

PERCEPÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA E PREVALÊNCIA DE SINTOMAS URINÁRIOS EM PRIMIGESTAS

Perception of quality of life and prevalence of urinary symptoms in pregnant

Leila Moussa¹

Mestre Docente de Fisioterapia Ginecologia e Obstetrícia da Universidade Cruzeiro do Sul

Camila Silva dos Santos²

Graduanda de fisioterapia da Universidade Cruzeiro do Sul

Michelle Carraleiro de Almeida³

Graduanda de fisioterapia da Universidade Cruzeiro do Sul

Resumo

Introdução: A Incontinência Urinária (IU) é descrita pela *International Continence Society* (ICS) como perda involuntária de urina. Sendo este um dos sintomas comuns durante a gestação (ABRAMS, 2002). Alguns estudos relatam do desencadeamento da IU no período da primeira gestação (SCARPA, 2005). **Objetivos:** analisar a interferência da IU na qualidade de vida de gestantes e comparar a prevalência de IU, no período gestacional, no decorrer dos três trimestres. **Metodologia:** Sendo um estudo epidemiológico analítico transversal,

¹ Leila Moussa, Docente Ms. Fisioterapia em Ginecologia e Obstetrícia, São Paulo-SP, leila.moussa@cruzeirosul.edu.br;

² Camila Silva dos Santos, Graduanda de Fisioterapia na Universidade Cruzeiro do Sul, São Paulo-SP, camilasilvas@yahoo.com.br;

³ Michelle Carraleiro de Almeida, Graduanda de Fisioterapia na Universidade Cruzeiro do Sul, São Paulo-SP, mi_carraleiro@hotmail.com.

foram entrevistadas 34 mulheres primigestas com a idade entre 16 e 33 anos, analisadas através dos Questionários sócio-demográfico, ICIQ-SF e WHOQOL-Bref. Resultados: Foram estudadas 34 primigestas (9 no primeiro trimestre, 9 no segundo trimestre e 16 no terceiro trimestre), Classificadas 61,76% brancas, 26,47 pardas, 11,73 negras obtiveram score final em média primeiro trimestre 3,77 pontos, segunda 6,66 pontos e no terceiro 6,43 pontos. Conclusão: concluímos que há a presença de sintomas urinários desde o primeiro trimestre em primigestas, sendo esses sintomas presentes em uma população jovem.

Palavras chaves: Incontinência Urinária, Gestantes e Qualidade de Vida.

Abstract

Introduction: Urinary Incontinence (UI) is described by the International Continence Society (ICS) as an involuntary loss of urine. This being one of the common symptoms during pregnancy (ABRAMS, 2002). Some studies report the onset of UI during the first pregnancy (SCARPA, 2005). Aims to analyze the interference of urinary incontinence on quality of life of pregnant women and to compare the prevalence of UI during pregnancy, during the three quarters. Methodology: Being a cross sectional epidemiological study, we interviewed 34 primiparous women with age between 16 and 33, analyzed by the Questionnaires sociodemographic, ICIQ - SF and WHOQOL – Bref. Results: We studied 34 primiparous (9 in the first quarter , 9 in the second quarter and 16 in the third quarter), rated 61.76 % White, 26.47 brown, black 11,73 had a final score in the first quarter average 3.77 points, second and third points 6.66 6.43 points. Conclusion: there is the presence of urinary symptoms during the first trimester in primigravidae, and these symptoms present in a young population.

Key words: Urinary Incontinence, Pregnant Women and Quality of Life.

Introdução

A Incontinência Urinária (IU) é descrita pela International Continence Society (ICS) como perda involuntária de urina. Sendo este um dos sintomas comuns durante a gestação (ABRAMS, 2002), devido às alterações anatômicas, funcionais e hormonais que ocorrem no trato urinário inferior (MORENO 2004).

Alguns estudos relatam do desencadeamento da IU no período da primeira gestação (SCARPA, 2005).

