

JÚNIA LEONNE DOURADO DE ALMEIDA LIMA

**INCONTINÊNCIA URINÁRIA NO CICLO
GRAVÍDICO-PUERPERAL E IMPACTO NA
QUALIDADE DE VIDA**

**CAMPINAS
2009**

JÚNIA LEONNE DOURADO DE ALMEIDA LIMA

**INCONTINÊNCIA URINÁRIA NO CICLO
GRAVÍDICO-PUERPERAL E IMPACTO NA
QUALIDADE DE VIDA**

Dissertação de Mestrado apresentada ao
Programa de Pós-Graduação da Faculdade
Ciências Médicas da Universidade Estadual de
Campinas para obtenção do Título de Mestre
em Enfermagem, Área de Concentração em
Enfermagem e Trabalho

Orientadora: Profa. Dra. Maria Helena Baena de Moraes Lopes

**CAMPINAS
2009**

**FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA UNICAMP**

Bibliotecário: Sandra Lúcia Pereira – CRB-8ª / 6044

L628i Lima, Júnia Leonne Dourado de Almeida
 Incontinência urinária no ciclo gravídico-puerperal e impacto na
 qualidade de vida / Júnia Leonne Dourado de Almeida Lima.
 Campinas, SP : [s.n.], 2009.

Orientador : Maria Helena Baena de Moraes Lopes
Dissertação (Mestrado) Universidade Estadual de Campinas.
Faculdade de Ciências Médicas.

1. Incontinência urinária. 2. Prevalência. 3. Gravidez. 4.
Período pós-parto. 5. Fatores de risco. 6. Qualidade de vida. 7.
Questionários. I. Lopes, Maria Helena Baena de Moraes. II.
Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas.
III. Título.

**Título em inglês : Urinary incontinence in the pregnancy-perperium cycle and
impact in the quality of life**

Keywords: • Urinary incontinence
• Prevalence
• Pregnancy
• Postpartum period
• Risk factors
• Quality of life
• Questionnaires

Titulação: Mestre em Enfermagem

Área de concentração: Enfermagem e trabalho

Banca examinadora:

Profa. Dra. Maria Helena Baena de Moraes Lopes

Profa. Dra. Maria Cecília Bueno Jayme Gallani

Profa. Dra. Sônia Maria Junqueira Vasconcellos de Oliveira

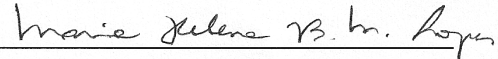
Data da defesa: 31-07-2009

COMISSÃO EXAMINADORA DA DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

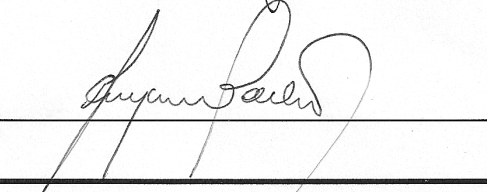
JÚNIA LEONNE DOURADO DE ALMEIDA LIMA (RA: 077599)

Orientador(a) PROFA. DRA. MARIA HELENA BAENA DE MORAES LOPES

Membros:

1. PROFA. DRA. MARIA HELENA BAENA DE MORAES LOPES 

2. PROFA. DRA. SÔNIA MARIA JUNQUEIRA VASCONCELLOS DE OLIVEIRA 

3. PROFA. DRA. MARIA CECILIA BUENO JAYME GALLANI 

Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Ciências Médicas da
Universidade Estadual de Campinas

Data: 31 de julho de 2009

AGRADECIMENTOS

A Deus, pela vida, saúde e por me ajudar alcançar mais um sucesso profissional.

Aos meus pais, por todo esforço e dedicação para me ajudarem a conquistar o mais um sucesso profissional. E aos meus irmãos pelo apoio e colaboração.

À minha orientadora Prof^a. Dr^a. Maria Helena Baena de Moraes Lopes, por acreditar e confiar em mim e ter dado à oportunidade de mais uma grande conquista acadêmica.

À minha amiga Enfermeira Juliana Reis, por sempre me incentivar nos meus sonhos acadêmicos.

Aos profissionais enfermeiros e fisioterapeutas que aceitaram participar da banca de validação do formulário de coleta de dados.

À Secretaria e ao Conselho de Saúde da cidade de Itapecerica da Serra, SP, principalmente a Enfermeira e Dr^a. Anatália Basile, por autorizar e apoiar o projeto de pesquisa.

À diretora e a toda equipe de enfermagem do Centro de Saúde Salvador de Leonne, Itapecerica da Serra, pela colaboração da coleta de dados.

A todas as pessoas que de forma direta ou indireta, auxiliaram na elaboração deste trabalho.

Aos membros da banca examinadora da qualificação e da defesa, pela atenção e pelas relevantes sugestões.

À ex-secretária Jane e ao atual secretário Carlinhos do Programa de pós-graduação pela atenção.

Ao apoio financeiro (Bolsa Auxílio à Pesquisa) recebido da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES).

E em especial a todas as puérperas, que tornaram essa pesquisa possível.

“O que sabemos é uma gota, o que ignoramos é um oceano”

ISAAC NEWTON

“O SENHOR é minha luz e minha salvação; de quem terei medo? O SENHOR é a fortaleza da minha vida; a quem temerei? Quando malfeitores me sobrevêm para me destruir, meus opressores e inimigos, eles é que tropeçam e caem. Ainda que um exército se acampe contra mim, não se atemorizará o meu coração; e, se estourar contra mim a guerra, ainda sim terei confiança (...)”

SALMO 27

DEDICATÓRIA

Á todas as mulheres que sofrem de incontinência urinária, que por meio de angústia e sofrimentos vivenciados, mostraram-me a importância de um trabalho que investigue o impacto desta sintomatologia em nosso meio.

Lista de Abreviaturas e Siglas.....	viii
Lista de Anotações.....	ix
Lista de Tabelas.....	x
RESUMO	xi
ABSTRACT	xii
1. INTRODUÇÃO	13
2. OBJETIVOS.....	18
2.1 Objetivo Geral.....	19
2.2 Objetivos Específicos	19
3. ARTIGOS.....	20
Artigo 1.....	22
Artigo 2.....	44
4. DISCUSSÃO	64
5. CONCLUSÕES.....	69
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	71
ANEXOS	78
APÊNDICES	88

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CEP	- Comitê de Ética em Pesquisa
FCM	- Faculdade de Ciências Médicas
g	- Grama
IC	- Intervalo de Confiança
ICS	- <i>International Continence Society</i>
IMC	- Índice de Massa Corpórea
IU	- Incontinência Urinária
IUE	- Incontinência Urinária de Esforço
IUM	- Incontinência Urinária Mista
IUU	- Incontinência Urinária de Urgência
Kg	- Quilograma
KHQ	- <i>King's Health Questionnaire</i>
m	- Metro
MAP	- Músculos do Assoalho Pélvico
OMS	- Organização Mundial da Saúde
QV	- Qualidade de Vida
QVRS	- Qualidade de Vida Relacionada à Saúde
RN	- Recém-Nascido
RP	- Razão de Prevalência
SF-36	- <i>Medical Outcomes Study 36-item Short-Form Health Survey</i>
UBS	- Unidade Básica de Saúde
UNICAMP	- Universidade Estadual de Campinas

- = - Igual a
- > - É maior que
- < - É menor que
- $\geq$ - É maior ou igual que
- $\leq$ - É menor ou igual que
- % - Porcentagem
- - Subtração; Indica um número negativo

ARTIGO 1

Tabela 1: Frequência e características da perda urinária no ciclo grávido-puerperal -Itapecerica da Serra - SP, agosto de 2008 a março de 2009. 31

Tabela 2: Frequência de fatores considerados de risco para IU, segundo a literatura, na gravidez e puerpério - Itapecerica da Serra - SP, agosto de 2008 a março de 2009 33

Tabela 3: Fatores associados à incontinência urinária de esforço e mista na gravidez - Itapecerica da Serra - SP, agosto de 2008 a março de 2009 35

Tabela 4: Fatores associados à incontinência urinária de esforço e mista no puerpério - Itapecerica da Serra - SP, agosto de 2008 a março de 2009 35

ARTIGO 2

Tabela 1: Frequência e características da IU no puerpério (n=22) - Itapecerica da Serra – SP, agosto de 2008 a março de 2009..... 53

Tabela 2: Comparação da média dos escores obtidos em cada domínio do SF-36 de puérperas continentes e incontinentes - Itapecerica da Serra – SP, agosto de 2008 a março de 2009 54

Tabela 3: Valores dos escores dos domínios do KHQ em puérperas incontinentes (n=22) - Itapecerica da Serra – SP, agosto de 2008 a março de 2009 55

Objetivos: avaliar a incontinência urinária (IU) no ciclo gravídico-puerperal; verificar em qual fase do ciclo inicia-se a IU, a característica da perda urinária, os tipos de IU e a associação com fatores considerados de risco, e avaliar a qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS) de puérperas incontinentes. **Método:** tratou-se de estudo transversal do tipo correlacional, no qual 220 puérperas foram entrevistadas, no período entre 30 a 180 dias de pós-parto, por meio de um formulário construído e validado para esse estudo e dois instrumentos de avaliação de QVRS, um genérico, o SF-36 e outro específico para mulheres incontinentes, o King's Health Questionnaire (KHQ). **Resultados:** a IU foi observada desde o início da gravidez, porém foi mais freqüente no último trimestre. É mais comum na gestação (43,6%) do que no puerpério (10%). A maioria das mulheres apresentava perda pequena tanto na gravidez como no puerpério e, 13% referiram perda de grande volume. A IU mista foi o tipo mais frequente na gravidez (20%) e a IU de esforço, no puerpério (4,5%). A presença de IU na gravidez foi associada com o aumento da idade materna, multiparidade, parto normal em gravidez anterior e ocorrência de perda de urina na gravidez anterior. Em relação ao puerpério, a IU foi associada com a multiparidade, índice de massa corpórea atual e IU na gravidez atual. Quanto à QVRS as puérperas incontinentes apresentaram menores pontuações nos domínios Capacidade Funcional ($p=0,0046$) e Estado Geral de Saúde ($p=0,0241$) do SF-36, quando comparadas às puérperas continentas. As puérperas incontinentes apresentaram ainda escores mais elevados nos seguintes domínios do KHQ: medida de gravidade, percepção geral de saúde e impacto da incontinência, indicando pior percepção da QVRS. **Conclusões:** a IU geralmente inicia no final da gestação e sua frequência diminui no puerpério. Os tipos de IU variam, conforme a fase do ciclo gravídico-puerperal e, no geral, a perda urinária é pequena. Com exceção da multiparidade, fatores de risco associados à IU na gravidez não estavam associados à IU no puerpério. A QV de mulheres continentas e incontinentes foi semelhante, com exceção dos domínios capacidade funcional e estado geral de saúde do SF-36, mais comprometido entre mulheres incontinentes. Ao se usar o KHQ observou-se que o impacto em todos os domínios foi pequeno, quando se compara com outros estudos, mas, para algumas mulheres o problema afetou de forma importante sua QV, atingindo o escore máximo de alguns domínios.

Palavras-Chave: Incontinência urinária; Prevalência; Gravidez, Período pós-parto; Fatores de risco; Qualidade de Vida; Questionários.

Objectives: to evaluate the urinary incontinence (UI) during the pregnancy-puerperium cycle; to verify in which phase of the cycle UI onset occurs; to verify the characteristics of urine loss, the types of UI, and the association between UI and risk factors; and to evaluate the health-related quality of life (HRQOL) of the puerperas with incontinence. **Method:** this cross-sectional and correlational study, in which 220 puerperas were interviewed in the period between 30 and 180 days postpartum. The interviews were performed using a form that was designed and validated specifically for this study and two instruments that evaluate the HRQOL: one generic, the SF-36; and one disease-specific: King's Health Questionnaire (KHQ). **Results:** UI occurred since the beginning of pregnancy and, but more frequent in the last trimester. It is more common during pregnancy (43.6%) than puerperium (10%). Most women presented small urine loss during pregnancy as well as during puerperium, but 13% reported having large urine loss. The mixed UI was the most frequent kind in the pregnancy (20%) and the Stress UI in the puerperium (4.5%). The occurrence of UI during pregnancy was associated to mothers' older age, multiparity, spontaneous vaginal delivery, and the occurrence of urine loss in a previous pregnancy. Regarding the puerperium, the occurrence of UI was associated with multiparity, current body mass index, and having UI during the current pregnancy. In relation to the HRQOL, puerperas with incontinence obtained lower scores for the SF-36 domains of Functional Capacity ($p=0.0046$) and Overall Health Condition ($p=0.0241$) compared to puerperas without incontinence. Puerperas with incontinence presented even higher scores in the following KHQ domains: severity rate, overall health perception, and incontinence impact; showing a worse perception for HRQOL. **Conclusions:** UI generally begins in the final pregnancy and reduces during puerperium. The types of UI range according to the pregnancy-puerperium cycle phase and urine loss is usually small. Except for multiparity, the risk factors associated with UI during pregnancy were not associated with UI during the puerperium. The QOL of women's with and without incontinence was similar, except for the SF-36 domains of functional capacity and overall health condition, which are worsened among incontinences women. Using the KHQ it was observed that the impact on all domains was lower when compared to others studies; however, some women's QOL was strongly affected, reaching the maximum score in some domains.

Key-words: Urinary incontinence; Prevalence; Pregnancy; Postpartum period; Risk factors; Quality of life; Questionnaires.

1. INTRODUÇÃO

O assoalho pélvico é uma estrutura composta por músculos que formam o chão da pelve, responsável pela sustentação dos órgãos pélvicos e abdominais. Conforme alguns autores, os músculos do assoalho pélvico (MAP) são subdivididos em duas camadas: diafragma pélvico (camada interna) e urogenital (camada externa). O diafragma pélvico é formado pelos músculos elevadores do ânus e pelo coccígeo ou isquiococcígeo, e é responsável pelo suporte aos órgãos pélvicos em situações de aumento de pressão intra-abdominal e pelo mecanismo de continência urinária aos esforços ⁽¹⁾.

Em condições normais o útero repousa sobre os MAP e os seus ligamentos apenas estabilizam sua posição ⁽¹⁾. Durante a gravidez e o parto, esse grupo muscular encontra-se sujeito a estiramento, esforços, aumento da pressão intra-abdominal o que pode causar problemas no trato urinário baixo: a bexiga desloca-se e torna-se comprimida, o que altera o ângulo uretro-vesical e diminui a capacidade vesical ^(1,2).

Além disso, na gravidez as alterações biomecânicas da pelve e influências hormonais podem causar uma diminuição do tônus e força muscular e, como consequência, pode ocorrer perda involuntária de urina ⁽²⁾, situação que é definida pela Sociedade Internacional de Continência (*“International Continence Society – ICS”*) como incontinência urinária (IU) ⁽³⁾.

A IU é classificada em três tipos: *Incontinência Urinária de Esforço (IUE)* que é a queixa de perda involuntária de urina durante o esforço, exercício físico, ao espirrar ou tossir; *Incontinência Urinária de Urgência ou Urge-incontinência (IUU)* que é a queixa de perda involuntária de urina precedida de um súbito e incontrolável desejo de urinar, difícil de ser adiado; e *Incontinência Urinária Mista (IUM)* é a queixa da perda involuntária de urina associada à urgência e, também, aos esforços, exercícios, espirros ou tosse ⁽³⁾.

A IU é sintoma que ocorre com bastante frequência na gravidez, podendo ser uma condição transitória ou permanecer após o parto por meses ou mesmo anos ⁽⁴⁾. A taxa de prevalência de IU na gravidez é elevada, variando de 15 a 69% ^(5,6) e no puerpério em torno de 5 a 42% ^(4,6).

Ao contrário do que se espera, na gravidez, os sintomas de IU podem iniciar desde o primeiro trimestre, com taxas em torno de 17 a 25%, sendo mais frequentes no último trimestre, ocorrendo em 36 a 67% dos casos ^(7,8). Em estudos realizados em nosso meio, no último trimestre da gravidez, observou-se taxa de prevalência de IUE em torno de 64,0% ⁽⁹⁾ e da IUU, de 22% ⁽¹⁰⁾. Dentre os tipos de IU, neste período, a mais frequente é a IUE (5 a 69%). A urge-incontinência tem prevalência de 4 a 55% e a IUM, de 3 a 55% ^(4-6,8,11-13).

Apesar dos elevados índices de IU durante a gestação, a etiologia precisa da IU nesse período ainda é desconhecida ⁽¹⁴⁾. A IUE é a mais freqüente por estar associada à gravidez e ao parto ⁽¹⁵⁾. Porém, outros estudos defendem que a gravidez por si só, é o principal fator de risco para a IUE ^(16,17).

Outros fatores são considerados de risco para a IU no ciclo gravídico-puerperal*: a multiparidade ^(8,11, 15,17-19); a idade materna maior que 35 anos ^(9,11,15,16,19) e perda urinária na gravidez, que aumenta ainda mais a chance de ser incontinente no puerpério ^(15,16,17). Outro fator que predispõe à IUE, em geral, é o fato da mulher ter episódios de perda de urina no primeiro ou segundo mês de pós-parto, independente da paridade e do tipo de parto ⁽¹⁵⁾.

Com relação à IU no puerpério, alguns fatores obstétricos podem estar associados com o seu desenvolvimento, a começar pelo tipo de parto. Embora alguns pesquisadores associem o parto vaginal à IUE ^(9,16,20,21) outros estudos consideram que o parto cesáreo não protege o assoalho pélvico, pois o simples fato da mulher perder urina na gestação é um fator agravante para IU ⁽¹⁵⁻¹⁷⁾.

Outros fatores considerados de risco, ainda são controversos tais como: peso do recém-nascido (RN) > 3500g ^(15,17,19); perímetro cefálico > 34 cm ⁽¹⁵⁾; episiotomia ⁽²²⁾; lacerações do períneo ^(15,23); tabagismo ⁽²⁰⁾; índice de massa corpórea (IMC > 30 Kg/ m²) ^(11,24) e constipação ^(15,25).

Para algumas mulheres, a IU é um problema significativo de saúde que restringe as atividades da vida diária; e para outras, é considerada como uma

* Ciclo gravídico-puerperal e ciclo grávido-puerperal são termos correlatos, ambos utilizados na literatura pertinente; portanto, serão empregados ora um, ora outro.

pequena inconveniência, natural do parto ⁽²⁶⁾. Mas a IU pode causar uma deteriorização da saúde em geral, que reflete em mudanças no estilo de vida após o parto ⁽⁸⁾.

A IU pode causar desconforto social e higiênico pelo medo constante da perda urinária, pelo cheiro da urina e pelas necessidades de usar protetores e trocas mais freqüentes de peças íntimas, ou até mesmo, de roupas, o que interfere de modo negativo na qualidade de vida (QV) de várias mulheres ⁽²⁷⁾. Além disso, a IU pode causar limitações em níveis físicos, como praticar esportes ou mesmo carregar objetos; diminuição ou abandono das atividades sociais, ocupacionais e domésticas; depressão e até evitar ter relações sexuais ⁽²⁸⁻³⁰⁾.

Frente ao amplo impacto da afecção na vida das mulheres acometidas pela IU, a Sociedade Internacional de Continência, tem recomendado que medidas de avaliação de vida relacionada à saúde (QVRS) sejam incluídas em todos os estudos, como um complemento de medidas clínicas ⁽³¹⁾.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS) ⁽³²⁾, a QV é um conceito multidimensional que incorpora aspectos sociais, físicos e mentais e está relacionada com a percepção subjetiva do indivíduo sobre sua condição ou doença. Os instrumentos genéricos permitem avaliar simultaneamente vários domínios, podem ser usados em qualquer população, permitindo comparações entre pessoas com diferentes patologias, mas possuem capacidade limitada de identificar aspectos específicos da QV afetadas por determinada patologia. Clinicamente, os instrumentos específicos são mais sensíveis, mas não permitem comparações entre patologias distintas e são restritos aos domínios de relevância do aspecto a ser avaliado ⁽³³⁾.

