

LÍGIA DA SILVA LEROY

**INCONTINÊNCIA URINÁRIA NO
PUERPÉRIO: FATORES DE RISCO E
IMPACTO NA QUALIDADE DE VIDA**

CAMPINAS

2011



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
Faculdade de Ciências Médicas

**INCONTINÊNCIA URINÁRIA NO PUERPÉRIO: FATORES DE RISCO E
IMPACTO NA QUALIDADE DE VIDA**

LÍGIA DA SILVA LEROY

Dissertação de Mestrado apresentada à Pós-Graduação da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas - UNICAMP para obtenção do título de Mestre em Enfermagem, sob orientação da **Profa. Dra. Maria Helena Baena de Moraes Lopes**.

Campinas, 2011

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA POR
ROSANA EVANGELISTA PODEROSO – CRB8/6652 - BIBLIOTECA DA FACULDADE
DE CIÊNCIAS MÉDICAS
UNICAMP

L562i Leroy, Lígia da Silva, 1985 -
Incontinência urinária no puerpério: fatores de risco e
impacto na qualidade de vida. / Lígia da Silva Leroy. --
Campinas, SP : [s.n.], 2011.

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

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

Informações para Biblioteca Digital

Título em inglês: Urinary incontinence in postpartum period: risk factors and impact on quality of life

Palavra-chave em inglês:

Urinary incontinence

Postpartum period

Risk factors

Quality of life

Área de concentração: Enfermagem e Trabalho

Titulação: Mestre em Enfermagem

Banca examinadora:

Maria Helena Baena de Moraes Lopes [Orientador]

Miako Kimura

Cássio Luís Zanettini Ricetto

Data da defesa: 29-06-2011

Programa de Pós-Graduação: Faculdade de Ciências Médicas

**COMISSÃO EXAMINADORA DA DISSERTAÇÃO DE
MESTRADO**

LÍGIA DA SILVA LEROY (RA:024336)

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

Membros:

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

Maria Helena B. de Moraes Lopes

2. PROFA. DRA. MIAKO KIMURA

Miako Kimura

3. PROF. DR. CÁSSIO LUÍS ZANETTINI RICETTO

Cássio Luís Zanettini Ricetto

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

Data: 29 de junho de 2011

À todas as puérperas que sofrem de Incontinência Urinária e que, através de suas vivências, tornaram possível a elaboração deste trabalho.

AGRADECIMENTOS

À Deus, hoje e sempre, pelo dom da vida.

Aos meus queridos pais, irmãs e cunhados pelo incentivo.

Ao meu amado esposo, pelo apoio e companheirismo.

À minha orientadora, Prof^ª Dr^ª Maria Helena Baena de Moraes Lopes pelos sábios ensinamentos.

Aos membros da banca examinadora de qualificação e defesa pela participação e relevantes apontamentos.

Aos profissionais que aceitaram participar do processo de validação do questionário para coleta de dados.

À secretária do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da FCM – UNICAMP pelo auxílio.

À todas as puérperas participantes que tornaram esta pesquisa possível.

*“Por vezes sentimos que aquilo que fazemos não é senão
uma gota de água no oceano. Mas o oceano seria menor
se lhe faltasse uma gota.”*

MADRE TERESA DE CALCUTÁ

*“Porque aos seus anjos ele mandou, que me guardem em
todos os meus caminhos.”*

SALMO 90

Lista de Abreviaturas e Siglas.....	viii
Lista de Anotações.....	ix
Lista de Tabelas	x
RESUMO.....	xi
ABSTRACT.....	xiii
1. INTRODUÇÃO.....	16
2. OBJETIVOS.....	22
2.1 Geral.....	22
2.2 Específicos	22
3. ARTIGOS	24
Artigo 1.....	26
Artigo 2.....	47
4. DISCUSSÃO.....	70
5. CONCLUSÕES.....	75
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	77
7. ANEXOS.....	83
8. APÊNDICES.....	93

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CEP	- Comitê de Ética em Pesquisa
cm	- Centímetro
FCM	- Faculdade de Ciências Médicas
g	- Grama
IC	- Intervalo de Confiança
ICS	- <i>International Continence Society</i>
ICIQ-SF	- <i>International Consultation on Incontinence Questionnaire – Short Form</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
OMS	- Organização Mundial de Saúde
QV	- Qualidade de Vida
QVRS	- Qualidade de Vida Relacionada à Saúde
RN	- Recém-Nascido
SF-36	- <i>Medical Outcomes Study 36 - Item Short Form Health Survey</i>
TMAP	- Treinamento dos músculos do assoalho pélvico
UNICAMP	- Universidade Estadual de Campinas

LISTA DE ANOTAÇÕES

=	- Igual a
>	- É maior que
<	- É menor que
≥	- É maior ou igual que
≤	- É menor ou igual que
%	- Porcentagem

ARTIGO 1

Figura 1: Procedimento de coleta de dados.....	33
Tabela 1: Características da perda urinária no puerpério (n=77) – Campinas - SP, 2010.....	36
Tabela 2: Comparação de puérperas incontinentes e continentas quanto à frequência de fatores considerados de risco para IU, segundo a literatura – Campinas – SP, 2010.....	37

ARTIGO 2

Figura 1: Procedimento de coleta de dados.....	54
Tabela 1: Características da perda urinária no puerpério (n=77) – Campinas - SP, 2010.....	58
Tabela 2: Valores dos escores de cada domínio do KHQ em puérperas incontinentes (n=77) – Campinas – SP, 2010.....	59
Tabela 3: Valores dos escores do ICIQ-SF e domínios do KHQ de acordo com o tipo de IU (n=77) – Campinas – SP, 2010.....	60
Tabela 4: Comparação dos escores médios obtidos nos domínios do SF-36 de puérperas incontinentes e continentas – Campinas – SP, 2010.....	62

Objetivos: Caracterizar a Incontinência Urinária (IU) no puerpério quanto ao tipo, freqüência, quantidade, situações de perda urinária e período de início dessa condição; investigar os fatores de risco para IU após o parto e avaliar se esta compromete a Qualidade de Vida Relacionada à Saúde (QVRS) e em quais aspectos. **Método:** Trata-se de estudo caso-controle. Foram incluídas 344 puérperas (77 casos e 267 controles) de até 90 dias pós-parto que compareceram ao Ambulatório de Obstetrícia de um hospital público terciário e de ensino, do interior do estado de São Paulo, Brasil, para consulta de revisão pós-parto. Aplicou-se questionário com dados sociodemográficos e clínicos, formulado e validado para o estudo, acrescido do *International Consultation on Incontinence Questionnaire – Short Form (ICIQ-SF)*, *King’s Health Questionnaire (KHQ)* e *Medical Outcomes Study 36 – Item Short Form Health Survey (SF-36)*. **Resultados:** A IU de esforço foi o tipo mais freqüente no puerpério (45,5%). A maior parte das mulheres tinha perda urinária diversas vezes ao dia (44,2%), em pequena quantidade (71,4%), ao tossir ou espirrar (57,1%). A IU iniciou freqüentemente durante a gestação (70,1%) e permaneceu após o parto. A ocorrência de IU no puerpério esteve associada à IU durante gestação ($p < 0,0001$), multiparidade ($p = 0,0291$) e idade gestacional no parto maior ou igual a 37 semanas ($p = 0,0193$). Ao ajustar-se um modelo de regressão logística binária, verificou-se que IU na gestação (OR 12,82, IC 95% 6,94 – 23,81, $p < 0,0001$), multiparidade (OR 2,26, IC 95% 1,22 – 4,19, $p = 0,0094$), idade gestacional no parto maior ou igual a 37 semanas (OR 2,52, IC 95% 1,16 – 5,46, $p = 0,0199$) e constipação (OR 1,94, IC 95% 1,05 – 5,46, $p = 0,0345$) foram fatores de risco para IU no puerpério. O escore médio total do ICIQ-SF foi 13,9 (DP=3,7). Puérperas incontinentes apresentaram pontuação média elevada, indicativa de pior qualidade de vida, nos domínios Impacto da Incontinência, Emoções, Limitações de Atividades Diárias e Limitações Físicas do KHQ. Na comparação entre

puérperas continentas e incontinentes observou-se diferença significativa nos domínios Aspectos Físicos ($p=0,0047$), Dor ($p=0,0419$), Estado Geral de Saúde ($p=0,0002$), Vitalidade ($p=0,0072$), Aspectos Sociais ($p=0,0318$) e Saúde Mental ($p=0,0001$) do SF-36. **Conclusões:** A IU de esforço foi o tipo mais comum no puerpério e a perda urinária ocorreu em pequena quantidade, porém com frequência elevada, em geral ao tossir ou espirrar. A IU iniciou-se frequentemente na gestação e permaneceu após o parto. IU na gestação, multiparidade, idade gestacional no parto maior ou igual a 37 semanas e constipação foram fatores de risco para IU no puerpério. No ICIQ-SF foi demonstrado que a IU compromete a QVRS de maneira elevada. O KHQ revelou impacto elevado da IU nos domínios Impacto da Incontinência, Emoções, Limitações de Atividades Diárias e Limitações Físicas. Os escores do SF-36 de puérperas continentas e incontinentes diferiram nos domínios Aspectos Físicos, Dor, Estado Geral de Saúde, Vitalidade, Aspectos Sociais e Saúde Mental, que foi pior para as incontinentes, revelando maior comprometimento nestes aspectos da QVRS devido à IU. A IU afeta de maneira significativa aspectos da saúde física e mental de puérperas, sobretudo daquelas com IU mista (IUM).

Linha de Pesquisa: Processo de Cuidar em Saúde e Enfermagem

Palavras-chave: Incontinência urinária; Período pós-parto; Fatores de risco; Qualidade de vida.

Objectives: To characterize Urinary Incontinence (UI) during postpartum period according to type, frequency, quantity, situations of leaking urine and UI onset; to investigate the risk factors for urinary incontinence after childbirth and assess whether this compromises the Health Related Quality of Life (HRQOL) and in which aspects. **Method:** This is a case-control study. It were included 344 women (77 cases and 267 controls) up to 90 days postpartum who attended the Obstetrics Clinic of a public, tertiary and education hospital, in the state of Sao Paulo, Brazil, to follow up visit in postpartum period. Designed and validated questionnaire with sociodemographic and clinical data was used, plus the *International Consultation on Incontinence Questionnaire - Short-Form (SF-ICIQ)*, *King's Health Questionnaire (KHQ)* and the *Medical Outcomes Study 36 - Item Short Form Health Survey (SF-36)*. **Results:** Stress urinary incontinence was the most frequent type in postpartum period (45.5%). Most women had urinary leakage several times a day (44.2%) in small amount (71.4%), when coughing or sneezing (57.1%). The UI is often initiated during pregnancy (70.1%) and remained after childbirth. The occurrence of postpartum urinary incontinence was associated with UI during pregnancy ($p<0.0001$), multiparity ($p=0.0291$) and gestational age at delivery greater than or equal to 37 weeks ($p=0.0193$). When setting up a binary logistic regression model, showed that UI during pregnancy (OR 12.82, 95% CI 6.94 – 23.81, $p<0.0001$), multiparity (OR 2.26, 95% CI 1.22 – 4.19, $p=0.0094$), gestational age at delivery greater than or equal to 37 weeks (OR 2.52, 95% CI 1.16 – 5.46, $p=0.0199$) and constipation (OR 1.94, 95% CI 1.05 - 5.46, $p=0.0345$) were risk factors for postpartum UI. The mean total score of ICIQ-SF was 13.9 (SD=3.7). Postpartum incontinent women presented even higher scores, indicating greater impact in HRQOL, in the following KHQ domains: Incontinence Impact, Emotions, Limitations of Daily Activities and Physical Limitations. In comparison among postpartum continent and incontinent women

significant differences were observed in the areas of Physical Aspects ($p=0.0047$), Pain ($p=0.0419$), General Health ($p=0.0002$), Vitality ($p=0.0072$), Social Aspects ($p=0.0318$) and Mental Health ($p=0.0001$) of SF-36. **Conclusions:** Stress urinary incontinence was the most common type of urinary incontinence and postpartum leakage occurred in small quantity, but with high frequency, generally when coughing or sneezing. The UI is often initiated during pregnancy and remained in the postpartum period. UI during pregnancy, multiparity, gestational age at delivery greater than or equal to 37 weeks and constipation were risk factors for postpartum UI. ICIQ-SF demonstrated that UI compromises the HRQOL of a high way. The KHQ revealed high impact of UI in the domains Incontinence Impact, Emotions, Limitations of Daily Activities and Physical Limitations. The scores of SF-36 for postpartum continent and incontinent groups differed in the areas of Physical Aspects, Pain, General Health, Vitality, Social Aspects and Mental Health, which were worse for the incontinent, indicating greater impairment of these aspects of HRQOL due to UI. UI significantly affects aspects of physical and mental health of postpartum women, especially those with mixed urinary incontinence (MUI).

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

Em 1990, Petros e Ulmsten introduziram a Teoria Integral, na qual a Incontinência Urinária (IU) feminina é explicada em termos de disfunções anatômicas – uma anatomia vaginal defeituosa em particular⁽¹⁾. A perda urinária se originaria, por diferentes razões, da frouxidão vaginal, causada por defeitos na própria parede vaginal ou suas estruturas de suporte, isto é, músculos, ligamentos e inserções de tecido conjuntivo⁽¹⁾.

A IU é definida atualmente pela *International Continence Society* (ICS) como a “queixa de qualquer perda involuntária de urina”⁽²⁾, valorizando a queixa do paciente. A caracterização da IU ocorre de acordo com os eventos que incitam a perda de urina, sendo classificada como IU de esforço (perda urinária simultânea a esforço, exercício físico, tosse ou espirro), IU de urgência (perda involuntária de urina acompanhada ou imediatamente precedida por súbito e incontrolável desejo de urinar, difícil de ser adiado) ou IU mista (quando há sinais e sintomas dos dois tipos relatados acima)⁽²⁾.

A gestação e o parto podem afetar o trato urinário inferior através de alterações anatômicas, danos à inervação ou traumatismo⁽³⁾. Os efeitos do parto são freqüentemente globais, incluindo mudanças hormonais⁽⁴⁾, na continência urinária e anal e no suporte do assoalho pélvico⁽³⁾. Estudo eletromiográfico demonstrou que, quando comparado à cesariana, o parto vaginal esteve associado à diminuição da contratilidade muscular do assoalho pélvico no puerpério tardio⁽⁵⁾.

O puerpério corresponde ao “período do ciclo gravídico-puerperal em que as modificações locais e sistêmicas, provocadas pela gravidez e parto no organismo da mulher, retornam à situação do estado pré-gravídico”⁽⁶⁾. Pode ser classificado em: imediato (1º ao 10º dia pós-parto), tardio (11º ao 42º dia) e remoto (a partir do 43º dia)⁽⁶⁾. Trata-se de um período de grandes mudanças físicas, emocionais e sociais, que se caracteriza por múltiplas interações entre mães, bebês e profissionais de saúde, permitindo diversas ações relacionadas à

promoção da saúde e prevenção de doenças⁽⁷⁾. As características próprias desta fase podem ser agravadas pela IU, comprometendo a qualidade de vida.

A IU é condição comum entre as mulheres, com prevalência de 26,5%⁽⁸⁾ entre 35 e 64 anos, e 41%⁽⁹⁾ acima dos 65 anos. No climatério, a prevalência de IU de esforço em mulheres brasileiras é de 35%⁽¹⁰⁾. Durante a gestação, os dados oscilam entre 58%⁽¹¹⁾ e 74%⁽¹²⁾ em nulíparas e múltiparas, e 36% considerando-se apenas primigestas⁽¹³⁾.