A incontinência urinária é classificada em três tipos principais: a Incontinência Urinária de Esforço (IUE), que ocorre quando há perda involuntária de urina durante o esforço, exercício, ao espirrar ou tossir; a Incontinência Urinária de Urgência (IUU), que é caracterizada pela queixa de perda involuntária de urina acompanhada ou precedida por urgência e; a Incontinência Urinária Mista (IUM), que ocorre quando há queixa de perda involuntária de urina associada à urgência e também aos esforços. (CALDAS et al.,2010).

O assoalho pélvico é composto por músculos que estão interligados às estruturas ósseas, fasciais e fibromusculares. É formado pelos esfíncteres estriados uretral e anal, e principalmente, pelo grupo muscular do elevador do ânus. Estas estruturas são responsáveis pelo posicionamento correto dos órgãos pélvicos e manutenção da continência urinária. O mecanismo de continência urinária é determinado pelo tônus normal desses músculos (FREDERICE, 2010; SCARPA, 2004).

Os músculos do assoalho pélvico (MAP'S) são compostos por fibras do tipo I sendo essas tônicas, de contração lenta, e que são responsáveis pelo suporte dos órgãos pélvicos quando em repouso, favorecendo o mecanismo de fechamento uretral. As fibras musculares de contração rápidas aparecem em menor quantidade e são classificadas como tipo II, sendo fásicas. Estas interferem na continência uretral diante de aumentos súbitos de pressão intra-abdominal. Devido as interferências fisiológicas ocorre as disfunções no assoalho pélvico (AP) acarretando em danos estruturais e funcionais de músculos, nervos, fâscias ou ligamentos o que

podem afetar diretamente de forma negativa a qualidade de vida das gestantes (FREDERICE, 2010).

Durante a gestação, este mecanismo pode sofrer alterações, principalmente pelo crescimento progressivo em peso e tamanho do útero, associado ao peso do feto. Isto gera aumento da pressão intra-abdominal e sobrecarrega os músculos do assoalho pélvico e o tecido fascial. Além disso, o útero grávidico provoca aumento no ângulo entre o colo vesical e a uretra, ampliando a abertura do colo. A bexiga os ureteres e o esfíncter interno da uretra estão com hipotonia pela ação da progesterona (FREDERICE, 2010).

Além dos aspectos musculares há a presença de alterações hormonais durante a gestação, que contribuem para o aparecimento dos sintomas urinários. Essas alterações ocorrem, em parte, pelos ovários, pelas unidades feto-placentárias e pelas glândulas endócrinas da mãe. Os principais hormônios presente nesta alteração são: progesterona, estrógeno e relaxina (NEME, 2000).

A progesterona é o hormônio essencial para a manutenção da gravidez. Durante as dez primeiras semanas de gestação, o corpo lúteo é a principal fonte de progesterona, sendo que durante todo o resto da gestação, este hormônio é produzido pela placenta. É responsável pela redução do tônus da musculatura lisa podendo acarretar diminuição do peristaltismo e obstipação intestinal, redução do tônus dos vasos sanguíneos levando a uma queda da pressão arterial diastólica. Além disso, é responsável pelo aumento da temperatura corporal em 0,5°C, pela hiperventilação materna, pelo depósito de gordura corporal e desenvolvimento das glândulas produtoras de leite (POLDEN, 1997; ARTAL 1999).

O estrógeno, também produzido pelas mesmas estruturas que a progesterona, possibilita o crescimento do útero e dos ductos mamários, aumento dos níveis de prolactina e preparação das mamas para lactação (REZENDE, 1995; POLDEN, 1997).

A relaxina é um hormônio sintetizado no corpo lúteo, apresentando altas concentrações na gestação, atingindo seus maiores níveis no terceiro trimestre. Sua

função é aumentar a extensibilidade e flexibilidade, principalmente nas articulações pélvicas e sacrais, importante na inibição da atividade miométrial e a habilidade do útero distender-se, e na produção do tecido conjuntivo de suporte adicional necessário para o crescimento das fibras (REZENDE, 1995; POLDEN, 1997).