O “*Medical Outcome Study 36-item Short-Form Health Survey*” (SF-36) é um instrumento de avaliação de QV genérico que é bastante usado por vários pesquisadores para avaliar a QV de mulheres incontinentes ⁽³⁴⁻³⁶⁾, assim como o “*King’s Health Questionnaire*” (KHQ), que é específico ^(8,37,38). O KHQ é classificado pela ICS como altamente recomendado, ou nível “A”, por ser

considerado um questionário completo que avalia tanto o impacto da IU nos diferentes domínios de QV, como os sintomas percebidos pelas pacientes ⁽³⁹⁾.

Apesar da alta taxa de prevalência de IU no puerpério e dos possíveis danos que essa sintomatologia pode causar à vida da mulher, existem poucos estudos publicados em nosso meio que verificaram a prevalência de incontinência nesse período ^(9,10,13,40), pois só estudaram a IUE associada ao tipo de parto, paridade e IMC, além de sintomas urinários irritativos. A maioria dos estudos só verifica a IUE nesse período, deixando de analisar a IUU e a IUM, bem como os fatores de risco associados a esses tipos de IU.

Além disso, em nosso meio não existem estudos que tenham verificado a QVRS de puérperas incontinentes e, na literatura internacional, são raros os trabalhos publicados e a maioria usa apenas questionários específicos, como é o caso do estudo de Dolan et al.⁽⁸⁾ que utilizou o KHQ.

Entretanto, mensurar a QVRS de mulheres incontinentes no ciclo gravídico-puerperal, assim, como verificar a sua frequência e seus fatores de risco para a população brasileira poderão proporcionar à equipe de saúde um conhecimento mais amplo sobre o assunto, o que contribuirá para a escolha de condutas mais adequadas para com os cuidados com o assoalho pélvico, como também para a avaliação mais abrangente do desfecho do tratamento.

2. OBJETIVOS



2.1 Objetivo Geral

Avaliar a frequência de IU e sua interferência na QVRS das mulheres no ciclo gravídico-puerperal numa Unidade Básica de Saúde (UBS) da cidade de Itapequerica da Serra, região metropolitana de São Paulo, Brasil.

2.2 Objetivos Específicos

- Identificar em qual fase do ciclo gravídico-puerperal iniciam-se os sintomas de IU;
- Verificar a característica da perda urinária;
- Verificar os tipos de IU e a associação com os fatores considerados de risco;
- Avaliar a QV de puérperas incontinentes
- Verificar se a IU interfere na QV em puérperas.

3. ARTIGOS



- **ARTIGO 1**

**INCONTINÊNCIA URINÁRIA NO CICLO GRÁVIDO-PUERPERAL E
FATORES DE RISCO ASSOCIADOS**

- **ARTIGO 2**

**QUALIDADE DE VIDA EM MULHERES COM INCONTINÊNCIA URINÁRIA
NO PUERPÉRIO**

Artigo 1



INCONTINÊNCIA URINÁRIA NO CICLO GRÁVIDO- PUERPERAL E FATORES DE RISCO ASSOCIADOS

URINARY INCONTINENCE IN THE PREGNANCY- PUERPERIUM CYCLE AND RISK FACTORS ASSOCIATED

Júnia Leonne Dourado de Almeida Lima*
Maria Helena Baena de Moraes Lopes**

* Fisioterapeuta e Enfermeira. Mestranda pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Ciências Médicas (FCM) da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP). Endereço: Rua da Consolação, 927 – apto. 124 – Consolação – São Paulo – SP. Telefone: (11) 8136-6131, (11) 8011-9261. Endereço eletrônico: junia.leonne@bol.com.br

** Enfermeira. Professora Associada do Departamento de Enfermagem da FCM – UNICAMP. Endereço: Rua Conceição, 552 – apto. 25 – Centro – Campinas – SP. Telefone: (19) 3231-2094. Endereço eletrônico: mhbaenam1@yahoo.com.br

RESUMO: Objetivos: avaliar a frequência da incontinência urinária (IU) no ciclo grávido-puerperal e verificar em qual fase do ciclo inicia-se a IU, a característica da perda urinária, os tipos de IU e a associação com fatores considerados de risco. **Método:** trata-se de estudo de corte transversal do tipo correlacional. Foram entrevistadas 220 puérperas, no período entre 30 a 180 dias de pós-parto, por meio de um formulário construído e validado para esse estudo. **Resultados:** a IU pode ocorrer desde o início da gravidez, sendo mais frequente no último trimestre. É mais comum na gravidez (43,6%) do que no puerpério (10%). A maioria apresentava perda pequena, tanto na gravidez como no puerpério, mas cerca de 13% disseram perder grande volume. A IU mista foi o tipo mais freqüente na gravidez (20%) e a IU de esforço, no puerpério (4,5%). A ocorrência de IU na gravidez estava associada ao aumento da idade materna, multiparidade, parto normal em gravidez anterior e ocorrência de perda de urina na gravidez anterior. Em relação ao puerpério, a ocorrência de IU estava associada com a multiparidade, índice de massa corpórea atual e IU na gravidez atual. **Conclusões:** geralmente, a IU inicia-se no final da gravidez e sua frequência diminui no puerpério. Os tipos de IU variam conforme a fase do ciclo grávido-puerperal e, no geral, a perda urinária é pequena. Com exceção da multiparidade, os fatores de risco associados à IU na gravidez não estavam associados à IU no puerpério.

Palavras-chave: Incontinência urinária; Prevalência; Gravidez; Período pós-parto; Fatores de risco.

ABSTRACT: Objectives: to evaluate the urinary incontinence (UI) in the pregnancy-puerperium cycle and to verify in which phase of the cycle initiates the UI, the urinary loss characteristics, the types of UI and the association with factors considered of risk. **Method:** this was a transversal and correlational type study. They were interviewed 220 puerperal women, in the period between 30 to 180 days of postpartum, using a form built and validated for this study. **Results:** the UI can occur since the beginning of the pregnancy, being more frequent in the last trimester. It is more frequent in the pregnancy (43.6%) than in the puerperium (10%). The majority presented a small loss in the pregnancy as the puerperium, but around 13% referred to lose a large volume. The mixed UI was the most frequent type in the pregnancy (20%) and the stress UI in the puerperium (4.5%). The frequency of UI in the pregnancy was associated with the increased of maternal age, multiparity, vaginal delivery in previous pregnancy and urine loss occurrence in the previous pregnancy. In the puerperium, the occurrence of UI was associated with the multiparity, actual body mass index (BMI) and UI in the present pregnancy. **Conclusions:** the UI generally initiated in the end of the gestation and its frequency decreased in the puerperium, the types of UI change according to the phase of the pregnancy-puerperium cycle and the urinary loss generally is small. With the exception of multiparity, risk factors associated to the UI in the pregnancy were not associated to the UI in the puerperium.

Keywords: Urinary incontinence; Prevalence; Pregnancy; Postpartum period; Risk factors

1. INTRODUÇÃO

A incontinência urinária (IU) é um sintoma comum durante a gravidez, podendo ser uma condição transitória, que desaparece nos 3 primeiros meses de pós-parto ou permanece após o parto, por meses ou mesmo anos ^(1,2).

No ciclo grávido-puerperal, a prevalência de IU é elevada, variando de 15 a 69% na gravidez ^(3,4) e, em torno, 5 a 42% no puerpério ^(2,4), de acordo com as características da população estudada. Essa grande variação das taxas de prevalência vai depender do desenho do estudo, como a IU foi definida e da amostra populacional ⁽⁵⁾.

Dentre os tipos de IU, a mais comum nesse período é a de esforço (IUE) (5 a 69%). A urge-incontinência ou incontinência urinária de urgência (IUU) tem prevalência de 4 a 55% e a incontinência urinária mista (IUM), de 3 a 55% ^(3,4,6-10).

A IUE é a mais frequente por estar fortemente associada à gravidez e ao parto ⁽¹¹⁾. No entanto, outros estudos defendem que a gravidez por si só é o principal fator de risco para a IUE ⁽¹⁾. Outros fatores são considerados de risco à IU no ciclo grávido-puerperal: multiparidade ^(6,8,10-13), idade materna maior que 35 anos ^(1,8,11-13,15) e perda urinária na gravidez, que aumenta ainda mais a chance de ser incontinente no puerpério ^(1,11,12,15,16).

Além destes, outros fatores são considerados de risco, porém, ainda são controversos: parto vaginal ^(7,11,14,15); peso do recém-nascido (RN) ^(11-13,17); perímetro cefálico ⁽¹¹⁾; episiotomia ⁽¹⁸⁾; lacerações do períneo ^(11,19); tabagismo ⁽²⁰⁾; índice de massa corpórea (IMC) elevado ^(8,17) e constipação ⁽²¹⁾.

A prevalência e os fatores de risco associados aos sintomas geniturinários em gestantes e puérperas têm sido bastante estudados na literatura internacional. Entretanto, no Brasil, há uma carência de estudos nessa área, sendo encontradas somente quatro publicações oriundas de um único grande projeto que verificou a prevalência de IU na gravidez e 3 anos após o parto ^(14,22-24). O projeto em questão enfocou os sintomas urinários irritativos e a IUE associados

ao tipo de parto, paridade e IMC no último trimestre de gestação; não tendo como propósito investigar a IUU e a IUM, bem como os fatores de risco a elas associados.

Desta maneira, o objetivo deste estudo foi avaliar a frequência de IU no ciclo grávido-puerperal numa Unidade Básica de Saúde (UBS) da região metropolitana de São Paulo, Brasil, assim, como verificar em qual fase do ciclo inicia-se a IU; a característica da perda urinária; os tipos de IU e a associação com fatores considerados de risco.

2. MÉTODO

Trata-se de um estudo de corte transversal e do tipo correlacional realizado no entre agosto de 2008 a março de 2009.

Os dados foram coletados numa UBS da cidade de Itapecerica da Serra, região metropolitana de São Paulo (Brasil). No local são atendidas mensalmente, em média, 20 a 22 puérperas para primeira consulta de revisão puerperal, além das consultas de puericultura. Os sujeitos deste estudo foram puérperas que aguardavam por consulta de revisão puerperal, atendimento de puericultura ou de vacinação dos filhos.

Para o cálculo do tamanho amostral, levou-se em conta a diferença de prevalência e os Odds Ratios dos estudos de Scarpa et al. (43,5%)⁽¹⁴⁾, Foldspang et al. (28,3% e 12,0% no parto vaginal e cesáreo respectivamente)⁽¹⁵⁾ e Hvidman et al. (24,1%)⁽²⁵⁾. Desse modo, estimou-se o total de 220 mulheres para constituir a amostra, considerando-se o nível de significância de 5% e o poder do teste de 80%.

Os critérios de inclusão foram ter tido gravidez única; estar entre 30 e 180 dias de pós-parto e em aleitamento materno (com base na definição de puerpério do Ministério da Saúde⁽²⁶⁾); não fazer uso de medicações que interferem no trato urinário inferior e podem alterar a função vesical; e não apresentar as seguintes comorbidades: diabetes mellitus; litíase renal; doença pulmonar

obstrutiva crônica; doenças neurológicas; hipertensão arterial; infecção do trato urinário ou história pregressa de cirurgia pélvica, com exceção de cirurgias de parto cesáreo.

As mulheres com qualquer queixa de perda involuntária de urina foram consideradas incontinentes, conforme definição da Sociedade Internacional de Continência ⁽²⁷⁾ que, por sua vez, foi classificada em: *incontinência urinária de esforço (IUE)* - “perda involuntária de urina ao esforço como ao tossir, espirrar, rir, erguer peso, correr, pular ou ao realizar algum outro esforço físico”; *incontinência urinária de urgência* ou *urge-incontinência (IUU)* - “perda involuntária de urina precedida de um súbito e incontrolável desejo de urinar, difícil de ser adiado” e, *incontinência urinária mista (IUM)* - quando a mulher refere ter os dois sintomas ⁽²⁷⁾.

Neste estudo foram investigados os seguintes fatores de risco: idade materna, tipo de parto (anterior e/ou atual); paridade; presença de trauma perineal (episiotomia ou rotura perineal); peso e perímetro cefálico do RN ao nascer; sintomas de perda urinária em gestações anteriores e atual; raça, tabagismo; IMC (na gravidez e no puerpério). Além dessas variáveis, também, foi investigada a posição da mulher no período expulsivo do parto vaginal, a fim de estudar se variações na posição estariam associados à ocorrência de IU no pós-parto.

Para a coleta de dados foi elaborado um formulário específico submetido à análise de validade de conteúdo, realizada por um painel de cinco juízes com experiência na área de obstetrícia e/ou IU. Algumas alterações foram sugeridas na elaboração das questões, resultando no instrumento final. Uma vez pré-testado junto a dez puérperas, evidenciou-se não serem necessárias mais modificações.

O formulário continha questões relativas às características sócio-demográficas (idade, raça/cor, escolaridade, estado civil, profissão, renda familiar); dados obstétricos (tipo de parto atual e anteriores; posição da mulher no parto vaginal – litotômica, semi-sentada, decúbito lateral e cócoras; paridade; trauma perineal; peso e perímetro cefálico do RN ao nascer); sintomas urinários

(início da IU na gestação atual; IU atual; tipo de IU; frequência; volume e período da perda urinária; uso de protetor ou forro; tipo de protetor usado; trocas diurnas e noturnas; perda de urina durante a relação sexual e se o companheiro sabia da perda urinária); altura e maior peso (Kg) na gestação e peso na data da entrevista da puérpera, para cálculo do IMC na gravidez e puerpério; e atividade sexual.

O IMC foi estimado por meio da fórmula peso (Kg)/altura (m)². Para o período da gestação foi considerado o peso da última consulta registrado no cartão de pré-natal e no puerpério, o cálculo se baseou no peso aferido no dia da entrevista. Na gravidez foi considerado peso adequado $IMC < 30 \text{ Kg/m}^2$ ⁽²⁸⁾, e no puerpério, $IMC < 25 \text{ Kg/m}^2$.

As mulheres que se enquadravam nos critérios de seleção da amostra, foram convidadas a participar da pesquisa e, após assinar o Termo de Consentimento Livre Esclarecido, foi iniciada a coleta de dados.

As informações referentes a trauma perineal, peso e perímetro cefálico do RN ao nascer e peso materno na gestação foram obtidas, baseadas no prontuário médico, cartão de pré-natal e cartão do RN. Nos casos em que não foi possível obter registro referente à ocorrência ou não de trauma perineal, foi indagado à puérpera se no último parto havia sido submetida à episiotomia ou se ocorreu laceração espontânea do períneo, para garantir a obtenção da informação.

Para tornar a coleta de dados mais objetiva com relação à posição que a mulher permaneceu durante o período expulsivo do parto vaginal, utilizou-se um quadro com figuras ilustrativas das diferentes posições que a mulher pode assumir no momento do parto, elaborado e comercializado pelo grupo “*Japan International Cooperation Agency*” – JICA.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição, atendendo assim legislação vigente no país.

Análise Estatística

As frequências absolutas e relativas das variáveis categóricas e medidas de posição e dispersão das variáveis contínuas foram calculadas. O teste de McNemar (variáveis binária: sim e não) e o Qui-quadrado (ou Exato de Fisher) foram empregados para verificar a associação entre fatores considerados de risco para a IU no período grávido-puerperal, e calculada a razão de prevalência (RP) com seus respectivos intervalos de confiança (IC). O nível de significância adotado foi $p < 0,05$. O software utilizado para a análise foi o SAS versão 9.1.3 (SAS Institute Inc. SAS/STAT. Cary, NC: SAS Institute, Inc. 2002-2003).

3. RESULTADOS

Foram entrevistadas 220 mulheres com média de idade de $25,7 \pm 6,1$ anos, variando de 14 a 44 anos, em média no 97º dia de puerpério ($\pm 58,3$ dias), com variação de 30 a 180 dias e 24,0% (53) encontravam-se no 30º dia de pós-parto. A maioria era de cor branca (60,0%), vivia em união estável (98,6%), estudou até o ensino médio (63,2%), só se dedicava ao lar (53,6%) e tinha uma renda familiar em torno de um a três salários mínimos (84,5%).

Quanto à paridade 55,0% (121) eram múltiparas, das quais 75 tiveram dois partos e 46 três ou mais partos. A maioria teve parto normal (54,1% ou 119); 44,5% (98) tiveram partos cesáreos e, 1,4% (3) partos fórceps. Com relação aos partos anteriores, 62,0% (75) tiveram somente parto normal, 30,6% (37) somente parto cesáreo e 7,4% (9) mais de um tipo de parto, incluindo o fórceps.

Considerando-se apenas os 122 partos vaginais (normal e fórceps), em relação à posição da mulher no período expulsivo, para 80,3% (98) foram litotômicas; para 13,9% (17), semi-sentada; para 5,8% (7) decúbito lateral. Quanto à condição perineal, dentre os casos para os quais foi possível obter a informação ($n = 120$), 83,3% sofreram algum trauma perineal, e 16,7% mantiveram períneo íntegro.

Embora as mulheres tenham sido entrevistadas em diferentes momentos após o parto (entre 30 e 180 dias), não houve associação entre o tempo de puerpério e a frequência de IU ($p= 0,4945$; de acordo com o teste de Qui-quadrado).

Dentre as 220 mulheres entrevistadas, 101 apresentaram IU em algum momento do ciclo grávido-puerperal; das quais 79, referiram IU somente na gravidez, 17 na gravidez e no puerpério e 5 somente no puerpério. Dessa forma, a prevalência de IU na gravidez foi 43,6% (96-220) e no puerpério 10,0% (22-220).

O terceiro trimestre de gestação (a partir do 7º mês) foi o período em que, com mais frequência, manifestou-se a IU (47-46,5%), seguido pelo segundo trimestre (33-32,7%). No entanto, houve mulheres que referiram que os sintomas de perda urinária principiaram no início da gravidez (14-13,9%) e, ainda, duas mulheres (2,0%) referiram IU desde a primeira gravidez. Cinco (5,0%) mulheres citaram início dos sintomas de IU apenas no puerpério.

Os dados da Tabela 1 mostram a frequência de IU durante o ciclo grávido-puerperal e as características da perda urinária. Observa-se que a frequência de IU na gravidez é significativamente maior se comparada ao puerpério ($p<0,0001$). No entanto, no puerpério houve um aumento da proporção de casos de IUE ($p <0,0001$; 39,6% vs 45,5%), bem como de IUU ($p=0,0076$; 14,6% vs 27,3%) e, uma diminuição da proporção de IUM ($p <0,0001$; 45,8% vs 27,3%).

A maioria relatou perda urinária de pequeno volume, tanto na gravidez como no puerpério, embora cerca de 13,0% tenham relatado de grande volume. Nos dados da Tabela 1, observa-se que 20,0% relataram perdas diárias durante a gravidez; cerca de 30% fizeram uso de forro tanto na gravidez como no puerpério e, em alguns casos, foi necessária a troca, tanto durante o dia como à noite. O uso do forro ou protetor causou prejuízo ou incômodo na opinião de todas as mulheres incontinentes no puerpério.

Durante o intercuro sexual, a perda urinária, embora tenha sido pouco frequente, em alguns casos, atrapalhou o ato sexual. Cerca de 50,0% dos companheiros sabia que a mulher apresentava IU e, em alguns, casos isso interferiu na relação sexual.