Após o parto, diferentes taxas de IU são descritas na literatura, de acordo com a paridade e o período abordado. Nos primeiros três meses de puerpério, a prevalência geral de IU é de 33% e as taxas de IU de esforço (IUE) e IU de urgência (IUU) são de 24,6% e 14,8%, respectivamente, em mulheres com um ou mais partos anteriores⁽¹⁴⁾. Em primíparas são descritas taxas de prevalência de IU de 16,3% sete semanas após o parto⁽¹⁵⁾, 13 %⁽¹³⁾ e 29%⁽¹⁶⁾ aos três meses de puerpério, e 31% aos seis meses pós-parto⁽¹⁷⁾. A prevalência de IUE às oito semanas de puerpério é de 40% em primíparas e 36% em múltiparas⁽¹⁸⁾. Um ano após o parto, as taxas de IUE são de 18,4% em primíparas e 24,3% em múltiparas⁽¹⁹⁾. Essa variação nos achados pode ser explicada pela diversidade nas definições de IU, nos desenhos de estudo e nas populações investigadas^(14-15,18-19).

A IU é uma condição que pode iniciar-se antes, durante ou após a gestação. Coorte multicêntrico realizado com primíparas⁽¹⁶⁾ encontrou que, dentre as incontinentes, 51% desenvolveram IU após a primeira gestação, 9% tinham perda de urina diária ou mais freqüente e 33% usavam forro devido à incontinência. O tipo mais prevalente aos três meses de puerpério foi IU de esforço, seguido por IU mista e IU de urgência⁽¹⁶⁾. Aos seis meses pós-parto, a IU de esforço também foi o tipo mais comumente encontrado, sendo que apenas 5% das mulheres tinham queixa de perda urinária freqüente (uma vez ao dia ou mais) e 5% relatavam perder grandes quantidades⁽¹⁷⁾.

Estudo realizado em nosso meio encontrou que 10% das mulheres relatavam IU no puerpério, sendo a IU de esforço a mais freqüente⁽²⁰⁾. A maioria dos sujeitos reportou perda urinária em pequena quantidade, com 32% das mulheres utilizando protetor ou forro, o que causou prejuízo ou incômodo⁽²⁰⁾. No município de Campinas, estudo transversal identificou que, entre mulheres assintomáticas na gestação, 13,7% desencadearam IU de esforço e 30,5% IU de urgência, três anos após o parto⁽²¹⁾.

Diferentes fatores de risco podem estar envolvidos na IU puerperal, dependendo do período de origem dessa condição. É descrito que idade materna avançada (acima de 35 anos)^(16-17,19,22-24), IU na gestação^(15,17,19,20,25-28), elevado índice de massa corpórea (IMC)^(3,16-17,20,24,26,29), multiparidade^(20,22,28) e parto vaginal^(15-17,24-25,27,29-30) são fatores associados à IU no puerpério.

Outros fatores de risco são ainda controversos porque foram analisados pontualmente em alguns estudos e mostraram-se fracamente ou não associados à IU no puerpério. Estes fatores incluem: cor ou raça^(22,25), episiotomia^(16,19,25-26,30-31), lacerações de períneo^(16,19,24,26,30), perímetro cefálico do recém-nascido (RN)^(16,19,29), peso do RN^(16,19,24,26,29-30), idade gestacional no parto^(16,26,29), tabagismo^(19,25) e constipação^(19,24,32).

A IU é uma condição que gera custo no cuidado à saúde e possui impacto emocional e financeiro crescente⁽³³⁾. Os custos são diretos, relacionados ao tratamento, e indiretos, decorrentes do impacto psicossocial (depressão, isolamento social, baixa auto-estima)⁽³⁴⁾. Trata-se de uma das condições mais subnotificadas dentro do sistema de cuidado à saúde⁽³⁴⁾. A investigação rotineira da presença de IU pode permitir o diagnóstico precoce e tratamento adequado, melhorando a qualidade de vida⁽³⁴⁾.

A IU no puerpério tem sido relatada como um problema higiênico^(16,28), que interfere no trabalho e na vida social e sexual das mulheres⁽¹⁶⁾. A presença de IU após o parto pode gerar

impacto negativo na qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS)⁽³⁵⁾. Apesar disso, muitas mulheres não buscam auxílio para o problema⁽³⁶⁾.

Estudo realizado com primíparas que utilizou o *King's Health Questionnaire* (KHQ), um questionário específico para avaliar a repercussão da IU na qualidade de vida, encontrou escores indicativos de pior qualidade de vida nos domínios Percepção Geral de Saúde e Relações Pessoais, indicando maior impacto da IU nessas áreas⁽¹³⁾. Os autores destacam que as respostas sobre relações pessoais podem ter sido afetadas por outras morbidades freqüentemente presentes no puerpério, como dor perineal e depressão pós-parto. Frente a isto, recomendam a utilização de um questionário geral de saúde em paralelo a um específico para essa condição⁽¹³⁾.

Terapias efetivas para aliviar os sintomas de IU são possíveis e os profissionais de saúde devem investigar a presença desse agravo, oferecendo avaliação e tratamento para mulheres com essa condição⁽³⁵⁾. Sabe-se que o treinamento dos músculos do assoalho pélvico (TMAP) pode reduzir os sintomas de IU de esforço^(28,37), devendo ser implementado em serviços públicos de saúde^(28,36). Quando realizado no pré-natal, o TMAP reduz a prevalência de IU na gestação e puerpério (até 12 semanas)⁽³⁷⁾. Após o parto, trata-se de tratamento efetivo para mulheres incontinentes⁽³⁷⁾.

Apesar da IU no puerpério ser um problema freqüente que pode comprometer a qualidade de vida, poucos estudos nacionais verificaram a associação desse agravo com fatores considerados de risco. Destaca-se ainda a falta de estudos longitudinais com tamanho amostral adequado⁽²⁰⁾. Além disso, em nosso meio são poucos os estudos que avaliam a QVRS de puérperas incontinentes.

Conhecer os fatores de risco para IU puerperal na população brasileira permitirá ao profissional de saúde identificar precocemente mulheres mais sujeitas a desenvolver essa

condição, possibilitando a aplicação de medidas preventivas que reduzam a prevalência desse agravo. Torna-se necessário investigar a qualidade de vida dessas mulheres para verificar o comprometimento que a IU após o parto pode gerar na QVRS e propor medidas que possam minimizá-lo, o que contribuirá para melhoria da saúde e bem-estar dessa população.

2.1. Geral

Investigar a IU no puerpério quanto a fatores de risco e comprometimento da QVRS de mulheres atendidas em hospital público terciário e de ensino, do interior do estado de São Paulo, Brasil.

2.2. Específicos

- Caracterizar a IU no puerpério quanto ao tipo, frequência e quantidade de perda urinária, situações em que ela ocorre e período de início da IU.
- Verificar se há associação da IU no puerpério com idade, cor ou raça, IU na gravidez, IMC, paridade, tipo de parto, presença de episiotomia e/ou lacerações de períneo, perímetro cefálico do RN, peso do RN, idade gestacional no parto, tabagismo e constipação.
- Avaliar se a IU no puerpério compromete a QVRS e em quais aspectos.



- **ARTIGO 1**

FATORES DE RISCO PARA INCONTINÊNCIA URINÁRIA NO PUERPÉRIO

- **ARTIGO 2**

**A INCONTINÊNCIA URINÁRIA NO PUERPÉRIO E O IMPACTO NA
QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE**

FATORES DE RISCO PARA INCONTINÊNCIA URINÁRIA NO PUERPÉRIO

RISK FACTORS FOR URINARY INCONTINENCE IN POSTPARTUM PERIOD

Lígia da Silva Leroy¹

Maria Helena Baena de Moraes Lopes²

RESUMO

Objetivos: Investigar os fatores de risco para Incontinência Urinária (IU) no puerpério e caracterizá-la quanto ao tipo, severidade, situações de perda urinária e período de início.

Método: Trata-se de estudo caso-controle. Foram incluídas 344 puérperas (77 casos e 267 controles) de até 90 dias pós-parto que compareceram ao Ambulatório de Obstetrícia de um hospital público terciário e de ensino, do interior do estado de São Paulo, Brasil, para consulta de revisão pós-parto. Aplicou-se questionário com dados sociodemográficos e clínicos formulado e validado para o estudo e o *International Consultation on Incontinence Questionnaire – Short Form* (ICIQ-SF) com a finalidade de avaliar a perda urinária quanto a frequência, quantidade e situações nas quais ocorria. O *King's Health Questionnaire* (KHQ) foi utilizado para identificar o tipo de IU. **Resultados:** A IU de esforço foi o tipo mais freqüente no puerpério (45,5%). A maior parte das mulheres tinha perda urinária diversas vezes ao dia (44,2%), em pequena quantidade (71,4%), ao tossir ou espirrar (57,1%). A IU iniciou-se

¹ Enfermeira. Mestranda pelo Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Faculdade de Ciências Médicas (FCM) da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP).
Endereço eletrônico: ligialeroy@yahoo.com.br.

² Enfermeira. Doutora em Ciências. Professora Associada do Departamento de Enfermagem da FCM-UNICAMP.
Endereço eletrônico: mhbaena@fcm.unicamp.br ou mhbaenam1@yahoo.com.br.

freqüentemente na gestação (70,1%) e permaneceu após o parto. A ocorrência de IU no puerpério esteve associada à IU durante a gestação ($p < 0,0001$), multiparidade ($p = 0,0291$) e idade gestacional no parto maior ou igual a 37 semanas ($p = 0,0193$). Ao ajustar-se um modelo de regressão logística binária, verificou-se que IU na gestação (OR 12,82, IC 95% 6,94 – 23,81, $p < 0,0001$), multiparidade (OR 2,26, IC 95% 1,22 - 4,19, $p = 0,0094$), idade gestacional no parto maior ou igual a 37 semanas (OR 2,52, IC 95% 1,16 – 5,46, $p = 0,0199$) e constipação (OR 1,94, IC 95% 1,05 – 5,46, $p = 0,0345$) foram fatores de risco para IU no puerpério. **Conclusões:** A IU de esforço foi o tipo mais comum no puerpério e a perda urinária ocorreu em pequena quantidade, porém com freqüência elevada, em geral ao tossir ou espirrar. A IU iniciou-se freqüentemente na gestação e permaneceu após o parto. IU na gestação, multiparidade, idade gestacional no parto maior ou igual a 37 semanas e constipação foram fatores de risco para IU no puerpério.

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

ABSTRACT

Objectives: To investigate the risk factors for Urinary Incontinence (UI) in the postpartum period and to characterize the type, severity, situations of urinary incontinence and startup times.

Method: This is a case control study. It were included 344 women (77 cases and 267 controls) up to 90 days postpartum who attended the Obstetrics Clinic of a public hospital and tertiary education, in the state of Sao Paulo, Brazil, to follow up visit after delivery. Designed and validated questionnaire with sociodemographic and clinical data was used for these study and the *International Consultation on Incontinence Questionnaire - Short Form* (ICIQ-SF) for the

purpose of evaluating the urinary leakage as the frequency, quantity, and situations in which occurred. The *King's Health Questionnaire* (KHQ) was used to identify the type of UI. **Results:** Stress urinary incontinence was the most frequent type in postpartum period (45.5%). Most women had urinary leakage several times a day (44.2%) in small amount (71.4%), when coughing or sneezing (57.1%). The UI is often initiated during pregnancy (70.1%) and remained after childbirth. The occurrence of postpartum urinary incontinence was associated with UI during pregnancy ($p<0.0001$), multiparity ($p=0.0291$) and gestational age at delivery greater than or equal to 37 weeks ($p=0.0193$). When setting up a binary logistic regression model, showed that UI during pregnancy (OR 12.82, 95% CI 6.94 – 23.81, $p<0.0001$), multiparity (OR 2.26, 95% CI 1.22 – 4.19, $p=0.0094$), gestational age at delivery greater than or equal to 37 weeks (OR 2.52, 95% CI 1.16 – 5.46, $p=0.0199$) and constipation (OR 1.94, 95% CI 1.05 - 5.46, $p=0.0345$) were risk factors for postpartum UI. **Conclusions:** Stress urinary incontinence was the most common type of urinary incontinence and postpartum leakage occurred in small quantity, but with high frequency, generally when coughing or sneezing. The UI is often initiated during pregnancy and remained in the postpartum period. UI during pregnancy, multiparity, gestational age at delivery greater than or equal to 37 weeks and constipation were risk factors for postpartum UI.

Keywords: Urinary incontinence; Postpartum period; Risk factors.

1. INTRODUÇÃO

A Incontinência Urinária (IU) é condição freqüente no ciclo gravídico puerperal, com prevalência de 36%⁽¹⁾ a 58%⁽²⁾ na gestação e 27%⁽³⁾ a 33%⁽⁴⁾ no pós-parto, de acordo com as características da população investigada, definição de IU e período abordado⁽⁴⁻⁷⁾.

A fisiopatologia da IU na gestação e puerpério é multifatorial e envolve a gravidez em si, mudanças hormonais, alterações no ângulo uretrovesical, danos anatômicos após o parto e forças dinâmicas envolvendo os tecidos muscular e conjuntivo⁽⁸⁾.

A presença de IU na gestação e pós-parto imediato pode predizer a existência dessa condição a longo prazo⁽⁹⁾. Coorte prospectivo realizado doze anos após o parto revelou que 66% das mulheres incontinentes na primeira gestação ou puerpério recente (três meses) reportaram IU, comparado a 32,6% daquelas previamente continentas em um desses períodos⁽⁹⁾.

A IU de esforço (IUE) é a mais freqüente entre as puérperas^(3-4,7,10-14), seguida pela IU mista (IUM)^(3,10,12) e IU de urgência (IUU)^(3,10,12). Em geral, os episódios de perda urinária são pouco freqüentes^(4,7,14) e a quantidade de urina perdida é pequena^(7,13-14).

Idade materna acima de 35 anos^(6,10-11,13,15-16), IU na gestação^(6-7,13-14,17-20), elevado índice de massa corpórea (IMC)^(10,13-14,16,18,21-22), multiparidade^(11,14,20) e parto vaginal^(7,10,13,16-17,19,21,23) são considerados fatores de risco para IU no puerpério.

Outros fatores como: cor ou raça^(11,17), episiotomia^(6,10,17-18,23-24), lacerações de períneo^(6,10,16,18,23), perímetro cefálico do recém-nascido (RN)^(6,10,21), peso do RN^(6,10,16,18,21,23), idade gestacional no parto^(10,18,21), tabagismo^(6,17) e constipação^(6,16,25) necessitam de maior investigação para comprovar sua associação com a IU no pós-parto.

Estudos com tamanho amostral adequado que verifiquem os fatores de risco para IU puerperal em nosso meio são escassos⁽¹⁴⁾. Conhecê-los permitirá ao profissional de saúde identificar precocemente mulheres mais sujeitas a desenvolver essa condição, possibilitando a aplicação de medidas preventivas que reduzam a prevalência de IU.

Desta forma, o objetivo deste estudo foi investigar os fatores de risco para IU no puerpério de mulheres atendidas em hospital público terciário e de ensino, do interior do estado de São Paulo, Brasil, e caracterizar a IU quanto ao tipo, freqüência e quantidade de perda urinária, situações em que ela ocorre e período de início dessa condição.

2. MÉTODO

Trata-se de um estudo caso-controle realizado entre maio e dezembro de 2010. Os sujeitos foram mulheres de até 90 dias pós-parto que compareceram ao Ambulatório de Obstetrícia de um hospital público terciário e de ensino, do interior do estado de São Paulo, Brasil, para consulta de revisão pós-parto.

A pesquisadora selecionou as puérperas que cumpriam os critérios de inclusão do estudo, a partir da aplicação inicial de uma lista de verificação. Assim, foram excluídas as mulheres com incontinência urinária antes da gestação e aquelas que apresentavam qualquer uma das condições seguintes: gestação gemelar, presença de: hipertensão arterial, diabetes mellitus, doença pulmonar obstrutiva crônica, doença neurológica, infecção de trato urinário, litíase renal, história pregressa de cirurgia pélvica (exceto parto cesáreo), tratamento atual para IU e/ou uso de medicações que interferem na função do trato urinário inferior.

O tamanho amostral foi calculado para detectar uma razão de chances de 3,0 em uma relação de um caso para três controles, assumindo um nível de significância de 5% e poder do

teste de 80%, com a prevalência de expostos entre os casos estimada em 20%⁽¹⁰⁾. O cálculo amostral estimado foi de 74 casos e 222 controles.

