2-tailed)	.002	.025	.001	.293	.004	.000	.	.003	.065	.639	.409	.002	.409	.273	.929	.213
N	102	102	102	102	75	102	102	102	102	89	102	102	102	102	102	102
Correlation Coefficient	-.193	-.066	.380**	.247*	.361**	.126	.280**	1.000	.376**	.016	.200*	.223*	.020	.012	.050	-.016
Sig. (2-tailed)	.062	.511	.000	.012	.001	.205	.003	.	.000	.883	.044	.024	.841	.926	.616	.871
N	102	102	102	102	75	102	102	102	102	89	102	102	102	102	102	102
Correlation Coefficient	.003	-.005	.022	.129	.269**	.179	.183	.376**	1.000	.162	.018	.116	.038	.011	.001	.073
Sig. (2-tailed)	.975	.960	.826	.196	.025	.072	.065	.000	.	.130	.868	.246	.704	.475	.996	.463
N	102	102	102	102	75	102	102	102	102	89	102	102	102	102	102	102
Correlation Coefficient	.130	.068	.067	.110	.103	.043	-.050	.016	.162	1.000	.016	.061	-.049	.015	-.117	.140
Sig. (2-tailed)	.226	.525	.534	.304	.394	.689	.639	.883	.130	.	.879	.567	.646	.888	.273	.190
N	89	89	89	89	71	89	89	89	89	89	89	89	89	89	89	89
Correlation Coefficient	.048	.010	.085	.020	.100	.089	.083	.200*	.018	.016	1.000	.269**	.191	.114	.280**	.058
Sig. (2-tailed)	.632	.917	.396	.843	.393	.373	.409	.044	.868	.879	.	.007	.055	.253	.004	.562
N	102	102	102	102	75	102	102	102	102	89	102	102	102	102	102	102
Correlation Coefficient	.015	.112	.312**	.055	.224	.051	.301**	.223*	.116	.061	.265**	1.000	.015	-.061	.163	-.098
Sig. (2-tailed)	.880	.263	.001	.583	.054	.812	.002	.024	.246	.567	.007	.	.881	.545	.102	.329
N	102	102	102	102	75	102	102	102	102	89	102	102	102	102	102	102
Correlation Coefficient	.384**	.044	-.025	-.090	.074	.034	-.083	.020	.038	-.049	.191	.015	1.000	.932**	.504**	.727**
Sig. (2-tailed)	.000	.657	.799	.366	.530	.733	.409	.841	.704	.646	.055	.861	.	.000	.000	.000
N	102	102	102	102	75	102	102	102	102	89	102	102	102	102	102	102
Correlation Coefficient	.400**	.058	-.058	-.050	.048	.028	-.110	.012	.071	.015	.114	-.061	.932**	1.000	.237*	.753**
Sig. (2-tailed)	.000	.565	.565	.616	.880	.782	.273	.906	.475	.888	.253	.545	.000	.	.016	.000
N	102	102	102	102	75	102	102	102	102	89	102	102	102	102	102	102
Correlation Coefficient	.208*	-.044	-.005	-.193	.055	.018	-.009	.050	.001	-.117	.280**	.163	.504**	.237*	1.000	.224*
Sig. (2-tailed)	.036	.663	.969	.052	.638	.861	.929	.616	.996	.273	.004	.102	.000	.016	.	.024
N	102	102	102	102	75	102	102	102	102	89	102	102	102	102	102	102
Correlation Coefficient	.372**	.109	-.030	.007	.086	.028	-.124	-.016	.073	.140	.058	-.098	.727**	.753**	.224*	1.000
Sig. (2-tailed)	.000	.275	.763	.944	.465	.780	.213	.871	.463	.190	.562	.329	.000	.000	.024	.
N	102	102	102	102	75	102	102	102	102	89	102	102	102	102	102	102

* Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Teste de Spearman

Quadro 2: correlação não-paramétricas entre os domínios do *KHQ* com as variáveis idade, menor intervalo de tempo entre as gestações para as gestantes no início do 3º trimestre.

			Correlations										
			IDADE (EM ANOS)	MENOR INTERVALO DE TEMPO ENTRE AS GESTAÇÕES (em anos)	PERCEÇÃO GERAL DA SAÚDE	IMPACTO DA INCONTINÊNCIA URINÁRIA	DOMÍNIO - LIMITAÇÕES DE ATIVIDADES DIÁRIAS	DOMÍNIO - LIMITAÇÕES FÍSICAS	DOMÍNIO - LIMITAÇÕES SOCIAIS	DOMÍNIO - RELAÇÕES PESSOAIS	DOMÍNIO - EMOÇÕES	DOMÍNIO - SONO E DISPOSIÇÃO	DOMÍNIO - MEDIDAS DE GRAVIDADE
Spearman's rho	IDADE (EM ANOS)	Correlation Coefficient	1.000	.062	.024	.018	.210	-.144	.004	.040	.015	-.213	-.139
		Sig. (2-tailed)	.	.695	.842	.883	.077	.227	.971	.789	.899	.073	.243
		N	72	43	72	72	72	72	72	72	72	72	72
	MENOR INTERVALO DE TEMPO ENTRE AS GESTAÇÕES (em anos)	Correlation Coefficient	.062	1.000	.055	.300	-.205	-.007	-.152	.209	-.117	.088	.035
		Sig. (2-tailed)	.695	.	.725	.051	.188	.965	.329	.285	.454	.577	.826
		N	43	43	43	43	43	43	43	43	43	43	43
	PERCEÇÃO GERAL DA SAÚDE	Correlation Coefficient	.024	.055	1.000	-.232*	-.080	-.102	.108	.063	.027	.101	.263*
		Sig. (2-tailed)	.842	.725	.	.050	.506	.396	.365	.669	.822	.399	.026
		N	72	43	72	72	72	72	72	72	72	72	72
	IMPACTO DA INCONTINÊNCIA URINÁRIA	Correlation Coefficient	.018	.300	.232*	1.000	.011	.253*	.070	.149	-.046	.236*	.186
		Sig. (2-tailed)	.883	.051	.050	.	.924	.032	.559	.311	.699	.046	.117
		N	72	43	72	72	72	72	72	72	72	72	72
	DOMÍNIO - LIMITAÇÕES DE ATIVIDADES DIÁRIAS	Correlation Coefficient	.210	-.205	-.080	.011	1.000	.078	.264*	.220	.250*	.232*	-.164
		Sig. (2-tailed)	.077	.198	.506	.324	.	.515	.025	.134	.035	.050	.197
N		72	43	72	72	72	72	72	72	72	72	72	
DOMÍNIO - LIMITAÇÕES FÍSICAS	Correlation Coefficient	-.144	-.007	.102	.253*	.078	1.000	.412**	.359*	.140	.143	.350**	
	Sig. (2-tailed)	.227	.965	.396	.032	.515	.	.000	.012	.240	.230	.003	
	N	72	43	72	72	72	72	72	72	72	72	72	
DOMÍNIO - LIMITAÇÕES SOCIAIS	Correlation Coefficient	.004	-.152	.108	.070	.264*	.412**	1.000	.481**	.298*	.036	.367**	
	Sig. (2-tailed)	.971	.329	.365	.559	.025	.000	.	.001	.011	.763	.002	
	N	72	43	72	72	72	72	72	72	72	72	72	
DOMÍNIO - RELAÇÕES PESSOAIS	Correlation Coefficient	.040	.209	.063	.149	.220	.359*	.481**	1.000	.414**	.289*	.393**	
	Sig. (2-tailed)	.789	.285	.669	.311	.134	.012	.001	.	.003	.046	.006	
	N	48	28	48	48	48	48	48	48	48	48	48	
DOMÍNIO - EMOÇÕES	Correlation Coefficient	.015	-.117	.027	-.046	.250*	.140	.298*	.414**	1.000	.399**	.068	
	Sig. (2-tailed)	.899	.454	.822	.699	.035	.240	.011	.003	.003	.001	.571	
	N	72	43	72	72	72	72	72	72	72	72	72	
DOMÍNIO - SONO E DISPOSIÇÃO	Correlation Coefficient	-.213	.088	.101	-.236*	.232*	.143	.036	.289*	.399**	1.000	.143	
	Sig. (2-tailed)	.073	.577	.399	.046	.050	.230	.763	.046	.001	.	.232	
	N	72	43	72	72	72	72	72	72	72	72	72	
DOMÍNIO - MEDIDAS DE GRAVIDADE	Correlation Coefficient	-.139	.035	.263*	-.186	-.164	.350**	.367**	.393**	.068	.143	1.000	
	Sig. (2-tailed)	.243	.826	.026	.117	.197	.003	.002	.006	.571	.232	.	
	N	72	43	72	72	72	72	72	72	72	72	72	

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).
 **. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Teste de Spearman

Quadro 3: correlação não-paramétricas entre os domínios do *KHQ* com as variáveis idade, menor intervalo de tempo entre as gestações para as gestantes no fim do 3º trimestre.

			Correlations										
			IDADE (EM ANOS)	MENOR INTERVALO DE TEMPO ENTRE AS GESTAÇÕES (em anos)	PERCEÇÃO GERAL DA SAÚDE	IMPACTO DA INCONTINÊNCIA URINÁRIA	DOMÍNIO - LIMITAÇÕES DE ATIVIDADES DIÁRIAS	DOMÍNIO - LIMITAÇÕES FÍSICAS	DOMÍNIO - LIMITAÇÕES SOCIAIS	DOMÍNIO - RELAÇÕES PESSOAIS	DOMÍNIO - EMOÇÕES	DOMÍNIO - SONO E DISPOSIÇÃO	DOMÍNIO - MEDIDAS DE GRAVIDADE
Spearman's rho	IDADE (EM ANOS)	Correlation Coefficient	1.000	.342	.120	.015	.086	-.500**	-.210	-.382*	-.120	-.526**	-.241
		Sig. (2-tailed)	.	.152	.528	.939	.650	.005	.266	.049	.528	.003	.200
		N	30	19	30	30	30	30	30	30	27	30	30
	MENOR INTERVALO DE TEMPO ENTRE AS GESTAÇÕES (em anos)	Correlation Coefficient	.342	1.000	-.111	.093	.286	.053	.161	-.034	.155	.120	.120
		Sig. (2-tailed)	.152	.	.650	.704	.235	.830	.510	.898	.526	.624	.951
		N	19	19	19	19	19	19	19	19	19	19	19
	PERCEÇÃO GERAL DA SAÚDE	Correlation Coefficient	.120	-.111	1.000	-.381*	.217	.067	-.196	.223	.318	.080	.163
		Sig. (2-tailed)	.528	.650	.	.038	.249	.723	.298	.264	.086	.673	.390
		N	30	19	30	30	30	30	30	30	27	30	30
	IMPACTO DA INCONTINÊNCIA URINÁRIA	Correlation Coefficient	.015	.093	.381*	1.000	.389*	.446*	.005	.351	.304	.443*	.233
		Sig. (2-tailed)	.939	.704	.038	.	.033	.014	.980	.072	.103	.014	.214
		N	30	19	30	30	30	30	30	30	27	30	30
	DOMÍNIO - LIMITAÇÕES DE ATIVIDADES DIÁRIAS	Correlation Coefficient	.086	.286	.217	.389*	1.000	.414*	.325	.385*	.327	.278	.284
		Sig. (2-tailed)	.650	.235	.249	.033	.	.023	.080	.047	.078	.137	.128
N		30	19	30	30	30	30	30	30	27	30	30	
DOMÍNIO - LIMITAÇÕES FÍSICAS	Correlation Coefficient	-.500**	.053	.067	.446*	.414*	1.000	.338	.426*	.368*	.655**	.509**	
	Sig. (2-tailed)	.005	.830	.723	.014	.023	.	.068	.027	.045	.000	.004	
	N	30	19	30	30	30	30	30	30	27	30	30	
DOMÍNIO - LIMITAÇÕES SOCIAIS	Correlation Coefficient	-.210	.161	-.196	.005	.325	.338	1.000	.473*	.195	.271	.077	
	Sig. (2-tailed)	.266	.510	.298	.980	.080	.068	.	.013	.302	.148	.685	
	N	30	19	30	30	30	30	30	30	27	30	30	
DOMÍNIO - RELAÇÕES PESSOAIS	Correlation Coefficient	-.382*	-.034	.223	.351	.385*	.426*	.473*	1.000	.501**	.318	.234	
	Sig. (2-tailed)	.049	.898	.264	.072	.047	.027	.013	.	.008	.106	.240	
	N	27	17	27	27	27	27	27	27	27	27	27	
DOMÍNIO - EMOÇÕES	Correlation Coefficient	-.120	.155	.318	.304	.327	.368*	.195	.501**	1.000	.422*	.279	
	Sig. (2-tailed)	.528	.624	.086	.103	.078	.045	.302	.008	.	.020	.135	
	N	30	19	30	30	30	30	30	30	27	30	30	
DOMÍNIO - SONO E DISPOSIÇÃO	Correlation Coefficient	-.526**	.120	.080	.443*	.278	.655**	.271	.318	.422*	1.000	.471**	
	Sig. (2-tailed)	.003	.624	.673	.014	.137	.000	.148	.106	.020	.	.000	
	N	30	19	30	30	30	30	30	30	30	30	30	
DOMÍNIO - MEDIDAS DE GRAVIDADE	Correlation Coefficient	-.241	-.015	.163	.233	.284	.509**	.077	.234	.279	.471**	1.000	
	Sig. (2-tailed)	.200	.951	.390	.214	.128	.004	.685	.240	.135	.009	.	
	N	30	19	30	30	30	30	30	30	27	30	30	

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).
 * Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Teste de Spearman

ANEXOS

ANEXO A**Folha de aprovação do Comitê de Ética**

FUNDAÇÃO EDSON QUEIROZ
UNIVERSIDADE DE FORTALEZA
ENSINANDO E APRENDENDO

UNIVERSIDADE DE FORTALEZA
VICE-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
Comitê de Ética em Pesquisa – COÉTICA

PARECER N.º. 264/2009

Projeto de Pesquisa: Qualidade de vida de gestantes com incontinência urinária atendidas nas unidades básicas de saúdes.

Pesquisador Responsável: Juliana Lerche Vieira Rocha Pires

Data de apresentação ao COÉTICA: 10/03/09

Registro no COÉTICA: 09-080

CAAE: 0658.0.000.037-09

Parecer: APROVADO Ad Referendum na data de 30/07/09

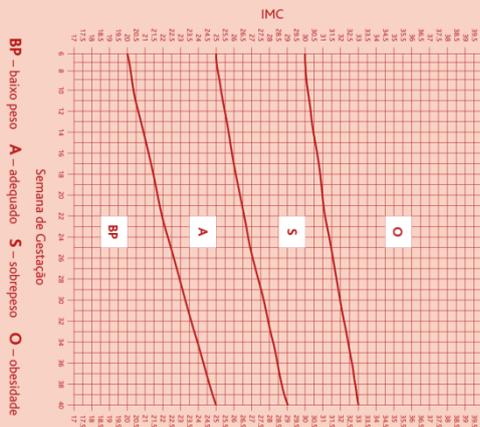
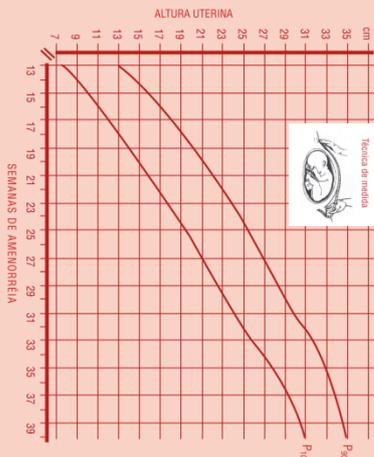
Marília Joffily Pereira da Costa Parahyba

Prof. Marília Joffily Pereira da Costa Parahyba
Presidente do Comitê de Ética em Pesquisa da UNIFOR – COÉTICA

ANEXO B

Cartão da Gestante

Exames	Data	Resultado	Data	Resultado	Orientação/condução
ABO-RH					
Hb/Ht					
Glicemia de jejum					
VDRL					
Urina 1					
Anti-HIV					
HBsAg					
Toxoplasmose					
Combs. indireto					
Outros					
Suplementação de sulfato ferroso e ácido fólico – registrar semana de gestação					
Sulfato ferroso					
Ácido fólico					
Ultra-sonografia					
Data	IG DUM	IG USG	Peso fetal	Placenta	Líquido



Cartão da Gestante

Nome: _____

Endereço: _____

Município: _____ Tel.: _____

Cadastro no SIS – Pré-natal _____

Agendamento

Data	Hora	Nome do profissional	Sala

Hospital/maternidade de referência: _____

Você precisa fazer no mínimo 6 consultas. É um direito seu. Leve este cartão com você e mostre-o todas as vezes em que for ao Centro de Saúde ou ao hospital.

Ministério da Saúde

IDADE ANOS MENOR DE 15 MAIOR DE 35	Nº DE PRONTUÁRIO	ALFABETIZADA <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	ESTUDOS <input type="checkbox"/> NENHUM <input type="checkbox"/> FUNDAMENTAL <input type="checkbox"/> MÉDIO <input type="checkbox"/> SUPERIOR	ANOS COMPLETOS	ESTADO CIVIL / UNÃO CASADA <input type="checkbox"/> ESTÁVEL <input type="checkbox"/> SOLTEIRA <input type="checkbox"/> OUTRO <input type="checkbox"/>
ANTECEDENTES		PESSOAIS INFECÇÃO URINÁRIA <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO INFERTILIDADE <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO CARDIOPATIA <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO DIABETES <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO HIPERT. ART. <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO CIRURG. PÉLV. UTERINA <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO MÁ FORMAÇÃO <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO OUTROS <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	OBSTÉTRICOS (Anotar o número de) GESTAÇÕES <input type="checkbox"/> ABORTOS <input type="checkbox"/> PARTOS <input type="checkbox"/> NENHUM OU MAIS DE 3 PARTOS <input type="checkbox"/>		VIVEM <input type="checkbox"/>
FAMILIARES GEMELARES <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO DIABETES <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO HIPERT. ART. <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO MÁ FORMAÇÃO <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO OUTROS <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		VAGINAIS <input type="checkbox"/> CESÁREAS <input type="checkbox"/>		NASC. VIVOS <input type="checkbox"/> MORRERAM NA 1ª SEMANA <input type="checkbox"/> NASC. MORTOS <input type="checkbox"/> MORRERAM APOS 1ª SEMANA <input type="checkbox"/>	DATA DO TÉRMINO DA ÚLTIMA GESTAÇÃO MÊS <input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/>
GRAVIDEZ ATUAL		DIVIDAS <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	ANTITÉTANICA PRÉVIA <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	ATUAL 1ª 2ª 3ª MÊS GESTAÇÃO	HOSPITALIZAÇÃO NA GRAVIDEZ <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO DIAS
PESO ANTERIOR <input type="checkbox"/> kg	ESTATURA <input type="checkbox"/> cm	EX. CLÍNICO NORMAL <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	EX. DAS MAMAS NORMAL <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	EX. ODONTOLÓGICO NORMAL <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	EX. CLÍNICO CERVIX <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
CONSULTA Nº		PÁGINA		LOCAL	
DATA		DATA		DATA	

IG SEMANAS										
PESO (kg)										
I M C										
PRESSÃO ARTERIAL (mmHg)/ EDEMA (+a 4+)										
ALTURA UTERINA (cm) APRESENTAÇÃO										
BCF / MOV. FETAL										
ASS. DO PROFISSIONAL										

PARTO	IDADE GESTACIONAL	TAMANHO FETAL CORRESPONDE	INÍCIO TP	MEMBRANAS	DATA RUPTURA	CEF.	PATOLOGIA NA GESTAÇÃO / PARTO / PUERPÉRIO
	HOSPITAL: MENOR DE 17 OU MAIOR DE 42	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> ESP. <input type="checkbox"/> IND.	<input type="checkbox"/> INT. <input type="checkbox"/> ROT.	HORA DIA MÊS		
HORA MINUTO DIA MÊS ANO		NÍVEL DE ATENÇÃO		ATENDIDA POR:		DESROP. CEF. PÉLV. HEMORRAGIA 1º TRIMESTRE HEMORRAGIA 2º TRIMESTRE HEMORRAGIA 3º TRIMESTRE ANEMIA CRÔNICA RUPTURA PREMAT. MEM. INFECÇÃO URINÁRIA INFECÇÃO PUERPÉR. HEMORRAGIA PUERPÉR. OUTRA NENHUMA	
EPISIOTOMIA <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		MORTE FETAL <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM		MEDIC. ENF./ PAR. AUX. EMPÍR. OUTROS		PRE-ECLÂMPSIA ECLÂMPSIA CARDIOPATIA DIABETES INFECÇÃO URINÁRIA OUTRAS INFECÇÕES PARASITÓSES AMEAÇA DE PARTO PREMATURO	
LACERAÇÃO <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		MOMENTO PARTO <input type="checkbox"/> GRAV. <input type="checkbox"/> IGNO.		PARTO NEONATO		DIABETES INFECÇÃO URINÁRIA OUTRAS INFECÇÕES PARASITÓSES AMEAÇA DE PARTO PREMATURO	
MEDICAÇÃO NO PARTO		ANESTESIA LOCAL ANESTESIA REGIONAL ANESTESIA GERAL ANESTESIA OUTROS		COTOC. NENHUM		OUTRA NENHUMA	

RECÉM-NASCIDO		REANIMAÇÃO	PESO AO NASCER	IDADE POR EXAME FÍSICO	PESO / IG	EX. FÍSICO IMEDIATO	PUERPÉRIO IMEDIATO
SEXO <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	VORL <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> +	APGAR1 MINUTO <input type="checkbox"/> 1º <input type="checkbox"/> 5º <input type="checkbox"/> 6 OU MENOS	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SEM. <input type="checkbox"/> MENOR DE 37 SEMANAS	<input type="checkbox"/> ADEQ. <input type="checkbox"/> PEQUENO <input type="checkbox"/> GRANDE	<input type="checkbox"/> NORMAL <input type="checkbox"/> ANORMAL	
ESTATURA <input type="checkbox"/> cm	EXAME FÍSICO PRÉ-ALTA <input type="checkbox"/> NORMAL <input type="checkbox"/> ANORMAL	EXAME NEUROL. <input type="checkbox"/> NORMAL <input type="checkbox"/> ANORMAL <input type="checkbox"/> DUVIDOSO	PATOLOGIAS <input type="checkbox"/> M. HALINA <input type="checkbox"/> S. ASPIRAT. <input type="checkbox"/> OUTROS SDR	<input type="checkbox"/> APNÉIAS <input type="checkbox"/> HEMORRAGIA <input type="checkbox"/> INFECÇÃO	<input type="checkbox"/> NEUROL. <input type="checkbox"/> HIPERBILL. <input type="checkbox"/> A. CONG.	<input type="checkbox"/> OUTRA <input type="checkbox"/> NENHUMA	INVÓL. UTERINA CARACTERÍSTICAS DOS LÍQUIDOS VITAMINA A
RIVAL/OJCONL <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	ALTA DO RN <input type="checkbox"/> SADIO <input type="checkbox"/> TRANSF. <input type="checkbox"/> C/ PATOL.	IDADE NA ALTA/ TRANSFERÊNCIA <input type="checkbox"/> DIAS <input type="checkbox"/> HORAS	IDADE AO FALECER <input type="checkbox"/> DIAS <input type="checkbox"/> HORAS	ALIMENTAÇÃO <input type="checkbox"/> PEITO <input type="checkbox"/> MISTO <input type="checkbox"/> ARTIFIC.	ALTA MATERNA <input type="checkbox"/> SADA <input type="checkbox"/> TRANSFERIDA <input type="checkbox"/> C/ PATOLOGIA	MORTE MATERNA <input type="checkbox"/> GRAVIDEZ <input type="checkbox"/> PARTO <input type="checkbox"/> PUERPÉRIO	ORIENT. / CONTRACEÇÃO <input type="checkbox"/> CONDOM <input type="checkbox"/> DIU <input type="checkbox"/> ORAL <input type="checkbox"/> OUTRA <input type="checkbox"/> LIG. DA TRQ. <input type="checkbox"/> RITMO <input type="checkbox"/> NENHUM

ANEXO C

King's Health Questionnaire e Escala de sintomas urinários

Nome do Investigador	Número do Investigador	Número do Paciente	Data: ____/____/____ dia mês ano
Nome do Paciente:			
Pesquisa:			
Versão em Português do "King's Health Questionnaire"			
1. Como você descreveria sua saúde no momento?	<input type="checkbox"/>	Muito boa	
	<input type="checkbox"/>	Boa	
	<input type="checkbox"/>	Regular	
	<input type="checkbox"/>	Ruim	
	<input type="checkbox"/>	Muito ruim	
2. Quanto você acha que o seu problema de bexiga afeta sua vida?	<input type="checkbox"/>	Nem um pouco	
	<input type="checkbox"/>	Um pouco	
	<input type="checkbox"/>	Moderadamente	
	<input type="checkbox"/>	Muito	
<p>Gostaríamos de saber quais são seus problemas de bexiga e quanto eles afetam você. Da lista abaixo, escolha somente aqueles que você apresenta atualmente. Exclua os problemas que não se aplicam a você.</p> <p>Quanto que os problemas afetam você? Um pouco Moderadamente Muito</p>			
a. FREQUÊNCIA (ir ao banheiro para urinar muitas vezes)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. NOCTÚRIA (levantar à noite para urinar)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. URGÊNCIA (um forte desejo de urinar e difícil de seguras)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. URGE-INCONTINÊNCIA (vontade muito forte de urinar, com perda de urina antes de chegar ao banheiro)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. INCONTINÊNCIA URINÁRIA DE ESFORÇO (perda urinária que ocorre durante a realização de esforço físico como tossir, espirrar, correr, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. ENURESE NOTURNA (urinar na cama, à noite, durante o sono)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. INCONTINÊNCIA DURANTE RELAÇÃO SEXUAL (perda urinária durante relação sexual)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. INFECÇÕES URINÁRIAS FREQUENTES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. DOR NA BEXIGA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. DIFICULDADE PARA URINAR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k. VOCÊ TEM ALGUMA OUTRA QUEIXA? QUAL? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A seguir, estão algumas das atividades diárias que podem ser afetadas por seu problema de bexiga. Quanto seu problema de bexiga afeta você? Nós gostaríamos que você respondesse cada questão, escolhendo a resposta que mais se aplica a você.						
Limitações de atividades diárias		Nem um pouco	Um pouco	Moderadamente	Muito	
3a.	Quanto o seu problema de bexiga afeta seus afazeres domésticos como limpar a casa, fazer compras, etc...?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3b.	Quanto o seu problema de bexiga afeta seu trabalho ou suas atividades diárias fora de casa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Limitações físicas e sociais		Nem um pouco	Um pouco	Moderadamente	Muito	
4a.	Seu problema de bexiga afeta suas atividades físicas como andar, correr, praticar esportes, fazer ginástica, etc...?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4b.	Seu problema de bexiga afeta suas viagens?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4c.	Seu problema de bexiga limita sua vida social?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4d.	Seu problema de bexiga limita seu encontro ou visita a amigos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Relações Pessoais		Não aplicável	Nem um pouco	Um pouco	Moderadamente	Muito
5a.	Seu problema de bexiga afeta o relacionamento com seu parceiro?	<input type="checkbox"/>				
5b.	Seu problema de bexiga afeta sua vida sexual?	<input type="checkbox"/>				
5c.	Seu problema de bexiga afeta sua vida familiar?	<input type="checkbox"/>				
Emoções		Nem um pouco	Um pouco	Moderadamente	Muito	
6a.	Seu problema de bexiga faz com que você se sinta deprimida?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6b.	Seu problema de bexiga faz com que você se sinta ansiosa ou nervosa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6c.	Seu problema de bexiga faz você sentir-se mal consigo mesma?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sono e disposição		Nunca	Às vezes	Freqüentemente	O tempo todo	
7a.	Seu problema de bexiga afeta seu sono?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7b.	Você se sente esgotada ou cansada?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Medidas de gravidade

Você faz algumas das seguintes coisas? E se faz, quanto?	Nunca	Às vezes	Freqüentemente	O tempo todo
8a. Você usa forros ou absorventes para se manter seca?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8b. Toma cuidado com a quantidade de líquidos que bebe?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8c. Troca suas roupas íntimas quando elas estão molhadas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8d. Preocupa-se com a possibilidade de cheirar urina?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8e. Fica envergonhada por causa do seu problema de bexiga?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Muito obrigado. Agora veja se você deixou de responder alguma questão.

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](#)