Já no sistema urinário tende a ocorrer o aumento do peso dos rins, dilatação da pélvis renal (POLDEN, 1997). De uma forma geral, as gestantes ficam mais suscetíveis a desenvolver infecções urinárias, principalmente pela estase urinária e diminuição do peristaltismo dos ureteres (BORGES et al., 2002).

Diante desses apontamentos bibliográficos, os objetivos para o estudo foram analisar a interferência da IU na qualidade de vida de gestantes e comparar a prevalência de IU, no período gestacional, no decorrer dos três trimestres. Com o intuito de contribuir para a elaboração de futuros programas preventivos no período do pré-natal, visando melhorar o conhecimento e os serviços prestados pelos profissionais da saúde.

Metodologia

A pesquisa trata-se de um estudo epidemiológico analítico transversal, que foi iniciado após a aprovação do Comitê Científico Interno da Universidade Cruzeiro do Sul. Através do protocolo: 406/102012. Foram entrevistadas 60 primigestas, sendo preenchido o critério de inclusão apenas 34 mulheres primigestas com a idade entre 16 e 33 anos, os dados foram recolhidos em Unidades Básicas de Saúde (UBS) e em consultórios particulares, através de entrevistas aplicadas pelas pesquisadoras, sendo que os critérios de exclusão foram: gestantes com histórico de cirurgias ginecológicas e/ou urológicas prévias, com sintomas urinários prévios e alterações cognitivas. As participantes da pesquisa após assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, responderam os seguintes questionários:

- Questionário Demográfico (idade, etnia, grau de escolaridade, profissão, estado civil, tabagismo, prática de atividade física prévia a gravidez, tipo de acompanhamento médico, e meses de gestação);

- Questionário ICIQ-SF (*International Consultation on Incontinence Questionnaire - Short Form*) validado para o português em 2004, composto de quatro questões que avaliam a frequência, a gravidade e o impacto da IU, além de um conjunto de oito itens de autodiagnóstico, relacionados às causas ou a situações de IU vivenciadas pelos pacientes. Sendo esse um método rápido, simples e breve, para avaliar o impacto da IU na qualidade de vida e qualificar a perda urinária de pacientes;

- Questionário WHOQOL-Bref (*Instrumento Abreviado de Avaliação de Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde*), instrumento utilizado para a avaliação da qualidade de vida (QV) que demanda menor tempo para preenchimento e que mantém a qualidade das características psicométricas do WHOQOL-100. O questionário contém 26 questões divididas em quatro domínios: físico, psicológico, relações sociais e de meio ambiente.

Ao final da avaliação as participantes receberam material educativo, por meio de cartilhas com exercícios auto aplicáveis e cuidados com o recém nascido.

Para a análise dos resultados foi utilizado o *software Microsoft Excel 2010*. Para as análises descritivas das variáveis foram utilizados à média e desvio padrão, e para a análise analítica foi utilizado o Teste ANOVA. Sendo os resultados considerados significativamente estatísticos quando $p < 0,05$.

Resultados

Foram estudadas 34 primigestas (9 no primeiro trimestre, 9 no segundo trimestre e 16 no terceiro trimestre), a idade variou de 16 a 33 anos, sendo a idade média 23,26 anos. Referente a raça 61,76% se classificaram como brancas, 26,47% pardas e 11,76% negras. Quanto ao grau de escolaridade 38,23% referiram ter ensino médio completo, 35,29% superior completo, 11,76% superior incompleto, 11,76% ensino médio incompleto e 2,94% ensino fundamental incompleto. A maioria das entrevistadas alegou ser solteira e não tabagista. As características

sociodemográficas correlacionadas com o escore final do questionário ICIQ-SF, estão apresentadas na tabela 1.