Nos dados da Tabela 2, são apresentados os fatores de risco investigados neste estudo e sua associação com a IU na gravidez e puerpério. Pode-se verificar que a ocorrência de IU na gravidez estava associada com o aumento da idade materna ($p=0,0004$), multiparidade ($p=0,0035$), parto normal em gravidez anterior ($p=0,0075$) e ocorrência de IU na gravidez anterior ($p=0,0002$). Em relação ao puerpério, a ocorrência de IU estava associada com a multiparidade ($p< 0,0001$), IMC atual ($p=0,0233$) e IU na gestação atual ($p=0,0008$).

Tabela 1: Frequência e características da perda urinária no ciclo grávido-puerperal -Itapecerica da Serra - SP, agosto de 2008 a março de 2009.

Característica	Categoria	Gravidez		Puerpério		Valor- p
		n	%	n	%	
IU (sintoma) (n=220)	Não	124	56,4	198	90,0	$\gamma < 0,0001$
	Sim	96	43,6	22	10,0	
δ Tipo de IU (n = 220)	IUE	38	17,3	10	4,5	$\gamma < 0,0001$
	IUU	14	6,4	6	2,7	$\gamma 0,0076$
	IUM	44	20	6	2,7	$\gamma < 0,001$
Percepção da quantidade de perda de urina (n-gravidez = 96; n-puerpério = 22)	Pequena	51	53,1	12	54,5	$\dagger 0,2426$
	Moderada	33	34,4	7	31,8	
	Grande	12	12,5	3	13,7	
Frequência dos episódios de perda de urina (n-gravidez = 96; n-puerpério = 22)	De vez em quando	68	70,8	20	91,0	$\ddagger 0,2941$
	Ao menos 1 vez/ mês	3	3,1	1	4,5	
	Ao menos 1vez/ semana	6	6,3	0	0,0	
	Diariamente	19	19,8	1	4,5	
Período da perda de urina (n-gravidez = 96; n-puerpério = 22)	Durante o dia	71	74,0	21	95,5	$\ddagger 1,0000$
	Durante a noite	7	7,3	1	4,5	
	Durante dia / noite	18	18,7	0	0,0	
Uso de protetor ou forro (n-gravidez = 96; n-puerpério = 22)	Não	67	69,8	15	68,2	$\gamma 0,1025$
	Sim	29	30,2	7	31,8	

Característica	Categoria	Gravidez		Puerpério		Valor- p
		n	%	n	%	
Prejuízo causado pelo uso de protetor (n-gravidez = 29; n-puerpério = 7)	Não	17	58,6	0	0,0	γ 0,0005
	Sim	12	41,4	7	100,0	
Tipo de protetor (n-gravidez=29; n-puerpério=7)	Absorvente Diário	19	65,5	4	57,0	‡ 0,0500
	Absorvente Comum	7	24,0	3	43,0	
	Absorvente p/ IU	1	3,5	0	0,0	
	Pano	1	3,5	0	12,5	
	Papel Higiênico	1	3,5	0	0,0	
Quantidade de troca de protetor(es) ou calcinha(s) (n-gravidez = 96; n-puerpério = 22)	Nenhum	24	25,0	6	27,3	—
	1 calcinha/dia	19	19,8	4	18,2	
	2 calcinhas/dia	20	20,8	3	13,6	
	3 calcinhas/dia	5	5,2	1	4,5	
	2 absorventes/dia	17	17,8	4	18,2	
	3 absorventes dia e 1/noite	11	11,4	4	18,2	
Perda de urina durante relação sexual (n-gravidez = 96; n-puerpério = 22)	Não	89	92,7	20	90,9	γ 0,0107
	Sim.	7	7,3	2	9,1	
Perda de urina atrapalhou a relação sexual (n-gravidez = 7; n-puerpério = 2)	Não	2	28,6	0	0,0	γ 0,0253
	Sim	5	71,4	2	100,0	
Companheiro sabe do problema de perda urinária. (n-gravidez = 96; n-puerpério = 22)	Não	49	51,0	9	40,9	γ < 0,0001
	Sim	47	49,0	13	59,1	
Atrapalhou o companheiro saber da perda de urina? (n-gravidez = 47; n-puerpério = 13)	Não	41	87,2	10	76,9	γ 0,3173
	Sim	6	12,8	3	23,1	

^o O total não soma 100%. Testes: †Qui-quadrado; ‡Teste Exato de Fisher e γ Teste McNemar.

Tabela 2: Frequência de fatores considerados de risco para IU, segundo a literatura, na gravidez e puerpério - Itapeçerica da Serra - SP, agosto de 2008 a março de 2009

Fatores de Risco	Gravidez					Puerpério				
	Continente		Incontinente		Valor-p	Continente		Incontinente		Valor - p
	n	%	n	%		n	%	n	%	
Idade (em anos)										
≤25	83	67,0	38	39,6	† 0,0004	112	56,5	9	40,9	† 0,3641
26-30	20	16,0	33	34,4		45	22,7	8	36,4	
30-35	16	13,0	15	15,6		27	13,6	4	18,2	
> 35	5	4,0	10	10,4		14	7,2	1	4,5	
Cor/ Raça										
Branca	75	60,5	57	59,4	† 0,8678	122	61,6	10	45,5	† 0,1421
Não Branca	49	39,5	39	40,6		76	38,4	12	54,5	
Tabagista										
Não	107	86,3	85	88,5	† 0,6193	174	87,9	18	81,8	‡ 0,4955
Sim	17	13,7	11	11,5		24	12,1	4	18,2	
Paridade										
Primípara	69	55,6	30	31,2	† 0,0035	95	48,0	4	18,2	† < 0,0001
Múltipara										
2 partos	35	28,2	40	41,6		62	31,3	13	59,1	
3 partos	12	9,7	13	13,6		22	11,1	3	13,6	
≥ 4 partos	8	6,5	13	13,6		19	9,6	2	9,1	
Tipo de Parto (s) Anterior (es)										
Nenhum	69	55,6	30	31,2	‡ 0,0075	95	48,0	4	18,2	‡ 0,9250
Somente parto normal	26	21,0	49	51,1		64	32,3	11	50,0	
Somente parto cesáreo	24	19,4	13	13,5		31	15,6	6	27,3	
Parto normal, cesáreo e fórceps	5	4,0	4,0	4,2		8	4,1	1	4,5	
IU Gestação (es) Anterior (es)										
Não se aplica (primíparas)	69	55,6	30	31,2	† 0,0002	95	48,0	4	18,2	‡ 0,1153
Não	52	42,0	45	46,9		85	43,0	12	54,5	
Sim	3	2,4	21	21,9		18	9,0	6	27,3	
Tipo de Parto Atual										
Cesáreo Eletivo					—	58	29,3	6	27,3	‡ 0,9314
Cesáreo Não Eletivo	—	—	—	—		30	15,1	4	18,2	
Normal	—	—	—	—		107	54,1	12	54,5	
Fórceps	—	—	—	—		3	1,5	0	0,0	
Posição no período expulsivo Δ										
Litotomia					—	84	78,4	11	91,7	‡ 0,4171
Semi-sentada	—	—	—	—		17	16,0	0	0,0	
Decúbito Lateral Esquerdo	—	—	—	—		6	5,6	1	8,3	
Trauma Perineal										
Não	—	—	—	—	—	19	17,3	1	8,3	‡ 0,6882
Sim	—	—	—	—		91	82,7	11	91,7	
Peso Recém-Nascido (g)										
< 4000	120	96,8	87	90,6	† 0,4180	187	94,5	20	91,0	‡ 0,6249
≥ 4000	4	3,2	9	9,4		11	5,5	2	9,0	
Perímetro Cefálico (cm)										
< 34	—	—	—	—	—	67	34,0	10	45,5	† 0,2785
≥ 34	—	—	—	—		131	66,0	12	54,5	
IMC Gestação										
< 30	91	73,4	75	78,0	† 0,4180	—	—	—	—	—
≥ 30	33	26,6	21	22,0		—	—	—	—	
IMC Puerpério										
≤ 25					—	138	69,7	13	59,1	‡ 0,0233
25,1 - 30	—	—	—	—		45	22,7	3	13,6	
> 30	—	—	—	—		15	7,6	6	27,3	
Perda de Urina – Gravidez										
Atual										
Não	—	—	—	—	—	119	60,0	5	22,7	† 0,0008
Sim	—	—	—	—		79	40,0	17	77,3	

Valor do p calculado pelo †Teste Qui-quadrado e ‡ Teste Exato de Fisher.

Δ Só foram considerados os partos normais (n=119).

Nos dados das Tabelas 3 e 4 são apresentados somente os fatores de risco que estavam significativamente associados à IUE e IUM na gravidez e/ou puerpério. Pode-se verificar que a ocorrência de IUE e IUM na gravidez estava associada à multiparidade ($p=0,0243$ e $p=0,0197$, respectivamente) e a mulheres com sintomas de perda de urina em gestações anteriores ($p=0,0012$ e $p<0,0001$, respectivamente). Ainda na gravidez, a idade materna ($p=0,0007$) estava associada somente à IUM e o peso do RN ($p=0,0336$) somente à IUE.

No puerpério, a IUE estava associada à multiparidade ($p=0,0054$), à ocorrência de IU na gravidez ($p=0,0022$) e ao IMC >30 ($p=0,0352$). A IUM estava associada à multiparidade ($p=0,0467$) e à ocorrência de perda urinária em gravidez anterior ($p=0,0459$). Observa-se grande variabilidade do intervalo de confiança (IC 95%) da razão de prevalência (RP) devido ao pequeno tamanho amostral.

Quanto aos fatores de risco associados a urge-incontinência ou IUU na gravidez, só foram significativos a idade materna ($p=0,0135$), com risco aumentado para mulheres com idade entre 30 a 35 anos (RP 4,3; IC 95% 1,2 – 15,9), idade ≥ 35 anos (RP 6,2; IC 95% 1,4 – 28,2) e o fato de terem somente partos normais em gestações anteriores ($p=0,0283$; não sendo possível calcular a RP e nem o IC 95% por não haver mulheres com urge-incontinência com os demais tipos de parto). No puerpério, não se encontra nenhuma associação com os fatores de risco e, também, não houve condições de calcular a RP e nem IC a 95%, em razão do pequeno número do tamanho amostral.

Tabela 3: Fatores associados à incontinência urinária de esforço e mista na gravidez - Itapecerica da Serra - SP, agosto de 2008 a março de 2009

Fatores de Risco	Gravidez									
	Incontinência Urinária de Esforço					Incontinência Urinária Mista				
	n (38)	IU%	RP	IC 95%	Valor-p	n (44)	IU %	RP	IC 95%	Valor-p
Idade (em anos)										
≤25	17	17,0	1	Referência		17	17,0	1	Referência	
26-30	9	31,0	1,8	0,9 – 3,6		20	50,0	2,9	a	
30-35	7	30,4	1,8	0,8 – 3,8	†	16	20,0	1,2	1,7 – 5,0	† 0,0007
> 35	5	50,0	2,9	1,4 – 6,2	0,0504	5	37,5	2,2	0,4 – 3,1 0,8 – 6,0	
Paridade										
Primípara	11	13,8	1	Referência		13	15,9	1	Referência	
Múltiparas					‡				a	‡ 0,0197
2 partos	17	32,7	2,4	1,2 – 4,6	0,0243	18	34,0	2,1		
3 partos	5	29,4	2,1	0,8 – 5,3		7	36,8	2,3	1,1 – 4,0	
≥ 4 partos	5	38,5	2,8	1,1 – 6,7		6	42,9	2,7	1,1 – 5,0 1,2 – 6,0	
IU Gestação (es) Anterior (es)										
Não	18	24,7	1	Referência	‡	19	25,7	1	Referência	†
Sim	9	75,0	3,0	1,8 – 5,1	0,0012	12	80,0	3,1	a 1,9 – 4,9	<0,0001
Peso Recém-Nascido (g)										
< 4000	33	21,6	1	Referência	‡	40	25,0	1	Referência	‡ 0,2085
≥ 4000	5	55,6	2,6	1,3 – 5,0	0,0336	4	50,0	2,0	a 0,9 – 4,2	

Legenda: IU= incontinência urinária; RP= razão de prevalência; IC= intervalo de confiança. Valor do p calculado pelo †Teste Qui-quadrado ou ‡Teste Exato de Fisher.

Tabela 4: Fatores associados à incontinência urinária de esforço e mista no puerpério - Itapecerica da Serra - SP, agosto de 2008 a março de 2009

Fatores de Risco	Puerpério									
	Incontinência Urinária de Esforço					Incontinência Urinária Mista				
	n (10)	IU%	RP	IC 95%	Valor-p	n (6)	IU %	RP	IC 95%	Valor-p
Paridade										
Primípara	1	1,0	1	Referência		1	1,0	1	Referência	
Múltiparas										
2 partos	9	12,7	12,2	1,6 – 93,9	†	1	1,6	1,5	0,1 – 23,9	‡
3 partos	0	0	0	Não	0,0054	2	8,3	8,0	0,7 – 84,6	0,0467
≥ 4 partos	0	0	0	Calculável Não Calculável		2	9,5	9,1	0,9 – 96,2	
IU Gestação (es) Anterior (es)										
Não	7	7,4	1	Referência	†	2	2,2	1	Referência	‡
Sim	2	10,0	1,4	0,3 – 6,1	0,6543	3	14,3	6,4	1,1 – 36,1	0,0459
Perda de Urina Gestação Atual										
Não	1	0,8	1	Referência	†	1	0,8	1	Referência	‡
Sim	9	10,2	12,3	1,6 – 95,1	0,0022	5	6,0	7,1	0,8 – 60,0	0,0835
IMC Puerpério										
≤ 25	4	2,8	1	Referência		4	2,8	1	Referência	
25,1 - 30	3	6,3	2,2	0,5 – 9,5	†	0	0,0	0	Não	†
> 30	3	16,7	5,9	1,4 – 24,3	0,0352	2	11,8	4,2	Calculável 0,8 -	0,0718

Legenda: IU= incontinência urinária; RP= razão de prevalência; IC= intervalo de confiança. Valor do p calculado pelo †Teste Qui-quadrado ou ‡Teste Exato de Fisher.

4. DISCUSSÃO

A taxa de prevalência de IU no ciclo grávido-puerperal é elevada, porém é mais comum na gravidez, sobretudo no último trimestre, quando comparada ao puerpério, o que está de acordo com outros estudos ^(3,6-9). Nesse período o assoalho pélvico sofre uma sobrecarga maior e por causa de influências hormonais e de alterações biomecânicas da pelve, seu tônus e força muscular diminuem, apresentando como consequência a perda involuntária de urina ⁽²⁹⁾. No entanto, um estudo realizado em nosso meio, envolvendo 110 mulheres avaliadas em diferentes momentos da gravidez e após o parto, por perineometria e palpação digital vaginal, a saber: até 12 semanas de gestação, entre 36 e 40 semanas, até 48h após o parto e entre 42 e 60 dias de puerpério, não mostrou variação significativa da força da musculatura pélvica ⁽³⁰⁾. Portanto, há necessidade de desenvolver mais estudos nessa área.

Em nosso estudo o tipo de IU mais frequente na gravidez foi a IUM, ao contrário de outros que mostram ser o tipo mais comum nessa fase a IUE ^(3,6-8). No entanto, um estudo ⁽¹⁰⁾ realizado com primíparas encontrou taxas semelhantes de prevalência de IUM (48,4%) e da IUE (49,0%) na gravidez. Quando se trata de IU no ciclo grávido-puerperal grande parte dos trabalhos só pesquisou a IUE, pelo fato da gravidez e o parto serem considerados os principais fatores etiológicos. Entretanto, somente alguns estudos mais recentes ^(3,8,9), que ainda são poucos, estão começando a investigar os três tipos de IU neste período.

Em nosso meio, um estudo retrospectivo realizado com 114 mulheres não grávidas, com idade média de 51 anos (19 a 80 anos), e 61 encontrava-se na menacme (53,5%) e 53 (46,5%) na pós-menopausa, também encontrou resultados semelhantes, sendo que 52,0% apresentavam IUM; 36,0%, IUE e 11,4%, urge-incontinência ⁽³¹⁾. Apesar de não ser um estudo com mulheres grávidas, estes valores de prevalência vem reforçar a importância de não subestimar a existência dos três tipos de IU durante o ciclo reprodutivo da mulher.

No puerpério, a IUE foi mais comum, o que correspondem aos resultados de outros estudos ^(3,7,9). Ao contrário, um estudo encontrou que a IUM (55,3%) era mais freqüente que a IUE (36,8%) (10). Nesse período, a IU pode ser causada por alterações do assoalho pélvico promovidas pela gestação por si só, como diminuição do fechamento uretral máximo ⁽³²⁾; ou pela descida da parede anterior da vagina ⁽³³⁾.

A maioria das mulheres incontinentes apresentou uma quantidade de perda urinária que variou de pequena à moderada, e 20% referiram ter perdas diárias. Conforme Wesnes et al.⁽⁸⁾, a prevalência de sintomas durante a gravidez é predominantemente mínima. Embora, multíparas pareçam possuir mais episódios de perdas diárias de urina quando comparadas a nulíparas ⁽²²⁾.

Quanto ao uso de protetor, 30% usavam algum tipo de protetor ou forro para perda de urina o que causou desconforto para a maioria das mulheres na gravidez e, sobretudo, no puerpério. No entanto, a IU por si só causa desconforto, como demonstrado no estudo de Herrmann et al.⁽²⁴⁾, no qual 91% das mulheres referiram algum desconforto higiênico ou social.

Dentre os fatores de risco relacionados à IU na gravidez pode-se observar que fatores até então considerados de risco somente para a IUE, também, são de risco para a IUM e IUU o que mostra a necessidade de mais estudos sobre o assunto. A idade materna avançada parece associada à IUM, conforme encontrado no atual estudo e na literatura ^(7,8,13). Já a multiparidade estava associada à IUE e à IUM na gravidez e no puerpério, de forma semelhante a outros estudos ^(6,8,11,12,24,34). Na gravidez, a urge-incontinência estava também associada à multiparidade quando todos os partos anteriores eram normais. De fato, Scarpa et al.⁽¹⁴⁾ e Boyles et al.⁽¹⁹⁾ verificaram que multíparas que apresentaram exclusivamente parto vaginal tiveram maior risco de desenvolver IUE na gravidez. Uma possível explicação para isso é que distensões ou rupturas imperceptíveis dos músculos, ligamentos e nervos, responsáveis pelo controle da bexiga, aconteceriam durante o parto vaginal ⁽³⁵⁾.

Mulheres com relato de perda de urina em gestações anteriores mostraram maior risco de apresentar IU na gravidez. No puerpério, a IU estava associada à presença de IU na gravidez atual, ou seja, na última gravidez. Outros estudos, também, encontraram resultados semelhantes, porém só avaliaram a IUE^(12,16). Além disso, mulheres incontinentes na gravidez mostraram um risco aumentado em 12 vezes de ter IUE no puerpério quando comparadas às que eram continentas na gravidez, o que é concordante com os resultados de outros estudos^(2,9,12,16,24). Isso vem mostrar a necessidade dos profissionais de saúde abordarem mulheres sobre os sintomas de IU, assim, como orientarem e ensinarem os exercícios para o assoalho pélvico neste período.

O IMC>30 estava associado com a IUE no puerpério; é sabido que IMC crescente é um fator de risco para a IU feminina^(2,8,9,12,17), por promover uma sobrecarga no assoalho pélvico. Contudo, outros estudos não encontraram nenhuma associação significativa entre o IMC crescente e a prevalência de IUE na gravidez e no puerpério^(1,4,14,24). No entanto, apesar de não haver ainda um consenso com relação do IMC elevado, como fator de risco para a IU no ciclo grávido-puerperal, é importante o enfermeiro durante o pré-natal estar informando e orientando a gestante das consequências do ganho de peso excessivo para o assoalho pélvico.