Os casos (puérperas incontinentes) e controles (puérperas continentas) foram identificados por meio das questões 3 e 4 do *International Consultation on Incontinence Questionnaire – Short Form* (ICIQ-SF), validado em português por Tamanini et al.⁽²⁶⁾, que avaliam, respectivamente, frequência e quantidade de perda urinária, permitindo identificar se a pessoa apresenta ou não IU. Considerou-se como incontinente a mulher que reportava frequência e/ou quantidade de perda urinária nas últimas quatro semanas.

Os controles corresponderam às puérperas que assinalavam “nunca” na questão 3 e “nenhuma” na questão 4 do ICIQ-SF. Vale salientar que, logo após o preenchimento destas questões, mulheres sem queixa de frequência e quantidade de perda urinária eram orientadas a responder novamente as questões 3 e 4, considerando do período pós-parto imediato até o momento de inclusão no estudo, a fim de se avaliar o estado de continência no puerpério. Aquelas que mantinham as respostas (“nunca” na questão 3 e “nenhuma” na questão 4) eram consideradas continentas.

Para coleta de dados sociodemográficos e clínicos foi elaborado um questionário submetido à análise de validade de conteúdo realizada por três juízes com experiência na área de tocoginecologia e/ ou uroginecologia. Algumas alterações nas questões e formatação foram sugeridas, resultando no instrumento final. Este foi pré-testado com dez puérperas, evidenciando não serem necessárias outras modificações.

O questionário era composto por três seções. A Seção I continha questões de caracterização sociodemográfica (idade, cor, estado civil, escolaridade e renda), a Seção II investigava o início da IU, tabagismo, constipação e número de filhos vivos, assim como peso (kg) e altura (m) relatados pela puérpera no dia da coleta de dados para cálculo do IMC, obtido

a partir da fórmula: peso (kg)/altura (m)², e a Seção III correspondia aos dados relacionados ao parto e nascimento obtidos do prontuário da puérpera ou cartão do recém-nascido.

Os potenciais fatores de risco investigados neste estudo foram: idade materna (≤ 25 , 26-30, 31-35 e >35 anos), cor ou raça (branca, preta, amarela, parda e indígena, segundo classificação do IBGE⁽²⁷⁾), IU na gravidez (sim ou não), IMC (abaixo do peso: <20 kg/m², peso normal: 20-24,9 kg/m², sobrepeso: 25-29,9 kg/m² e obeso: ≥ 30 kg/m², conforme literatura⁽¹³⁾), paridade (primíparas e multíparas), tipo de parto atual (normal, fórceps e cesáreo), tipo(s) de parto(s) anterior(es) (nenhum, somente parto vaginal, somente parto cesáreo, maioria vaginais, maioria cesáreos e mesmo número de vaginais e cesáreos), episiotomia (sim ou não), lacerações de períneo (sim ou não), perímetro cefálico do RN (<34 e ≥ 34 cm), peso do RN (<3000 , 3000-3500 e >3500 g), idade gestacional no parto (<37 e ≥ 37 semanas), tabagismo (nunca fumou, ex-fumante e fumante) e constipação (definida como menos de três evacuações por semana e necessidade de fazer esforço por mais de 25% do tempo de defecação⁽²⁸⁾, categorias de resposta: sim ou não).

No grupo de mulheres incontinentes investigou-se ainda a freqüência, quantidade e situações de perda urinária por meio do ICIQ-SF. Aplicou-se o *King's Health Questionnaire* (KHQ), validado em português por Tamanini et al.⁽²⁹⁾, cuja escala de sintomas permitiu identificar o tipo de IU. Considerou-se como IU de esforço a perda urinária que ocorre durante a realização de esforço físico como tossir, espirrar, correr, etc., IU de urgência como uma vontade muito forte de urinar, com perda de urina antes de chegar ao banheiro, e IU mista quando assinaladas ambas as opções⁽²⁹⁾.

As mulheres que cumpriam os critérios de seleção foram convidadas a participar da pesquisa e, após assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE), iniciou-se a

coleta de dados, aplicando-se os questionários de maneira auto-respondível. No entanto, a mulher poderia pedir esclarecimentos à pesquisadora sempre que necessário.

Os casos responderam ao ICIQ-SF, seguido do questionário de caracterização e KHQ. Os controles responderam ao ICIQ-SF e questionário elaborado para o estudo. A Figura 1 abaixo ilustra o procedimento de coleta de dados:

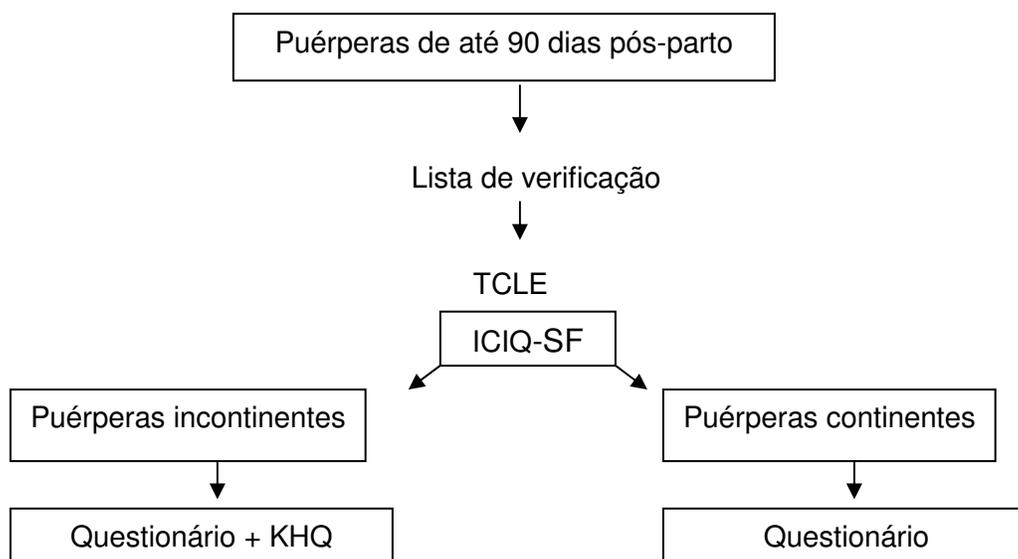


Figura 1 - Procedimento de coleta de dados.

Legenda: TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.
ICIQ-SF – *International Consultation on Incontinence Questionnaire–Short Form*.
KHQ – *King's Health Questionnaire*.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Instituição (parecer 247/2010), atendendo a legislação vigente no país.

Análise Estatística

Utilizou-se estatística descritiva, calculando-se as freqüências absolutas e relativas das variáveis categóricas e medidas de posição e dispersão das variáveis contínuas. Para avaliar a aderência das variáveis contínuas à distribuição normal, aplicou-se o teste de Kolmogorov-

Sminov. Os grupos foram comparados segundo suas características sociodemográficas e clínicas utilizando o teste Qui-quadrado de Pearson para as variáveis categóricas e o teste de Mann-Whitney para variáveis contínuas. Ajustou-se um modelo de regressão logística binária para avaliar possíveis fatores de risco para IU. As variáveis sociodemográficas e clínicas que, na análise bivariada apresentaram valor de $p \leq 0,20$ foram testadas no modelo. A seleção das variáveis no modelo final ocorreu segundo o critério de seleção *stepwise*⁽³⁰⁾.

O valor de $p < 0,05$ ($\alpha = 5,0\%$) foi considerado estatisticamente significativo e o software SAS (versão 9.1.3, SAS Institute Inc., Cary, NC, USA, 2002-2003) foi utilizado para análise dos dados.

3. RESULTADOS

No período de coleta de dados foram abordadas 441 mulheres. Destas, 97 foram excluídas por não atenderem aos critérios de inclusão. Puérperas incluídas e excluídas diferiram significativamente (de acordo com o teste de Mann-Whitney) quanto a idade ($p < 0,0001$) e escolaridade ($p = 0,0496$), com maiores médias entre as excluídas, e foram semelhantes quanto ao tempo de puerpério ($p = 0,9870$).

Incluiu-se, portanto, 344 mulheres com média de idade de 25,9 anos (DP=7,7, variando de 13 a 45 anos) e tempo médio de puerpério de 52,3 dias (DP=12,0, variando de 12 a 87 dias). A maioria era de cor não-branca (65,7%), considerando-se pardas e negras (não houve sujeitos nas categorias amarela e indígena), casada (70,9%), estudou em média 9,9 anos (DP=2,7, variando de 5 a 18 anos) e tinha renda familiar mensal média em torno de dois salários mínimos ou R\$1212,50 (DP=773,50, variando de R\$200,00 a R\$6000,00).

Quanto à paridade, 53,8% (185) eram primíparas e 46,2% (159) eram multíparas. A maior parte das puérperas teve parto cesáreo (54,9% ou 189), 39,5% (136) tiveram partos normais e 5,5% (19) parto fórceps.

Em relação aos partos anteriores, 12,2% (42) tiveram apenas parto cesáreo, 15,1% (52) apenas parto vaginal (normal ou fórceps) e 18,9% (65) ambos. A episiotomia foi realizada em 23,8% (82) das mulheres e 17,2% (59) delas tiveram algum grau de laceração perineal.

As mulheres se encontravam em torno da 38^a semana de gestação no momento do parto (DP=3,1, variando de 24 a 42) e tinham, em média, dois filhos vivos (DP=1,0, variando de 1 a 7). A IU durante a gestação foi reportada por 28,2% (97) das puérperas.

Casos e controles foram semelhantes quanto às variáveis de caracterização sociodemográfica da amostra (idade, cor, estado civil, escolaridade e renda familiar).

Os dados da Tabela 1 mostram as características da perda urinária no puerpério. Observa-se que o tipo mais freqüente foi IUE (45,5%), seguida pela IUM (28,6%) e IUU (26%). A maior parte das mulheres tinha perda urinária diversas vezes ao dia (44,2%), em pequena quantidade (71,4%), embora cerca de 12% tenham relatado em grande volume. Quanto às situações de perda urinária a maioria (57,1%) revelou perda ao tossir ou espirrar, seguida 49,4% com perda ao praticar atividade física e 26% com perda urinária antes de chegar ao banheiro.

Tabela 1: Características da perda urinária no puerpério (n=77) – Campinas - SP, 2010.

Característica	Categoria	Puérperas incontinentes	
		n	%
Tipo de IU	IU de esforço	35	45,5
	IU de urgência	20	26,0
	IU mista	22	28,6
Frequência dos episódios de perda urinária	1 vez/semana ou menos	9	11,7
	2 a 3 vezes/semana	20	26,0
	1 vez/dia	14	18,2
	Diversas vezes ao dia	34	44,2
Percepção da quantidade de perda de urina	Pequena	55	71,4
	Moderada	13	16,9
	Grande	9	11,7
‡ Situações de perda urinária	Quando tosse ou espirra	44	57,1
	Quando está fazendo atividades físicas	38	49,4
	Antes de chegar ao banheiro	20	26,0
	Quando está dormindo	3	3,9
	Quando terminou de urinar e está se vestindo	2	2,6

‡ A respondente poderia indicar uma ou mais situações de perda urinária, portanto o total não soma 100%.

Nos dados da Tabela 2 são apresentados os fatores de risco investigados neste estudo e sua associação com a IU após o parto. Verifica-se que a ocorrência de IU no puerpério esteve significativamente associada à IU durante a gestação ($p < 0,0001$), multiparidade ($p = 0,0291$) e idade gestacional no parto maior ou igual a 37 semanas ($p = 0,0193$).

Tabela 2: Comparação de puérperas incontinentes e continentas quanto à frequência de fatores considerados de risco para IU, segundo a literatura – Campinas – SP, 2010.

Fatores de Risco	Puérperas (n= 344)				Valor p †
	Incontinentes (n=77)		Continentes (n=267)		
	n	%	n	%	
Idade (anos)					
≤25	36	46,8	132	49,4	
26-30	13	16,9	69	25,8	0,1399
31-35	15	19,5	31	11,6	
>35	13	16,9	35	13,1	
Cor/Raça					
Branca	30	39,0	88	33,0	0,3283
Não-branca	47	61,0	179	67,0	
IU na gestação					
Não	23	29,9	224	83,9	<0,0001
Sim	54	70,1	43	16,1	
IMC atual (kg/m²)					
Abaixo do peso (<20)	1	1,3	18	6,7	
Peso normal (20-24,9)	35	45,5	116	43,4	0,3335
Sobrepeso (25-29,9)	26	33,8	85	31,8	
Obeso (≥30)	15	19,5	48	18,0	
Paridade					
Primíparas	33	42,9	152	56,9	0,0291
Múltiplas	44	57,1	115	43,1	
Tipo de Parto Atual					
Normal	28	36,4	108	40,4	0,2806
Fórceps	7	9,1	12	4,5	
Cesáreo	42	54,5	147	55,1	
Tipo(s) de Parto(s) Anterior(es)					
Nenhum (primíparas)	33	42,9	152	56,9	
Somente parto vaginal (normal ou fórceps)	15	19,5	37	13,9	
Somente parto cesáreo	10	13,0	32	12,0	0,1448
Maioria vaginais (normal ou fórceps)	5	6,5	12	4,5	
Maioria cesáreos	6	7,8	7	2,6	
Mesmo número de vaginais e cesáreos	8	10,4	27	10,1	
Episiotomia					
Não	60	77,9	202	75,7	0,6809
Sim	17	22,1	65	24,3	
Laceração perineal					
Não	64	83,1	221	82,8	
Sim	13	16,9	46	17,2	0,9435
Grau I	8	61,5	31	67,4	
Grau II	5	38,5	15	32,6	
Perímetro cefálico RN (cm)					
<34	32	41,6	137	51,3	0,1315
≥34	45	58,4	130	48,7	
Peso RN (g)					
<3000	31	40,3	136	50,9	
3000 – 3500	24	31,2	77	28,8	0,1828
>3500	22	28,6	54	20,2	
Idade gestacional no parto (semanas)					
< 37	12	15,6	77	28,8	0,0193
≥ 37	65	84,4	190	71,2	
Tabagismo					
Nunca fumou	61	79,2	196	73,4	
Ex-fumante	14	18,2	46	17,2	0,1505
Fumante	2	2,6	25	9,4	
Constipação					
Não	32	41,6	144	53,9	0,0557
Sim	45	58,4	123	46,1	

† Valor p calculado pelo Teste Qui-quadrado de Pearson

Na análise bivariada as variáveis que apresentaram valor $p < 0,20$ e testadas no modelo logístico foram: idade, IU na gestação, paridade, tipo(s) de parto(s) anterior(es), perímetro cefálico do RN, peso do RN, idade gestacional no parto, tabagismo e constipação. IU na gestação, paridade, idade gestacional no parto e constipação permaneceram no modelo final.

Ao ajustar-se um modelo de regressão logística binária, verificou-se que IU na gestação (OR 12,82, IC 95% 6,94 – 23,81, $p < 0,0001$), multiparidade (OR 2,26, IC 95% 1,22 – 4,19, $p = 0,0094$), idade gestacional no parto maior ou igual a 37 semanas (OR 2,52, IC 95% 1,16 – 5,46, $p = 0,0199$) e constipação (OR 1,94, IC 95% 1,05 – 5,46, $p = 0,0345$) foram fatores de risco para IU no puerpério.

4. DISCUSSÃO

Neste estudo a IUE foi o tipo mais freqüente no puerpério e a quantidade de urina perdida foi pequena, o que é condizente com estudos prévios^(3-4,7,10-14). Destaca-se a elevada freqüência dos episódios de perda urinária, com cerca de 44% dos sujeitos revelando perda diversas vezes ao dia, ao contrário de outros estudos nos quais esta foi pouco freqüente após o parto^(4,7,10-11,14). Esta diferença pode ser explicada pelo recente período pós-parto abordado (até 90 dias).

Quanto às situações de perda urinária, a elevada proporção de mulheres com perda ao tossir ou espirrar e/ou ao realizar atividades físicas é correspondente às taxas maiores de IUE e IUM encontradas.

Em relação ao início da IU, observou-se que 70,1% das mulheres incontinentes no puerpério eram incontinentes na gestação. Isto indica que, na maioria dos casos, a IU iniciou-se na gravidez e permaneceu após o parto, o que é condizente com estudo prévio, no qual a

maioria das mulheres incontinentes no puerpério experienciaram perda involuntária de urina no terceiro trimestre de gestação e somente 4% delas desenvolveram IU após o parto⁽¹²⁾.