Comparação do Escore final do ICIQ-SF por trimestre e características sociodemográficas das primigestas				
Trimestre	1º Trimestre	2º Trimestre	3º Trimestre	Valor de p
Características				
Escore final (Média±DP)	3,77 ± 4,26	6,66 ± 4,89	6,43 ± 5,98	0,42
Realização de Atividades físicas prévias	5,66 ± 5,13	9,5 ± 3,53	9,2 ± 7,39	
Não realização de atividades físicas (Média±DP)	2,83 ± 3,92	5,85 ± 5,14	5,18 ± 5,13	0,01
Idade				
16 a 21 anos	6,2 ± 4,26	7 ± 5,09	5,83 ± 4,02	
22 a 27 anos	0 ± 0	6,66 ± 4,50	4,50 ± 7,14	0,06
28 a 33 anos (Média±DP)	1,5 ± 2,12	6 ± 8,48	10,25 ± 6,29	
Raça				
Branca	1 ± 1,73	6,85 ± 4,65	7,27 ± 5,60	
Negra	3,5 ± 4,94	0 ± 0	8 ± 11,31	0,61
Parda (Média±DP)	6 ± 4,89	6 ± 8,48	2,33 ± 4,04	

Tabela 1.

Com relação às situações de perda de urina, por trimestre, foi observado que 55,56% das primigestas do primeiro trimestre referiram nunca perder urina e, ao passar dos trimestres, outras participantes passaram a referir perdas urinárias em

outras circunstâncias, destacando no segundo trimestre a perda de urina antes de chegar ao banheiro com 22,22%, e no terceiro trimestre com 25% perdem quando tosse ou espirram, conforme gráfico 1.

RELAÇÃO DAS SITUAÇÕES DE PERDA URINÁRIA (POR TRIMESTRE)