A pequena amostra de mulheres incontinentes no puerpério impossibilitou avaliar melhor a associação com os fatores de risco em estudo, conforme os diferentes tipos de IU, sobretudo em relação a urge-incontinência. Portanto, outros estudos se fazem necessários, com maior tamanho amostral, a fim de confirmar os resultados encontrados e investigar outros fatores associados. Recomenda-se ainda a condição de estudos longitudinais - tanto prospectivos ou retrospectivos - para rastrear os fatores de risco dos diferentes tipos de IU no ciclo grávido-puerperal. A identificação dos fatores de risco permitiria buscar possíveis explicações causais, visto que o presente estudo evidenciou que os fatores de risco parecem diferir, de acordo com o tipo da IU. Além disso, poderiam auxiliar os

profissionais de saúde a identificar mulheres com maior risco e atuar mediante estratégias preventivas, visando diminuir a prevalência de IU nessa população.

A identificação do tipo de IU é fundamental, porque o desconhecimento de como é a IU no ciclo grávido-puerperal pode contribuir para que o tratamento não seja valorizado ou priorizado, bem como a fim de que os resultados não sejam alcançados, já que cada tipo de IU requer um tratamento específico.

5. CONCLUSÕES

No grupo de mulheres estudado, há uma alta frequência de IU no ciclo grávido-puerperal, sendo a IUM a mais frequente na gravidez e a IUE, no puerpério. É importante notar que também foram identificados casos de urge-incontinência, tanto na gravidez como no puerpério. A maioria das mulheres apresentou uma perda urinária pequena, mas em cerca de um terço dos casos, ela exigiu o uso de protetor, o que poderia causar desconforto. Geralmente, a IU inicia-se no final da gravidez e sua frequência diminui no puerpério, mas pode aparecer em qualquer momento da gestação ou após o parto. Com exceção da multiparidade, fatores de risco associados à IU na gravidez não estão associados à IU no puerpério.

REFERÊNCIAS

1. Fritel X, Fauconnier A, Levet C, Bénifla J-L. Stress incontinence 4 years after the first delivery: a retrospective cohort survey. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2004; 83: 941-45.
2. Viktrup L, Rortveit G, Lose G. Risk of stress urinary incontinence twelve years after the first pregnancy and delivery. *Obstet Gynecol* 2006; 108(2): 248-54.
3. BØ K, Backe-Hansen KL. Do elite athletes experience low back, pelvic girdle and pelvic floor complaints during and after pregnancy? *Scand J Med Sci Sports* 2007; 17(5): 480-87.

4. Lewicky-Gaupp C, Cão DC, Culberstson S. Urinary and anal incontinence in African American teenaged gravidas during pregnancy and the puerperium. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2008; 21(1): 21-26.
5. Viktrup L. The risk of lower urinary tract symptoms five years after the first delivery. *Neurourol Urodyn* 2002; 21: 2-29.
6. Sun MJ; Chen GD; Chang SY; Lin KC; Chen SY. Prevalence of lower urinary tract symptoms during pregnancy in Taiwan. *J Formos Med Assoc* 2005; 104(3): 185-89.
7. van Brummen HJ; Bruinse HW; van de Pol G; Heintz AP; van der Vaart CH. Bothersome lower urinary tract symptoms 1 year after first delivery: prevalence and the effect of childbirth. *BJU Int* 2006; 98(1): 89-95.
8. Wesnes SL, Rortveit G, BØ K, Hunskaar S. Urinary incontinence during pregnancy. *Obstet Gynecol* 2007; 109(4): 922-28.
9. Wesnes SL, Hunskaar S, BØ K, Rortveit G. The effect of urinary incontinence status during pregnancy and delivery mode on incontinence postpartum. A cohort study. *BJOG* 2009; 116(5): 700-07.
10. Dolan LM, Walsh D, Hamilton S, Marshall K, Thompson K, Ashe RG. A study of quality of life in primigravidae with urinary incontinence. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunction* 2004; 15(3): 160-164
11. Schytt E, Lindmark G, Waldenström U. Symptoms of stress incontinence 1 year after prevalence and predictors in a national Swedish sample. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2004; 83: 928-36.
12. Mckinnie V, Swift SE, Wang W, Woodman P, O'Boyle A, Kahn M et al. The effect of pregnancy and mode of delivery on the prevalence of urinary and fecal incontinence. *Am J Obstet Gynecol* 2005; 193(2): 512-17.
13. Glazener CM, Herbison GP, MacArthur C, Lancashire R, McGee MA, Grant AM et al. New postnatal urinary incontinence: obstetric and other risk factors in primiparae. *BJGO* 2006; 113(2): 208-17.

14. Scarpa KP, Herman V, Palma PC, Ricceto CL, Morais SS. Prevalence and correlates of stress incontinence before and during pregnancy. *Acta Med Port* 2006; 19(5): 349-56.
15. Foldspang A, Hvidman L, Mommensen S, Nielsen JB. Risk of postpartum urinary incontinence associated with pregnancy and mode of delivery. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2004; 83(10): 923-27.
16. Stainton MC; Strahle A; Fethney J. Leaking urine prior to pregnancy: a risk factor for postnatal incontinence. *Aust N Z J Obstet Gynecol* 2005; 45(4): 295-99.
17. Eftekhari T, Hajibaraty B, Ramezanzadeh F, Sharita M. Postpartum evaluation of stress urinary incontinence among primíparas. *Int J Gynaecol Obstet* 2006; 94(2): 114-18.
18. Carroli G, Belizan J. Episiotomy for vaginal birth (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 1, 2006: Update Software.
19. Boyles SH, Li H, Mori T, Osterweil P, Guise JM. Effect of mode of delivery on the incidence of urinary incontinence in primiparous women. *Obstet Gynecol* 2009; 113(1): 134-41.
20. Burgio K; Zyczynski H; Locher JL, Richter HE, Redden DT, Wright KC. Urinary incontinence in the 12 month postpartum period . *Obstet Gynecol* 2003; 102(6): 1291-97.
21. Chiarelli P; Brown WJ. Leaking urine in Australian women: prevalence and associated conditions. *Women Health* 1999; **29**: 1-13.
22. Scarpa KP, Herrmann V, Palma PCR, Ricetto CLZ, Morais S. Prevalência de sintomas urinários no terceiro trimestre da gestação. *Rev Assoc Med Bras* 2006; 52(3): 153-56.
23. Scarpa KP, Herrmann V, Palma PCR, Ricetto CLZ, Morais S. Sintomas do trato urinário inferior três anos após o parto: estudo prospectivo. *Rev Bras Ginecol Obstet* 2008; 30(7): 355-59.

24. Herrmann V, Skarpa K, Palma PCR, Riccetto CZ. Stress urinary incontinence 3 years after pregnancy: correlation to mode of delivery and parity. *Int Urogynecol J* 2009; 20 (3): 281-88.
25. Hvidman L, Foldspang A, Mommsen S, Nielsen JB. Correlates of urinary incontinence in pregnancy. *Int Urogynecol J* 2002; **13**: 278-83.
26. Brasil. Ministério da Saúde, FEBRASGO E ABENFO. Parto, Aborto e Puerpério. Assistência Humanizada à Mulher 2003, p. 175.
27. Abrams P, Cardozo L, Fall M, Griffiths D, Rosier P, Ulmsten U et al. Padronização da terminologia da função do trato urinário inferior. Relato do subcomitê de padronização da Sociedade Internacional de Continência. *Urodinâmica & Uroginecologia* 2003; (6): 29-41.
28. Atalaha E, Castilho CL, Castro RC, Amparo AP. Propuesta de un nuevo estándar de evaluation nutricional de embarazadas. *Rev Med Chile* 1997; 125: 1429-36.
29. Wijman J, Potters AEW, Wolf BTHM, Tinga DJ, Aarnoudse JG. Anatomical and functional changes in the lower urinary tract during pregnancy. *BJOG* 2001; 108(7): 726-32.
30. Costa ASC. Análise da força muscular perineal na gestação e no puerpério [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2008.
31. Feldner Jr PC, Bezerra LRPS, Girão MJBC, Castro RA, Sartori MGF, Baracat EC et al. Valor da queixa clínica e exame físico no diagnóstico da incontinência urinária. *Rev Bras Ginecol Obstet* 2002; 24(2): 87-91.
32. Kristiansson P, Samuelsson E, Schoultz B Von, Sva'Rdsudd K. Reproductive hormones and stress urinary incontinence in pregnancy. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2001; 80(12): 1125-30.
33. Dietz HP, Clarke B, Vancaillie TG. Vaginal childbirth and bladder neck mobility. *Aust NZ J Obstet Gynecol* 2002; 42(5): 522-25.

34. Santos PC, Mendonça D, Alves O, Barbosa AM. Prevalência e impacto da incontinência urinária de estresse antes e durante a gravidez. Acta Med Port 2006; 19: 349-56.
35. Wilson PD, Herbison RM, Herbison GP. Obstetric practice and the prevalence of urinary incontinence three months after delivery. BJOG 1996, 103(2): 154-61.

Artigo 2



QUALIDADE DE VIDA EM MULHERES COM INCONTINÊNCIA URINÁRIA NO PUERPÉRIO

QUALITY OF LIFE IN WOMEN WITH OF URINARY INCONTINENCE IN PUERPERIUM

Júnia Leonne Dourado de Almeida Lima *

Maria Helena Baena de Moraes Lopes **

* Fisioterapeuta e Enfermeira. Mestranda pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Ciências Médicas (FCM) da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP). Endereço: Rua da Consolação, 927 – apto. 124 – Consolação – São Paulo – SP. Telefone: (11) 8136-6131, (11) 8011-9261. Endereço eletrônico: junia.leonne@bol.com.br

** Enfermeira. Professora Associada do Departamento de Enfermagem da FCM – UNICAMP. Endereço: Rua Conceição, 552 – apto. 25 – Centro – Campinas – SP. Telefone: (19) 3231-2094. Endereço eletrônico: mhbaenaml@yahoo.com.br

RESUMO: Objetivos: avaliar a qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS) de puérperas incontinentes, verificar o quanto a incontinência urinária (IU) interfere na qualidade de vida (QV) destas mulheres. **Métodos:** trata-se de estudo de corte transversal do tipo correlacional. Foram entrevistadas 220 puérperas, no período entre 30 e 180 dias de pós-parto, por meio de um formulário e dois instrumentos de avaliação de QVRS, sendo um genérico, o SF-36 e outro específico para mulheres incontinentes, o *King's Health Questionnaire* (KHQ). **Resultados:** a IU de esforço foi a mais comum no puerpério e a maioria das puérperas apresentava uma pequena perda urinária. Houve diferença significativa nos domínios do SF-36 capacidade funcional ($p=0,0046$) e estado geral de saúde ($p=0,0241$) na comparação entre puérperas continentas e incontinentes. Nas puérperas incontinentes, constatou-se média maior dos seguintes domínios do KHQ: medida de gravidade, percepção geral de saúde e impacto da incontinência. Houve correlação entre vários domínios do SF-36 e do KHQ. **Conclusões:** a QVRS de mulheres continentas e incontinentes foi semelhante, com exceção dos domínios capacidade funcional e estado geral de saúde do SF-36, mais comprometido entre as mulheres incontinentes. Ao usar, o KHQ observou-se que o impacto em todos os domínios foi pequeno, quando se compara com outros estudos, mas para algumas mulheres o problema afetou de forma importante sua QVRS, atingindo o escore máximo em alguns domínios.

Palavras-chave: Incontinência urinária; Qualidade de Vida; Período pós-parto; Questionários.

ABSTRACT: Objectives: to evaluate the health-related quality of life (HRQOL) of puerpera with incontinence with the purpose of to verify how urinary incontinence (UI) affects these women's QOL. **Method:** this is a cross-sectional and type correlational study. Interviews were carried out with 220 puerpera who were within a 30-180 days postpartum period. The interviews were performed using a form and two QOL evaluation questionnaires; one general, the SF-36 and another specific for women with incontinence, the King's Health Questionnaire (KHQ). **Results:** stress UI was the most common during puerperium, and most puerpera presented small urine loss. There was a significant difference regarding the SF-36 domains of functional capacity ($p=0.0046$) and overall health condition ($p=0.0241$) when compared puerpera with and without incontinence. The puerpera with incontinence showed a higher mean for the following KHQ domains: severity measurement, overall health perception, and incontinence impact. **Conclusions:** the HRQOL of women with and without incontinence was similar, except regarding the SF-36 domains of functional capacity and overall health condition, which were worse among women with incontinence. Using the KHQ, it was observed that the impact on all domains was lower when compared to others studies, but for some women the UI affected their HRQOL, reaching the maximum score in some domains.

Keywords: Urinary incontinence; Quality of life; Postpartum period; Questionnaires.

1. INTRODUÇÃO

A incontinência urinária (IU) definida como “a queixa de qualquer perda involuntária de urina que é um problema social ou higiênico” ⁽¹⁾, é sintoma que ocorre com bastante frequência na gravidez e pode manter-se no puerpério ou mesmo permanecer ao longo da vida da mulher ⁽²⁻⁵⁾.

No ciclo grávido-puerperal, a taxa de prevalência de IU é elevada, podendo na gravidez variar de 15 a 69,0%, e no puerpério de 5 a 42,0% ⁽²⁻⁵⁾. Em geral, o tipo de IU mais comum nesse período é a de esforço (IUE), com taxas entre 5 a 69,0%, a urge-incontinência ou incontinência urinária de urgência (IUU) tem prevalência de 4 a 55,0% e incontinência urinária mista (IUM), de 3 a 55,0% ⁽³⁻¹⁰⁾.

Para algumas mulheres, a IU é um problema significativo de saúde que restringe as atividades de vida diária, mas, para outras, é considerada como uma pequena inconveniência que é conseqüência natural do parto ⁽¹¹⁾. Porém a IU pode causar deteriorização da saúde que se reflete em mudanças no estilo de vida após o parto ⁽⁶⁾.

A IU pode causar desconforto social e higiênico pelo medo constante da perda urinária, pelo cheiro de urina e pelas necessidades de usar protetores e trocas mais frequentes de peças íntimas ou, até mesmo, de roupas que interferem de modo negativo na qualidade de vida (QV) das mulheres ⁽¹²⁾. Além disso, a IU pode causar limitações em níveis físicos, como praticar esportes ou mesmo carregar objetos; diminuição ou abandono das atividades sociais, ocupacionais e domésticas; depressão e até evitar ter relações sexuais ⁽¹³⁻¹⁵⁾.

Visando os possíveis danos que a IU pode causar, a Sociedade Internacional de Continência tem recomendado que medidas de avaliação de QV sejam incluídas em todos os estudos, como um complemento de medidas clínicas ⁽¹⁶⁾.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS) ⁽¹⁷⁾, a QV é um conceito multidimensional que incorpora aspectos sociais, físicos e mentais e está relacionada com a percepção subjetiva do indivíduo sobre sua condição ou doença. Os instrumentos genéricos permitem avaliar simultaneamente vários domínios, podem ser usados em qualquer população, permitindo comparações entre pessoas com diferentes patologias, mas possuem capacidade limitada de identificar aspectos específicos da QV afetadas por determinada patologia. Os instrumentos específicos são clinicamente mais sensíveis, mas não permitem comparações entre patologias distintas e são restritos aos domínios de relevância do aspecto a ser avaliado ⁽¹⁸⁾.

O “*Medical Outcome Study 36-item Short-Form Health Survey (SF-36)*” é um instrumento de avaliação de QV genérico, bastante usado por vários pesquisadores para avaliar a QV de vida de mulheres incontinentes ⁽¹⁹⁻²¹⁾, assim como o “*King’s Health Questionnaire (KHQ)*”, que é específico ^(6,22,23). O KHQ é classificado pela Sociedade Internacional de Continência como altamente recomendado ou nível “A”, por ser considerado um questionário completo que avalia tanto o impacto da IU nos diferentes domínios da QV, como os sintomas percebidos pelas pacientes ⁽²⁴⁾.

Apesar da alta taxa de prevalência de IU no puerpério e dos possíveis danos que esta sintomatologia pode causar à vida da mulher, há poucos estudos sobre a qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS) de mulheres incontinentes no puerpério. Geralmente, são usados apenas questionários específicos, como é o caso do estudo de Dolan et al. ⁽⁶⁾ que empregou o KHQ. Entretanto, esses estudos poderiam proporcionar à equipe de saúde um conhecimento mais amplo sobre o assunto, o que contribuiria para a escolha de condutas mais adequadas e para a avaliação mais abrangente do desfecho do tratamento.

Para tanto, a proposta deste estudo foi comparar a QVRS de puérperas continentes e incontinentes, por meio de dois instrumentos de QV, um genérico (SF-36) e um específico (KHQ), a fim de verificar o quanto a IU interfere na QVRS destas mulheres.

2. MÉTODO

Trata-se de um estudo de corte transversal, do tipo correlacional realizado no período de agosto de 2008 a março de 2009, em uma Unidade Básica de Saúde (UBS), em Itapecerica da Serra, região metropolitana de São Paulo (Brasil).

Neste local são atendidas mensalmente, em média, 20 a 22 puérperas para a primeira consulta de revisão puerperal, além das consultas de puericultura. Os sujeitos do estudo foram puérperas que aguardavam por consultas de revisão puerperal, atendimento de puericultura ou de vacinação dos filhos.

Para o cálculo do tamanho amostral, levou-se em conta a diferença de prevalência e os Odds Ratios dos estudos de Scarpa et al.⁽⁹⁾ (43,5%), Foldspang et al.⁽²⁵⁾ (28,3% e 12,0% no parto vaginal e cesáreo respectivamente) e Hvidman et al.⁽²⁶⁾ (24,1%). Desse modo, estimou-se o total de 220 mulheres para constituir a amostra, considerando-se o nível de significância de 5% e o poder do teste de 80%.

Os critérios de inclusão foram ter tido gravidez única, estar entre 30 e 180 dias de pós-parto e em aleitamento materno (com base na definição do Ministério da Saúde⁽²⁷⁾ para o puerpério), não fazer uso de medicações que interferem no trato urinário inferior e podem alterar a função vesical; e não apresentar as seguintes comorbidades: diabetes mellitus; litíase renal; doença pulmonar obstrutiva crônica; doenças neurológicas; hipertensão arterial; infecção do trato urinário e história pregressa de cirurgia pélvica, com exceção de cirurgias de parto cesáreo.

As mulheres com qualquer queixa de perda involuntária de urina, foram consideradas incontinentes, conforme definição da Sociedade Internacional de Continência⁽²⁸⁾ que, por sua vez, foi classificada em: *IUE* - “perda involuntária de urina ao esforço como ao tossir, espirrar, rir, erguer peso, correr, pular ou ao realizar algum outro esforço físico”; *urge-incontinência (IUU)* - “perda involuntária

de urina precedida de um súbito e incontrolável desejo de urinar, difícil de ser adiado” e, *IUM* - quando a mulher refere ter os dois sintomas.

Para a coleta de dados foi utilizado um formulário e dois instrumentos para avaliar a QVRS, um que avalia a QV em geral, o SF-36, e outro que avalia a QV especificamente em mulheres incontinentes, o KHQ, ambos validados para a língua portuguesa por Ciconelli et al.⁽²⁹⁾ e Tamanini et al.⁽³⁰⁾, respectivamente.

Um formulário específico foi elaborado e submetido à análise de validação de conteúdo, realizada por um painel de cinco juízes com experiência na área de obstetrícia e/ou IU. Algumas alterações foram sugeridas na elaboração das questões, resultando no instrumento final pré-testado com dez puérperas, evidenciando não serem necessárias mais modificações.

O formulário continha questões relativas às características sócio-demográficas (idade, raça/cor, escolaridade, estado civil, profissão, renda familiar); dados obstétricos (tipo de parto atual e anteriores; posição da mulher no parto vaginal – litotômica, semi-sentada, decúbito lateral e cócoras; paridade; trauma perineal; peso e perímetro cefálico do recém-nascido); sintomas urinários (início da IU na gestação atual; IU atual; tipo da IU; frequência; volume e período da perda urinária; uso de protetor ou forro; tipo de protetor usado; trocas diurnas e noturnas; perda de urina durante a relação sexual e se o companheiro sabia da perda urinária); índice de massa corpórea (IMC) na gestação e pós-parto e atividade sexual.