O achado mais importante do atual estudo é a forte associação entre a IU na gestação e o aumento do risco para IU no puerpério (OR 12,82), fato semelhante a estudos anteriores^(6-7,13-14,17-20). Isto sugere que a gestação em si tem importante participação na IU puerperal e poderia explicar porque o parto cesáreo não é sempre fator protetor. Diez-Itza et al.⁽³¹⁾, ao avaliarem primíparas um ano após o parto, encontraram que a IU na gestação aumentou o risco de IUE em mais de cinco vezes (OR 5,79, IC 95% 2,79 - 12). Wesnes et al.⁽¹³⁾, ao incluírem somente primíparas, encontraram que a IU na gestação aumentou o risco de IU seis meses após o parto em 2,3 vezes (IC 95%: 2,2 - 2,4).

Outros fatores de risco encontrados foram multiparidade (OR 2,26) idade gestacional no parto maior ou igual a 37 semanas (OR 2,52) e constipação (OR 1,94). A associação entre multiparidade e IU no puerpério já havia sido revelada por estudos prévios^(11,14,20). A idade gestacional no parto foi investigada em poucos estudos que não comprovaram sua associação com a IU no puerpério^(10,18,21). Sabe-se, porém, que quanto maior a idade gestacional, maior o risco de IU na gestação⁽³²⁾ e maior a prevalência de IU⁽³³⁾, sendo a perda urinária mais freqüente no terceiro trimestre de gravidez^(12,14). A maior idade gestacional no parto pode, portanto, ter influência na IU puerperal por elevar o risco de IU na gestação, provavelmente pelo maior tempo e sobrecarga do útero gravídico sobre as estruturas de suspensão (ligamentos) e sustentação (fáscia endopélvica e músculos) da pelve e pela maior exposição à ação da progesterona que atua contra o mecanismo de continência⁽³⁴⁾.

A constipação foi investigada em poucos estudos que demonstraram sua associação com a IU no puerpério^(6,16,25), porém um deles⁽⁶⁾ avaliou apenas IUE. Essa associação pode ser explicada porque a constipação está relacionada à sobrecarga e tensão repetida no períneo⁽²⁸⁾.

Sabe-se que o reto e o trato urinário inferior são intimamente relacionados, pois se originam da mesma estrutura embrionária, possuem a mesma inervação periférica e o processamento central da atividade aferente ocorre nas mesmas áreas cerebrais⁽³⁵⁾. A estreita proximidade desses sistemas sugere que, a disfunção em um deles pode influenciar, até mesmo mecanicamente, a função do outro⁽³⁶⁾. Estudo urodinâmico revelou que a distensão retal pode causar hiperatividade detrusora em algumas mulheres, porém os dados são inconclusivos e mais investigações são necessárias⁽³⁷⁾.

Coorte realizada seis meses após o parto encontrou que a constipação crônica foi fator de risco para IU no puerpério (OR 1,86, IC 95% 1,03 - 3,34)⁽²⁵⁾ e estudo transversal realizado com mulheres não puérperas apontou que a constipação mostrou-se tão importante quanto o trauma obstétrico no dano ao assoalho pélvico (OR 2,35, IC 95% 1,27 - 4,34)⁽³⁸⁾.

O curto período pós-parto abordado (até 90 dias) limita análises e comparações com estudos mais longos. Nossos dados só podem ser extrapolados para puérperas com características sociodemográficas e clínicas similares às descritas.

O fato da IU na gestação ser fator de risco para IU no puerpério é dado importante para todos os profissionais de saúde que prestam cuidado à mulher e enfatiza a necessidade de se incorporar um histórico de perda urinária na atenção pré-natal. Da mesma forma deve-se investigar e tratar a constipação intestinal.

Os resultados sugerem que os esforços para prevenir a IU no puerpério devem começar durante a gravidez. Sabe-se que o treinamento dos músculos do assoalho pélvico (TMAP) realizado no pré-natal reduz a prevalência de IU na gestação e puerpério (até 12 semanas)⁽³⁹⁾.

Outros estudos com maior tamanho amostral se fazem necessários para investigar os fatores de risco de acordo com os tipos de IU, o que viabilizará a implementação de tratamentos específicos para cada tipo de IU, visando reduzir a prevalência dessa condição.

5. CONCLUSÕES

No grupo de puérperas estudado, a IU de esforço foi a mais freqüente. A maioria das mulheres relatou perda urinária em pequena quantidade, porém esta ocorreu diversas vezes ao dia, em geral ao tossir ou espirrar. A IU iniciou-se freqüentemente na gestação e permaneceu no puerpério. IU na gestação, multiparidade, idade gestacional no parto maior ou igual a 37 semanas e constipação foram fatores de risco para IU no puerpério.

REFERÊNCIAS

1. 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.* 2004;15:160-4.
2. Wesnes SL, Rortveit G, Bo K, Hunskaar S. Urinary incontinence during pregnancy. *Obstet Gynecol.* 2007;109(4): 922-8.
3. Serati M, Salvatore S, Khullar V, Uccella S, Bertelli E, Ghezzi F et al. Prospective study to assess risk factors for pelvic floor dysfunction after delivery. *Acta Obstet Gynecol.* 2008;87:313-8.
4. Thom DH, Rortveit G. Prevalence of postpartum urinary incontinence: a systematic review. *Acta Obstet Gynecol.* 2010;89:1511-22.
5. Morkved S, Bo K. Prevalence of urinary incontinence during pregnancy and postpartum. *Int Urogynecol J.* 1999;10:394-8.
6. Schytt E, Lindmark G, Waldenström U. Symptoms of stress incontinence 1 year after childbirth: prevalence and predictors in a national Swedish sample. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2004;83:928-36.
7. Solans-Domènech M, Sánchez E, Espuña-Pons M. Urinary and anal incontinence during pregnancy and postpartum. *Obstet Gynecol.* 2010;115(3):618-28.

8. Lewicky-Gaupp C, Cao DC, Culbertson S. Urinary and anal incontinence in African American teenages gravidas during pregnancy and the puerperium. *J Pediatr Adolesc Gynecol.* 2008;21(1):21-6.
9. Viktrup L, Rortveit G, Lose G. Does the impact of subsequent incontinence risk factors depend on continence status during the first pregnancy or the postpartum period 12 years before? A cohort study in 232 primiparous women. *Am J Obstet Gynecol.* 2008;199(1):73.e1-73.e4.
10. Glazener CMA, Herbison GP, MacArthur C, Lancashire R, McGee MA, Grant AM et al. New postnatal urinary incontinence: obstetric and other risk factors in primiparae. *BJOG.* 2006;113(2):208-17.
11. MacArthur C, Glazener CMA, Wilson PD, Lancashire RJ, Herbison GP, Grant AM. Persistent urinary incontinence and delivery mode history: a six-year longitudinal study. *BJOG.* 2006;113:218-24.
12. Raza-Khan F, Graziano S, Kenton K, Shott S, Brubaker L. Peripartum urinary incontinence in a racially diverse obstetrical population. *Int Urogynecol J.* 2006;17:525-30.
13. Wesnes SL, Hunskaar S, Bo K, Rortveit G. The effect of urinary incontinence status during pregnancy and delivery mode on incontinence postpartum. A cohort sudy. *BJOG.* 2009;116:700-7.
14. Lima JLDA. Incontinência urinária no ciclo gravídico-puerperal e impacto na qualidade de vida [Dissertação] Campinas (SP). Universidade Estadual de Campinas; 2009.
15. Chin HY, Chen MC, Liu YH, Wang KH. Postpartum urinary incontinence: a comparison of vaginal delivery, elective, and emergent cesarean section. *Int Urogynecol J.* 2006;17:631-5.
16. 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.
17. Burgio KL, Zyczynski H, Locher JL, Richter HE, Redden DT, Wright KC. Urinary incontinence in the 12-monsth postpartum period. *Obstet Gynecol.* 2003;102(6):1291-8.

18. 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.
19. van Brummen HJ, Bruinse HW, Van de Pol G, Heintz APM. The effect of vaginal and cesarean delivery on lower urinary tract symptoms: what makes the difference? *Int Urogynecol J.* 2007;18:133-9.
20. 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;20:281-8.
21. Eftekhar T, Hajibaratali B, Ramezanzadesh F, Shariat M. Postpartum evaluation of stress urinary incontinence among primiparas. *Int J Gynecol Obstet.* 2006;94:114-8.
22. Rogers RG, Leeman LL. Postpartum genitourinary changes. *Urol Clin N Am.* 2007;34:13-21.
23. Altman D, Ekström A, Gustafsson C, López A, Falconer C, Zeterström J. Risk of urinary incontinence after childbirth. *Obstet Gynecol.* 2006;108(4):873-8.
24. Guillermo C, Luciano M. Episiotomy for vaginal birth (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library.* Issue 3, 2009: Update Software.
25. Ewings P, Spencer S, Marsh H, O'Sullivan M. Obstetric risk factors for urinary incontinence and preventative pelvic floor exercises: cohort study and nested randomized controlled trial. *J Obstet Gynaecol.* 2005;25(6):558-64. Erratum in: *J Obstet Gynaecol.* 2005;25(8):834-5.
26. Tamanini JTN, Dambros M, D'ancona CAL, Palma PCR, Netto Jr NR. Validação para o português do "International Consultation on Incontinence Questionnaire-Short Form" (ICIQ-SF). *Rev Saúde Pública.* 2004;38(3):438-44.
27. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Metodologia do censo demográfico 2000. Rio de Janeiro: IBGE; 2003. v.25.
28. Longstreth GF, Thompson WG, Chey WD, Houghton LA, Mearin F, Spiller RC. Functional bowel disorders. *Gastroenterology.* 2006;130:1480-91.

29. 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):203-11.
30. Draper NR, Smith H. Applied Regression Analysis. New York: Wiley & Sons; 1998.706p. 3rd ed.
31. Diez-Itza I, Arrue M, Ibañez L, Murgiondo A, Paedes J, Sarasqueta C. Factors involved in stress urinary incontinence 1 year after first delivery. Int Urogynecol J. 2010;21:439-45.
32. 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):185-9.
33. van Brummen HJ, Bruinse HW, van der Bom JG, Heintz AP, van der Vaart CH. How do the prevalences of urogenital symptoms change during pregnancy? Neurourol Urodyn. 2006;25(2):135-9.
34. Batra SC, Iosif CS. Progesterone receptors in the female lower urinary tract. J Urol. 1987;138:1301-4.
35. De Watcher S, Jong A, Van Dyck J, Wyndaele JJ. Interaction of filling related sensation between anorectum and lower urinary tract and its impact on the sequence of their evacuation. A study in healthy volunteers. Neurourol Urodyn. 2007;26:481-5.
36. Averbek MA, Madersbacher H. Constipation and LUTS – how do they affect each other? International Braz J Urol. 2011;37(1):16-28.
37. Panayi DC, Khullar V, Digesu GA, Spiteri M, Hendricken C, Fernando R. Rectal distension: the effect on bladder function. Neurourol Urodyn. 2011;30(3):344-7.
38. Amselem C, Puigdollers A, Azpiroz F, Sala C, Videla S, Fernández-Fraga X et al. Constipation: a potential cause of pelvic floor damage? Neurogastroenterol Motil. 2010;22(2):150-3, e48.

39. Hay-Smith J, Morkved S, Fairbrother KA, Herbison GP. Pelvic floor muscle training for prevention and treatment of urinary and faecal incontinence in antenatal and postnatal women. (Cochrane Review). In: The Cochrane Library. Issue 3, 2009: Update Software.

**A INCONTINÊNCIA URINÁRIA NO PUERPÉRIO E O IMPACTO NA QUALIDADE DE VIDA
RELACIONADA À SAÚDE**

**URINARY INCONTINENCE IN POSTPARTUM PERIOD AND IMPACT ON HEALTH
RELATED QUALITY OF LIFE**

Lígia da Silva Leroy¹

Maria Helena Baena de Moraes Lopes²

RESUMO

Objetivos: Avaliar se a Incontinência Urinária (IU) no puerpério compromete a Qualidade de Vida Relacionada à Saúde (QVRS) e em quais aspectos. **Método:** Trata-se de estudo caso-controle. Foram incluídas 344 puérperas (77 casos e 267 controles) de até 90 dias pós-parto que compareceram ao Ambulatório de Obstetrícia de um hospital público terciário e de ensino, do interior do estado de São Paulo, Brasil, para consulta de revisão pós-parto. Aplicou-se questionário com dados sociodemográficos e clínicos formulado e validado para o estudo, acrescido do *International Consultation on Incontinence Questionnaire–Short Form* (ICIQ-SF), *King’s Health Questionnaire* (KHQ) e *Medical Outcomes Study 36 – Item Short Form Health Survey* (SF-36). **Resultados:** A IU de esforço foi o tipo mais freqüente no puerpério e a maior parte das mulheres tinha perda urinária diversas vezes ao dia, em pequena quantidade. O escore médio total do ICIQ-SF foi 13,9 (DP=3,7). Puérperas incontinentes apresentaram pontuação média elevada, indicativa de pior qualidade de vida, nos domínios Impacto da

¹ Enfermeira. Mestranda pelo Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Faculdade de Ciências Médicas (FCM) da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP).
Endereço eletrônico: ligialeroy@yahoo.com.br.

² Enfermeira. Doutora em Ciências. Professora Associada do Departamento de Enfermagem da FCM-UNICAMP.
Endereço eletrônico: mhbaena@fcm.unicamp.br ou mhbaenam1@yahoo.com.br.

Incontinência, Emoções, Limitações de Atividades Diárias e Limitações Físicas do KHQ. Na comparação entre puérperas continentas e incontinentes observou-se diferença significativa nos domínios Aspectos Físicos ($p=0,0047$), Dor ($p=0,0419$), Estado Geral de Saúde ($p=0,0002$), Vitalidade ($p=0,0072$), Aspectos Sociais ($p=0,0318$) e Saúde Mental ($p=0,0001$) do SF-36.

Conclusões: No ICIQ-SF foi demonstrado que a perda urinária no puerpério foi freqüente e o impacto na qualidade de vida elevado. O KHQ revelou impacto elevado da IU nos domínios Impacto da Incontinência, Emoções, Limitações de Atividades Diárias e Limitações Físicas. Os escores do SF-36 de puérperas continentas e incontinentes diferiram nos domínios Aspectos Físicos, Dor, Estado Geral de Saúde, Vitalidade, Aspectos Sociais e Saúde Mental, que foi pior para as incontinentes, revelando maior comprometimento nestes aspectos da QVRS devido à IU. A IU afeta de maneira significativa aspectos da saúde física e mental de puérperas, sobretudo daquelas com IU mista (IUM).

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

ABSTRACT

Objectives: To assess whether Urinary Incontinence (UI) in the postpartum period affects the Health Related Quality of Life (HRQOL) and in what ways. **Method:** This is a case-control study. It were included 344 women (77 cases and 267 controls) up to 90 days postpartum who attended the Obstetrics Clinic of a public hospital and tertiary education, in the state of Sao Paulo, Brazil, to follow up visit after delivery. Designed and validated questionnaire with sociodemographic and clinical data was used for the study, plus the *International Consultation on Incontinence Questionnaire - Short-Form* (ICIQ-SF), *King's Health Questionnaire* (KHQ) and the *Medical Outcomes Study 36 - Item Short Form Health Survey* (SF-36). **Results:** Stress urinary incontinence was the most frequent type and most postpartum women had urinary leakage several times a day in small quantities. The mean total score of ICIQ-SF was 13.9

(SD=3.7). Postpartum incontinent women presented even higher scores, indicating greater impact in HRQOL, in the following KHQ domains: Incontinence Impact, Emotions, Limitations of Daily Activities and Physical Limitations. In comparison among postpartum continent and incontinent women significant differences were observed in the areas of Physical Aspects (p=0.0047), Pain (p=0.0419), General Health (p=0.0002), Vitality (p=0.0072), Social Aspects (p=0.0318) and Mental Health (p=0.0001) of the SF-36. **Conclusions:** In ICIQ-SF was demonstrated that urinary leakage in the postpartum period was frequent and impact on quality of life was high. The KHQ revealed high impact of UI in the domains Incontinence Impact, Emotions, Limitations of Daily Activities and Physical Limitations. The scores of SF-36 for postpartum continent and incontinent groups differed in the areas of Physical Aspects, Pain, General Health, Vitality, Social Aspects and Mental Health, which were worse for the incontinent, indicating greater impairment of these aspects of HRQOL due to UI. UI significantly affects aspects of physical and mental health of postpartum women, especially those with mixed urinary incontinence (MUI).