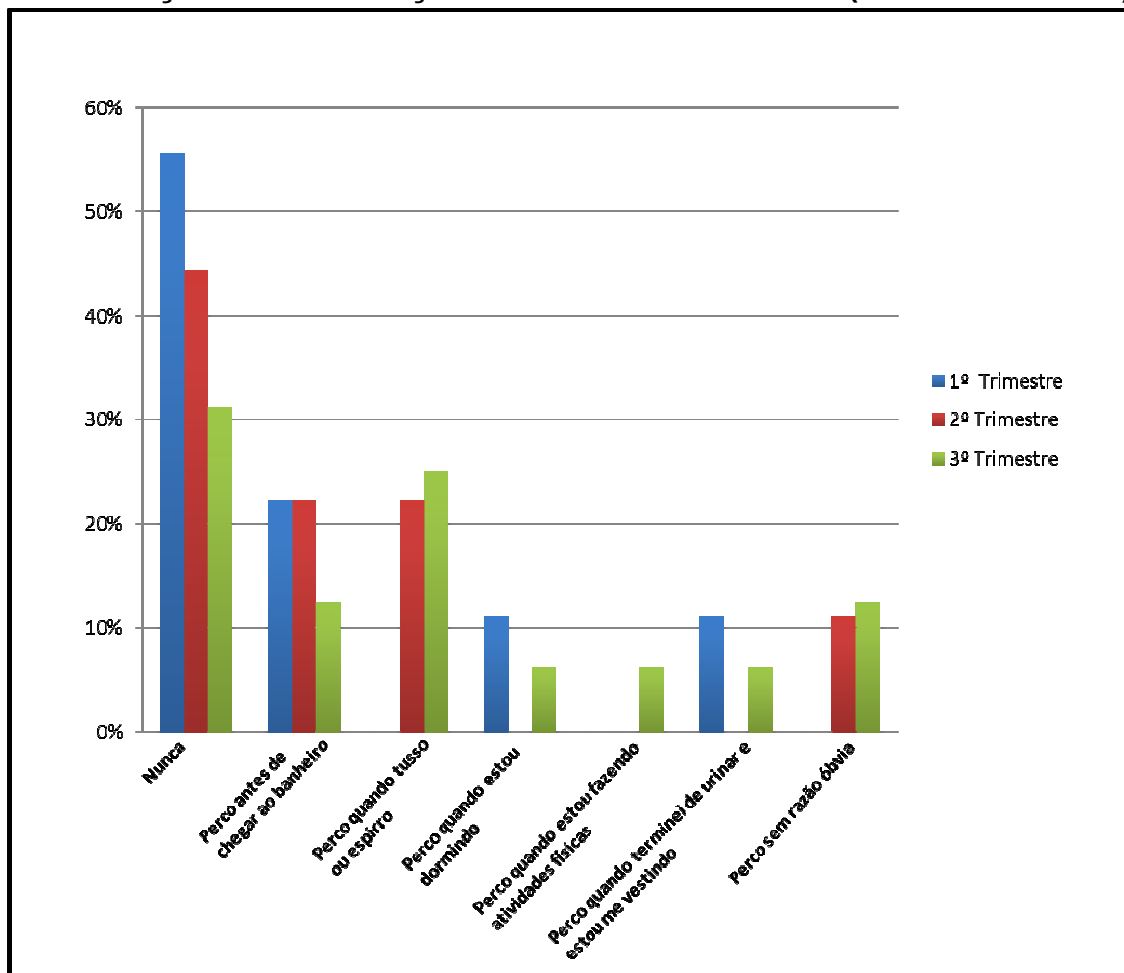


Gráfico 1.

Referente a prática de atividade física previamente a gestação, e a presença de sintomas urinários conforme as assinalado nas questões autodiagnosticáveis do questionário ICIQ-SF, é possível observar no gráfico 2, a distribuição das respostas

por trimestre, sendo que apenas 30% da amostra alegaram praticar atividades físicas previamente a gestação.