O SF-36 é um questionário de QV multidimensional formado por 36 itens, reunidos em dois grandes componentes: físico e mental, sendo cada um formado por quatro domínios. O componente físico é composto pelos domínios: Capacidade Funcional, Aspectos Físicos, Dor e Estado Geral de Saúde. Quanto ao componente mental, abrange os domínios: Vitalidade, Aspectos Sociais, Aspectos Emocionais e Saúde Mental. Cada domínio corresponde a um valor que varia de 0 a 100, em que 0 indica o pior estado de saúde e 100, o melhor⁽²⁹⁾. O coeficiente α de Cronbach para a escala total foi de 0,82 com variações de 0,78 a

0,82 nos oito domínios, o que indica evidências de consistência interna satisfatória⁽³¹⁾.

O KHQ é composto por 21 questões que englobam oito domínios: Percepção Geral de Saúde, Impacto da Incontinência Urinária, Limitações de Atividades Diárias, Limitações Físicas, Limitações Sociais, Relações Pessoais, Emoções e Sono/Disposição. Além destes domínios, existem duas outras escalas independentes: uma que avalia a gravidade da IU (medidas de gravidade) e a outra a presença e a intensidade dos sintomas urinários (escala de sintomas urinários). O KHQ é pontuado para cada um dos seus domínios, sem escore geral. Os escores variam de 0 a 100 em cada dimensão, e o valor de 100 indica a pior QV⁽³⁰⁾. O coeficiente α de Cronbach da escala total foi 0,75, com variações de 0,70 a 0,77 nos oito domínios. Apesar de apresentar valores mais baixos, ainda se encontra no limite aceitável (0,70)⁽³¹⁾. Neste caso o α pode estar baixo devido ao valor do n da amostra que é pequeno (n= 22), e de acordo com alguns autores é recomendado um n de no mínimo 30 ou 50 sujeitos para o cálculo desse índice⁽³²⁾.

As participantes foram abordadas na sala de espera, sendo a princípio esclarecidas sobre a pesquisa por meio da leitura individual do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Os três instrumentos foram aplicados pela própria pesquisadora na seguinte ordem: primeiramente o formulário elaborado para este estudo, seguido pelo SF-36 e, por fim, o KHQ. Aquelas que não apresentavam queixas de perda involuntária de urina apenas respondiam ao formulário e depois ao SF-36.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição, atendendo a legislação vigente no país.

Análise Estatística

A análise descritiva (média, desvio-padrão, mediana, mínimo, máximo e IQR) foi realizada para as variáveis contínuas (idade, pontuação do SF-36 e KHQ)

e calculada a frequência das variáveis categóricas (questões dos questionários). As pontuações do SF-36 e do KHQ foram calculadas. Os escores foram testados quanto à normalidade por meio do teste de Kolmogorov-Smirnov e como os domínios não apresentaram distribuição normal, o teste de Mann-Whitney foi usado para comparar as pontuações dos domínios do SF-36 entre puérperas continentes e incontinentes.

3. RESULTADOS

Foram entrevistadas 220 mulheres com idade média de $25,7 \pm 6,1$ anos, variando 14 a 44 anos, que se encontravam, em média, no 97º dia de puerpério ($\pm 58,3$ dias), com variação de 30 a 180 dias. A maioria era de cor branca (60,0%), vivia em união estável (98,64%), estudou até o ensino médio (63,2%), só se dedicava ao lar (53,6%), com uma renda familiar em torno de um a três salários mínimos (84,5%).

Quanto à paridade 55,0% (121) eram multíparas, das quais 75 tiveram dois partos e 46 três ou mais partos. A maioria teve parto normal (54,1% ou 119); 44,5% (98), partos cesáreos e, 1,4% (3), parto fórceps. Com relação aos partos anteriores, 62,0% (75) tiveram somente parto normal, 30,6% (37) só partos cesáreos e 7,4% (9) mais de um tipo de parto, incluindo o fórceps.

Dentre as 220 mulheres entrevistadas, 101 apresentaram IU em algum momento do ciclo grávido-puerperal; das quais 79 apresentaram IU somente na gravidez, 17 na gravidez e puerpério e cinco somente no puerpério. Dessa forma, a prevalência da IU na gravidez foi 43,6% (96 - 220) e no puerpério 10,0% (22 - 220).

Os dados da Tabela 1 mostram a frequência e características da IU no puerpério. O tipo de IU mais frequente foi a IUE (4,6%), a urge-incontinência 2,7% e a IUM 2,7%. A maioria apresentava uma perda urinária pequena, mas 13,7% disseram perder grande volume. Cerca de um terço (31,8%) fez uso de forro, e isso lhe causou prejuízo ou incômodo. A perda urinária durante o intercurso

sexual, embora pouco frequente (dois casos) atrapalhou o ato sexual. Grande parte dos companheiros (59,1%) sabia que a mulher apresentava IU e em três casos (23,1%), isso interferiu na relação sexual.

Tabela 1: Frequência e características da IU no puerpério (n=22) - Itapecerica da Serra – SP, agosto de 2008 a março de 2009

Característica	Categoria	Puerpério	
		n	%
Tipo de IU	IU de esforço	10	4,6
	Urge-incontinência	6	2,7
	IU mista	6	2,7
Percepção da quantidade de perda de urina	Pequena	12	54,5
	Moderada	7	31,8
	Grande	3	13,7
Frequência dos episódios de perda de urina	De vez em quando	20	91,0
	Ao menos 1 vez/ mês	1	4,5
	Diariamente	1	4,5
Período da perda de urina	Durante o dia	21	95,5
	Durante a noite	1	4,5
Uso de protetor ou forro	Não	15	68,2
	Sim	7	31,8
Prejuízo causado pelo uso de protetor	Não	0	0,0
	Sim	7	100,0
Tipo de protetor	Absorvente diário	4	57,0
	Absorvente comum	3	43,0
Quantidade de troca de protetor (es) ou calcinha (s)	Nenhum	6	27,3
	1 calcinha/dia	4	18,2
	2 calcinhas/dia	3	13,6
	3 calcinhas/dia	1	4,5
	2 absorventes/dia	4	18,2
	3 absorventes dia e 1/noite	4	18,2
Perda de urina durante relação sexual	Não	20	90,9
	Sim	2	9,1
Perda de urina atrapalhou a relação sexual	Não	0	0,0
	Sim	2	100,0
Companheiro sabe do problema de perda de urina.	Não	9	40,9
	Sim	13	59,1
Atrapalhou o companheiro saber da perda de urina?	Não	10	76,9
	Sim	3	23,1

Legenda: IU= incontinência urinária; IUE= incontinência urinária de esforço; IUU= incontinência urinária de urgência e IUM= incontinência urinária mista.

Os dados da Tabela 2 descrevem as pontuações alcançadas nos diferentes domínios do SF-36 entre puérperas continentas e incontinentes. Ambos

os grupos apresentaram maior média no domínio capacidade funcional ($89,3 \pm 14,4$ e $78 \pm 23,4$, respectivamente) e menor média no domínio vitalidade ($58 \pm 20,9$ e $49,8 \pm 25,8$). Observa-se que houve diferença significativa nos domínios capacidade funcional ($p=0,0046$) e estado geral de saúde ($p=0,0241$), com escores médios mais baixos entre as mulheres incontinentes.

Tabela 2: Comparação da média dos escores obtidos em cada domínio do SF-36 de puérperas continentes e incontinentes - Itapecerica da Serra – SP, agosto de 2008 a março de 2009

Domínios	Puérperas Continentes n = 198				Puérperas Incontinentes n = 22				Valor-p
	Média	DP	Mediana	IQR (Q3-Q1)	Média	DP	Mediana	IQR (Q3-Q1)	
Capacidade funcional	89,3	14,4	95,0	20,0	78,0	23,4	85,0	30,0	0,0046
Limitação por aspectos físicos	74,8	38,6	100,0	50,0	64,8	43,4	100,0	75,0	0,2945
Dor	67,0	24,9	62,0	33,0	60,8	18,4	62,0	11,0	0,2239
Estado geral de saúde	76,5	17,2	77,0	25,0	68,2	16,9	66,0	25,0	0,0241
Vitalidade	58,0	20,9	60,0	30,0	49,8	25,8	47,5	40,0	0,1139
Aspectos sociais	77,5	25,2	87,5	37,5	69,9	32,0	81,3	62,5	0,4255
Aspectos emocionais	69,5	40,1	100,0	66,7	57,8	42,6	66,7	100,0	0,1568
Saúde mental	64,6	20,6	64,0	28,0	61,1	22,9	64,0	28,0	0,5056

Legenda: DP= desvio padrão; IQR= intervalo interquartis (Q3-Q1). Valor-p calculado pelo Teste Mann-Whitney.

Os dados da tabela 3 indicam as pontuações alcançadas nos diferentes domínios do KHQ, observa-se que houve maior média dos domínios medida de gravidade ($31,2 \pm 12,1$), percepção geral de saúde ($28,4 \pm 16$) e impacto da incontinência ($27,3 \pm 28,4$).

Tabela 3: Valores dos escores dos domínios do KHQ em puérperas incontinentes (n=22) - Itapeverica da Serra – SP, agosto de 2008 a março de 2009

Domínios	Média	D.P	Mínimo-Máximo	Mediana	IQR
Percepção geral de saúde	28,4	16,0	0 - 75	25,0	25 - 25
Impacto da incontinência	27,3	28,4	0 - 100	33,3	0 -33,3
Limitações de atividades diárias	15,9	18,2	0 - 66,7	16,7	0 - 33,3
Limitações físicas	14,4	23,2	0 - 100	0	0 - 16,7
Limitações sociais	8,1	17,9	0 - 66,7	0	0 - 0
Relações pessoais	3,8	14,5	0 - 66,7	0	0 - 0
Emoções	10,6	15,1	0 - 44,4	0	0 - 22,2
Sono e disposição	6,1	12,1	0 - 50	0	0 – 16,7
Medidas de gravidade	31,2	12,1	13,3 - 60	60	20 – 33,3

4. DISCUSSÃO

A IU é um sintoma que ocorre com bastante frequência no ciclo grávido-puerperal, sendo sua taxa de prevalência maior na gravidez quando comparado ao puerpério ⁽⁴⁾. De fato, no presente estudo a taxa de prevalência de IU neste período é elevada, porém é mais frequente na gravidez, sobretudo no último trimestre, quando comparada ao puerpério. Estudos de coorte mostram que o sintoma de perda urinária ultrapassa os 6 meses de pós-parto, e permanece por longos anos na vida da mulher, sendo a IUE o tipo mais comum no puerpério. Neste período, os fatores de risco que estão relacionados à IU são gravidez e o parto ^(2,5,10,25).

A maioria das puérperas incontinentes tinha de pequena à moderada quantidade de perda de urina, sendo que somente uma referiu ter perda diária. De acordo com Samuelson et al. ⁽³³⁾ há uma relação entre a frequência dos episódios de perda de urina e como as mulheres consideram que a IU interfere em suas vidas. O presente estudo aponta que a IU afetou a QVRS das puérperas incontinentes, mas, não de forma severa quando utilizados instrumentos genérico

e específico. A média dos escores dos oitos domínios do SF-36 foi semelhante entre puérperas incontinentes e continentes, com exceção dos domínios capacidade funcional e estado geral de saúde.

Embora não houvesse diferença significativa na média do escore do domínio vitalidade, do SF-36, entre as puérperas continentes e incontinentes, sua média foi inferior nos dois grupos, comparando-se com a população geral, sobretudo considerando-se as incontinentes. Isso sugere que o estado puerperal e as demandas decorrentes dos cuidados com a criança podem estar afetando esse domínio, o que é agravado quando a mulher tem IU. De fato, estudo recente encontrou diferença significativamente menor no domínio vitalidade e capacidade funcional em puérperas que tiveram parto cesáreo, quando comparadas àquelas com partos normais ⁽³⁴⁾. Esses aspectos devem ser mais bem investigados e variáveis de controle, como tipo de parto, devem ser consideradas.

Houve diferença significativa na média dos domínios do SF-36 capacidade funcional e estado geral de saúde na comparação entre puérperas continentes e incontinentes. Isso sugere que a IU pode estar interferindo nesses dois domínios. Estudos demonstram que a IU interfere nos domínios limitação por aspecto físico e emocional de mulheres mais jovens ⁽²¹⁾ e, em mulheres mais velhas a IU interfere mais no domínio mental ⁽¹⁹⁾. No entanto, há controvérsias, Ho-Yin et al. ⁽³⁵⁾ observaram que, entre as mulheres em idade avançada, a IU causa prejuízo significativo nos aspectos físicos.

Estudo com mulheres incontinentes não grávidas e idade média de 54 anos encontrou diferença significativa nos escores dos domínios limitação por aspectos físicos, dor, vitalidade e saúde mental quando comparados à IUE com a IUM, sendo a IUM é a que mais interfere na QV ⁽²⁰⁾.

No entanto, estudos mostram que o SF-36, ao ser aplicado em mulheres com IU, apresenta dificuldade de interpretar qualquer mudança, e sensibilidade limitada para pequenas alterações de sintomas ⁽²¹⁾. O problema, em utilizar o SF-36 para avaliar a QVRS de mulheres incontinentes, é que os resultados são frequentemente insensíveis à condição específica de medida.

Dessa forma, os instrumentos da QVRS específicos podem ser mais benéficos para avaliar o impacto da IU na QV ^(20,21).

Estudando a QVRS de puérperas incontinentes, por meio do KHQ, observam-se uma média maior nos domínios percepção geral de saúde, impacto da incontinência e medidas de gravidade, resultados semelhantes aos do estudo de Dolan et al.⁽⁶⁾ que avaliou puérperas no terceiro mês após o parto. Mas, com relação ao domínio medida de gravidade, nossa média foi maior (31,2) que aquela encontrada no referido estudo (23,3). Uma possível explicação para essa diferença é que, embora a maioria das mulheres tenha referido uma perda pequena de urina, cerca de um terço fez uso de forros, que é indicativo da preocupação com a perda urinária.

Ao contrário do presente estudo, Dolan et al.⁽⁶⁾ encontraram uma média razoavelmente elevada no domínio sono e disposição (33,3). Talvez essa diferença se deva ao fato de que em nosso estudo, a IUE seja o tipo mais frequente no puerpério, e no de Dolan et al.⁽⁶⁾, a mais comum foi a IUM (55,3%), na qual podem estar presentes sintomas irritativos da bexiga, como a noctúria, que poderia interferir no sono e repouso.

Ao comparar a média dos domínios do KHQ do atual estudo, com outros realizados em nosso meio ^(22,23), com mulheres fora do período grávido-puerperal, observa-se que, no presente estudo, as médias nos domínios são menores. As mulheres entrevistadas no trabalho de Reti et al.⁽²²⁾ tinha um tempo médio de 2 a 10 anos de início dos sintomas de IU e, é conhecido que os sintomas de IU só se agravam com o tempo ⁽¹⁴⁾.

De acordo com as pesquisas citadas, os domínios do KHQ que obtiveram maior média foram: impacto da incontinência, limitações de atividades diárias, limitações físicas, medidas de gravidade e percepção geral da saúde ^(22,23). O presente estudo apresenta amplas variações em domínios, como impacto da incontinência e limitações físicas, mostrando que algumas puérperas consideraram a IU um problema grave, atribuindo o valor máximo (100) para

esses domínios, ao passo que nenhuma pontuou o valor mínimo, isto é, zero, para medidas de gravidade.

Um estudo multicêntrico realizado em quatro países da Europa, com mulheres não grávidas e idade média de 51 anos, mostrou que a IU interferiu nas atividades físicas, autopercepção e atividades sociais. Na França e Alemanha a IU causou moderado impacto na vida das mulheres e, no Reino Unido, o impacto foi severo. Na Espanha, o impacto foi mais acentuado em mulheres mais jovens quando comparadas às mais velhas, isso pode ser possível pelo fato das mais jovens estarem iniciando a carreira profissional e a vida pessoal ⁽¹⁴⁾.

Frente ao exposto, considerando-se a escassez de investigações e a relevância do problema, observa-se que são necessários mais estudos que avaliem a QVRS de puérperas incontinentes, com um número maior de sujeitos e que utilizem instrumentos genéricos e específicos, pois os instrumentos genéricos possibilitam a avaliação simultânea de várias áreas ou domínios, ser utilizados em qualquer população e fazer comparações entre pacientes com diferentes patologias ⁽¹⁸⁾, o que pode ser útil para dimensionar o problema.

No entanto, é de extrema importância avaliar a QVRS, pois com o conhecimento da prevalência de doenças crônicas e suas sequelas, os objetivos da atenção à saúde passaram a ser questionados, e cada vez mais esses objetivos deixam de ser a “cura” e passam a ser a “melhoria de vida” dos pacientes ⁽¹⁸⁾.

Para tanto, o instrumento de avaliação de QVRS permite a vigilância epidemiológica, a avaliação do efeito das políticas públicas, e, além disso, de forma individualizada, potencializa a avaliação diagnóstica da natureza e da severidade das doenças, traça diagnóstico, avalia a eficácia terapêutica e identifica fatores etiológicos ⁽³⁵⁾.

5. CONCLUSÕES

A QV de vida de mulheres continentes e incontinentes foi semelhante, com exceção dos domínios capacidade funcional e estado geral de saúde do SF-36 que foi pior entre as mulheres incontinentes. Usando-se o questionário específico, KHQ, observou-se que o impacto em todos os domínios foi menor quando se comparou com outros estudos, mas para algumas mulheres o problema afetou de forma importante sua QV.

Ressalta-se a importância da utilização de questionários genéricos e específicos, a fim de que as dimensões não adequadamente contempladas ou investigadas pelos questionários específicos possam ser avaliadas pelos genéricos.

Por fim, é sempre importante lembrar que a QV pode ser afetada de maneira diversa pela IU em um mesmo grupo de mulheres, visto que depende da frequência e intensidade da perda urinária, dentre outros fatores, sendo sempre útil a avaliação da QVRS para que a assistência seja individualizada.

REFERÊNCIAS

1. Abrams P, Cardozo L, Fall M, Griffiths D, Rosier P, Ulmsten U, Kerrebroeck P, Victor A, Wein A. The standardization of terminology of lower urinary tract function: Report from the standardization sub-committee of the International Continence Society. *Neurourology and Urodynamics* 2002; 21(2):167-78.
2. Viktrup L, Rortveit G, Lose G. Risk of stress urinary incontinence twelve years after the first pregnancy and delivery. *Obstet Gynecol* 2006; 108(2): 248-54.
3. Bø K, Backe-Hansen KL. Do elite athletes experience low back, pelvic girdle and pelvic floor complaints during and after pregnancy? *Scand J Med Sci Sports* 2007; 17(5): 480-87.