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

1. INTRODUÇÃO

A Incontinência Urinária (IU) no puerpério tem sido relatada como um problema higiênico^(1,2), que interfere no trabalho, na vida social e sexual das mulheres⁽¹⁾, e que pode gerar impacto negativo na Qualidade de Vida Relacionada à Saúde (QVRS)⁽³⁾.

A IU, definida como “queixa de qualquer perda involuntária de urina”⁽⁴⁾, pode afetar pessoas de todas as idades⁽⁵⁾. Durante a gestação a prevalência de IU varia de 36%⁽⁶⁾ a 58%⁽⁷⁾ e no puerpério são descritas taxas de 27%⁽⁸⁾ a 33%⁽⁹⁾, dependendo do período abordado e metodologia dos estudos⁽⁹⁻¹²⁾.

O tipo de IU mais freqüente no pós-parto é a IU de esforço (IUE)^(1,8-9,12-16), seguida pela IU mista (IUM)^(1,8,14) e IU de urgência (IUU)^(1,8,14). Em geral, a perda urinária é pouco freqüente^(9,12,16) e em pequena quantidade^(12,15-16).

O impacto da IU varia de acordo com a idade, tipo de IU, diferenças nas habilidades de enfrentamento e qualidade de apoio social. Indivíduos incontinentes podem apresentar ansiedade, depressão, isolamento e exclusão social. A vergonha e o estigma associados a essa condição constituem barreiras importantes na busca por tratamento profissional, resultando em inúmeras pessoas que sofrem dessa condição sem auxílio⁽⁵⁾.

O puerpério corresponde a um período de transição, no qual diversas modificações físicas e psicológicas ocorrem. Para investigação da qualidade de vida após o parto tem sido recomendado o uso de questionário genérico de saúde em paralelo a um específico para determinada condição, a fim de se excluir o efeito de outras morbidades freqüentemente presentes, como dor perineal e depressão pós-parto⁽⁶⁾.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) a qualidade de vida é um conceito amplo, multifacetado, que incorpora aspectos físicos, psicológicos e sociais e envolve a

percepção do indivíduo sobre sua condição, no contexto cultural em que ele vive⁽¹⁷⁾. Já a QVRS refere-se ao impacto de uma enfermidade ou agravo nos diferentes aspectos da vida⁽¹⁸⁾.

O *Medical Outcomes Study 36 – Item Short Form Health Survey* (SF-36) é um instrumento genérico de avaliação da QVRS⁽¹⁹⁾ frequentemente utilizado em mulheres com IU^(16,20), assim como o *International Consultation on Incontinence Questionnaire – Short Form* (ICIQ-SF)⁽¹²⁾ e o *King’s Health Questionnaire* (KHQ)^(6,16), que são específicos para essa condição.

A investigação da QVRS de puérperas incontinentes é de fundamental importância para verificar o comprometimento que a IU pode gerar nas diversas áreas da vida e propor medidas que possam minimizá-lo, o que contribuirá para melhoria da saúde e bem-estar dessa população.

Frente a isto, o objetivo deste estudo foi avaliar se a IU após o parto compromete a QVRS de mulheres atendidas em hospital público terciário e de ensino, do interior do estado de São Paulo, Brasil e em quais aspectos.

2. MÉTODO

Trata-se de um estudo caso-controle realizado entre maio e dezembro de 2010, com mulheres de até 90 dias pós-parto atendidas no Ambulatório de Obstetrícia de um hospital público terciário e de ensino, do interior do estado de São Paulo, Brasil, para consulta de revisão pós-parto.

A pesquisadora selecionou as puérperas que cumpriam os critérios de inclusão do estudo, a partir da aplicação inicial de uma lista de verificação. Assim, foram excluídas as mulheres com incontinência urinária antes da gestação e aquelas que apresentavam qualquer

uma das condições seguintes: gestação gemelar, presença de: hipertensão arterial, diabetes mellitus, doença pulmonar obstrutiva crônica, doença neurológica, infecção de trato urinário, litíase renal, história pregressa de cirurgia pélvica (exceto parto cesáreo), tratamento atual para IU e/ou uso de medicações que interferem na função do trato urinário inferior.

O tamanho amostral foi calculado para detectar uma razão de chances de 3,0 em uma relação de um caso para três controles, assumindo um nível de significância de 5% e poder do teste de 80%, com a prevalência de expostos entre os casos estimada em 20%⁽¹⁾. O cálculo amostral estimado foi de 74 casos e 222 controles.

Os casos (puérperas incontinentes) e controles (puérperas continentas) foram identificados por meio das questões 3 e 4 do *International Consultation on Incontinence Questionnaire – Short Form* (ICIQ-SF), validado em português por Tamanini et al.⁽²¹⁾, que avaliam, respectivamente, frequência e quantidade de perda urinária, permitindo identificar se a pessoa apresenta ou não IU. Considerou-se como incontinente a mulher que reportava frequência e/ou quantidade de perda urinária nas últimas quatro semanas.

Os controles corresponderam às puerpéras que assinalavam “nunca” na questão 3 e “nenhuma” na questão 4 do ICIQ-SF. Vale salientar que, logo após o preenchimento destas questões, mulheres sem queixa de frequência e quantidade de perda urinária eram orientadas a responder novamente as questões 3 e 4, considerando do período pós-parto imediato até o momento de inclusão no estudo, a fim de se avaliar o estado de continência no puerpério. Aquelas que mantinham as respostas (“nunca” na questão 3 e “nenhuma” na questão 4) eram consideradas continentas.

Para coleta de dados sociodemográficos e clínicos foi elaborado um questionário submetido à análise de validade de conteúdo realizada por três juízes com experiência na área de tocoginecologia e/ ou uroginecologia. Algumas alterações nas questões e formatação foram

sugeridas, resultando no instrumento final. Este foi pré-testado com dez puérperas, evidenciando não serem necessárias outras modificações.

Os instrumentos utilizados para avaliação da QVRS foram o ICIQ-SF e o KHQ, validados em português por Tamanini et al.^(21,22), e o SF-36, validado para o Brasil por Ciconelli et al.⁽¹⁹⁾.

O ICIQ-SF é um questionário auto-administrável formado por quatro questões, que qualifica a perda urinária e avalia o impacto da IU na qualidade de vida através de uma escala que busca medir o quanto a perda de urina interfere na vida diária, variando de 0 (não interfere) a 10 (interfere muito). O escore é dado pela somatória das questões 3, 4 e 5, variando de 0 a 21, e quanto maior o escore, maior a severidade da perda urinária e o impacto na qualidade de vida⁽²¹⁾. No presente estudo, o coeficiente alfa de Cronbach desta escala foi de 0,69.

O KHQ é um questionário que avalia o impacto da IU em diferentes domínios de qualidade de vida e os sintomas percebidos. É composto por 21 questões divididas em oito domínios (Percepção Geral de Saúde, Impacto da Incontinência, Limitações de Atividades Diárias, Limitações Físicas, Limitações Sociais, Relações Pessoais, Emoções, Sono e Disposição) e duas escalas (Sintomas Urinários e Medidas de Gravidade). Os escores variam de 0 a 100 em cada domínio e, quanto maior a pontuação, pior a qualidade de vida relacionada àquele domínio⁽²²⁾. O coeficiente alfa de Cronbach da escala total no atual estudo foi 0,90, com variações de 0,87 a 0,91.

Já o SF-36 é um instrumento genérico de avaliação da QVRS, composto por um questionário multidimensional com 36 itens englobados em oito escalas (Capacidade Funcional, Aspectos Físicos, Dor, Estado Geral da Saúde, Vitalidade, Aspectos Sociais, Aspectos Emocionais e Saúde Mental). Apresenta escore de 0 a 100 em cada domínio e, quanto maior a pontuação, melhor é o estado de saúde avaliado⁽¹⁹⁾. O coeficiente alfa de Cronbach para a escala total em nosso estudo foi de 0,81, variando de 0,76 a 0,81 nos oito domínios.

Para caracterização sociodemográfica da amostra foram consideradas as variáveis: idade, cor, estado civil, escolaridade e renda. Os dados relacionados ao parto e nascimento foram obtidos do prontuário da puérpera ou cartão do recém-nascido.

As mulheres que cumpriam os critérios de seleção foram convidadas a participar da pesquisa e, após assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE), iniciou-se a coleta de dados, aplicando-se os questionários de maneira auto-respondível. No entanto, a mulher poderia pedir esclarecimentos à pesquisadora sempre que necessário.

Os casos responderam ao ICIQ-SF, questionário de caracterização, KHQ e SF-36, administrados de maneira intercalada. Os controles responderam ao ICIQ-SF, questionário elaborado para o estudo e SF-36. A Figura 1 abaixo ilustra o procedimento de coleta de dados:

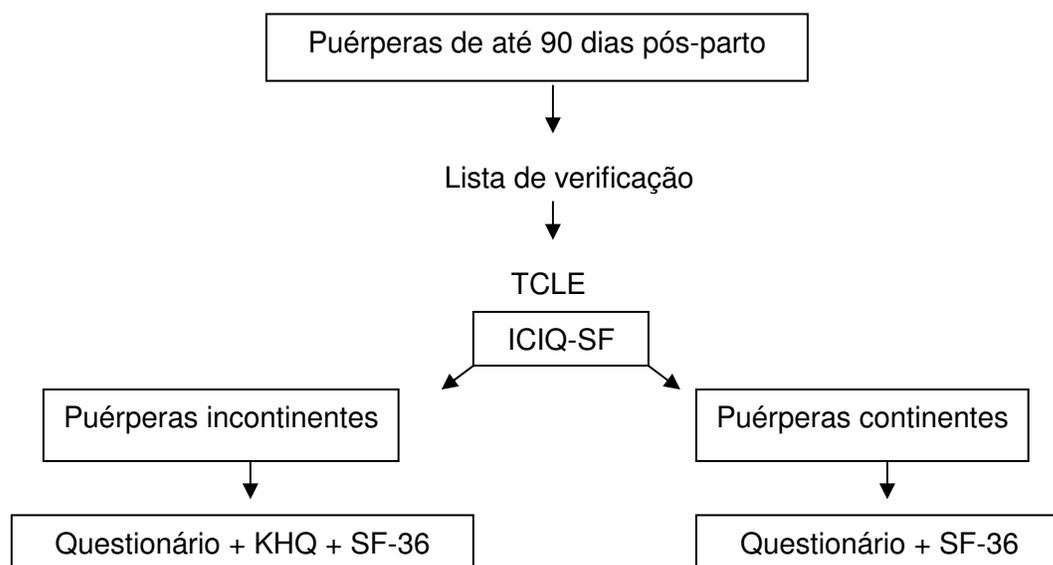


Figura 1 - Procedimento de coleta de dados.

Legenda: TCLE - Termo de consentimento livre e esclarecido.
ICIQ-SF – *International Consultation on Incontinence Questionnaire – Short Form*.
KHQ – *King’s Health Questionnaire*.
SF-36 - *Medical Outcomes Study 36 – Item Short Form Health Survey*.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição (parecer 247/2010), atendendo a legislação vigente no país.

Análise Estatística

Utilizou-se análise descritiva, calculando-se as freqüências absolutas e relativas das variáveis categóricas e medidas de posição e dispersão das variáveis contínuas (média, desvio-padrão, mediana, mínimo e máximo). Para avaliar a aderência das variáveis contínuas à distribuição normal, aplicou-se o teste de Kolmogorov-Sminov. Os grupos foram comparados segundo suas características sociodemográficas e clínicas utilizando o teste Qui-quadrado de Pearson ou exato de Fisher para as variáveis categóricas e o teste de Mann-Whitney ou Kruskal-Wallis para variáveis contínuas. Como os domínios apresentaram distribuição não normal, o teste de Mann-Whitney foi usado para comparar as pontuações do SF-36 entre casos e controles.

O valor de $p < 0,05$ ($\alpha=5,0\%$) foi adotado como nível crítico para todos os testes e o software SAS (versão 9.1.3, SAS Institute Inc., Cary, NC, USA, 2002-2003) foi utilizado para análise dos dados.

3. RESULTADOS

No período de coleta de dados foram abordadas 441 mulheres. Destas, 97 foram excluídas por não atenderem aos critérios de inclusão. Puérperas incluídas e excluídas diferiram significativamente (de acordo com o teste de Mann-Whitney) quanto a idade ($p < 0,0001$) e escolaridade ($p = 0,0496$), com maiores médias entre as excluídas, e foram semelhantes quanto ao tempo de puerpério ($p = 0,9870$).

Incluiu-se, portanto, 344 mulheres com média de idade de 25,9 anos (DP=7,7, variando de 13 a 45 anos) e tempo médio de puerpério de 52,3 dias (DP=12,0, variando de 12 a 87 dias). A maioria era de cor não-branca (65,7%), considerando-se pardas e negras (não houve sujeitos nas categorias amarela e indígena), casada (70,9%), estudou em média 9,9 anos (DP=2,7, variando de 5 a 18 anos) e tinha renda familiar mensal média em torno de dois salários mínimos ou R\$1212,50 (DP=773,50, variando de R\$200,00 a R\$6000,00).

Quanto à paridade, 53,8% (185) eram primíparas e 46,2% (159) eram múltíparas. A maior parte das puérperas teve parto cesáreo (54,9% ou 189), 39,5% (136) tiveram partos normais e 5,5% (19) parto fórceps.

Em relação aos partos anteriores, 12,2% (42) tiveram apenas parto cesáreo, 15,1% (52) apenas parto vaginal (normal ou fórceps) e 18,9% (65) ambos. A episiotomia foi realizada em 23,8% (82) das mulheres e 17,2% (59) delas tiveram algum grau de laceração perineal.

As mulheres se encontravam em torno da 38^a semana de gestação no momento do parto (DP=3,1, variando de 24 a 42) e tinham, em média, dois filhos vivos (DP=1,0, variando de 1 a 7). A IU durante a gestação foi reportada por 28,2% (97) das puérperas.

Casos e controles diferiram, de acordo com o teste qui-quadrado de Pearson, quanto à IU na gestação, significativamente ($p < 0,0001$) mais freqüente entre os casos (70,1%) em relação aos controles (16,1%); paridade, com freqüência significativamente ($p = 0,0291$) maior de múltíparas entre as incontinentes (57,1%) em relação às continentas (43,1%); e, de acordo com o teste de Mann-Whitney, quanto à idade gestacional no parto, com médias significativamente ($p = 0,0365$) maiores entre puérperas incontinentes (38,4, DP=2,6) em relação às continentas (37,6, DP=3,2). As demais variáveis sociodemográficas e clínicas citadas acima foram semelhantes entre os grupos.

Os dados da Tabela 1 mostram as características da perda urinária no puerpério. Observa-se que o tipo mais freqüente foi IUE (45,5%), seguida pela IUM (28,6%) e IUU (26%). A maior parte das mulheres tinha perda urinária diversas vezes ao dia (44,2%), em pequena quantidade (71,4%), embora cerca de 12% tenham relatado em grande volume. Quanto às situações de perda urinária a maioria (57,1%) revelou perda ao tossir ou espirrar, seguida 49,4% com perda ao praticar atividade física e 26% com perda urinária antes de chegar ao banheiro.

A média de interferência na vida diária, avaliada através de uma escala de 0 (não interfere) a 10 (interfere muito) do ICIQ-SF foi 8,1 (DP=2,2, variando de 2 a 10), com 42,9% (33) das mulheres atribuindo nota máxima. O escore médio total do questionário foi 13,9 (DP=3,7, variando de 6 a 20) evidenciando que a perda urinária no puerpério é freqüente e o impacto na qualidade de vida elevado.