RELAÇÃO DE ATIVIDADE FÍSICA COM PERDA URINÁRIA

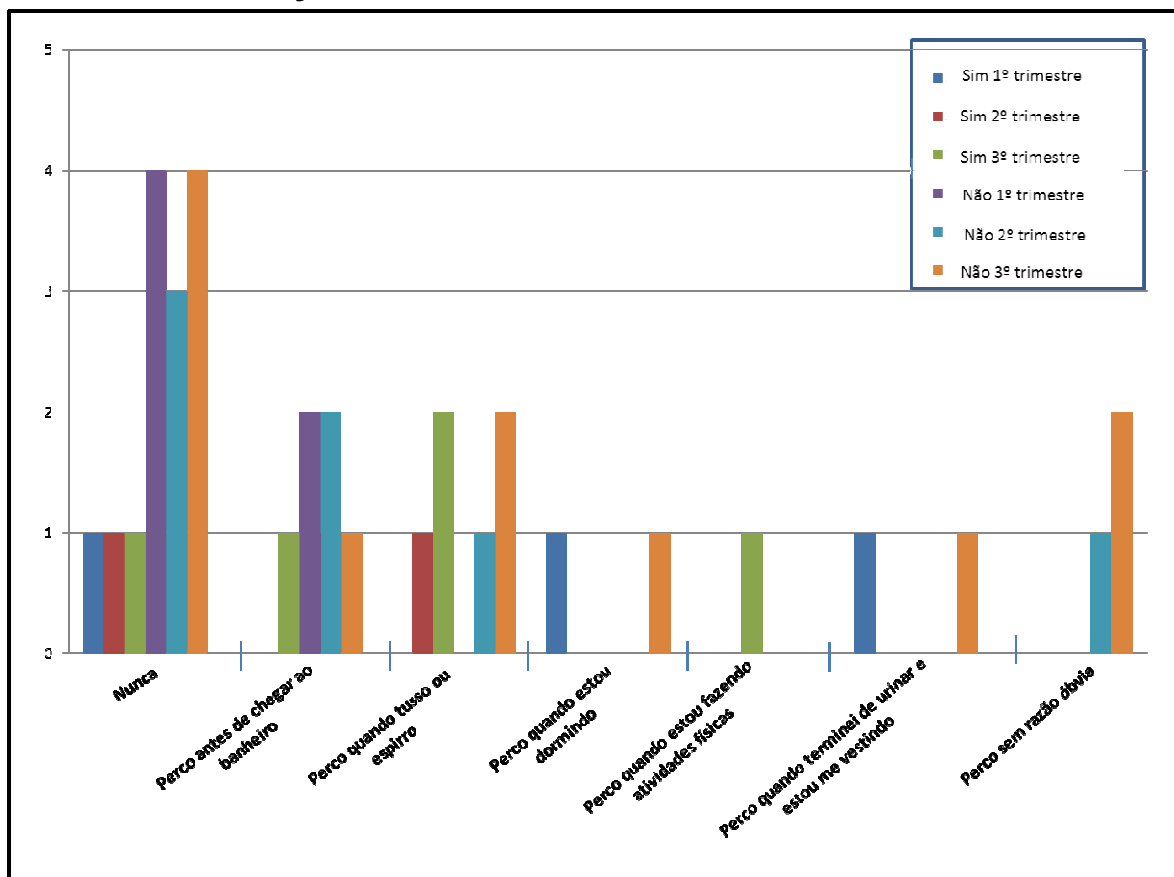


Gráfico 2.

Com relação à comparação da qualidade de vida por trimestre, foi observado, que as primigestas que obtiveram os menores escores realizavam acompanhamento pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e com estado civil solteira. Apesar de não haver significância estatística, pode-se notar que as melhores pontuações médias foram nos critérios relação social, físico e meio ambiente obtido no primeiro e segundo

trimestre. Ressalta-se que a não significância estatística, pode estar relacionada com o tamanho amostral, a faixa etária jovem e não serem as mesmas primigestas avaliadas no decorrer dos trimestres. Os escores obtidos podem ser observados com maior detalhe na tabela 2.

Comparação da Qualidade de Vida por Trimestre – WHOQOL-bref				
Trimestre	1º Trimestre	2º Trimestre	3º Trimestre	Valor de p
Domínio				
Físico				
Média (%)±DP	66,35 ± 7,66	64,76 ± 7,56	60,71 ± 8,94	0,23
Psicológico				
Média (%)±DP	74,44 ± 8,33	72,59 ± 9,40	75,21 ± 5,83	0,70
Relação Social				
Média (%)±DP	80,74 ± 9,69	80,74 ± 8,46	75,83 ± 19,46	0,60
Meio Ambiente				
Média (%)±DP	68,06 ± 12,42	61,11 ± 10,83	66,56 ± 10,64	0,37

Tabela2.

Discussão

O presente estudo evidenciou que há presença de sintomas urinários desde o primeiro trimestre de gestação em primigestas, esses podem estar associados a sintomas de incontinência prévia a gestação e ainda a mudanças hormonais. Sendo esse pouco evidenciado na literatura, segundo HVIDMAN et.al. Constatou que a incontinência urinária ocorrem em 25% dos casos durante a primeira gestação em uma análise 290 gestantes, sendo os sintomas urinários irritativos aumentam na segunda gestação e posteriormente, ao longo da vida. SCARPA et.al; CHALIHA et.al, observaram altos níveis hormonais ocorrendo paralelamente a gestação, o que influência diretamente na continência.

Foi observado através da comparação de perda urinária por trimestre através do questionário ICIQ-SF, que praticantes de atividade física previamente a gestação, obtiveram maior escore do que as não praticantes, CLAPP et.al, evidenciou que mulheres praticantes de atividade física, apresentam o crescimento placentário maior do que as não praticantes de atividade física, implicando a perda de urina e afirmando o achado.

Apesar de não haver relevância nos demais caracteres do ICIQ-SF relacionado a idade e raça comparado a perda urinária, mulheres brancas obtiveram resultados superiores de IU quando comparadas com pardas e negras, estudos realizados como de CORREGGIO et.al. , avaliaram a função da musculatura do assoalho pélvico em gestantes por meio da avaliação do assoalho pélvico (AFA) e perineometria e obtiveram melhores índices de AFA e perineometria em brancas, entretanto a população estudada eram mais brancas o que contradiz o presente estudo sendo a população amostral em sua maioria também brancas. Já no estudo de LEROY et.al., através de um levantamento de produções científicas de IU feminina e questões raciais observou que a prevalência de IU é mais elevada entre brancas do que em negras. Sendo o grupo-étnico racial de negras apresentam menores riscos de prolapso de órgãos pélvicos (POP) quando comparadas as brancas.