4. Lewicky-Gaupp C, C  o DC, Culberstson S. Urinary and anal incontinence in African American teenaged gravidas during pregnancy and the puerperium. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2008; 21(1): 21-26.
5. Wesnes SL, Rortveit G, B   K, Hunskaar S. Urinary incontinence during pregnancy. *Obstet Gynecol* 2007; 109(4): 922-28.
6. Dolan LM, Walsh D, Hamilton S, Marshall K, Thompson K, Ashe RG. A study of quality of life in primigravidae with urinary incontinence. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunction* 2004; 15(3): 160-64
7. Sun MJ; Chen GD; Chang SY; Lin KC; Chen SY. Prevalence of lower urinary tract symptoms during pregnancy in Taiwan. *J Formos Med Assoc* 2005; 104(3): 185-89.
8. van Brummen HJ; Bruinse HW; van de Pol G; Heintz AP; van der Vaart CH. Bothersome lower urinary tract symptoms 1 year after first delivery: prevalence and the effect of childbirth. *BJU Int* 2006; 98(1): 89-95.
9. Scarpa KP, Herman V, Palma PC, Ricceto CL, Morais SS. Prevalence and correlates of stress incontinence before and during pregnancy. *Acta Med Port* 2006; 19(5): 349-56.
10. Herrmann V, Scarpa K, Palma PCR, Riccetto CZ. Stress urinary incontinence 3 years after pregnancy: correlation to mode of delivery and parity. *Int Urogynecol J* 2009; 20 (3): 281-88.
11. Chaliha C, Kalia V, Stanton SL, Monga A, Sultan AH. Antenatal prediction of postpartum urinary and fecal incontinence . *Obstet Gynecol* 1999; 94: 689-94.
12. Kelleher CJ. Quality of life and urinary incontinence. *Baillieres Best Pract Res Clin Obstet Gyencol* 2000; 14(2): 363-79.
13. Coyne KS, Zhou Z, Thompson C, Versi E. The impact on health-related quality life of stress, urge and mixed urinary incontinence. *BJU Int* 2003; 92(7): 731-35.

14. Papanicolaou S, Hunskaar S, Lose G, Sykes D. Assessment of bothersomeness and impact on quality of life of urinary incontinence in women in France, Germany, Spain and UK. *BJU Int* 2005; 96(6): 831-38.
15. Lopes MHB, Higa R. Restrições causadas pela incontinência urinária à vida da mulher. *Rev Esc Enferm USP* 2006; 40(1): 34-41.
16. Blaivas JG, Appell RA, Fantl JA, Leach G, McGuire EJ, Resnick NM et al. Standards of efficacy for evaluation of treatment outcomes in urinary incontinence: recommendations of the Urodynamic Society. *Neurourol Urodyn* 1997; 16(3): 145-47.
17. The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Soc Sci Med* 1995; 41(10): 1403-09.
18. Campolina AG, Ciconelli RM. Qualidade de vida e medidas de utilidade: parâmetros clínicos para as tomadas de decisão em saúde. *Rev Panam Salud Publica / Pan Am J Public Health* 2006; 19(2): 128-35.
19. Araki I, Beppu M, Kajiwara M, Mikami Y, Zakoji H, Fukasawa M et al. Prevalence and impact on generic quality of life of urinary incontinence in Japanese working women: assessment by ICI questionnaire and SF-36 Health Survey. *Urology* 2005; 66 (1):88-93.
20. Oh S-J, Ku JA. Is a generic quality of life instrument helpful for evaluating women with urinary incontinence? *Quality of Life Research* 2006; 15: 493-501.
21. Paick J-S, Kim SW, Oh S-J, Ku JH. A generic health-related quality of life instrument, the Medical Outcomes Study Short-Form-36 in women with urinary incontinence. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2007; 130(1):18-24.
22. Reti MT, Simões JA, Herrmann V, Gurgel MSC, Moraes SS. Qualidade de vida em mulheres após tratamento da incontinência urinária de esforço com fisioterapia. *Rev Bras Ginecol Obstet* 2007; 29(3): 134-40.
23. da Silva L, Lopes MHB. Incontinência urinária em mulheres: razões da não procura por tratamento. *Rev Esc Enferm USP* 2009; 43(1): 72-78.

24. Naughton MJ, Donovan J, Badia X, Corcos J, Gotoh M, Kelleher C et al. Symptoms severity and QOL scales for urinary incontinence. *Gastroenterology* 2004; 126: s114-23.
25. Foldspang A, Hvidman L, Mommsen S, Nielsen JB. Risk of postpartum urinary incontinence associated with pregnancy and mode of delivery. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2004; 83(10): 923-27.
26. Hvidman L, Foldspang A, Mommsen S, Nielsen JB. Correlates of urinary incontinence in pregnancy. *Int Urogynecol J* 2002; **13**: 278-83.
27. Brasil. Ministério da Saúde, FEBRASGO E ABENFO. Parto, Aborto e Puerpério. Assistência Humanizada à Mulher 2003, p. 175.
28. Abrams P; Cardozo L; Fall M; Griffiths D; Rosier P; Ulmsten U et al. Padronização da terminologia da função do trato urinário inferior. Relato do subcomitê de padronização da Sociedade Internacional de Continência. *Urodinâmica & Uroginecologia* 2003; (6): 29-41.
29. Ciconelli RM, Ferraz MB, Santos WS, Meinão I, Quaresma MR. Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico e avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36). *Rev Bras Reumatol* 1999; 39: 143-50.
30. Tamanini JTN, D'Ancona CAL, Botega NJ, Netto Jr NR. Validação do "King's Health Questionnaire" para o português em mulheres com incontinência urinária. *Rev Saúde Pública* 2003; 37(2): 150-58.
31. Hair JFJ; Anderson RE; Tatham R.L.; Black WC. *Multivariate Data Analysis*. 5 ed. New Jersey: 1998. p.118.
32. Schmidt FL; Hunter JE.; Urry VW. Statistical power in criterion-related validity studies. *Journal of Applied Psychology* 1976; 61: 473-485.
33. Samuelsson E, Victor A, Tibblin G. A population study of urinary incontinence and nocturia among women aged 20-59 years. Prevalence, well-being and wish for treatment. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1997; 76: 74-80.

34. Torkan B, Sousan P, Lamyian M, Kazemnejad A, Montazeri A. Postnatal quality of life in women after normal vaginal delivery and cesarean section. BMC Pregnancy and Childbirth 2009; 9:4
35. Ho-Yin PL, Man-Wah P, Shing-Kai Y. Effects of aging on generic SF-36 quality of life measurements in Hong Kong Chinese women with urinary incontinence. Acta Obstet Gynecol Scand 2003; 82: 275-79.
36. Ebrahim S. Clinical and public health perspectives and applications of health-related quality of life measurement. Soc Sci Med 1995; 41(10): 1383-94.

4. DISCUSSÃO



A taxa de prevalência de IU no ciclo grávido-puerperal é elevada, porém mais frequente na gravidez, em especial no último trimestre, quando comparado ao puerpério, o que está de acordo com estudos semelhantes ^(5,11,12,18,21). De acordo com Morkved et al.⁽⁴¹⁾ há uma variabilidade da força dos MAP nas gestantes que pode afetar o mecanismo de continência urinária neste período.

Na gravidez, a IUM foi a mais frequente ao contrário de outros estudos que mostram que, nessa fase, a mais comum seria a IUE ^(5,11,12,18,21). No entanto, um estudo encontrou taxas semelhantes de prevalência de IUM (48,4%) e de IUE (49,0%) ⁽⁸⁾. Quando se trata de IU no ciclo gravídico-puerperal grande parte dos trabalhos só pesquisou a IUE, pelo fato da gravidez e o parto serem considerados os principais fatores etiológicos. No entanto, somente estudos mais recentes, que ainda são poucos, estão começando a investigar os 3 tipos de IU neste período.

No puerpério, a IUE foi mais frequente, o que corresponde aos resultados de outros estudos ^(5,12,21). No entanto, um estudo encontrou que a IUM (55,3%) foi mais comum que a IUE (36,8%)⁽⁸⁾. Nesse período, a IU pode ser causada por alterações do assoalho pélvico promovidas pela gestação por si só, como diminuição do fechamento uretral máximo ⁽⁴²⁾; ou descida da parede anterior da vagina ⁽⁴³⁾.

A maioria das mulheres incontinentes tinha de pequena a moderada perda de urina, e só 20% referiram ter perdas diárias. De acordo com Wesnes et al.⁽¹¹⁾, a prevalência de sintomas durante a gravidez é predominantemente mínima. Mas, na gravidez, mulheres multíparas podem ter mais episódios de perdas diárias de urina quando comparadas a nulíparas ⁽⁹⁾.

Na gravidez, a idade materna avançada estava associada à IU, sendo esse resultado semelhante aos estudos de Wesnes et al.⁽¹¹⁾ e van Brummenn et al.⁽²¹⁾, porém somente em relação à IUM. A ausência de associação, entre a idade materna e IUE na gravidez, foi também observada por Glazener et al.⁽¹⁹⁾ e Santos et al.⁽²⁵⁾.

A multiparidade (≥ 4 partos) estava associada a IUE e a IUM na gravidez e no puerpério, de forma semelhante a outros estudos^(11,13,17,18,25). A urgência-incontinência na gravidez também apresentou associação com a multiparidade quando todos os partos anteriores foram normais. Uma possível explicação para isso é que distensões ou rupturas imperceptíveis dos músculos, ligamentos e nervos, responsáveis pelo controle da bexiga, aconteceriam durante o parto vaginal⁽⁴⁵⁾.

Além destes fatores, mulheres com sintomas de perda de urina em gestações anteriores apresentaram maior risco de ser incontinentes na gravidez e puerpério, sobretudo para desenvolver IUE e IUM. Outros estudos, também, encontraram resultados semelhantes, porém só estudaram a IUE⁽¹⁷⁾. Isso aponta a necessidade dos profissionais de saúde abordar as mulheres, em especial as gestantes e puérperas, sobre os sintomas de IU, assim, como avaliar o assoalho pélvico; orientar e ensinar os exercícios de fortalecimento do períneo.

Dentre os fatores considerados de risco, até o momento, para a IUE no ciclo gravídico-puerperal, observa-se que alguns deles também são fatores de risco para a IUU e IUM nesse período.

A IU é um problema significativo de saúde que restringe as atividades da vida diária, para outras é considerada como uma pequena inconveniência natural do parto⁽¹⁵⁾. Mas, a IU pode causar deteriorização da saúde que reflete em mudanças no estilo de vida após o parto⁽¹⁸⁾. De acordo com Samuelson et al.⁽⁴⁵⁾, há uma relação entre a frequência dos episódios de perda de urina e como as mulheres consideram que a IU interfere em suas vidas.

Nossos resultados mostraram que a IU afetou a QVRS das puérperas incontinentes, mas não de forma severa quando utilizados instrumentos genéricos e específicos. A média dos escores dos oito domínios do SF-36 foi semelhante entre puérperas incontinentes e continentas, com exceção dos domínios capacidade funcional e estado geral de saúde. Isso sugere que o estado puerperal e as demandas decorrentes dos cuidados com a criança podem estar afetando esses domínios, o que é agravado quando a mulher apresenta IU.

Estudos demonstram que a IU interfere nos domínios limitação por aspecto físico e emocional de mulheres mais jovens ⁽³⁶⁾, em mulheres mais velhas, a IU interfere mais no domínio mental ⁽³⁴⁾. No entanto, Ho-Yin et al. ⁽⁴⁶⁾ observaram que entre mulheres com idade avançada a IU causa um prejuízo significativo nos aspectos físicos.

Apesar disso, estudos indicam que o SF-36, ao ser aplicado em mulheres com IU, apresenta dificuldade para interpretar qualquer mudança e sensibilidade limitada para pequenas alterações de sintomas ⁽³⁶⁾. O problema em utilizar o SF-36, para avaliar a QVRS de mulheres incontinentes, é que os resultados são frequentemente insensíveis à condição específica de medida. Dessa forma, os instrumentos de QVRS específicos podem ser mais benéficos para avaliar o impacto da IU na QV ^(35,36).

Estudando a QVRS de puérperas incontinentes, por meio do KHQ, observamos que houve uma média maior nos domínios percepção geral de saúde, impacto da incontinência e medidas de gravidade, resultados semelhantes aos do trabalho de Dolan et al. ⁽⁸⁾ que estudou puérperas no terceiro mês, após o parto. Mas em relação ao domínio medida de gravidade, nossa média foi maior (31,2) que a encontrada no referido estudo (23,3). Uma possível explicação para essa diferença é que, embora a maioria tenha referido uma perda pequena de urina, cerca de um terço fez uso de forros, o que é indicativo da preocupação com a perda urinária.

Ao contrário do presente estudo, Dolan et al. ⁽⁸⁾ encontraram uma média razoavelmente elevada no domínio sono e disposição (33,3). Talvez essa diferença se deva ao fato de em nosso estudo a IUE foi o tipo mais frequente no puerpério e, no estudo de Dolan et al. ⁽⁸⁾ a mais comum foi a IUM (55,3%), na qual podem estar presentes sintomas irritativos da bexiga como a noctúria que poderia interferir no sono e repouso.

Frente ao exposto, considerando-se a escassez de estudos e a relevância do problema, são necessários mais estudos que avaliem a QVRS de puérperas incontinentes, com um número maior de sujeitos e que utilizem

instrumentos genéricos e específicos, pois os instrumentos genéricos possibilitam a avaliação simultânea de várias áreas ou domínios, para que sejam utilizados em qualquer população e fazer comparações entre pacientes com diferentes patologias ⁽³³⁾, o que pode ser útil para dimensionar o problema.

Além disso, a pequena amostra de mulheres incontinentes no puerpério impossibilitou avaliar melhor a associação com os fatores de risco em estudo, de acordo com os diferentes tipos de IU, em especial a urge-incontinência. Portanto, outros estudos são necessários, com maior tamanho amostral, a fim de confirmar os resultados encontrados e investigar outros fatores associados. Assim, recomendam-se estudos longitudinais prospectivos e retrospectivos para rastrear os fatores de risco dos diferentes tipos da IU no ciclo gravídico-puerperal. Contudo, a identificação dos fatores de risco permitiria buscar possíveis explicações causais, visto que o presente estudo evidenciou que os fatores de risco parecem diferir, conforme o tipo da IU. Além disso, poderiam auxiliar os profissionais de saúde a identificar mulheres com maior risco e atuar mediante estratégias preventivas, visando diminuir a prevalência da IU nessa população.

5. CONCLUSÕES



O sintoma da IU se inicia desde o primeiro trimestre de gravidez, sendo o terceiro trimestre o período em que mais frequentemente se manifestou. No entanto, houve mulheres que referiram que os sintomas de perda urinária principiaram no início da gravidez atual ou desde a primeira gravidez. Em algumas, os sintomas de IU iniciaram-se apenas no puerpério.

A maioria das mulheres apresentava perda pequena ou moderada tanto na gravidez quanto no puerpério. A perda, geralmente, foi esporádica, mas uma proporção razoável (20,0%) tinha perda diária durante a gravidez; cerca de um terço teve que fazer uso de forro tanto na gravidez como no puerpério, sendo em alguns casos necessária a troca tanto de dia como à noite. Durante o intercurso sexual, a perda urinária embora pouco frequente, em alguns casos atrapalhou o ato sexual.

O tipo de IU mais comum na gravidez foi a IUM e no puerpério, a IUE. Os fatores de risco investigados neste estudo e sua associação com a IU na gravidez foram: aumento da idade materna ($p=0,0004$), multiparidade ($p=0,0035$), parto normal em gravidez anterior ($p=0,0075$) e ocorrência de IU na gravidez anterior ($p=0,0002$). Em relação ao puerpério, a ocorrência de IU estava associada à multiparidade ($p< 0,0001$), IMC atual ($p=0,0233$) e IU na gestação atual ($p=0,0008$).

A IU afetou a QVRS das puérperas incontinentes, mas não de forma severa, quando utilizados instrumentos genéricos e específicos. A média dos escores dos oito domínios do SF-36 foi semelhante entre puérperas incontinentes e continentas, com exceção dos domínios capacidade funcional e estado geral de saúde.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS



1. Galhardo C; Katayama M. Anatomia e fisiologia do trato urinário inferior feminino. In: Chiarapa TR; Cacho DP; Alves AFD. Incontinência Urinária Feminina: Assistência Fisioterapêutica e Multidisciplinar. São Paulo: LMP Editora; 2007. p. 6-9.
2. Wijman J, Potters AEW, Wolf BTHM, Tinga DJ, Aarnoudse JG. Anatomical and functional changes in the lower urinary tract during pregnancy. BJOG 2001; 108(7): 726-32.
3. Abrams P, Cardozo L, Fall M, Griffiths D, Rosier P, Ulmsten U et al. Padronização da terminologia da função do trato urinário inferior. Relato do subcomitê de padronização da Sociedade Internacional de Continência. Urodinâmica & Uroginecologia 2003; (6): 29-41.
4. Viktrup L, Rortveit G, Lose G. Risk of stress urinary incontinence twelve years after the first pregnancy and delivery. Obstet Gynecol 2006; 108(2): 248-54.
5. Bø K, Backe-Hansen KL. Do elite athletes experience low back, pelvic girdle and pelvic floor complaints during and after pregnancy? Scand J Med Sci Sports 2007; 17(5): 480-87.
6. Lewicky-Gaupp C, Cão DC, Culberstson S. Urinary and anal incontinence in African American teenaged gravidas during pregnancy and the puerperium. J Pediatr Adolesc Gynecol 2008; 21(1): 21-26.
7. Salvesen KA; Morkved S. Randomised controlled trial of pelvic floor muscle training during pregnancy. BMJ 2004; 329(7462): 378-80.
8. Dolan LM, Walsh D, Hamilton S, Marshall K, Thompson K, Ashe RG. A study of quality of life in primigravidae with urinary incontinence. Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunction 2004; 15(3): 160-164.

9. Scarpa KP, Herman V, Palma PC, Ricceto CL, Morais SS. Prevalence and correlates of stress incontinence before and during pregnancy. *Acta Med Port* 2006; 19(5): 349-56.
10. Scarpa KP, Herrmann V, Palma PCR, Ricetto CLZ, Morais S. Prevalência de sintomas urinários no terceiro trimestre da gestação. *Rev Assoc Med Bras* 2006; 52(3): 153-56.
11. Wesnes SL, Rortveit G, Bø K, Hunskaar S. Urinary incontinence during pregnancy. *Obstet Gynecol* 2007; 109(4): 922-28.
12. Wesnes SL, Hunskaar S, Bø K, Rortveit G. The effect of urinary incontinence status during pregnancy and delivery mode on incontinence postpartum. A cohort study. *BJOG* 2009; 116(5): 700-07.
13. Herrmann V, Scarpa K, Palma PCR, Riccetto CZ. Stress urinary incontinence 3 years after pregnancy: correlation to mode of delivery and parity. *Int Urogynecol J* 2009; 20 (3): 281-88.
14. Meyer S, Schreyer A, De Grandi P, Hohifeld P. The effects of birth on urinary continence mechanisms and other pelvis floor characteristics. *Obstet Gynecol* 1998; 92(4Pt1): 613-18.
15. Schytt E, Lindmark G, Waldenström U. Symptoms of stress incontinence 1 year after prevalence and predictors in a national Swedish sample. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2004; 83: 928-36.
16. Fritel X, Fauconnier A, Levet C, Bénifla J-L. Stress incontinence 4 years after the first delivery: a retrospective cohort survey. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2004; 83: 941-45.
17. Mckinnie V, Swift SE, Wang W, Woodman P, O'Boyle A, Kahn M et al. The effect of pregnancy and mode of delivery on the prevalence of urinary and fecal incontinence. *Am J Obstet Gynecol* 2005; 193(2): 512-17.