Tabela 1: Características da perda urinária no puerpério (n=77) – Campinas - SP, 2010.

Característica	Categoria	Puérperas incontinentes	
		n	%
Tipo de IU	IU de esforço	35	45,5
	IU de urgência	20	26,0
	IU mista	22	28,6
Frequência dos episódios de perda urinária	1 vez/semana ou menos	9	11,7
	2 a 3 vezes/semana	20	26,0
	1 vez/dia	14	18,2
	Diversas vezes ao dia	34	44,2
Percepção da quantidade de perda de urina	Pequena	55	71,4
	Moderada	13	16,9
	Grande	9	11,7
Interferência na vida diária [⊥]	2 a 3	5	6,5
	4 a 7	18	23,4
	8 a 10	54	70,1
Situações de perda urinária ‡	Quando tosse ou espirra	44	57,1
	Quando está fazendo atividades físicas	38	49,4
	Antes de chegar ao banheiro	20	26,0
	Quando está dormindo	3	3,9
	Quando terminou de urinar e está se vestindo	2	2,6

⊥ Medida por meio de uma escala analógica (variando de 0 a 10).

‡ A respondente poderia indicar uma ou mais situações de perda urinária, portanto o total não soma 100%.

Os dados da Tabela 2 mostram as pontuações alcançadas nos domínios do KHQ. Verifica-se pontuação média elevada nos domínios Impacto da Incontinência (73,6, DP=26,7), Emoções (71,4, DP=29,9), Limitações de Atividades Diárias (59,1, DP=32,3) e Limitações Físicas (59,1, DP=32,6).

Tabela 2: Valores dos escores de cada domínio do KHQ em puérperas incontinentes (n=77) – Campinas – SP, 2010.

Domínios	Média	DP	Mediana	Q1 – Q3	Mínimo-Máximo
Percepção Geral de Saúde	31,2	22,6	25,0	25 - 25	0 - 100
Impacto da Incontinência	73,6	26,7	66,7	66,7-100	33,3 - 100
Limitações de Atividades Diárias	59,1	32,3	66,7	33,3 - 83,3	0 - 100
Limitações Físicas	59,1	32,6	66,7	33,3 - 83,3	0 - 100
Limitações Sociais	54,0	30,7	55,6	33,3 - 77,8	0 - 100
Relações Pessoais	31,8	27,7	33,3	0 – 33,3	0 - 100
Emoções	71,4	29,9	77,8	44,4 - 100	0 - 100
Sono e Disposição	46,5	23,6	50,0	33,3 - 66,7	0 - 100
Medidas de Gravidade	55,2	21,5	60,0	46,7 - 66,7	0 - 100

Nos dados da Tabela 3 são apresentados os escores médios alcançados no ICIQ-SF e domínios do KHQ de acordo com o tipo de IU. Observa-se que mulheres com IUM obtiveram pontuações médias significativamente mais elevadas no ICIQ-SF e na maior parte dos domínios do KHQ, exceto nos domínios Impacto da Incontinência ($p=0,0717$), Relações Pessoais ($p=0,1767$) e Sono e Disposição ($p=0,3740$).

Tabela 3: Valores dos escores do ICIQ-SF e domínios do KHQ de acordo com o tipo de IU (n=77) – Campinas – SP, 2010.

Questionários	Tipo de IU			Valor p [†]
	IU de esforço	IU de urgência	IU mista	
ICIQ-SF	13,6 (3,1)	12,6 (3,8)	15,6 (4,1)	0,0313
KHQ – Domínios				
Percepção Geral de Saúde	25,0 (18,2)	27,5 (19,7)	44,3 (26,7)	0,0067
Impacto da Incontinência	72,4 (26,2)	65,0 (27,5)	83,3 (24,7)	0,0717
Limitações de Atividades Diárias	55,2 (28,8)	48,3 (31,5)	75,0 (33,6)	0,0043
Limitações Físicas	58,6 (30,1)	38,3 (27,6)	78,8 (29,6)	<0,0001
Limitações Sociais	49,8 (26,6)	43,3 (32,6)	70,2 (29,8)	0,0053
Relações Pessoais	30,5 (21,6)	24,6 (29,1)	40,2 (33,6)	0,1767
Emoções	74,6 (25,9)	55,6 (30,6)	80,8 (30,7)	0,0085
Sono e Disposição	44,8 (18,4)	44,2 (26,6)	51,5 (28,1)	0,3740
Medidas de Gravidade	56,0 (18,0)	46,0 (22,7)	62,4 (23,5)	0,0241

Dados expressos como média (desvio-padrão).[†]Valor p calculado pelo Teste Kruskal-Wallis.

Os sintomas urinários mais reportados pelas puérperas incontinentes foram freqüência (88,3%), noctúria (87%) e urgência (54,5%). De acordo com o Teste exato de Fisher, urgência ($p < 0,0001$) esteve significativamente associada à IUM e IUU, mas não à IUE.

Os dados da Tabela 4 descrevem as pontuações alcançadas nos domínios do SF-36 por puérperas incontinentes e continentas. Verifica-se maior média para casos e controles, respectivamente, no domínio Aspectos Emocionais (88,7, DP=29,9 e 88,8, DP=28,4) e menor média no domínio Vitalidade (50,9, DP=24,3 e 59,6, DP=23,8). Destacam-se os baixos escores médios obtidos no domínio Saúde Mental pelos dois grupos (59,0, DP=21,3 e 69,3, DP=19,8, respectivamente).

Observa-se diferença significativa nos domínios Aspectos Físicos ($p=0,0047$), Dor ($p=0,0419$), Estado Geral de Saúde ($p=0,0002$), Vitalidade ($p=0,0072$), Aspectos Sociais ($p=0,0318$) e Saúde Mental ($p=0,0001$) do SF-36, com escores médios mais baixos entre as puérperas incontinentes.

Tabela 4: Comparação dos escores médios obtidos nos domínios do SF-36 de puérperas incontinentes e continentas – Campinas – SP, 2010.

Domínios	Puérperas incontinentes n=77					Puérperas continentas n=267					Valor p †
	Média	DP	Mediana	Q1-Q3	Mínimo - Máximo	Média	DP	Mediana	Q1-Q3	Mínimo - Máximo	
Capacidade Funcional	82,1	22,6	95,0	70 - 100	20 - 100	86,8	20,1	100,0	80 - 100	0 - 100	0,089
Aspectos Físicos	65,9	43,1	100,0	0 - 100	0 - 100	80,0	36,0	100,0	50 - 100	0 - 100	0,0047
Dor	62,7	26,1	62,0	41 - 90	0 - 90	69,6	24,2	90,0	41 - 90	22 - 90	0,0419
Estado Geral de Saúde	72,7	21,2	82,0	60 - 87	25 - 100	81,9	16,9	87,0	82 - 92	25 - 100	0,0002
Vitalidade	50,9	24,3	55,0	30 - 70	5 - 95	59,6	23,8	65,0	35 - 80	10 - 100	0,0072
Aspectos Sociais	79,7	26,6	100,0	50 - 100	0 - 100	86,6	22,8	100,0	75 - 100	25 - 100	0,0318
Aspectos Emocionais	88,7	29,9	100,0	100 - 100	0 - 100	88,8	28,4	100,0	100 - 100	0 - 100	0,7957
Saúde Mental	59,0	21,3	56,0	44 - 76	12 - 100	69,3	19,8	72,0	56 - 84	16 - 100	0,0001

Legenda: DP= desvio-padrão; Q1= 1º quartil; Q3= 3º quartil. †Valor p calculado pelo Teste Mann-Whitney.

4. DISCUSSÃO

Neste estudo a IUE foi o tipo mais freqüente no puerpério e a quantidade de perda urinária foi pequena, o que é semelhante a estudos prévios^(1,8-9,12-16). Destaca-se a elevada freqüência dos episódios de perda urinária, com cerca de 44% dos sujeitos revelando perda diversas vezes ao dia, ao contrário de outros estudos nos quais esta foi pouco freqüente após o parto^(1,9,12-13,16). Esta diferença pode ser explicada pelo recente período pós-parto abordado (até 90 dias).

Quanto às situações de perda urinária, a elevada proporção de mulheres com perda ao tossir ou espirrar e/ou durante atividades físicas é correspondente às taxas maiores de IUE e IUM encontradas. A interferência na vida diária foi expressiva, com 70,1% das puérperas atribuindo notas de 8 a 10, e o impacto na qualidade de vida, demonstrado pelo escore do ICIQ-SF, foi elevado. Este fato difere de estudos anteriores que revelaram pequeno efeito na vida diária^(12,23) e baixo impacto na qualidade de vida⁽²³⁾, porém estes incluíram somente primíparas e um deles⁽²³⁾ avaliou apenas IUE.

Ao avaliar a QVRS de puérperas incontinentes por meio do KHQ, observamos médias maiores nos domínios Impacto da Incontinência, Emoções, Limitações de Atividades Diárias e Limitações Físicas, o que indica elevado impacto da IU nessas áreas. Nossos resultados diferem daqueles encontrados por Dolan et al.⁽⁶⁾, no qual escores mais altos foram notados nos domínios Percepção Geral de Saúde e Relações Pessoais, porém o estudo em questão incluiu somente primíparas. Multíparas podem estar mais sobrecarregadas por terem outros filhos e a presença de IU pode agravar ainda mais a QVRS dessas mulheres.

Lima⁽¹⁶⁾ encontrou escores médios mais elevados nos domínios Percepção Geral de Saúde, Impacto da Incontinência e Medidas de Gravidade, no entanto, o estudo teve pequeno tamanho amostral (n=22).

Quanto ao impacto dos diferentes tipos de IU na qualidade de vida observa-se que puérperas com IUM obtiveram escores médios mais elevados no ICIQ-SF e na maior parte dos domínios do KHQ, exceto Impacto da Incontinência, Relações Pessoais e Sono e Disposição. Estudo anterior também revelou pior QVRS em mulheres com IUM⁽²⁴⁾. Isto indica que a IUM é responsável por maior impacto na QVRS e revela a importância de se implementar tratamento específico para este tipo de IU.

Os sintomas urinários mais freqüentes entre as puérperas incontinentes estão de acordo com estudo prévio⁽⁶⁾. A associação entre urgência urinária e IUU e IUM condiz com as características destes tipos de incontinência.

A média dos escores dos domínios do SF-36 diferiu entre casos e controles nos domínios Aspectos Físicos, Dor, Estado Geral de Saúde, Vitalidade, Aspectos Sociais e Saúde Mental, com menores pontuações entre as mulheres incontinentes. Isto sugere que a IU pode estar interferindo nestes domínios, mas outras situações presentes no puerpério poderiam também contribuir para essas diferenças.

O menor escore médio obtido pelos dois grupos no domínio Vitalidade (avaliado por questões que investigam quanto tempo o indivíduo tem se sentido cheio de vigor, energia ou esgotado e cansado) revela que o estado pós-parto e as novas atribuições decorrentes da chegada do bebê podem comprometer este aspecto, que é agravado quando a mulher tem IU.

O domínio Saúde Mental contempla questões sobre quanto tempo a pessoa tem se sentido nervosa, deprimida, calma, desanimada ou feliz. O baixo escore médio alcançado por

puérperas continentales e incontinentes nesse domínio indica a necessidade de serviços que ofereçam suporte em saúde mental para as mulheres após o parto.

De fato, estudos prévios já demonstraram o impacto da IU em diversas esferas da QVRS. Coortes revelaram que o impacto higiênico é reportado por 47%⁽¹³⁾ a 51%⁽¹⁾ das puérperas, 35%⁽¹³⁾ a 47%⁽¹⁾ delas referem impacto na vida social e 13%⁽¹³⁾ a 17%⁽¹⁾ na vida sexual.

O curto período pós-parto abordado (até 90 dias) limita análises e comparações com estudos mais longos. Nossos dados só podem ser extrapolados para puérperas com características sociodemográficas e clínicas similares às descritas.

Os resultados demonstram que a IU afetou a QVRS de maneira importante, quando utilizados instrumentos genérico e específico. Frente à escassez de investigações, observa-se a necessidade de mais estudos que investiguem a QVRS de puérperas incontinentes através do uso destes questionários.

Conhecer os domínios da QVRS afetados pela IU é de fundamental importância para que se possa atuar de forma mais direcionada, a fim de contribuir para melhoria da saúde e bem-estar dessa população.

5. CONCLUSÕES

No ICIQ-SF foi demonstrado que, no puerpério, a perda urinária é freqüente e o comprometimento da qualidade de vida é elevado. Utilizando-se o KHQ, observou-se impacto elevado da IU nos domínios Impacto da Incontinência, Emoções, Limitações de Atividades Diárias e Limitações Físicas. A QVRS de puérperas continentales e incontinentes diferiu nos domínios Aspectos Físicos, Dor, Estado Geral de Saúde, Vitalidade, Aspectos Sociais e Saúde

Mental do SF-36, nos quais esta foi pior para as incontinentes, revelando maior comprometimento da QVRS pela IU nestes aspectos. A IU afeta de maneira significativa aspectos da saúde física e mental de puérperas, sobretudo daquelas com IUM.

REFERÊNCIAS

1. Glazener CMA, Herbison GP, MacArthur C, Lancashire R, McGee MA, Grant AM et al. New postnatal urinary incontinence: obstetric and other risk factors in primiparae. BJOG. 2006; 113(2):208-17.
2. Herrmann V, Scarpa K, Palma PCR, Ricetto CZ. Stress urinary incontinence 3 years after pregnancy: correlation to mode of delivery and parity. Int Urogynecol J. 2009;20:281-8.
3. Handa VL, Zyczynski HM, Burgio KL, Fitzgerald MP, Borello-France D, Janz NK et al. The impact of fecal and urinary incontinence on quality of life 6 months after childbirth. Am J Obstet Gynecol. 2007;197:636.e1-6.
4. Abrams P, Cardoso L, Fall M, Griffiths D, Rosier P, Ulmsten U et al. The standardization of terminology of lower urinary tract function: report from the standardization sub-committee of the international continence society. Urology. 2003;61:37-49.
5. National Institute of Health (NIH). State-of-the-Science Conference Statement on Prevention of Fecal and Urinary Incontinence in Adults. 2007;24(1). [Acesso em 02 jun. 2010]. Disponível em: URL: <http://consensus.nih.gov/incontinence.htm>.
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. 2004;15:160-4.
7. Wesnes SL, Rortveit G, Bo K, Hunskar S. Urinary incontinence during pregnancy. Obstet Gynecol. 2007;109(4): 922-8.

8. Serati M, Salvatore S, Khullar V, Uccelia S, Bertelli E, Ghezzi F et al. Prospective study to assess risk factors for pelvic floor dysfunction after delivery. *Acta Obstet Gynecol.* 2008;87:313-8.
9. Thom DH, Rortveit G. Prevalence of postpartum urinary incontinence: a systematic review. *Acta Obstet Gynecol (Acta Obstetricia et Gynecologica).* 2010;89:1511-22.
10. Morkved S, Bo K. Prevalence of urinary incontinence during pregnancy and postpartum. *Int Urogynecol J.* 1999;10:394-8.
11. Schytt E, Lindmark G, Waldenström U. Symptoms of stress incontinence 1 year after childbirth: prevalence and predictors in a national Swedish sample. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2004;83:928-36.
12. Solans-Domènech M, Sánchez E, España-Pons M. Urinary and anal incontinence during pregnancy and postpartum. *Obstet Gynecol.* 2010;115(3):618-28.
13. MacArthur C, Glazener CMA, Wilson PD, Lancashire RJ, Herbison GP, Grant AM. Persistent urinary incontinence and delivery mode history: a six-year longitudinal study. *BJOG.* 2006;113:218-24.
14. Raza-Khan F, Graziano S, Kenton K, Shott S, Brubaker L. Peripartum urinary incontinence in a racially diverse obstetrical population. *Int Urogynecol J.* 2006;17:525-30.
15. Wesnes SL, Hunskaar S, Bo K, Rortveit G. The effect of urinary incontinence status during pregnancy and delivery mode on incontinence postpartum. A cohort study. *BJOG.* 2009;116:700-7.
16. Lima JLDA. Incontinência urinária no ciclo gravídico-puerperal e impacto na qualidade de vida [Dissertação] Campinas (SP). Universidade Estadual de Campinas; 2009.
17. The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Soc Sci Med.* 1995; 41(10):1403-9.

18. Seidl EMF, Zannon CMLC. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. *Cad. Saúde Pública*. 2004;20(2):580-8.
19. Ciconelli RM, Ferraz MB, Santos W, Meinão I, Quaresma MR. Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação da qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36). *Rev Bras Reumatol*. 1999;39(3):143-50.
20. Araki I, Beppu M, Kajiwara M, Mikami Y, Zakoji H, Fukasawa M, Takeda M. 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;55:8-93.
21. Tamanini JTN, Dambros M, D'ancona CAL, Palma PCR, Netto Jr NR. Validação para o português do "International Consultation on Incontinence Questionnaire-Short Form" (ICIQ-SF). *Rev Saúde Pública*. 2004;38(3):438-44.
22. 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):203-11.
23. Diez-Itza I, Arrue M, Ibañez L, Murgiondo A, Paedes J, Sarasqueta C. Factors involved in stress urinary incontinence 1 year after first delivery. *Int Urogynecol J*. 2010;21:439-45.
24. Coyne KS, Zhou Z, Thompson C, Versi E. The impact on health-related quality of life of stress, urge and mixed incontinence. *BJU Int*. 2003;92(7):731-5

A IUE foi o tipo mais freqüente no puerpério e a quantidade de perda urinária foi pequena, o que é condizente com estudos prévios^(12,14-17,20,22,38). Destaca-se a elevada freqüência dos episódios de perda urinária, com cerca de 44% dos sujeitos revelando perda diversas vezes ao dia, ao contrário de outros estudos nos quais esta foi pouco freqüente após o parto^(14-16,20,22). Esta diferença pode ser explicada pelo recente período pós-parto abordado (até 90 dias).

Quanto às situações de perda urinária, a elevada proporção de mulheres com perda ao tossir ou espirrar e/ou durante atividades físicas é correspondente às taxas maiores de IUE e IUM encontradas.

Os resultados revelam que, na maioria dos casos, a IU iniciou-se na gravidez e permaneceu após o parto, o que é correspondente à estudo prévio, no qual a maioria das mulheres incontinentes no puerpério experienciaram perda involuntária de urina no terceiro trimestre de gestação e somente 4% delas desenvolveram IU após o parto⁽¹²⁾. A presença de IU na gestação ou puerpério recente (três meses) pode predizer a existência dessa condição a longo prazo⁽³⁹⁾, o que ressalta a importância de se prevenir ou tratar essa condição o mais precocemente possível.

Os fatores de risco para IU no puerpério foram IU na gestação (OR 12,82), multiparidade (OR 2,26), idade gestacional no parto maior ou igual a 37 semanas (OR 2,52) e constipação (OR 1,94).

A IU na gestação já havia sido investigada em estudos anteriores que confirmaram sua associação com a IU após o parto^(15,17,19-20,25-28). O presente estudo revela forte associação entre a IU na gravidez e o aumento do risco para IU no puerpério, o que pode explicar porque o parto cesáreo não é sempre fator protetor, já que a gestação em si teria papel importante na IU puerperal.

A associação entre multiparidade e IU no puerpério já havia sido revelada por estudos prévios^(20,22,28). De fato, quanto maior o número de partos, maior a exposição da mulher às modificações decorrentes da gestação e a sobrecarga sobre o assoalho pélvico.

A idade gestacional no parto foi pouco investigada e mostrou-se não associada à IU no puerpério em estudos anteriores^(16,26,29). Sabe-se porém, que quanto maior a idade gestacional, maior o risco de IU na gestação⁽⁴⁰⁾ e maior a prevalência de IU⁽⁴¹⁾, sendo a perda urinária mais freqüente no terceiro trimestre de gravidez^(12,20). A maior idade gestacional no parto pode, portanto, ter influência na IU puerperal por elevar o risco de IU na gestação, provavelmente pelo maior tempo e sobrecarga do útero gravídico sobre as estruturas de suspensão (ligamentos) e sustentação (fáscia endopélvica e músculos) da pelve e pela maior exposição à ação da progesterona que atua contra o mecanismo de continência⁽⁴²⁾.

A constipação foi investigada em poucos estudos que demonstraram sua associação com a IU no puerpério^(19,24,32), porém um deles⁽¹⁹⁾ avaliou apenas IUE. Essa associação pode ser explicada porque a constipação está relacionado à tensão repetida no períneo⁽⁴³⁾. Estudo urodinâmico revelou que a distensão retal pode causar hiperatividade detrusora em algumas mulheres, porém os dados são inconclusivos e mais investigações são necessárias⁽⁴⁴⁾. Coorte realizada seis meses após o parto encontrou que a constipação crônica foi fator de risco para IU no puerpério (OR 1,86, IC 95% 1,03-3,34)⁽³²⁾ e estudo transversal realizado com mulheres não puérperas apontou que a constipação mostrou-se tão importante quanto o trauma obstétrico no dano ao assoalho pélvico (OR 2,35, IC 95% 1,27 - 4,34)⁽⁴⁵⁾.

O impacto da IU na QVRS, demonstrado pelo escore do ICIQ-SF, foi elevado e a interferência na vida diária foi expressiva, com 70,1% das puérperas atribuindo notas de 8 a 10. Este fato difere de estudos anteriores que revelaram pequeno efeito na vida diária^(15,46) e baixo

impacto na qualidade de vida⁽⁴⁶⁾, porém estes incluíram somente primíparas e um deles⁽⁴⁶⁾ avaliou apenas IUE.

Ao avaliar a QVRS de puérperas incontinentes por meio do KHQ, observamos médias maiores nos domínios Impacto da Incontinência, Emoções, Limitações de Atividades Diárias e Limitações Físicas, o que indica elevado impacto da IU nessas áreas. Nossos resultados diferem daqueles encontrados por Dolan et al.⁽¹³⁾, no qual escores mais altos foram notados nos domínios Percepção Geral de Saúde e Relações Pessoais, porém o estudo em questão incluiu somente primíparas. Vale salientar que múltiparas podem estar mais sobrecarregadas por terem outros filhos e a presença de IU pode comprometer ainda mais a QVRS dessas mulheres.

Quanto ao impacto dos diferentes tipos de IU na qualidade de vida observa-se que puérperas com IUM obtiveram escores médios mais elevados no ICIQ-SF e na maior parte dos domínios do KHQ, exceto Impacto da Incontinência, Relações Pessoais e Sono e Disposição. Isto indica que a IUM é responsável por maior impacto na QVRS e revela a importância de se implementar tratamento específico para este tipo de IU. Destaca-se que, na IUM, a perda urinária ocorre em maior número de situações, o que torna a mulher mais vulnerável à perda urinária.

A média dos escores dos domínios do SF-36 diferiu entre casos e controles nos domínios Aspectos Físicos, Dor, Estado Geral de Saúde, Vitalidade, Aspectos Sociais e Saúde Mental. Isto sugere que a IU pode estar interferindo nestes domínios, mas outras situações presentes no puerpério poderiam também contribuir para essas diferenças.

O curto período pós-parto abordado (até 90 dias) limita análises e comparações com estudos mais longos. Nossos dados só podem ser extrapolados para puérperas com características sociodemográficas e clínicas similares às descritas.

O fato de IU na gestação e constipação serem fatores de risco para IU no puerpério é dado importante para todos os profissionais de saúde que prestam cuidado à mulher e enfatiza a necessidade de se incorporar um histórico de perda urinária no pré-natal e de se investigar o hábito intestinal (frequência, consistência das fezes, dificuldade/dor para evacuar).

Os resultados sugerem que os esforços para prevenir a IU no puerpério devem começar durante a gravidez. A orientação e o ensino de exercícios para fortalecimento dos músculos do assoalho pélvico devem fazer parte da atenção pré-natal, uma vez que contribuem para a redução da prevalência de IU no puerpério⁽³⁷⁾.

Outros estudos com maior tamanho amostral se fazem necessários para investigar os fatores de risco de acordo com os tipos de IU, o que viabilizará a implementação de tratamentos específicos para cada tipo de IU, visando reduzir a prevalência dessa condição.

Os achados demonstram que a IU afetou a QVRS de maneira importante, quando utilizados instrumentos genérico e específico. Frente à escassez de investigações, observa-se a necessidade de mais estudos que investiguem a QVRS de puérperas incontinentes através do uso destes questionários.

A IU de esforço foi o tipo mais freqüente no puerpério e a perda urinária ocorreu em pequena quantidade, porém com freqüência elevada, em geral ao tossir ou espirrar. A IU iniciou-se freqüentemente na gestação e permaneceu após o parto. IU na gestação, multiparidade, idade gestacional no parto maior ou igual a 37 semanas e constipação foram fatores de risco para IU no puerpério.

No ICIQ-SF foi demonstrado que a IU após o parto compromete a QVRS de maneira elevada. O KHQ revelou impacto elevado da IU nos domínios Impacto da Incontinência, Emoções, Limitações de Atividades Diárias e Limitações Físicas. Os escores de puérperas continentes e incontinentes diferiram nos domínios Aspectos Físicos, Dor, Estado Geral de Saúde, Vitalidade, Aspectos Sociais e Saúde Mental do SF-36, que foram piores para as incontinentes, revelando maior comprometimento da QVRS pela IU nestes aspectos. A IU afeta de maneira significativa aspectos da saúde física e mental de puérperas, sobretudo daquelas com IUM.

1. Petros PE, Ulmsten UI. An integral theory of female urinary incontinence. Experimental and clinical considerations. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 1990;69(Suppl. 153):7-31.
2. Abrams P, Cardoso L, Fall M, Griffiths D, Rosier P, Ulmesten U et al. The standardization of terminology of lower urinary tract function: report from the standardization sub-committee of the international continence society. *Urology.* 2003;61:37-49.
3. Rogers RG, Leeman LL. Postpartum genitourinary changes. *Urol Clin N Am.* 2007;34:13-21.
4. Lewicky-Gaupp C, Cao DC, Culbertson S. Urinary and anal incontinence in African American teenagers gravidas during pregnancy and the puerperium. *J Pediatr Adolesc Gynecol.* 2008;21(1):21-6.
5. Botelho S, Riccetto C, Herrmann V, Pereira LC, Amorim C, Palma P. Impact of delivery mode on electromyographic activity of pelvic floor: comparative prospective study. *Neurourol Urodyn.* 2010;29:1258-61.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.
7. Shaw E, Kaczorowski J. Postpartum care – what’s new? *Curr Opin Obstet Gynecol.* 2007;19:561-7.
8. Fenner DE, Trowbridge ER, Patel DL, Fultz NH, Miller JM, Howard D et al. Establishing the prevalence of Incontinence Study: racial differences in women’s patterns of urinary incontinence. *J Urol.* 2008;179(4):1455-60.
9. Goode PS, Burgio KL, Redden DT, Markland A, Richter HE, Sawyer P et al. Population based study of incidence and predictors of urinary incontinence in black and white older adults. *J Urol.* 2008;179(4):1449-53.
10. Guarisi, T, Pinto Neto AM, Osis MJ, Pedro AO, Costa Paiva LH, Faúndes A. Incontinência urinária entre mulheres climatéricas brasileiras: inquérito domiciliar. *Rev Saúde Pública.* 2001;35(5):428-35.

11. Wesnes SL, Rortveit G, Bo K, Hunskaar S. Urinary incontinence during pregnancy. *Obstet Gynecol.* 2007;109(4): 922-8.
12. Raza-Khan F, Graziano S, Kenton K, Shott S, Brubaker L. Peripartum urinary incontinence in a racially diverse obstetrical population. *Int Urogynecol J.* 2006;17:525-30.
13. 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.* 2004;15:160-4.
14. Thom DH, Rortveit G. Prevalence of postpartum urinary incontinence: a systematic review. *Acta Obstet Gynecol.* 2010;89:1511-22.
15. Solans-Domènech M, Sánchez E, España-Pons M. Urinary and anal incontinence during pregnancy and postpartum. *Obstet Gynecol.* 2010;115(3):618-28.
16. Glazener CMA, Herbison GP, MacArthur C, Lancashire R, McGee MA, Grant AM et al. New postnatal urinary incontinence: obstetric and other risk factors in primiparae. *BJOG.* 2006;113:208-17.
17. Wesnes SL, Hunskaar S, Bo K, Rortveit G. The effect of urinary incontinence status during pregnancy and delivery mode on incontinence postpartum. A cohort study. *BJOG.* 2009;116:700-7.
18. Morkved S, Bo K. Prevalence of urinary incontinence during pregnancy and postpartum. *Int Urogynecol J.* 1999;10:394-8.
19. Schytt E, Lindmark G, Waldenström U. Symptoms of stress incontinence 1 year after childbirth: prevalence and predictors in a national Swedish sample. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2004;83:928-36.
20. Lima JLDA. Incontinência urinária no ciclo gravídico-puerperal e impacto na qualidade de vida [Dissertação] Campinas (SP). Universidade Estadual de Campinas; 2009.
21. Scarpa KP, Herrmann V, Ricetto CLZ, Morais S. Sintomas do trato urinário inferior três anos após o parto: estudo prospectivo. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2008;30(7):355-9.

22. MacArthur C, Glazener CMA, Wilson PD, Lancashire RJ, Herbison GP, Grant AM. Persistent urinary incontinence and delivery mode history: a six-year longitudinal study. *BJOG*. 2006;113:218-24.
23. Chin HY, Chen MC, Liu YH, Wang KH. Postpartum urinary incontinence: a comparison of vaginal delivery, elective, and emergent cesarean section. *Int Urogynecol J*. 2006;17:631-5.
24. 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.
25. Burgio KL, Zyczynski H, Locher JL, Richter HE, Redden DT, Wright KC. Urinary incontinence in the 12-month postpartum period. *Obstet Gynecol*. 2003;102(6):1291-8.
26. 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.
27. van Brummen HJ, Bruinse HW, Van de Pol G, Heintz APM. The effect of vaginal and cesarean delivery on lower urinary tract symptoms: what makes the difference? *Int Urogynecol J*. 2007;18:133-9.
28. 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;20:281-8.
29. Eftekhar T, Hajibaratali B, Ramezanzadesh F, Shariat M. Postpartum evaluation of stress urinary incontinence among primiparas. *Int J Gynecol Obstet*. 2006;94:114-8.
30. Altman D, Ekström A, Gustafsson C, López A, Falconer C, Zeterström J. Risk of urinary incontinence after childbirth. *Obstet Gynecol*. 2006;108(4):873-8.
31. Guillermo C, Luciano M. Episiotomy for vaginal birth (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*. Issue 3, 2009: Update Software.
32. Ewings P, Spencer S, Marsh H, O'Sullivan M. Obstetric risk factors for urinary incontinence and preventative pelvic floor exercises: cohort study and nested randomized controlled trial. *J Obstet Gynaecol*. 2005;25(6):558-64. Erratum in: *J Obstet Gynaecol*. 2005;25(8):834-5.

33. Dooley Y, Kenton K, Cao G, Luke A, Durazo-Arvizu R, Kramer H et al. Urinary incontinence prevalence: results from the National Health and Nutrition Examination Survey. *J Urol.* 2008;179(2):656-61.
34. Ward-Smith P. The cost of urinary incontinence. *Urol Nurs.* 2009;29(3):188-94.
35. Handa VL, Zyczynski HM, Burgio KL, Fitzgerald MP, Borello-France D, Janz NK et al. The impact of fecal and urinary incontinence on quality of life 6 months after childbirth. *Am J Obstet Gynecol.* 2007;197:636.e1-6.
36. Logan K. Incontinence and the effects of childbirth on the pelvic floor. *British Journal of Midwifery.* 2005;13(6):374-77.
37. Hay-Smith J, Morkved S, Fairbrother KA, Herbison GP. Pelvic floor muscle training for prevention and treatment of urinary and faecal incontinence in antenatal and postnatal women. (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library.* Issue 3, 2009: Update Software.
38. Serati M, Salvatore S, Khullar V, Uccella S, Bertelli E, Ghezzi F et al. Prospective study to assess risk factors for pelvic floor dysfunction after delivery. *Acta Obstet Gynecol.* 2008;87:313-8.
39. Viktrup L, Rortveit G, Lose G. Does the impact of subsequent incontinence risk factors depend on continence status during the first pregnancy or the postpartum period 12 years before? A cohort study in 232 primiparous women. *Am J Obstet Gynecol.* 2008;199(1): 73.e1-73.e4.
40. 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):185-9.
41. van Brummen HJ, Bruinse HW, van der Bom JG, Heintz AP, van der Vaart CH. How do the prevalences of urogenital symptoms change during pregnancy? *Neurourol Urodyn.* 2006;25(2):135-9.
42. Batra SC, Iosif CS. Progesterone receptors in the female lower urinary tract. *J Urol.* 1987;138:1301-4.

43. Longstreth GF, Thompson WG, Chey WD, Houghton LA, Mearin F, Spiller RC. Functional bowel disorders. *Gastroenterology*. 2006;130:1480-91.
44. Panayi DC, Khullar V, Digesu GA, Spiteri M, Hendricken C, Fernando R. Rectal distension: the effect on bladder function. *Neurourol Urodyn*. 2011;30(3):344-7.
45. Amselem C, Puigdollers A, Azpiroz F, Sala C, Videla S, Fernández-Fraga X et al. Constipation: a potential cause of pelvic floor damage? *Neurogastroenterol Motil*. 2010;22(2):150-3, e48
46. Diez-Itza I, Arrue M, Ibañez L, Murgiondo A, Paedes J, Sarasqueta C. Factors involved in stress urinary incontinence 1 year after first delivery. *Int Urogynecol J*. 2010;21:439-45.

ANEXO 1

Versão Brasileira do Questionário ICIQ-SF

(*International Consultation on Incontinence Questionnaire*)

ICIQ-SF EM PORTUGUÊS

Nome do Paciente: _____ Data de Hoje: ____/____/____

Muitas pessoas perdem urina alguma vez. Estamos tentando descobrir quantas pessoas perdem urina e o quanto isso as aborrece. Ficaríamos agradecidos se você pudesse nos responder as seguintes perguntas, pensando em como você tem passado, em média nas ÚLTIMAS QUATRO SEMANAS.

1. Data de Nascimento: ____/____/____ (Dia / Mês / Ano)

2. Sexo: Feminino Masculino

3. Com que frequência você perde urina? (assinale uma resposta)

- Nunca 0
Uma vez por semana ou menos 1
Duas ou três vezes por semana 2
Uma vez ao dia 3
Diversas vezes ao dia 4
O tempo todo 5

4. Gostaríamos de saber a quantidade de urina que você pensa que perde.
(assinale uma resposta)

- Nenhuma 0
Uma pequena quantidade 2
Uma moderada quantidade 4
Uma grande quantidade 6

5. Em geral, quanto que perder urina interfere em sua vida diária? Por favor, circule um número entre 0 (não interfere) e 10 (interfere muito)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Não interfere Interfere muito

ICIQ Score: soma dos resultados 3+4+5 = _____

6. Quando você perde urina?

(Por favor, assinale todas as alternativas que se aplicam a você).

- Nunca
Perco antes de chegar ao banheiro
Perco quando tusso ou espirro
Perco quando estou dormindo
Perco quando estou fazendo atividades físicas
Perco quando terminei de urinar e estou me vestindo
Perco sem razão óbvia
Perco o tempo todo

"Obrigado por você ter respondido as questões"

ANEXO 2

Versão Brasileira do Questionário KHQ

(“King’s Health Questionnaire”)

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

411.GDA.FOME (14) 540-1381

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

Medidas de gravidade

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

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

ANEXO 3

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 4

PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA (CEP)

FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

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

CEP, 27/04/10
(Grupo III)

PARECER CEP: Nº 247/2010 (Este nº deve ser citado nas correspondências referente a este projeto)
CAAE: 0183.0.146.000-10

I - IDENTIFICAÇÃO:

PROJETO: “INCONTINÊNCIA URINÁRIA NO PUERPÉRIO: FATORES DE RISCO E IMPACTO NA QUALIDADE DE VIDA”.

PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Lígia da Silva Leroy

INSTITUIÇÃO: CAISM/UNICAMP

APRESENTAÇÃO AO CEP: 07/04/2010

APRESENTAR RELATÓRIO EM: 27/04/11 (O formulário encontra-se no *site* acima)

II - OBJETIVOS

Investigar a IU no puerpério quanto a fatores de risco e comprometimento da qualidade de vida.

III - SUMÁRIO

Trata-se de um estudo caso-controle. Os casos serão puérperas de até 90 dias pós-parto que comparecerem à consulta de revisão puerperal no Ambulatório de Obstetrícia do Hospital da Mulher - CAISM e que relatarem frequência e/ou quantidade de perda urinária de acordo com as categorias do “International Consultation on Incontinence Questionnaire – Short Form” (ICIQ-SF). Os controles serão puérperas de até 90 dias pós-parto que comparecerem à consulta de revisão puerperal no CAISM e que não tenham relato de frequência e quantidade de perda urinária de acordo com as categorias do ICIQ-SF. O tamanho amostral estimado é de 89 casos e 267 controles (1:3). Serão utilizados quatro instrumentos de coleta de dados: um questionário elaborado para o estudo, o ICIQ-SF, o “King’s Health Questionnaire” (KHQ) e o “Medical Outcome Study 36 - Item Short Form Health Survey” (SF-36). Será utilizada estatística descritiva (frequências absolutas e percentual, medidas de posição e dispersão) e os testes do Qui-quadrado ou Exato de Fisher serão empregados para testar a associação entre variáveis categóricas. O teste T de Student será utilizado para comparar variáveis numéricas entre os dois grupos.

IV - COMENTÁRIOS DOS RELATORES

Trata-se de estudo a ser realizado no período puerperal de mulheres que deram à luz no CAISM e acompanhamento puerperal no ambulatório do mesmo hospital. O estudo está bem desenhado com o tamanho amostral bem calculado, com critérios de inclusão e exclusão bem definidos. O orçamento e cronograma estão bem definidos e os aspectos éticos com considerações bem feitas e consentimento pós-informado claro e dentro dos critérios adequados da comissão de ética em pesquisa. Não inclui procedimentos invasivos a serem realizados.

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



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 sem restrições o Protocolo de Pesquisa, o Termo do Consentimento Livre e Esclarecido, bem 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 IV Reunião Ordinária do CEP/FCM, em 27 de abril de 2010.

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

APÊNDICE 1

Lista de Verificação

Iniciais: _____

HC: [][][][][][][]-[]

Caracterização

1. Idade: _____ anos completos
2. Anos de estudo: _____ (considerando a última série concluída com aprovação)
3. Tempo de puerpério: _____ dias

	Incluir	Excluir
1. A senhora tinha perda involuntária de urina antes da última gestação?	(1) não	(2) sim*
2. A senhora já engravidou de gêmeos?	(1) não	(2) sim*
3. A senhora tem pressão alta?	(1) não	(2) sim*
4. A senhora tem diabetes?	(1) não	(2) sim*
5. A senhora tem doença pulmonar obstrutiva crônica?	(1) não	(2) sim*
6. A senhora tem alguma doença neurológica?	(1) não	(2) sim*
7. A senhora tem infecção de urina?	(1) não	(2) sim*
8. A senhora tem pedra nos rins?	(1) não	(2) sim*
9. A senhora já realizou alguma cirurgia pélvica?	(1) não	(2) sim*
10. A senhora faz tratamento para perda urinária?	(1) não	(2) sim*
11. A senhora está tomando atualmente?	(1) não	(2) sim*
(a) Diuréticos (furosemida, hidroclorotiazida)		
(b) Benzodiazepínicos (diazepam, clonazepam, lorazepam)		
(c) Antipsicóticos (clorpromazina, haloperidol, clozapina, risperidona)		
(d) Inibidores de ECA (captopril, enalapril)		
(e) Antiarrítmico (disopiramida)		
(f) Beta-bloqueadores (propranolol, atenolol)		
(g) Anti-hipertensivos (prazosina, terazosina, metildopa)		
(h) Parassimpatomiméticos (betanecol, pilocarpina)		
(i) Parassimpatolíticos (oxibutina, tolterodina, hioscina, bezatropina)		
(j) Álcool		

*Se sim a qualquer um dos itens perguntados – excluir

APÊNDICE 3

Carta Convite aos Juízes

Validação de Formulário

Prezado(a) Sr(a)

Estamos desenvolvendo uma dissertação de mestrado junto ao Curso de Pós-Graduação em Enfermagem da FCM/Unicamp intitulada “Incontinência Urinária no Puerpério: Fatores de Risco e Impacto na Qualidade de Vida”, que tem como objetivos:

- investigar a Incontinência Urinária (IU) no puerpério quanto a fatores de risco e comprometimento da qualidade de vida;
- caracterizar quanto ao tipo de IU, severidade e situações de perda urinária, e identificar o período de início dessa condição;
- verificar se há associação da IU no puerpério com idade, cor ou raça, IU na gravidez, índice de massa corpórea (IMC), paridade, tipo de parto, presença de episiotomia ou lacerações de períneo, perímetro cefálico do recém-nascido (RN), peso do RN, idade gestacional no parto, tabagismo e constipação.

O estudo incluirá mulheres de até 90 dias pós-parto que comparecerem a um hospital público, terciário e de ensino para consulta de revisão pós-parto. A coleta de dados será realizada pela própria pesquisadora e serão aplicados: um instrumento elaborado para o estudo, o *International Consultation on Incontinence Questionnaire - Short-Form* (ICIQ-SF), O *King's Health Questionnaire* (KHQ) e o *Medical Outcome Study 36 – Item Short Form Health Survey* (SF-36), já validados para língua portuguesa respectivamente por Tamanini et al. (2003, 2004) e Ciconelli et al. (1999).

Considerando-se que a análise do instrumento por profissionais com reconhecido saber na área de estudo (seja na especialidade, no referencial teórico ou na construção e avaliação de instrumentos) constitui etapa imprescindível para validação de conteúdo do instrumento e, por conseguinte, para a qualidade dos dados obtidos, gostaríamos de contar com sua relevante colaboração, por meio da avaliação do instrumento construído pelas pesquisadoras para esse estudo (seção I: caracterização sociodemográfica, seção II: início da IU, presença de tabagismo, constipação, número de filhos vivos e índice de massa corpórea (IMC), seção III: dados obstétricos).

Orientações para avaliação

Solicitamos que leia cuidadosamente o instrumento em sua totalidade e, depois, cada um de seus itens, de modo a avaliá-los quanto à *pertinência, abrangência e clareza*, propriedades assim definidas:

Pertinência: verifica se os dados levantados são pertinentes ao objeto de estudo e adequados aos objetivos propostos. Para avaliação da **pertinência** cada item deve ser avaliado como: (-1) não pertinente; (0) não é possível avaliar/ não sei; e (1) pertinente.

Abrangência: avalia se os itens permitem obter informações suficientes para atingir o objetivo de cada item. Para avaliação da **abrangência**, cada item deve ser avaliado como: (-1) não abrangente; (0) não é possível avaliar/ não sei; e (1) abrangente.

Clareza: avalia se os itens estão redigidos de maneira que o conceito ali expresso seja compreensível, ou se expressam adequadamente o que se espera levantar. Para avaliação da **clareza**, cada item deve ser classificado como: (-1) não está claro; (0) não é possível avaliar/ não sei; e (1) está claro.

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.

Informamos que, em anexo, além do instrumento de avaliação dos juízes, segue cópia do instrumento de coleta de dados da forma como será aplicado. Caso haja necessidade, será agendada uma reunião com todos os juízes para que seja obtido consenso quanto às modificações sugeridas e/ou necessárias.

Em caso de qualquer dúvida, favor entrar em contato com a pesquisadora Lígia da Silva Leroy, tel.: (15)9719-2561, e-mail: ligialeroy@yahoo.com.br.

Desde já agradecemos sua participação que, certamente, trará grande contribuição para a qualidade deste estudo.

Atenciosamente,

Lígia da Silva Leroy

Aluna do Programa de Pós Graduação
em Enfermagem – Nível Mestrado
FCM – UNICAMP

Prof^a Dr^a Maria Helena Baena de Moraes
Lopes

Professora Associada do Depto de
Enfermagem
FCM - UNICAMP

APÊNDICE 4

Instrumento de avaliação dos juízes

Seção I - Caracterização sócio-demográfica

	Pertinência			Abrangência			Clareza		
	-1	0	1	-1	0	1	-1	0	1
1. Data de nascimento									
2. Estado civil									
3. Escolaridade									
4. Renda familiar									
5. Idade									
6. Cor									

Seção II - Início da incontinência urinária, tabagismo, constipação, nº de filhos vivos e IMC

	Pertinência			Abrangência			Clareza		
	-1	0	1	-1	0	1	-1	0	1
7. Incontinência urinária durante a última gestação									
8. Tabagismo									
9. Constipação									
10. Número de filhos vivos									
11. Peso									
12. Altura									

Seção III - Dados obstétricos obtidos do prontuário ou cartão do recém-nascido

	Pertinência			Abrangência			Clareza		
	-1	0	1	-1	0	1	-1	0	1
13. Data do último parto									
14. Paridade									
15. Tempo de puerpério									
16. Idade gestacional									
17. Tipo de parto									
18. Episiotomia									
19. Laceração									
20. Perímetro cefálico do RN									
21. Peso do RN									

SUGESTÕES:

	Pertinência			Abrangência			Clareza		
	-1	0	1	-1	0	1	-1	0	1
<i>Layout</i>									

SUGESTÕES:

APÊNDICE 5

Pesquisa: Incontinência urinária no puerpério: fatores de risco e impacto na qualidade de vida

Termo de Consentimento livre e esclarecido

Pesquisadora: Lígia da Silva Leroy (aluna de mestrado)
Orientadora: Prof^ª Dr^ª Maria Helena Baena de Moraes Lopes
Instituição: Departamento de Enfermagem da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP). Hospital da Mulher – Prof. Dr. José Aristodemo Pinotti – CAISM - Unicamp

Estamos realizando um estudo sobre mulheres que tem problemas com a perda de urina após o parto e para isto precisamos fazer algumas perguntas sobre este problema. As informações que a senhora nos der servirão para conhecer as situações em que ocorrem as perdas de urina depois do parto, a frequência dessas perdas, os fatores que aumentam a chance de perder urina e o quanto essa condição pode afetar a qualidade de vida e bem-estar. Desta forma será possível orientar um melhor atendimento à saúde das mulheres neste hospital e em outros serviços de saúde, gerando benefícios a médio e longo prazo. Não há riscos previsíveis em sua participação.

A senhora poderá ou não participar da pesquisa e tem o direito de se recusar a responder qualquer uma das questões, ou desistir em qualquer momento, sem que isso prejudique seu atendimento, atual ou futuro, neste e em outros locais de atendimento à saúde. O seu nome e seus dados serão mantidos em sigilo.

As mulheres que participarem da pesquisa não receberão ajuda financeira. Se a senhora apresentar perda de urina preencherá a quatro questionários, uma única vez, enquanto estiver aguardando para ser atendida na consulta médica de pós-parto. Caso não tenha perda urinária, responderá a três questionários em único momento, também antes da consulta. Caso a senhora seja chamada para o atendimento médico enquanto estiver respondendo as perguntas, poderá terminar após a consulta. A pesquisadora poderá ser contatada através dos telefones (15) 3262-1985 e (15) 9719-2561. Em caso de reclamações deve ser contatado o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, cujo telefone é (0xx19) 3521-8936.

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO

Tendo escutado às informações dadas sobre a pesquisa e tendo tido a oportunidade de fazer perguntas e ter recebido respostas que me deixaram satisfeita, e tendo entendido que tenho o direito de não responder à questão que não desejar, ou desistir em qualquer momento, sem que isso afete ou traga conseqüências para mim, aceito participar da pesquisa. Declaro que recebi cópia deste documento que estou assinando.

Campinas, _____ de _____ de 20 _____

Nome da cliente ou responsável: _____

RG: _____ HC: _____

Assinatura: _____

Lígia da Silva Leroy: _____ RG: _____

(Assinatura da pesquisadora)