Referente à idade CORREGGIO et.al., Através do estudo foi observado que gestantes com idade superior que 30 anos apresentam valores de (AFA) igual a 5 quando comparadas com gestantes com idade inferior, correlacionando com o presente estudo; Assim como outros estudos é possível notar que episódios de IU vem afetando a população mais jovem (AHMED et.al).

O paralelo de escolaridade e tabagismo correlacionado ao ICIQ- SF na população observada em questão não se encontrou resultados estaticamente significativos e tampouco estudos comparativos.

Há grandes impactos gerados pela IU na qualidade de vida de mulheres acarretando em consequências psicossociais incluindo constrangimento, isolamento,

sentimento de inutilidade e depressão (GLISOI et.al.; AHMED et.al.). Comparado os domínios do WHOQOL- bref por trimestre foi observado pontuações altas resultando em boa qualidade de vida no decorrer dos três trimestres.

No domínio físico, relação social e meio ambiente a qualidade de vida se apresentou maior no primeiro trimestre quando comparado com demais trimestres, porém o domínio psicológico apresentou melhor índice no terceiro trimestre não se encontrou resultados estaticamente significativos e tampouco estudos comparativos entre os trimestres a incontinência urinária através do questionário utilizado. No estudo realizado por FITZ et.al., avaliou a qualidade de vida em mulheres com IU após o treinamento dos músculos do assoalho pélvico por meio do *Kings Health Questionnaire (KHQ)* observou uma diminuição significativa do escores dos domínios que consistem na percepção da saúde, impacto da incontinência urinaria, limitações das atividades diárias, limitações físicas, limitações sociais, relações pessoais, emocionais, sono/disposição e as medidas de gravidade repercutindo positivamente na qualidade de vida das mulheres.

Diante da interferência da incontinência urinária um programa educacional se faz necessário antes e durante o período gestacional com inclusão de todos os conceitos anatômicos e fisiológicos (incontinência, assoalho pélvico, função da bexiga, contração do períneo, princípios de tratamento) tendo o envolvimento de todos os profissionais da saúde.

Conclusão

Diante da amostra e levantamento estatístico concluímos há a presença de sintomas urinários desde o primeiro trimestre em primigestas, sendo esses sintomas presentes em uma população jovem.

Na população amostral apesar de não haver a mesma quantidade por trimestres concluímos ainda que apesar de não haver escores significativos foi possível observar que através dos trimestres a qualidade de vida segundo os relatos diminuam.

Devendo haver uma abordagem preventiva destes sintomas, cuja persistência após o parto compromete gravemente a qualidade de vida destas mulheres, fazendo-se necessárias novas pesquisas com questionários validados e voltados para incontinência urinária visando melhorar o conhecimento e os serviços prestados pelos profissionais da saúde.

Referências

1. ABRAMS, P. - *The standartization of terminology of lower urinary tract function: report from the standardization sub committe of the international continence society*. **Rev. Neurourology and Urodynamics**, v. 21 p.167- 178, 2002.
2. AHMED, H.M; OSMAN, V.A; AL-ALAF, S.K; AL-TAWIL, N.G. *Prevalence of urinary incontinence and probable risk factors in a sample of Kurdish women*. **Rev. Sultan Qaboos University Medical**. v. 13, n. 2, p. 269-274. Maio 2013.
3. ARTAL, R; DRINKWATER, B, L; WISWELL, R.A. **O Exercício na Gravidez**. 2ed. São Paulo: Manole, 1999.
4. BENZECRY, R.; OLIVEIRA, H.C.; LEMGRUBER, I. – **Tratado de Obstetrícia FEBRASGO**. Editora Revinter, 2001.
5. BORGES, F.L.L; FILHO, A.C; *Sintomas do trato urinário decorrente da gestação*. **Rev. Femina** v. 30, n 08, 2002.
6. CALDAS, C.P; CONCEIÇÃO, I.R.S; JOSÉ, R.M.C; SILVA, B.M.C. *Terapia comportamental para incontinencia urinária da mulher idosa: uma ação do enfermeiro*. **Rev. Texto e Contexto Enfermagem**. v. 19, n. 4, p. 783-788, 2010.

7. CHALIHA, C; STANTON, S.L. *Urological problems in pregnancy*. **Rev. BJU Int.** v. 89, p. 469-476, 2002.
8. CLAPP JF, KIM H, BURCIU B, LOPEZ B. *Begining regular exercise in early pregnancy: effect on fetoplacental growth*. **American Journal Obstetrics and Gynecology**, v. 183, n. 6, p. 1484 - 1488, dez. 2000.
9. CORREGGIO, K.S; JUNIOR, A.T; CORREGGIO, K.S; MANTOVANI, P.R. *Avaliação da função muscular perineal em gestantes*. **Rev. Arquivos Catarinenses de Medicina**, v.39, n.3, p.29-33, 2010.
10. FITZ, F.F; COSTA, T.F; YAMAMOTO, D.M; RESENDE, A.P.M; STUPP, L; SARTORI, M.G.F; GIRÃO, J.B.C. CASTRO, R.A. *Impacto do treinamento dos músculos do assoalho pélvico na qualidade de vida em mulheres com incontinência urinária*. **Rev. Associação de Medica Brasileira**. v. 58, n.2, p. 155-159, dez. 2012.
11. FLECK, M. P; LOUZADA, S; XAVIER, M; CHACHAMOVICH, E; VIEIRA, SANTOS, L; PINZON, V. *Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-bref"*. **Rev. Saúde Pública**, v.34, n.2, p.178-183, abril 2000.
12. FREDERICE, C.P. *Assoalho pélvico e sintomas urinário na gestação a após o parto*. **Dissertação de Mestrado**. Unicamp, 2010.
13. GRISOI, S.F.N; GIRELLI, P. *Importância da fisioterapia na conscientização e aprendizagem da contração da musculatura do assoalho pélvico em mulheres com incontinência urinária*. **Rev. Brasileira de Clínica Médica**, v. 9, n. 6, p. 408-413, nov. - dez 2011.

14. HVIDMAN, L.; FOLDSPANG, A.; MOMMSEN, S.; NIELSEN, J.B. *Correlates of urinary incontinence in pregnancy*. **Rev. J. Int. Urogynecology**, v. 13 p 278-83, 2002.
15. LEROY, L.S; LOPES, M.H.B.M, SHIMO, A.K.K. *A incontinência urinária em mulheres e aspectos raciais: uma revisão literatura*. **Rev. Texto e Contexto Enfermagem**. v. 21, n 3, p. 692-701, jul – set 2012.
16. MORENO, A.L. **Fisioterapia em Uroginecologia**. São Paulo: Manole, 2004.
17. NEME, P. **Obstetrícia Básica**. 2ed. São Paulo: Editora Sarvier, 2000.
18. POLDEN, M. – **Fisioterapia em Ginecologia e Obstetrícia**. 2ed. São Paulo: Santos, 2000.
19. REZENDE, J. – **Obstetrícia**. 8ª Ed. Editora Guanabara Koogan S.A. 1998.
20. SCARPA, K.P; HERRMANN, V; PALMA, P.C.R; RICETTO, C.L.Z; MORAIS, S. *Prevalência de sintomas urinários no terceiro trimestre da gestação*. **Rev. Associação Médica Brasileira**, v.52, n.3, p.153-156, nov. 2006.
21. TAMANINI, J.T.N; DAMBROS, M.; D'ANCONA, C.A.L ; PALMA. P.C.R. ; NETTO, N.R - *Validação para o português do “International Consultation on Incontinence Questionnaire - Short Form” (ICIQ-SF)*. **Rev. Saúde Pública**, v.38 n.3, p. 38-44, abril 2004.