18. Sun MJ; Chen GD; Chang SY; Lin KC; Chen SY. Prevalence of lower urinary tract symptoms during pregnancy in Taiwan. J Formos Med Assoc 2005; 104(3): 185-89.
19. Glazener CM, Herbison GP, MacArthur C, Lancashire R, McGee MA, Grant AM et al. New postnatal urinary incontinence: obstetric and other risk factors in primiparae. BJGO 2006; 113(2): 208-17.
20. Burgio K; Zycznski H; Locher JL, Richter HE, Redden DT, Wright KC. Urinary incontinence in the 12 month postpartum period . Obstet Gynecol 2003; 102(6): 1291-97.
21. van Brummen HJ; Bruinse HW; van de Pol G; Heintz AP; van der Vaart CH. Bothersome lower urinary tract symptoms 1 year after first delivery: prevalence an the effect of childbirth. BJU Int 2006; 98(1): 89-95.
22. Carroli G, Belizan J. Episiotomy for vaginal birth (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 1, 2006: Update Software.
23. Boyles SH, Li H, Mori T, Osterweil P, Guise JM. Effect of mode of delivery on the incidence of urinary incontinence in primiparous women. Obstet Gynecol 2009; 113(1): 134-41.
24. Eftekhar T, Hajibaratali B, Ramezanzadeh F, Sharita M. Postpartum evaluation of stress urinary incontinence among primíparas. Int J Gynaecol Obstet 2006; 94(2): 114-18.
25. Santos PC, Mendonça D, Alves O, Barbosa AM. Prevalência e impacto da incontinência urinária de estresse antes e durante a gravidez. Acta Med Port 2006; 19: 349-56.
26. Chaliha C, Kalia V, Stanton SL, Monga A, Sultan AH. Antenatal prediction of postpartum urinary and fecal incontinence incontinence . Obstet Gynecol 1999; 94: 689-94.

27. Kelleher CJ. Quality of life and urinary incontinence. *Baillieres Best Pract Res Clin Obstet Gyencol* 2000; 14(2): 363-79.
28. Coyne KS, Zhou Z, Thompson C, Versi E. The impact on health-related quality life of stress, urge and mixed urinary incontinence. *BJU Int* 2003; 92(7): 731-35.
29. Papanicolaou S, Hunskaar S, Lose G, Sykes D. Assessment of bothersomenes and impact on quality of life of urinary incontinence in women in France, Germany, Spain and UK. *BJU Int* 2005; 96(6): 831-38.
30. Lopes MHBM, Higa R. Restrições causadas pela incontinência urinária à vida da mulher. *Rev Esc Enferm USP* 2006; 40(1): 34-41.
31. Blaivas JG, Appell RA, Fantl JÁ, Leach G, McGuire EJ, Resnick NM et al. Standards of efficacy for evaluation of treatment outcomes in urinary incontinence: recommendations of the Urodynamic Society. *Neurourol Urodyn* 1997; 16(3): 145-47.
32. The Word Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Soc Sci Med* 1995; 41(10): 1403-09.
33. Campolina AG, Ciconelli RM. Qualidade de vida e medidas de utilidade: parâmetros clínicos para as tomadas de decisão em saúde. *Rev Panam Salud Publica / Pan AM J Public Health* 2006; 19(2): 128-35.
34. Araki I, Beppu M, Kajiwara M, Mikami Y, Zakoji H, Fukasawa M et al. Prevalence e impact on generic quality of life of urinary incontinence in Japanese working women: assessment by ICI questionnaire and SF-36 Health Survey. *Urology* 2005; 66 (1):88-93.

35. Oh S-J, Ku JA. Is a generic quality of life instrument helpful for evaluating women with urinary incontinence? *Quality of Life Research* 2006; 15: 493-501.
36. Paick J-S, Kim SW, Oh S-J, Ku JH. A generic health-related quality of life instrument, the Medical Outcomes Study Short-Form-36 in women with urinary incontinence. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2007; 130(1):18-24.
37. Reti MT, Simões JA, Herrmann V, Gurgel MSC, Morais SS. Qualidade de vida em mulheres após tratamento da incontinência urinária de esforço com fisioterapia. *Rev Bras Ginecol Obstet* 2007; 29(3): 134-40.
38. da Silva L, Lopes MHB. Incontinência urinária em mulheres: razões da não procura por tratamento. *Rev Esc Enferm USP* 2009; 43(1): 72-78.
39. Naughton MJ, Donovan J, Badia X, Corcos J, Gotoh M, Kelleher C et al. Symptoms severity and QOL scales for urinary incontinence. *Gastroenterolgy* 2004; 126: s114-23.
40. Scarpa KP, Herrmann V, Palma PCR, Ricetto CLZ, Morais S. Sintomas do trato urinário inferior três anos após o parto: estudo prospectivo. *Rev Bras Ginecol Obstet* 2008; 30(7): 355-59.
41. Morkved S, Salvesen KA, Bø K, Eik-Nes S. Pelvic floor muscle strength and thickness in continent and incontinent nulliparous pregnant women. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 2004; 15(6): 384-89.
42. Kristiansson P, Samuelsson E, Schoultz B Von, Sva'Rdsudd K. Reproductive hormones and stress urinary incontinence in pregnancy. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2001; 80(12): 1125-30.
43. Dietz HP, Clarke B, Vancaillie TG. Vaginal childbirth and bladder neck mobility. *Aust NZ J Obstet Gynecol* 2002; 42(5): 522-25.

44. Wilson PD, Herbison RM, Herbison GP. Obstetric practice and the prevalence of urinary incontinence three months after delivery. BJOG 1996, 103(2): 154-61.
45. Samuelsson E, Victor A, Tibblin G. A population study of urinary incontinence and nocturia among women aged 20-59 years. Prevalence, well-being and wish for treatment. Acta Obstet Gynecol Scand 1997; 76: 74-80.
46. Ho-Yin PL, Man-Wah P, Shing-Kai Y. Effects of aging on generic SF-36 quality of life measurements in Hong Kong Chinese women with urinary incontinence. Acta Obstet Gynecol Scand 2003; 82: 275-79.

ANEXOS



ANEXO 1

Versão Brasileira do Questionário de Qualidade de Vida SF-36 (Medical Outcomes Study 36-item Short-Form Health Survey)

SF-36 PESQUISA EM SAÚDE

Instruções: Esta pesquisa questiona você sobre sua saúde. Estas informações nos manterão informados de como você se sente e quão bem você é capaz de fazer suas atividades de vida diária. Responda cada questão marcando a resposta como indicado. Caso você esteja inseguro em como responder, por favor, tente responder o melhor que puder.

1. Em geral, você diria que sua saúde é:

(circule uma)

Excelente' 1
Muito boa 2
Boa 3
Ruim 4
Muito Ruim 5

2. Comparada a um ano atrás, como você classificaria sua saúde em geral, agora?

(circule uma)

Muito melhor agora do que a um ano atrás 1
Um pouco melhor agora do que a um ano atrás 2
Quase a mesma de um ano atrás 3
Um pouco pior agora do que há um ano atrás 4
Muito pior agora do que há um ano atrás 5

3. Os seguintes itens são sobre atividades que você poderia fazer atualmente durante um dia comum. Devido a sua saúde, você tem dificuldade para fazer essas atividades? Neste caso, quanto?

(circule um número em cada linha)

Atividades	Sim. Dificulta Muito	Sim. Dificulta um pouco	Não. Não dificulta de modo algum
a. Atividades vigorosas, que exigem muito esforço, tais como correr, levantar objetos pesados, participar em esportes árduos.	1	2	3
b. Atividades moderadas, tais como mover uma mesa, passar aspirador de pó, jogar bola, varrer a casa.	1	2	3
c. Levantar ou carregar mantimentos	1	2	3
d. Subir vários lances de escada	1	2	3
e. Subir um lance de escada	1	2	3
f. Curvar-se, ajoelhar-se ou dobrar-se	1	2	3
g. Andar mais de 1 quilômetro	1	2	3
h. Andar vários quarteirões	1	2	3
i. Andar um quarteirão	1	2	3
j. Tomar banho ou vestir-se	1	2	3

4. Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com o seu trabalho ou com alguma atividade diária regular, como consequência de sua saúde física?

(circule uma em cada linha)

	Sim	Não
a. Você diminuiu a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
b. Realizou menos tarefas do que você gostaria?	1	2
c. Esteve limitado no seu tipo de trabalho ou em outras atividades?	1	2
d. Teve dificuldades de fazer seu trabalho ou outras atividades (p. ex: necessitou de um esforço extra)?	1	2

5. Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com o seu trabalho ou outra atividade regular diária, como consequência de algum problema emocional (como sentir-se deprimido ou ansioso)?

(circule uma em cada linha)

	Sim	Não
a. Você diminuiu a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
b. Realizou menos tarefas do que você gostaria?	1	2
c. Não trabalhou ou não fez qualquer das atividades com tanto cuidado como geralmente faz?	1	2

6. Durante as últimas 4 semanas, de que maneira sua saúde física ou problemas emocionais interferiram nas suas atividades sociais normais, em relação a família, vizinhos, amigos ou em grupo?

(circule uma)

De forma nenhuma..... 1
 Ligeiramente 2
 Moderadamente 3
 Bastante 4
 Extremamente 5

7. Quanta dor no corpo você teve durante as últimas 4 semanas?

(circule uma)

Nenhuma..... 1
 Muito Leve..... 2
 Leve 3
 Moderada 4
 Grave 5
 Muito Grave..... 6

8. Durante as últimas 4 semanas, quanto a dor interferiu com o seu trabalho normal (incluindo tanto o trabalho, fora de casa e dentro de casa)?

(circule uma)

De maneira alguma..... 1
 Um pouco..... 2
 Moderadamente 3
 Bastante 4
 Extremamente 5

9. Estas questões são sobre como você se sente e como tudo tem acontecido com você durante as últimas 4 semanas. Para cada questão, por favor dê uma resposta que mais se aproxime da maneira como você se sente. Em relação às últimas 4 semanas.

(circule um número para cada linha)

	Todo tempo	A maior parte do tempo	Uma boa parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nunca
a. Quanto tempo você tem se sentido cheio de vigor, cheio de vontade, cheio de força	1	2	3	4	5	6
b. Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa muito nervosa?	1	2	3	4	5	6
c. Quanto tempo você tem se sentido tão deprimido que nada pode animá-lo?	1	2	3	4	5	6
d. Quanto tempo você tem se sentido calmo ou tranqüilo?	1	2	3	4	5	6
e. Quanto tempo você tem se sentido com muita energia?	1	2	3	4	5	6
f. Quanto tempo você tem se sentido desanimado e abatido?	1	2	3	4	5	6
g. Quanto tempo você tem se sentido esgotado?	1	2	3	4	5	6
h. Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa feliz?	1	2	3	4	5	6
i. Quanto tempo você tem se sentido cansado?	1	2	3	4	5	6

10. Durante as últimas 4 semanas, quanto do seu tempo a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram com as suas atividades sociais (como visitar amigos, parentes, etc.)?

(circule uma)

Todo o tempo 1
 A maior parte do tempo 2
 Alguma parte do tempo 3
 Uma pequena parte do tempo 4
 Nenhuma parte do tempo 5

11. O quanto verdadeiro ou falso é cada uma das afirmações para você?

	Definitivamente verdadeiro	A maioria das vezes verdadeiro	Não sei	A maioria das vezes falsa	Definitivamente falsa
a. Eu costumo adoecer um pouco mais facilmente que as outras pessoas	1	2	3	4	5
b. Eu sou tão saudável quanto qualquer pessoa que eu conheço	1	2	3	4	5
c. Eu acho que a minha saúde vai piorar	1	2	3	4	5
d. Minha saúde é excelente	1	2	3	4	5

(circule um número em cada linha)

ANEXO 2

Versão Brasileira do Questionário de Qualidade de Vida KHQ (King's Health Questionnaire)

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?	☐ Muito boa ☐ Boa ☐ Regular ☐ Ruim ☐ Muito ruim						
2. Quanto você acha que o seu problema de bexiga afeta sua vida?	☐ Nem um pouco ☐ Um pouco ☐ Moderadamente ☐ Muito						
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.							
Quanto que os problemas afetam você? <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 60%;"></td> <td style="width: 10%; text-align: center;">Um pouco</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">Moderadamente</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">Muito</td> </tr> </table>					Um pouco	Moderadamente	Muito
	Um pouco	Moderadamente	Muito				
a. FREQUÊNCIA (ir ao banheiro para urinar muitas vezes)	☐	☐	☐				
b. NOCTÚRIA (levantar à noite para urinar)	☐	☐	☐				
c. URGÊNCIA (um forte desejo de urinar e difícil de segurar)	☐	☐	☐				
d. URGE-INCONTINÊNCIA (vontade muito forte de urinar, com perda de urina antes de chegar ao banheiro)	☐	☐	☐				
e. INCONTINÊNCIA URINÁRIA DE ESFORÇO (perda urinária que ocorre durante a realização de esforço físico como tossir, espirrar, correr, etc.)	☐	☐	☐				
f. ENURESE NOTURNA (urinar na cama, à noite, durante o sono)	☐	☐	☐				
g. INCONTINÊNCIA DURANTE RELAÇÃO SEXUAL (perda urinária durante relação sexual)	☐	☐	☐				
h. INFECÇÕES URINÁRIAS FREQUENTES	☐	☐	☐				
i. DOR NA BEXIGA	☐	☐	☐				
j. DIFICULDADE PARA URINAR	☐	☐	☐				
k. VOCÊ TEM ALGUMA OUTRA QUEIXA? QUAL? _____	☐	☐	☐				

411.GDA-FONE (14) 842-1381

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...?	☐	☐	☐	☐	
3b. Quanto o seu problema de bexiga afeta seu trabalho ou suas atividades diárias fora de casa?	☐	☐	☐	☐	
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...?	☐	☐	☐	☐	
4b. Seu problema de bexiga afeta suas viagens?	☐	☐	☐	☐	
4c. Seu problema de bexiga limita sua vida social?	☐	☐	☐	☐	
4d. Seu problema de bexiga limita seu encontro ou visita a amigos?	☐	☐	☐	☐	
Relações Pessoais	Não aplicável	Nem um pouco	Um pouco	Moderadamente	Muito
5a. Seu problema de bexiga afeta o relacionamento com seu parceiro?	☐	☐	☐	☐	☐
5b. Seu problema de bexiga afeta sua vida sexual?	☐	☐	☐	☐	☐
5c. Seu problema de bexiga afeta sua vida familiar?	☐	☐	☐	☐	☐
Emoções	Nem um pouco	Um pouco	Moderadamente	Muito	
6a. Seu problema de bexiga faz com que você se sinta deprimida?	☐	☐	☐	☐	
6b. Seu problema de bexiga faz com que você se sinta ansiosa ou nervosa?	☐	☐	☐	☐	
6c. Seu problema de bexiga faz você sentir-se mal consigo mesma?	☐	☐	☐	☐	
Sono e disposição	Nunca	Às vezes	Freqüentemente	O tempo todo	
7a. Seu problema de bexiga afeta seu sono?	☐	☐	☐	☐	
7b. Você se sente esgotada ou cansada?	☐	☐	☐	☐	

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?	☐	☐	☐	☐
8b. Toma cuidado com a quantidade de líquidos que bebe?	☐	☐	☐	☐
8c. Troca suas roupas íntimas quando elas estão molhadas?	☐	☐	☐	☐
8d. Preocupa-se com a possibilidade de cheirar urina?	☐	☐	☐	☐
8e. Fica envergonhada por causa do seu problema de bexiga?	☐	☐	☐	☐

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

ANEXO 3
PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA (CEP)
FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

④ www.fcm.unicamp.br/pesquisa/etica/index.html

CEP, 25/03/08.
(Grupo III)

PARECER CEP: Nº 110/2008 (Este nº deve ser citado nas correspondências referente a este projeto)
CAAE: 0421.0.000.146-08

I - IDENTIFICAÇÃO:

PROJETO: “QUALIDADE DE VIDA DE MULHERES INCONTINENTES NO CICLO GRAVÍDICO PUERPERAL”.

PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Júnia Leonne Dourado de Almeida Lima

INSTITUIÇÃO: Unidade Básica de Saúde Salvador de Leone - Maternidade Municipal de Itapequerica da Serra - Zoraide Eva das Dores.

APRESENTAÇÃO AO CEP: 10/03/2008

APRESENTAR RELATÓRIO EM: 25/03/09 (O formulário encontra-se no *site* acima)

II - OBJETIVOS

Verificar qual é a frequência da IU no ciclo gravídico-puerperal e seu impacto na qualidade de vida de puérperas em uma Unidade Básica de Saúde da região metropolitana de São Paulo-SP.

III - SUMÁRIO

Trata-se de estudo descritivo, exploratório e longitudinal. A população será constituída por puérperas atendidas em uma Unidade Básica de Saúde de Itapequerica da Serra, São Paulo-SP. Com base no número de puérperas que comparece à primeira consulta puerperal na Unidade em questão, estima-se que será necessário um período de oito meses para a coleta de dados. O critério de inclusão será estar dentro do período de até aproximadamente 45 a 60 dias após o parto. Serão utilizados como instrumentos de coleta de dados um formulário específico e dois instrumentos de avaliação da QV, sendo um genérico – “Medical Outcomes Study 36-item Short-Form Health Survey”(SF-36), e outro específico para IU – “Hing's Health Questionnaire” (KHQ). Os dados serão digitados em planilhas do Excel e em seguida será realizada estatística descritiva (média, desvio-padrão, mediana, valor máximo e mínimo) das variáveis contínuas e calculadas as frequências absolutas e relativas das variáveis categóricas. Primeiramente será realizado o cálculo das pontuações dos questionários SF-36 e do KHQ. Posteriormente serão comparados os resultados dos escores do SF-36 de acordo com a presença ou não de IU. Também será verificado se existe associação entre os valores dos escores do SF-36 e do KHQ com fatores considerados de risco para IU. A partir do resultado dos escores do SF-36 e do KHQ será verificado se a IU interfere na qualidade de vida das puérperas incontinentes.

IV - COMENTÁRIOS DOS RELATORES

Projeto que visa avaliar a qualidade de vida das puérperas com IU e também verificar se a presença de IU no puerpério se assemelha na população estudada tem prevalência semelhante à

Comitê de Ética em Pesquisa - UNICAMP
Rua: Tessália Vieira de Camargo, 126
Caixa Postal 6111
13084-971 Campinas - SP

FONE (019) 3521-8936
FAX (019) 3521-7187
cep@fcm.unicamp.br

- 1 -

de outros estudos. Não vejo impedimento ético para sua realização.

Recomendamos que seja melhorada a redação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

V - PARECER DO CEP

O Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, após acatar os pareceres dos membros-relatores previamente designados para o presente caso e atendendo todos os dispositivos das Resoluções 196/96 e complementares, resolve aprovar com recomendação o Protocolo de Pesquisa, bem como ter aprovado o Termo do Consentimento Livre e Esclarecido, assim como todos os anexos incluídos na Pesquisa supracitada. O conteúdo e as conclusões aqui apresentados são de responsabilidade exclusiva do CEP/FCM/UNICAMP e não representam a opinião da Universidade Estadual de Campinas nem a comprometem.

VI - INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

O sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (Res. CNS 196/96 – Item IV.1.f) e deve receber uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado (Item IV.2.d).

Pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou (Res. CNS Item III.1.z), exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade do regime oferecido a um dos grupos de pesquisa (Item V.3.).

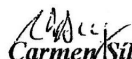
O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (Res. CNS Item V.4.). É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA – junto com seu posicionamento.

Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Em caso de projeto do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o pesquisador ou patrocinador deve enviá-las também à mesma junto com o parecer aprovatório do CEP, para serem juntadas ao protocolo inicial (Res. 251/97, Item III.2.e)

Relatórios parciais e final devem ser apresentados ao CEP, de acordo com os prazos estabelecidos na Resolução CNS-MS 196/96.

VII - DATA DA REUNIÃO

Homologado na III Reunião Ordinária do CEP/FCM, em 25^a de março de 2008.


Prof. Dra. Carmen Sílvia Bertuzzo
PRESIDENTE DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
FCM / UNICAMP



CEP, 28/07/09.
(PARECER CEP: Nº 110/2008)

PARECER

I - IDENTIFICAÇÃO:

PROJETO: "QUALIDADE DE VIDA DE MULHERES INCONTINENTES NO CICLO GRAVÍDICO PUERPERAL".

PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Júnia Leonne Dourado de Almeida Lima

II - PARECER DO CEP.

O Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP tomou ciência e aprovou a Emenda que altera o título para "INCONTINÊNCIA URINÁRIA NO CICLO GRAVÍDICO-PUERPERAL E IMPACTO NA QUALIDADE DE VIDA", referente ao protocolo de pesquisa supracitado.

O conteúdo e as conclusões aqui apresentados são de responsabilidade exclusiva do CEP/FCM/UNICAMP e não representam a opinião da Universidade Estadual de Campinas nem a comprometem.

III – DATA DA REUNIÃO.

Homologado na VII Reunião Ordinária do CEP/FCM, em 28 de julho de 2009.

Prof. Dr. Carlos Eduardo Steiner
PRESIDENTE do COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
FCM / UNICAMP

Comitê de Ética em Pesquisa - UNICAMP
Rua: Tessália Vieira de Camargo, 126
Caixa Postal 6111
13083-887 Campinas – SP

FONE (019) 3521-8936
FAX (019) 3521-7187
cep@fcm.unicamp.br

APÊNDICES



APÊNDICE 1

FORMULÁRIO DE CARACTERÍSTICAS DE SINTOMAS URINÁRIOS

Ficha Nº _____ Data: ____/____/____ Dias de Pós - Parto: ____ Prontuário UBS: _____

1) Dados Pessoais:

Nome: _____ Idade: _____

Data Nascimento: ____/____/____ Endereço: _____

Tel (s): _____ Profissão/ Ocupação: _____

Situação Conjugal: [1] Tem algum companheiro? [1] Não [2] Sim **Mora com ele?** [1] Não [2] Sim

Cor/ raça: [1] Branca [2] Negra

Escolaridade: [1] Nenhuma [2] Fund. Inc. [3] Fund. Com. [3] Méd. Inc. [4] Médio Com [5] Sup. Inc. [6] Sup. Com. [7] Pós-Graduação

2) Queixa de Incontinência Urinária:

Você perde ou já perdeu urina sem perceber? [1] Não [2] Sim

Quando você começou a perder urina?

[1] Antes da gestação: [1] Não [2] Sim [1] primeira [2] segunda [3] terceira [4] quarta[5] quinta gestação

[2] Durante a gestação [1] Não [2] Sim

[3] Depois da gestação: [1] Não [2] Sim

3) Antecedentes Obstétricos:

	Data Parto	Tipo Parto	Posição PN	Trauma Perineal	Peso RN	PC do RN	Idade Mat.	Idade Gest.	IU Gest.	IU Pós-parto
1										
2										
3										
4										
5										

Legenda:

Tipo Parto: [1] Parto Normal [2] Parto Cesáreo Eletivo [3] Parto Cesáreo que iniciou c/ trabalho de parto [4] Parto Fórceps

Posição do PN: [1] Litotomia [2] Cócoras [3] Sentada [4] Semi-Sentada [5] Decúbito lateral [6] Quatro Apoio [7] Outro Qual? _____

Trauma Perineal: [1] Não [2] Sim **Tipo:** [1] Episiotomia [2] Episiotomia Médio Lateral Direita [3] Episiotomia. Mediana [4] 1º Laceração [5] 2º Laceração [6] 3º Laceração [7] 4º Laceração

Incontinência Urinária na Gestação: [1] 1º Trimestre [2] 2º Trimestre [3] 3º Trimestre

Incontinência Urinária no Pós- parto: [1] Não [2] Sim / [1] 1º Mês [2] 2º Mês [3] 3º Mês

4) Exame Físico:

Altura: _____ cm **Peso Atual:** _____ Kg **IMC:** _____ **Peso 3º trimestre gestação:** _____ Kg **IMC:** _____

5) Hábitos Vesicais:

Senta no vaso sanitário para urinar? [1] Não [2] Sim, Sempre [3] Sim, Às vezes [4] Sim, Raramente

Evita consumo de líquidos para não perder urina? [1] Não [2] Sim

Segura muito tempo a urina? [1] Não [2] Sim, Sempre [3] Sim, Às vezes [4] Sim, Raramente **Por quanto tempo?** _____

6) Hábitos intestinais:

Frequência habitual de evacuação: [1] 1X/dia [2] 2X/dia [3] 1X/sem [2] 2X/sem [3] 3X/sem [4] Outros.

Consistência das fezes: [1] Normal [2] Endurecida [3] Pastosa [4] Líquida
Tem alguma dificuldade para evacuar? [1] Não [2] Sim
Você faz alguma coisa para ajudar as fezes a sair? [1] Não [2] Sim **Qual?** _____
Perde fezes e / ou gases sem perceber? [1] Não [2] Sim

7) Hábitos Alimentares:

[1] Café: _____ quantidade. [5] Adoçante _____ quantidade
[2] Chás cafeinados _____ quantidade [6] Chocolate _____ quantidade
[3] Adoçante _____ quantidade [7] Comidas apimentadas _____ quantidade
[4] Frutas Cítricas _____ quantidade [8] Bebidas gaseificadas / refrigerante _____ quantidade

8) Antecedentes Pessoais:

Tabagista: [1] Não [2] Sim
Patologias: [1] ITU atual [2] ITU recorrente [3] DM [4] HAS [5] Bronquite [6] Asma [7] Rinite [8] Dç Neurológica Qual? _____
[9] Outras Qual? _____
Já fez alguma cirurgia ginecológica? [1] Não [2] Sim **Qual (is)?** _____
Já fez radioterapia região para câncer de útero ou bexiga? [1] Não [2] Sim
Medicamentos em uso: _____

9) Sintomas Urinários Durante a Gestação:

1- Durante a gravidez você perdia urina quando realizava esforço físico, como tossir, espirrar, correr, rir, erguer peso entre outros esforços? [1] Não [2] Sim Isso atrapalhou você? [1] Não [2] Sim
2- Durante a gravidez você tinha vontade muito forte de urinar e não conseguia segurar, e perdia urina antes de chegar ao banheiro? [1] Não [2] Sim Isso atrapalhou você? [1] Não [2] Sim
3- Durante a gravidez você ia ao banheiro para urinar muitas vezes ao dia? [1] Não [2] Sim Quantas vezes? _____ Isso atrapalhou você? [1] Não [2] Sim
4- Durante a gravidez levantava a noite para urinar? [1] Não [2] Sim ... Quantas vezes? _____ Isso atrapalhou você? [1] Não [2] Sim
5- Durante a gravidez chegou a urinar na cama à noite enquanto dormia? [1] Não [2] Sim Isso atrapalhou você? [1] Não [2] Sim
6- Durante a gravidez tinha um forte desejo de urinar e difícil de segurar? [1] Não [2] Sim Isso atrapalhou você? [1] Não [2] Sim
7- Durante a gravidez tinha sensação que ainda ficava urina na bexiga após urinar? [1] Não [2] Sim Isso atrapalhou você? [1] Não [2] Sim
8- Durante a gravidez após urinar ficava perdendo urina em gotas? [1] Não [2] Sim Isso atrapalhou você? [1] Não [2] Sim

10) Sintomas Urinários Após o Parto:

1- Atualmente você perde urina quando realiza algum esforço físico, como tossir, espirrar, correr, rir, erguer peso entre outros esforços? [1] Não [2] Sim Isso atrapalha você? [1] Não [2] Sim
2- Atualmente você tem em uma vontade muito forte urinar e não consegue segurar e perde urina antes de chegar ao banheiro? [1] Não [2] Sim Isso atrapalha você? [1] Não [2] Sim
3- Atualmente você está indo muitas vezes ao banheiro para urinar durante o dia? [1] Não [2] Sim Quantas vezes? _____ Isso atrapalha você? [1] Não [2] Sim
4- Atualmente você está levantando a noite para urinar? [1] Não [2] Sim Quantas vezes? _____ Isso atrapalha você? [1] Não [2] Sim
5- Atualmente você alguma vez urinou na cama à noite enquanto dormia? [1] Não [2] Sim Isso atrapalha você? [1] Não [2] Sim
6- Atualmente você tem um forte desejo de urinar e difícil de segurar? [1] Não [2] Sim Isso atrapalha você? [1] Não [2] Sim
7- Atualmente você tem sensação que ainda fica urina na bexiga após urinar? [1] Não [2] Sim Isso atrapalha você? [1] Não [2] Sim
8- Após urinar fica perdendo urina em gotas? [1] Não [2] Sim Isso atrapalha você? [1] Não [2] Sim
9- Atualmente você tem uma forte vontade de urinar e ao sentar no

9- Na gravidez tinha uma forte vontade de urinar e quando sentava no vaso a urina demorava a vir? [1] Não [2] Sim Isso atrapalhou você? [1] Não [2] Sim 10- Na gravidez você fazia algum esforço ou força para urinar? [1] Não [2] Sim 11- Durante a gravidez a quantidade de urina que você perdia era: [1] Pequena [2] Moderada [3] Grande 12- Durante a gravidez você perdia urina com que frequência? [1] De vez enquanto [2] Ao menos 1 vez/ mês [3] Ao menos 1 vez/ semana [4] Diariamente 13- Durante a gravidez em qual período você perdia urina? [1] Durante o dia [2] Durante a noite [3] Durante dia e a noite 14- Durante a gravidez fazia uso de algum protetor ou forro para perda de urina? [1] Não [2] Sim Isso atrapalhou você? [1] Não [2] Sim 15- Qual tipo de forro você usava? [1] Absorvente comum [2] Absorvente especial para IU [3] Absorvente Diário [4] Fralda adulto [5] Fralda infantil [6] Pano 16- Durante a gravidez quantos forros você trocava durante o dia ☐ e noite ☐ ☐ ? 17- Durante a gravidez você perdia urina durante a relação sexual? [1] Não [2] Sim Isso atrapalhou você? [1] Não [2] Sim 18- Seu companheiro sabia do seu problema de perda de urina? [1] Não [2] Sim Isso atrapalhou você? [1] Não [2] Sim 19- Houve alguma mudança na sua vida sexual durante a gravidez por causa da perda de urina? [1] Não [2] Sim Qual? _____	vaso a urina demora sair? [1] Não [2] Sim Isso atrapalha você? [1] Não [2] Sim 10- Atualmente Para urinar você faz algum esforço ou força? [1] Não [2] Sim 11- Atualmente quantidade de urina que você percebe que perde é: [1] Pequena [2] Moderada [3] Grande 12- Atualmente você perde urina com que frequência? [1] De vez enquanto [2] Ao menos 1 vez/ mês [3] Ao menos 1 vez/ semana [4] Diariamente 13- Atualmente em qual período você perde urina? [1] Durante o dia [2] Durante a noite [3] Durante dia e a noite 14- Atualmente faz uso de algum protetor ou forro? [1] Não [2] Sim Isso atrapalha você? [1] Não [2] Sim 15- Qual tipo de forro você usa? [1] Absorvente comum [2] Absorvente especial para IU [3] Absorvente Diário [4] Fralda adulto [5] Fralda infantil [6] Pano 16- Atualmente quantos forros você troca durante o dia ☐ e noite ☐ ☐ ? 17- Atualmente você perde urina durante a relação sexual? [1] Não [2] Sim Isso atrapalha você? [1] Não [2] Sim 18- Seu companheiro sabe do seu problema de perda de urina? [1] Não [2] Sim Isso atrapalhou você? [1] Não [2] Sim 19- Houve alguma mudança na sua vida sexual, após o parto, por causa da perda de urina? [1] Não [2] Sim Qual? _____
--	---

11) Abordagem e/ ou tratamento da Incontinência Urinária:

Já fez ou está fazendo algum tratamento para IU? [1] Não [2] Sim **Qual (is)?** _____ **Quando?** _____

Por quanto tempo? _____ **Teve alguma melhora com o tratamento?** [1] Não [2] Sim

Durante o pré-natal o médico ou enfermeiro perguntou se você apresentava perda de urina? [1] Não [2] Sim

Você alguma vez no pré-natal falou pro médico e ou enfermeiro que estava perdendo urina? [1] Não [2] Sim

Durante o pré-natal recebeu orientações sobre os exercícios para os músculos do assoalho pélvico (vagina)? [1] Não [2] Sim

Tipo de exercício perineal: [1] Contrair e segurar os músculos assoalho pélvico contando por até 10 segundos
[2] Interromper e Segurar o jato de urina no momento que está urinando.
[3] Outro **Especificar:** _____

Chegou a fazer algum desses exercícios durante a gestação? [1] Não [2] Sim **Com que frequência?** [1] 1X/sem [2] 2X/sem [3] 3X/sem [4] 4X/sem [5] 5X/sem [6] Todos os dias da semana.

Atualmente continua fazendo algum exercício para os músculos do assoalho pélvico? [1] Não [2] Sim **Com que frequência?** [1] 1X/sem [2] 2X/sem [3] 3X/sem [4] 4X/sem [5] 5X/sem [6] Todos os dias da semana.

APÊNDICE 2 CARTA CONVITE AOS JUÍZES

Validação de Formulário

Prezada;

Prof^a. Dr^a.

Na qualidade de aluna do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, nível Mestrado, da Faculdade de Ciências Médicas (FCM) da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), sob orientação da Prof^a. Dr^a. Maria Helena Baena de Moraes Lopes, estou desenvolvendo uma pesquisa sobre “*Qualidade de Vida de Mulheres Incontinentes no Ciclo Gravídico – Puerperal*” que tem como objetivos:

- Verificar o quanto a incontinência urinária (IU) interfere na qualidade de vida (QV) das puérperas;
- Comparar a QV entre puérperas continentas e incontinentes;
- Verificar em que fases do ciclo gravídico-puerperal se iniciam os sintomas de IU; a proporção de mulheres que permanece incontinente após o parto; a frequência da perda urinária; os tipos de IU; a presença de sintomas urinários e a ocorrência de comportamentos inadequados tais como: não sentar no vaso sanitário, postergar a micção e restringir a ingestão hídrica diária;
- Avaliar quais fatores considerados de risco para a IU, pela literatura pertinente e selecionados para este estudo, estão presentes e associados com a IU na população estudada;
- Verificar se a mulher durante a gestação ou puerpério procurou tratamento, se foi questionada quanto à IU e quais orientações recebeu.

Para atender a esses objetivos, foi criado um formulário com base nas recomendações e definições da Sociedade Internacional de Continência (*International Continence Society* - ICS).

No entanto, para que este instrumento seja aplicado faz-se necessária sua apreciação crítica por outros profissionais que sejam especialistas no assunto, com o intuito de estar averiguando se as questões propostas são pertinentes, claras e objetivas, ou mesmo, se há necessidade de acrescentar, modificar ou retirar algum item. Portanto, gostaria de convidá-la para participar como juiz na validação do conteúdo deste instrumento.

Caso aceite nosso convite, solicito a devolução do instrumento até o dia 29 de maio, e para que seja ser obtido consenso quanto às modificações necessárias será agendada uma reunião para dia _____ às _____ horas, na _____.

Agradeço antecipadamente a sua atenção.

Atenciosamente

Júnia Leonne Dourado de Almeida Lima

APÊNDICE 3 INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DOS JUÍZES

INSTRUÇÃO

O juiz deverá avaliar cada item do instrumento e indicar se há concordância ou não, e sugerir modificação ou retirada do item, ou de parte dele, levando em conta os seguintes critérios:

- **Clareza:** a questão é redigida de forma compreensível; é algo que se compreende bem.
- **Relevância:** importância da questão, considerando-se os objetivos e o tema.
- **Pertinência:** se a questão é válida.
- **Abrangência:** se o item abrange todos os aspectos que devem ser investigados.

E por fim o **Layout**, isto é o instrumento como um todo, o número de questões e sua apresentação, ou seja, a diagramação do instrumento deverá também ser avaliada.

A avaliação do instrumento deverá ser entregue até o dia 29 de maio, e caso haja necessidade será agendada uma reunião com todos os juízes, para que seja obtido um consenso quanto às modificações sugeridas e ou necessárias.

Caso tenha alguma dúvida favor entrar em contato com a pesquisadora Júnia Leonne D. A. Lima, tel.: (11) 8136 – 6131 ou pelo email: junia.leonne@bol.com.br; junia.leonne@hotmail.com

APÊNDICE 4

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TEMA: Qualidade de vida de mulheres incontinentes no ciclo gravídico -puerperal.

A Sra(ta) _____, idade: _____, está sendo convidada a participar de uma pesquisa intitulada “Qualidade de vida de mulheres incontinentes no ciclo gravídico - puerperal”. O estudo consiste da aplicação de três questionários, sendo um formulário com perguntas sobre a sua gestação, o parto e o pós-parto, e dois questionários com perguntas que irão avaliar sua qualidade de vida.

Visto que a perda de urina é um problema que acomete várias mulheres em diferentes faixas etárias e que há vários fatores que podem vir contribuir para o seu desenvolvimento, viu-se a importância de estar identificando o seu aparecimento o mais cedo possível para que se possa prestar alguma assistência o mais rápido possível. Além disso, no Brasil existem poucos estudos sobre o assunto no que se refere a gestação e o pós-parto.

Os objetivos deste estudo são de verificar o quanto a perda de urina interfere na qualidade de vida das mulheres no pós-parto e comparar a qualidade de vida entre mulheres continentas e incontinentes. Além de identificar em que fase da gestação ou do pós-parto iniciou a perda de urina. Assim, como verificar o número de mulheres que permanecem com problemas de perda de urina após o parto; a frequência dessa perda urinária; identificar quais situações ocorrem à perda de urina; a presença de sintomas urinários e a ocorrência de comportamentos inadequados tais como: não se sentar no vaso sanitário, adiar a vontade de urinar e evitar beber água diariamente. Avaliar quais fatores considerados de risco para perda urinária e averiguar se a mulher durante a gestação ou no pós-parto procurou tratamento ou se foi questionada quanto à perda de urina por algum médico ou enfermeira e quais orientações recebeu sobre a perda urinária.

Caso você concorde com a realização da pesquisa, será aplicado três questionários com perguntas sobre a gestação, o parto e pós-parto, e sobre queixas de perdas involuntárias de urina. Essa coleta de dados será realizada somente uma vez, quando você estiver aguardando para ser atendida na sua primeira consulta de pós-parto. As perguntas dos formulários serão feitas pela própria pesquisadora, em uma sala reservada. Ficando a senhora (ta) livre para escolher se vai responder ou não as perguntas. No entanto, caso a senhora (ta) não se recorde ou fique em dúvida em alguma pergunta do formulário, a pesquisadora irá pegar a (s) resposta (s) no prontuário do hospital onde você deu a luz.

Não há riscos previsíveis e em caso de qualquer risco ou desconforto a pesquisa será interrompida.

Você poderá ter todas as informações que quiser e poderá retirar o seu consentimento a qualquer momento, sem prejuízo ao atendimento, mesmo que os dados já tenham sido colhidos e

analisados. Pela sua participação neste estudo, você não receberá qualquer valor em dinheiro, e terá a garantia de que todas as despesas necessárias para a realização da pesquisa não serão de sua responsabilidade. O seu nome não aparecerá em qualquer momento do estudo, nem em qualquer forma pela qual este trabalho for divulgado.

Assinatura do pesquisador responsável:

Júnia Leonne D. A. Lima. Tel.: (11) 8136-6131

Em caso de eventuais dúvidas, procurar o Comitê de ética em pesquisa da Universidade Estadual de Campinas, tel.: (19) 3521-8936

Eu, _____,

li e/ou ouvi o esclarecimento acima e compreendi os objetivos do estudo e quais procedimentos serão realizados. A explicação que recebi esclarece os riscos e benefícios do estudo. Entendi que sou livre para interromper a minha participação a qualquer momento, sem justificar minha decisão, e que isso não afetará o meu tratamento. Sei que o meu nome não será divulgado, bem como não haverá despesas e nem pagamento por participar do estudo.

Estou de acordo com a minha participação no estudo, data: ____/____/____

Número do RG:
