



**INSTITUTO POLITÉCNICO
DE SAÚDE DO NORTE**

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DO VALE DO SOUSA

Curso de Licenciatura em Fisioterapia

4º Ano

Tese de Licenciatura

**A influência das sessões de preparação para o
nascimento na incontinência urinária durante a
gravidez e após o parto**

Trabalho realizado por Sónia Isabel Ribeiro Carvalho

Gandra, 2010

Trabalho apresentado ao curso de Fisioterapia, do Instituto Politécnico de Saúde – Norte – Escola Superior de Saúde do Vale do Sousa, para obtenção do grau de Licenciatura, sob a orientação da Fisioterapeuta Ana Rita Cruz (Lic).

Carvalho, S. (2010) “A influência das sessões de preparação para o nascimento na incontinência urinária durante a gravidez e após o parto”. Tese de Licenciatura apresentada à Escola Superior de Saúde do Vale do Sousa. Gandra.

PALAVRAS-CHAVE: PREPARAÇÃO PARA O NASCIMENTO;
FISIOTERAPEUTA; INCONTINÊNCIA URINÁRIA.

Agradecimentos

A realização deste trabalho só foi possível graças a várias entidades, como todos os responsáveis pelos locais de recolha da amostra, bem como todas as mulheres que aceitaram colaborar no estudo.

O meu muito obrigado a todos eles.

Agradeço também à Fisioterapeuta Ana Rita Cruz, minha orientadora, pela paciência, atenção e incentivo em todos os momentos. Às Fisioterapeutas Ana Raquel Ribeiro, Andreia Antunes, Isabel Terças, Flávia Oliveira, Clara e Manuela pela ajuda na recolha da amostra.

Às enfermeiras e técnicas que se disponibilizaram a colaborar na realização do trabalho.

Ao professor Milton e à Fisioterapeuta Daniela Simões pela ajuda estatística.

Aos meus pais, aos meus verdadeiros amigos. A todos eles e a todos os que foram imprescindíveis para o caminho até aqui percorrido, o meu muito Obrigado.

Índice Geral

Índice de Tabelas _____	VII
Lista de Abreviaturas _____	VIII
Índice de Anexos _____	X
Resumo _____	XI
Abstract _____	XIII
Capítulo I – Introdução _____	1
Introdução _____	3
Capítulo II – Revisão Bibliográfica _____	5
A Incontinência urinária _____	7
Incontinência urinária e a gravidez _____	11
A preparação para o nascimento _____	13
Capítulo III – Metodologia _____	15
Tipo de Estudo _____	17
Amostra _____	17
Factores de inclusão _____	18
Factores de exclusão _____	18
Ética _____	19
Instrumentos de recolha de dados _____	20
Procedimentos _____	20
Estudo piloto _____	22
Procedimentos estatísticos _____	23
Capítulo IV – Resultados _____	25
Estudo piloto _____	27
Caracterização da amostra _____	27

Resultados do questionário _____	28
Preparação para o nascimento _____	37
Capítulo V – Discussão dos resultados _____	39
Discussão _____	41
A incontinência urinária e a preparação para o nascimento _____	42
A preparação para o nascimento _____	45
Capítulo VI – Conclusão _____	47
Conclusão _____	49
Referências Bibliográficas _____	51
Anexos _____	I

Índice de Tabelas

Tabela 1 - Caracterização da amostra por locais de recolha _____	27
Tabela 2 - Caracterização da amostra por idade, IMC e aumento de peso na última gravidez _____	28
Tabela 3 - Resultados referentes a hábitos desportivos, antes da gravidez e após o parto e infecções urinárias _____	29
Tabela 4 - Resultados referentes aos momentos de infecções urinárias, por grupos _____	30
Tabela 5 - Resultados referentes a número de partos e tipo de parto na última gravidez _____	30
Tabela 6 - Resultados referentes a ocorrência de perdas de urina durante a gravidez e após o parto, em ambos os grupos, bem como a ocorrência dessas perdas durante a realização de esforços (IUE) _____	31
Tabela 7 - Resultados referentes ao ajustamento das variáveis IU ao número de partos, após o último parto _____	32
Tabela 8 - Resultados referentes ao ajustamento das variáveis IU de esforço, ao número de partos, após o último parto _____	34
Tabela 9 - Resultados referentes ao ajustamento das variáveis IU e IUE ao número de partos, durante a última gravidez _____	34
Tabela 10 - Resultados referentes às variáveis indicação para sessões de preparação para o nascimento, nos grupos 2 e 3 _____	37

Lista de Abreviaturas

Intervalo de Confiança - IC

Incontinência Urinária – IU

Incontinência Urinária de Esforço – IUE

Incontinência Urinária Mista – IUM

Incontinência Urinária de Stress - IUS

Incontinência Urinária de Urgência – IUU

Índice de Massa Corporal - IMC

Músculos do Pavimento Pélvico – MPP

Odds ratio – OR

Treino dos Músculo do Pavimento Pélvico – TMPP

Lista de Símbolos

< - Menor do que

p – Valor de prova

Índice de Anexos

Anexo A – Consentimento informado para as colaboradoras no estudo	II
Anexo B – Consentimento informado, livre e esclarecido para as colaboradoras do estudo do Centro de Saúde do Barão do Corvo	III
Anexo C – Pedido de autorização aos locais seleccionados para recolha de dados	V
Anexo D – Declaração de esclarecimento sobre o estudo para a Administração Regional de Saúde do Norte	VIII
Anexo C – Questionário	IX

Resumo

A incontinência urinária de esforço tem-se revelado como o tipo mais prevalente na mulher, em especial durante a gravidez e após o parto, em consequência das modificações físicas a que está sujeita durante este período.

Objectivo: Com este trabalho pretendeu-se verificar a influência das sessões de preparação para o nascimento na incontinência urinária durante a gravidez e após o parto.

Métodos: Foi aplicado um questionário a três grupos de mulheres que estavam no período de até 6 meses de pós-parto, um grupo de mulheres que não frequentou sessões de preparação para o nascimento (grupo 1), um outro grupo com mulheres que frequentaram sessões de preparação orientadas por enfermeiros (grupo 2) e um terceiro grupo (3) de mulheres que frequentaram sessões de preparação orientadas por fisioterapeutas, em que ambos trabalham no treino dos músculos do pavimento pélvico, verificando em qual dos grupos ocorreu, durante a gravidez e após o parto, mais episódios de incontinência, notando assim a importância do trabalho do Fisioterapeuta na prevenção da IU nesta fase da vida da mulher.

Resultados: A frequência de incontinência urinária/incontinência urinária de esforço durante a gravidez foi de 48,6% no grupo 1, de 41,7% no grupo 2 e de 8,7% no grupo 3. No período pós-parto a frequência de incontinência urinária foi de 45,9% e de 40,5% de esforço no grupo 1, de 16,7% no grupo 2 de urinária/incontinência urinária de esforço e de 8,7% no grupo 3. Verificou-se também que, neste estudo, o facto de ser a primeira gravidez foi um factor protector do surgimento de incontinência antes da gravidez (OR = 0,42; IC 95% (1,59 – 1,144)) bem como após o parto (OR = 0,27; IC 95% (0,09-0,767)).

Conclusão: A preparação para o nascimento orientada por Fisioterapeutas, parece ter um maior efeito protector na ocorrência de incontinência urinária durante a gravidez e após o parto.

Palavras-chave: Incontinência Urinária; Preparação para o Nascimento; Fisioterapia.

Abstract

The stress urinary incontinence has been shown to be the most prevalent type in women, especially during pregnancy and after childbirth as a result of physical changes she faces during this period.

Objective: This study was intended to ascertain the influence of preparation classes for birth in urinary incontinence during pregnancy and after childbirth.

Methods: A questionnaire was administered to three groups of women who were, until 6 months postpartum, a group of women who did not attend classes in preparation for birth (group 1), another group of women who attended classes oriented preparation for nurses (group 2) and a third group (3) women who attended preparation sessions guided by physical therapists, both work in training the pelvic floor muscles, determining to which group occurred during pregnancy and after childbirth more episodes of incontinence, thereby noting the important work of the physiotherapist in preventing the UI at this stage of life for women.

Results: The frequency of urinary incontinence / stress urinary incontinence during pregnancy was 48.6% in group 1, 41.7% in group 2 and 8.7% in group 3. In the postpartum period the frequency of urinary incontinence was 45.9% and 40.5% of effort in group 1, 16.7% in group 2, urinary / stress urinary incontinence and 8.7% in group 3. It was also found in this study, the fact that the first pregnancy was a protective factor in the onset of incontinence before pregnancy (OR = 0.42, 95% CI (1.59 to 1.144)) and after delivery (OR = 0.27, 95% CI (0.09 to 0.767)).

Conclusion: The preparation for the birth guided by physiotherapists, seems to have a greater protective effect on the occurrence of urinary incontinence during pregnancy and after childbirth.

Keywords: Urinary Incontinence, Birth Preparation, Physical Therapy

Capítulo I – Introdução

Introdução

A incontinência urinária (IU) é definida pela Internacional Continence Society (2009) como a queixa de perda involuntária de urina, afectando tanto as mulheres como os homens, atingindo no entanto, mais o sexo feminino.

Devido à sua alta prevalência, a IU feminina é um importante problema de saúde pública, pelo seu elevado impacto físico, psíquico e social na vida da mulher, como refere Santos, P., (2006), diminuindo significativamente a sua qualidade de vida, impondo limitações às suas actividades quotidianas, laborais ou lúdicas, condicionando até o sono e as relações pessoais.

Estão identificados diferentes tipos de IU, sendo que os mais descritos são a incontinência urinária de esforço (IUE) ou stress (IUS), a mais prevalente nos anos reprodutivos, de urgência (IUU), e a mista (IUM). (Jayna M., 2008; McKertich, K., 2008)

Em Portugal, os estudos sobre a prevalência da IU na população são escassos. Um estudo realizado pelo departamento de estudos e planeamento da saúde, em 1998/99, indica uma prevalência de IU em 12,35% das mulheres com 35 ou mais anos, como refere Moura, B. (2005), que, no seu estudo na mesma população, revelou que o tipo de IU mais frequente é a mista (49%), seguida da de esforço (34,7%) e por último a de urgência.

Os principais factores de risco associados ao aparecimento da IU são a menopausa, a obesidade e cirurgias ginecológicas, mas são a gravidez e o parto os principais factores identificados responsáveis por essa afecção (Amaro et al, 2005).

Estudos demonstram que, a IU, não é uma condição que se verifica só durante a gravidez, mas que permanece após o parto, tal como verificou Meyer et al (2008), em que a IUE persistiu no puerpério em 29% das mulheres que apresentaram perda urinária durante a gravidez, e em 16% das mulheres que foram continentas durante a gestação.

Assim, o treino da musculatura do pavimento pélvico (TMPP) é geralmente recomendado durante a gravidez e após o parto, para a prevenção

e tratamento de IU (Hay-Smith, J., Mørkved, S., A Fairbrother, K., Herbison, G.P., 2008). Os músculos do pavimento pélvico (MPP), que tem como funções o suporte dos órgãos pélvicos e o mecanismo do esfíncter uretral, estão expostos a tensões físicas durante a gravidez e o parto, sendo por isso enfraquecidos, dando origem a diferentes afecções, entre elas a IU (Polden, M. & Mantle, J., 2000).

O Fisioterapeuta trabalha então com a grávida, através de sessões de preparação para o nascimento e na reabilitação pós-parto, no fortalecimento dos MPP, pois a melhora da força e da função desta musculatura favorece uma contracção consciente e efectiva nos momentos de aumento da pressão intra-abdominal, evitando assim as perdas de urina (Rett, M., 2007).

Em Portugal existem alguns Fisioterapeutas a trabalhar na área da saúde da mulher e na preparação para o nascimento, não havendo, no entanto, muitos estudos publicados na área.

Pretende-se assim, com este estudo, verificar a influência das sessões de preparação para o nascimento, orientadas por Fisioterapeutas que trabalhem no reforço dos MPP, na ocorrência de perdas involuntárias de urina na mulher, durante a gravidez e até 6 (seis) meses de pós-parto, comparativamente com mulheres que se encontrem no mesmo período, mas que não tenham realizado preparação para o parto, e/ou que tenham frequentado sessões de preparação para o nascimento orientadas por outros profissionais.

Capítulo II – Revisão Bibliográfica

Revisão Bibliográfica

A incontinência urinária

A incontinência urinária foi definida pela Sociedade Internacional de Continência (*International Continence Society - ICS*), já em 2009, como a “perda involuntária de urina”.

É uma afecção de etiologia multifactorial que acomete principalmente as mulheres, de diferentes idades, independentemente de qualquer classe económica ou padrão cultural, afectando negativamente a sua qualidade de vida (Wakavaichi et al, 2001). A idade em que há uma maior prevalência de IU varia nos estudos: uns situam o pico na velhice e outros na peri-menopausa, no entanto é consensual o aumento progressivo de prevalência desde a idade adulta jovem até aos quarenta anos. (Moura, B. 2005)

Os principais factores de risco referenciados para ocorrência de incontinência são a gravidez, a multiparidade, a duração do trabalho de parto, o parto por via vaginal, o recurso a fórceps e/ou ventosas no parto, partos múltiplos, bebés de alto peso, a idade da mulher aquando do primeiro parto, anestesia epidural, episiotomia e lacerações no períneo, cirurgias ao aparelho uro-ginecológico como a histerectomia vaginal e função deficiente ou inadequada dos MPP. (Jayna, M. & Straus, S., 2008; Yarnell, J.W.G., 1982; Dedicção, A.C., Haddad, M., Saldanha, M.E.S. & Driusso, P., 2008)

Além destes, outros factores são ainda apontados para o aparecimento de IU, como a hereditariedade, a administração de fármacos (diuréticos, estrogéneos, tranquilizantes, anti-depressivos, hipnóticos, laxantes e alguns anti-bióticos), infecções urinárias de repetição, vaginites, patologias do aparelho respiratório, patologias neurológicas, presença de doenças predisponentes como diabetes mellitus, esclerose múltipla, demência, depressão, obesidade (elevado IMC, índice de massa corporal), cancro da bexiga, parkinsonismo, alterações neurológicas ou bioquímicas associadas ao processo de envelhecimento, tabagismo, alcoolismo e obstipação. (Yarnell,

J.W.G., 1982; Danforth, K.N. et al; Jayna, M. & Straus, S., 2008; Dedicção, A.C., Haddad, M., Saldanha, M.E.S. & Driusso, P. (2008))

Existem três tipos descritos como mais comuns de IU: de esforço ou stress (que resulta do mau funcionamento do esfíncter uretral), urgência (perda de urina associada a uma intensa vontade de urinar) e mista, que comporta características das duas anteriores. (Moura, B. 2005)

A IUE é a mais comum entre as mulheres, sendo considerada como a mais prevalente nos anos reprodutivos, e a de urgência e a incontínência mista mais frequente em mulheres mais idosas. (Moura, B. 2005; Santos, P., 2006). É considerado um problema de saúde pública, com base nos índices elevados de incidência e prevalência e em decorrência dos custos que acarreta e do comprometimento acentuado da qualidade de vida de milhões de mulheres em todo o mundo (Agostinho et al, 2005).

Esta forma de IU, surge devido à debilidade do esfíncter urinário e/ou pavimento pélvico, ocorre quando a pressão intravesical excede a pressão uretral máxima na ausência de contracção do músculo detrusor e é desencadeada por actividades que causem um aumento da pressão intra-abdominal (como tossir, espirrar, rir, saltar, levantar pesos, fazer exercício, ou simplesmente andar ou mudar de posição nos casos mais graves). Os pacientes normalmente referem quais as actividades em que ocorrem as perdas, podendo também ocorrer sem que o paciente tenha consciência. (Abrams et al, 2002; Jayna M., 2008; McKertich, K., 2008; Dedicção, A.C., Haddad, M., Saldanha, M.E.S. & Driusso, P., 2008)

Ferreira, M., Santos, P. (2009) referem a IUE resultante da disfunção anatómica das estruturas de suporte da bexiga e uretra (sub posicionamento das estruturas em repouso ou esforço) e/ou lesão neuromuscular, ambas importantes no controlo da pressão uretral.

Já a IUU, ocorre pela hiperactividade do músculo detrusor, da bexiga, normalmente com a bexiga a baixos volumes de urina e sem aviso prévio, a perda de urina é precedida de uma forte vontade de urinar, e a perda ocorre a caminho da casa de banho. Algumas actividades podem despoletar a perda,

como a água corrente, o lavar as mãos, o frio, em que o volume de urina perdido pode ir desde algumas gotas a todo o volume de urina contido na bexiga. (Jayna M., 2008; McKertich, K., 2008)

A IUM é caracterizada como a queixa de perda involuntária de urina associando à urgência, espirros, tosse entre outros esforços. (Jayna M., 2008; McKertich, K., 2008)

Ainda que a IU não coloque directamente a vida das pessoas em risco, esta tem implicações médicas, sociais e económicas. Em termos médicos, está associada a úlceras de decúbito, infecções do trato urinário, sépsis, insuficiência renal e aumento da mortalidade (Moura, B., 2005; Rett, M.T., Simões, J.A., Herrmann, V., Gurgel, M.S.C. & Morais, S.S. 2007), em termos sociais, as suas implicações incluem diminuição da auto-estima, sentimentos de inferioridade, nervosismo, desconforto causado pelo odor de urina, restrição das actividades social e sexual, depressão e, em casos graves, dependência de um cuidador (Chiafarino et al, 2003; Moura, B. 2005).

Apesar das implicações associadas a este problema, nem todas as mulheres o consideram suficientemente relevante para o comunicar ao seu médico, ou para procurarem tratamento, como demonstrou um estudo levado a cabo por Moura, B. (2005), em que apenas 4,3% das mulheres incontinentes confessou o seu problema ao médico, e as que não o fizeram referiram ser um acontecimento normal da idade e não haver nada a fazer (25,8%), ou pensam que passe espontaneamente (22,6%), ou não o consideram suficientemente importante para consultar o médico (24,2%). Este estudo revelou também que 59% das mulheres considera que a IU é muito importante ou bastante importante, e 9% consideram-no como um problema nada importante.

Neste mesmo estudo, e quando avaliadas as expectativas em relação ao tratamento, 34% das mulheres incontinentes acreditam que as perdas de urina se podem curar, 30% que se podem melhorar e 36% acham eu não se pode fazer nada ou não tem opinião sobre o assunto.

No que diz respeito às diferentes modalidades de tratamento de incontinência, este poderá tomar duas formas, a cirúrgica ou a conservadora.

Dentro da opção cirúrgica, várias cirurgias são utilizadas, desde as mais clássicas, como Burch, Marshall Marchetti Krantz, ou as mais recentes e simples, como a colocação de slings suburetrais. (Conceição, P. et al 2009)

No entanto, o tratamento cirúrgico pode não ser considerado como opção, dependendo sempre do grau de gravidade da incontinência, dos riscos que decorrem de uma intervenção cirúrgica e das contra-indicações anestésicas.

Dentro do tratamento conservador deste problema, estão referenciadas diferentes vertentes, entre elas está o tratamento farmacológico, a mudança comportamental (criação de novos hábitos miccionais, entre outros), e o tratamento com programas de exercícios que visam a reabilitação funcional dos MPP, que constituem o chamado pavimento pélvico. (Sociedade Brasileira de Urologia, 2006)

Como é citado por Rett, M.T., Simões, J.A., Herrmann, V., Gurgel, M.S.C. & Morais, S.S. (2007), os exercícios terapêuticos de fortalecimento do pavimento pélvico, os cones vaginais e a electroestimulação intravaginal têm apresentado resultados expressivos para a melhoria dos sintomas de IU até 85% dos casos.

Tal como é citado por Ferreira, M. & Santos, P. (2009), a Agency for Healthcare Research and Quality e a Cochrane Incontinence Group concluem que o treino dos músculos do pavimento pélvico (TMPP) é invariavelmente melhor do que ausência de tratamento ou tratamento placebo, sendo que a eficácia do treino depende do treino específico dos MPP, da intensidade da carga, duração, frequência e adesão aos protocolos de treino. Pode ser ensinado às mulheres a função dos MPP, no controle do mecanismo da continência urinária, pois o aumento da força e da resistência muscular auxilia a sustentação da bexiga e o fecho uretral. (Meyer et al, 2001).

A mesma agência recomenda o TMPP como primeira intervenção na IUE porque este tratamento não inviabiliza futuras opções de tratamento. O tratamento da IUE através do TMPP é baseado em duas funções dos MPP, que são o suporte dos órgãos pélvicos (bexiga, colo vesical e uretra) e ao

mecanismo do esfíncter uretral (aumento da pressão intra uretral durante o esforço). (Ferreira, M. & Santos, P., 2009)

Incontinência Urinária e gravidez

Como citam Hay-Smith, J., Mørkved, S., A Fairbrother, K., Herbison, G.P. (2008), parece que a prevalência de IUE aumenta então durante a gravidez e diminui após o parto, embora a prevalência no pós-parto seja maior do que antes da gravidez, como verificaram Allen (1990), Foldspang (1999), Mason, Stanton (1980), Thorp, Viktrup (1992), Viktrup (2000).

Várias são as alterações no corpo da mulher durante a gravidez, tais como alterações hormonais, fisiológicas e músculo-esqueléticas, e como refere Meyer et al (1998), o sintoma de IU na gestação pode ser em razão dessas alterações, sobretudo pelo aumento da concentração das hormonas de progesterona e relaxina, além das próprias adaptações mecânicas que ocorrem pela evolução do útero gravídico.

Os principais efeitos da progesterona são a redução do tónus do músculo liso (absorção aumentada de água no cólon, obstipação, tónus uterino reduzido, actividade uterina amortecida, tónus da bexiga reduzido, bem como o dos canais urinários); aumento de temperatura; hiperventilação; desenvolvimento das células alveolares e glândulas produtoras de leite. (Polden, M. & Mantle, J., 2000)

A relaxina, promove a substituição de colagénio em tecidos como as articulações pélvicas, cápsulas articulares, com uma forma remodelada que tem uma maior extensibilidade e flexibilidade; tem um papel importante na distensão do útero e na produção de tecido conjuntivo de suporte adicional necessário para o crescimento das fibras musculares. (Polden, M. & Mantle, J., 2000)

Hvidman, L., Foldspang, A., Mommsen, S. & Nielsen, B. (2003); Robb, K. & Toozs-Hobson (2005); Scarpa, K.P., Herrmann, V., Palma, P.C.R., Ricetto, C.L.Z. & Morais, S. (2006); referem que as possíveis causas de desenvolvimento de IUE durante a gravidez são a alteração anatómica entre o

útero gestante e a bexiga, mudanças de tamanho em ambos, aumento de excreção urinária secundária ao aumento da taxa de filtração glomerular, gravidezes anteriores, obesidade, em que normalmente a mulher aumenta cerca de 10 a 12 kg durante a gravidez, fraqueza do pavimento pélvico (pelo sustentar de modo contínuo o aumento de peso abdominal e pélvico durante os 9 meses), estiramentos impostos ao períneo e doença concomitante.

Foldspang, A. et al (1999), num estudo que pretendia verificar a associação da IU com outros factores como o parto vaginal, a idade do parto, e investigar o papel de procedimentos obstétricos, como a episiotomia, a sutura do períneo, o parto por fórceps e extracção por vácuo, verificou que não só a gravidez, mas também todo o processo de parto parece estar fortemente relacionada com a IU.

Há autores que referem que o parto vaginal, apesar de ser um processo fisiológico, pode causar lesões nos músculos do pavimento pélvico e do nervo podendo, por estiramento dos tecidos e fâscias, alterando o sistema de sustentação dos órgãos pélvicos (Barbosa et al, 2005; Gameiro; Amaro et al, 2005), pois como refere Goldbeg, R.P. a segunda fase do trabalho de parto gera uma pressão média entre a cabeça do feto e da parede vaginal de 100mmHg a 230 mmHg, que, quando aplicadas por várias horas, essas forças obstétricas podem resultar em mudanças físicas e funcionais, em que tanto a episiotomia como a laceração espontânea podem levar a perda de tónus vaginal.

No entanto, outros estudos epidemiológicos demonstram que o parto cesáreo não protege o soalho pélvico, pois mesmo dando á luz somente por essa via de parto, algumas mulheres desenvolvem incontinência urinária, como é citado por Lima, J.L.D.A., Carvalho, G.M, Martins, A.A. (2007). (Lal, 2003; Mickinnie et al, 2005)

Verifica-se então uma grande prevalência de IUE também após o parto, como verificaram Hvidman, L., Foldspang, A., Mommsen, S. & Nielsen, B. (2003); Robb, K. & Toozs-Hobson (2005); Eftekhar, T., Hajibaratali, B., Ramezanzadeh, F. & Shariat, M. (2006); Wesnes, S.L., Hunskaar. S., Bo, K. &

Rortveit, G. (2009) em seus estudos, que verificaram uma prevalência que vai 14% a 31%, avaliada de imediatamente após o parto até 6 meses depois.

Uma grande variedade de tratamentos tem sido utilizada no tratamento da IU, incluindo intervenções conservadoras (terapias físicas, formação comportamental, entre outros), intervenções farmacológicas e cirurgia, sendo as intervenções conservadoras, como o reforço muscular do pavimento pélvico, os mais susceptíveis de serem utilizados em vez de medicamentos ou cirurgia, enquanto uma mulher está grávida, ou no período pós-natal. (Hay-Smith, J., Mørkved, S., A Fairbrother, K., Herbison, G.P. (2008)

Este TMPP para o tratamento da IU foi popularizado por Arnold Kegel (Kegel, 1948), embora numa revisão da literatura anterior a 1949, Bø identificou vários registos da utilização do exercício muscular do PP.

Hay-Smith, J., Mørkved, S., A Fairbrother, K., Herbison, G.P. (2008) referem que o TMPP é geralmente recomendado durante a gravidez e após o parto para a prevenção e tratamento de incontinência, através de um programa de exercícios que as mulheres podem fazer várias vezes por dia para fortalecer os músculos do pavimento pélvico, e são, normalmente ensinados por um profissional de saúde como um fisioterapeuta.

A preparação para o nascimento

A preparação para o nascimento orientada por Fisioterapeutas surgiu há muito tempo, tanto que já em 1952, Nicholson, H. & Simpson, G. referiam a importância da manutenção do equilíbrio muscular correcto e do controle individual de grupos musculares da coluna, dos músculos abdominais e do pavimento pélvico, bem como o relaxamento e o controlo do medo durante a gravidez e no parto, em sessões orientadas por um fisioterapeuta.

Strassburger, S.Z., Dreher, D.Z., (2006) referem que o fisioterapeuta apresenta-se como um profissional da área da saúde capaz de contribuir com a melhoria da qualidade de vida da gestante, amenizando as suas queixas, através de um programa educativo e terapêutico. Eles citam que a fisioterapia no pré-parto tem como benefícios para a gestante o manter da força muscular, melhorar ou manter a capacidade cardiovascular, a flexibilidade e a postura.

Goldbeg, R.P. refere que o exercício durante a gravidez deve ser adaptado às condições específicas de cada mulher, incluindo mudanças na postura, equilíbrio e coordenação, padrão respiratório alterado, aumento da mobilidade das articulações e ligamentos, e o aumento da vulnerabilidade do pavimento pélvico sob o útero grávido.

De facto, a profilaxia é um factor determinante na vida da mulher, pois as estruturas que suportam os órgãos pélvicos necessitam de adaptar-se à sobrecarga do peso e à passagem do feto durante o parto vaginal. Para isso, os exercícios perineais e o preparo dos músculos do soalho pélvico durante o período gestacional são fundamentais para prevenir danos neuromusculares e a IUE (Gameiro, Amaro, 2005), uma vez que é esperado um declínio da força do soalho pélvico da 20ª semana de gestação até seis semanas após o parto (Meyer et al, 2001).

Assim, Morkved, Bo et al (2003) aplicaram um programa de treino para fortalecimento dos músculos do pavimento pélvico durante a 20ª e a 36ª semana de gestação e tiveram como resultado um risco diminuído de desenvolver incontinência urinária na 36ª semana de gestação, permanecendo por três meses de pós-parto.

Sampselle et al (1998), num estudo em que as gestantes colaborantes fizeram parte de um programa de treino para o pavimento pélvico da 20ª a 35ª semana de gestação, obtiveram uma maior força dos mesmos músculos pélvicos na 6ª semana de puerpério, quando comparado com um grupo controle, mantendo até 12 meses de pós-parto.

Não foram encontrados dados publicados em Portugal sobre o assunto, mas denota-se que a oferta é variada de sessões de preparação para o nascimento, com diferentes programas de preparação, abrangendo todas as valências referidas, de cuidado da gestante, das alterações durante este período e cuidado do bebé, em sessões individuais ou em classes, no meio terrestre ou aquático, com equipas multidisciplinares compostas por médicos, fisioterapeutas, enfermeiros, nutricionistas, psicólogos, acompanhando as grávidas e a restante família, ou apenas com um profissional de saúde, seja um fisioterapeuta ou um enfermeiro.

Capítulo III - Metodologia

Metodologia

Participantes e Métodos

-Tipo de estudo

O estudo realizado foi do tipo observacional, com carácter analítico e transversal.

-Amostra

A amostra foi constituída por 96 mulheres, que se encontravam no período pós-parto, até 6 meses do mesmo, formando três grupos, um grupo 1 constituído por 37 mulheres que não frequentaram sessões de preparação durante a última gravidez, um grupo 2, constituído por 36 mulheres que frequentaram sessões de preparação para o nascimento, orientadas por enfermeiros, e um grupo 3 constituído por 23 mulheres que frequentaram sessões de preparação para o nascimento orientadas por fisioterapeutas.

A amostra foi seleccionada por conveniência, mulheres que frequentaram sessões de preparação para o nascimento e/ou foram acompanhadas no período pós-parto em clínicas privadas, hospitais e centros de saúde públicos de todo o país, (Hospital Padre Américo - Penafiel, Centro de Saúde do Barão do Corvo - Vila Nova de Gaia, Clínica Particular de Barcelos - Barcelos, Unidade Clínica da Cespu - Famalicão, Consultório Dra. Lucinda Antunes - Ermesinde, Cristiano Oliveira Ginecologia Obstetrícia e Medicina da Reprodução, Centro de Saúde de Vila Real de Santo António – Vila Real de Santo António).

Nos locais com preparação para o nascimento, o início das sessões de preparação começa por volta da 28^a semana de gestação e estende-se até a altura do parto, dependendo da grávida e da sua frequência assídua, ou não, a essas sessões. As sessões são semanais ou bissemanais, dependendo do local em questão. Em todos os locais escolhidos com a referida preparação, independentemente do profissional que a orienta, se abordam, entre muitos outros temas, a consciencialização dos músculos do pavimento pélvico, a sua função e importância da sua contracção e reforço, não só durante a gravidez

mas também no período pós-parto, referindo a sua importância na prevenção da incontinência urinária, não só durante o período gestacional, mas ao longo da vida da mulher.

Factores de inclusão:

- Mulheres com idades entre os 20 e os 40 anos (maior idade reprodutiva da mulher);
- Que estejam no pós-parto, no período até aos 6 meses (a literatura refere que a partir dos 6 meses após o parto ocorre como que uma reparação fisiológica dos tecidos lesados durante o parto -Dougherty et al., 1989);

A inclusão das mulheres no estudo pela idade e pelo tempo que decorre desde o parto foi identificada pelos dados obtidos no questionário que as mesmas preencheram.

Factores de exclusão:

- Mulheres que tenham frequentado aulas de preparação para o parto em partos anteriores (ou seja, já fizeram à partida, treino dos músculos do pavimento pélvico, o risco de terem incontinência é menor, uma vez que o reforço dos músculos pélvicos mostram ser eficazes no tratamento e prevenção da IU – Belo, J., 2005)
- Que tenham episódios de perdas involuntárias de urina antes da primeira gravidez (facto que indica que o factor de risco para a incontinência urinária não tem a ver com a gravidez mas está assim associada a outros factores de risco como os já referidos);
- Que tenham patologias associadas como diabetes mellitus, esclerose múltipla, demência, cancro da bexiga, parkinsonismo, (que possam predispor o aparecimento de perdas de urina sem estarem directamente relacionadas com a gravidez) e/ou tomem medicação que possa predispor ao surgimento de IU, como diuréticos, estrogéneos, tranquilizantes, anti-depressivos, hipnóticos, laxantes e alguns anti-bióticos (Yarnell, J.W.G.,

1982; Danforth, K.N. et al; Jayna, M. & Straus, S., 2008; Dedicção, A.C., Haddad, M., Saldanha, M.E.S. & Driusso, P., 2008);

- Questionários que não estejam completamente preenchidos;

- Mulheres que não sejam capazes de ler e escrever a Língua Portuguesa (pela incapacidade de ler e responder ao Questionário);

A exclusão foi também feita através dos dados obtidos pelo Questionário, como a frequência em aulas de preparação para o parto em gravidezes anteriores e episódios de perdas involuntárias de urina que não estejam relacionadas com a gravidez, bem como a exclusão de mulheres que estejam sujeitas a outros factores de risco referidos como potenciadores do risco de IU não relacionados com a gravidez, enquanto a capacidade de ler e escrever a Língua Portuguesa foi tida em conta aquando do contacto para colaboração no Questionário.

Ética

Foram considerados os padrões éticos, referidos na Declaração de Helsínquia (1986) da associação médica mundial. Todos as participantes foram informados acerca dos objectivos e procedimentos do estudo, assinando um consentimento informado (Anexo A e Anexo B – apenas para dados recolhidos no Centro de Saúde do Barão do Corvo) que especificava as circunstâncias nas quais o estudo foi efectuado.

A manutenção da confidencialidade das participantes foi preservada, sendo que, para isso, os dados foram codificados na base de dados, utilizados apenas para o estudo em causa.

Foi também enviado um pedido de colaboração para realização do estudo, às clínicas, hospitais e centros de saúde para recolha da amostra, que especificava o objectivo do estudo e as circunstâncias em que o mesmo seria realizado (Anexo C).

Instrumentos de recolha de dados

Neste estudo a informação foi recolhida através do preenchimento de um questionário (Anexo E), entregue às mulheres para os grupos amostrais seleccionados, em que se pretendia observar a frequência de episódios de perda involuntária de urina referidos pelas mesmas, e se essas perdas aconteciam durante a realização de esforços (IUE), durante a gravidez e no período pós-parto, estando as mulheres no período de até 6 meses do mesmo.

Apenas o auto relato de sintomas urinários foi considerado.

O questionário era constituído por 24 questões, além do pedido de indicação para idade, peso, altura, e aumento de peso na última gravidez. Pretendia-se também obter dados das voluntárias do estudo como estado de saúde actual (questionando sobre algumas patologias que predispõem à IU), a toma de medicação (indicando qual), a prática de exercício, durante a gravidez e após o parto, e qual exercício, intervenções cirúrgicas ao aparelho genito-urinário (com referência ao tipo de cirurgia), infecções urinárias (referindo se as mesma ocorreram antes, durante ou após a gravidez), o números de partos, o tipo de parto e data dos mesmos, a ocorrência de perdas involuntárias de urina (antes, durante e após a gravidez e a frequência em que estas ocorreram), a frequência ou não de sessões de preparação para o nascimento, se eram orientadas por fisioterapeutas, quem as indicou para as sessões (se as frequentaram por iniciativa própria ou por indicação médica), a frequência semanal das aulas, o número de semanas em que fizeram preparação e a realização de exercícios em casa.

O questionário apresentava questões directas e algumas questões abertas.

Procedimentos

Foi efectuado um estudo – piloto, a 5 mulheres, obedecendo aos critérios de inclusão e exclusão referidos, para verificar a aplicabilidade do Questionário, em termos de construção do mesmo e à adaptação à população em estudo. As mulheres que participaram no estudo – piloto não foram incluídas no estudo.

Foi enviado um pedido de colaboração a Clínicas privadas, a Centros de Saúde e Hospitais públicos, com consulta de ginecologia/obstetrícia e/ou preparação para o nascimento, através de correio normal (carta) e/ou correio electrónico. (Anexo C)

A resposta ao pedido foi por correio electrónico, correio normal, ou telefone.

Para aceitação do estudo por parte da comissão de ética da Administração Regional de Saúde do Norte, I.P., para o Centro de Saúde do Barão do Corvo, foi-lhes enviada uma cópia do projecto inicial, uma declaração onde se esclarecia que o estudo não comportava encargos e o modo de recolha de amostra (Anexo D), sendo reformulada a declaração de consentimento informado (Anexo B) a pedido da mesma comissão.

Os questionários foram entregues às participantes no estudo, pelos profissionais de saúde (Fisioterapeutas e Enfermeiros) que se disponibilizaram a colaborar no mesmo, explicando às mulheres quais os propósitos do estudo, e o modo como seria recolhida a informação, garantindo confidencialidade dos dados recolhidos pelo questionário, tendo as mulheres tempo para reflectirem sobre a sua vontade em colaborar, sem prejuízo dos cuidados prestados pelos serviços de saúde onde estavam inseridas, caso não estivessem interessadas no estudo. Depois de aceite a proposta, foi-lhes entregue o questionário, com a declaração de consentimento informado, livre e esclarecido, sendo devolvido pelas mesmas, preenchido, posteriormente.

Em alguns casos, foi dado à investigadora o contacto das mulheres que correspondiam aos objectivos da amostra a incluir no estudo, com o consentimento das mesmas, e após a explicação do estudo, dos objectivos, e de todos os procedimentos éticos, para as contactar, mais tarde, respondendo ao questionário via telefone.

Assim, foram recolhidos num total de 99 questionários, sendo excluídos três, dois deles porque se verificava que as mulheres em causa referiram episódios de perda de urina involuntária antes da primeira gravidez, e um deles por não estar completamente preenchido.

Estudo – Piloto:

Para verificar as possíveis dificuldades/dúvidas que poderiam surgir no momento do preenchimento do Questionário, bem como verificar se as questões que integram o mesmo estavam bem elaboradas e adequadas à população em estudo, foi realizado um estudo-piloto.

Este estudo-piloto foi aplicado a 5 mulheres que obedeciam aos critérios de inclusão e exclusão estabelecidos, não sendo incluídas no estudo final.

Assim, o estudo – piloto teve como objectivo analisar a aplicabilidade do Questionário á amostra pretendida, e, caso fosse necessário, proceder a alguma alteração da construção do mesmo.

Procedimentos estatísticos

Os dados recolhidos foram informatizados e tratados, utilizando o programa informático Power of Advanced Statistical Analysis Statistics 18.0[®] (SPSS). Foi também utilizado o Microsoft Excel 2007, posteriormente também para tratamento de dados de regressão logística.

Assim, para caracterizar a amostra, foi utilizada a estatística descritiva habitual. Para as variáveis quantitativas utilizou-se uma medida de localização central (média neste caso) acompanhada de uma medida de dispersão (desvio padrão no caso), uma vez que as variáveis se mostraram simétricas.

Na caracterização por locais de recolha, foram usadas apenas frequências.

Para verificar se existiam diferenças entre as variáveis quantitativas referentes aos grupos amostrais, foi usado o teste Oneway-ANOVA, e para as variáveis qualitativas, foi usado o teste do Qui-Quadrado. Nos casos em que o pressuposto deste não foi cumprido (20% das células com valores esperados menor que 5), usou-se o teste exacto de Fisher.

Uma vez que se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre os três grupos, relativamente ao número de partos (recodificado em: um parto ou dois ou mais partos), foi ajustada esta variável (número de partos), aos grupos, e às variáveis em que eram descritas as perdas involuntárias de urina. Para isto, usou-se a regressão logística.

Capítulo IV – Resultados

Resultados

Estudo piloto

Foi realizado um estudo piloto com o intuito de verificar a aplicabilidade do questionário, nomeadamente a existência de dúvidas ao seu preenchimento, a 5 mulheres, que se encontravam no período pós-parto, cumprindo os critérios de inclusão e de exclusão definidos para inclusão no estudo, não tendo sido inseridas na amostra final.

No entanto, não foram necessárias alterações à formulação do questionário, uma vez que as questões não suscitaram dúvidas às mulheres que aceitaram colaborar no estudo piloto.

Caracterização da amostra

A amostra foi constituída por 96 mulheres, que se encontravam até seis meses de pós-parto, divididas por três grupos, um grupo 1, constituído por 37 (38,5%) mulheres que não frequentaram sessões de preparação para o parto na última gravidez, um grupo 2, constituído por 36 (37,5%) mulheres que frequentaram sessões de preparação para o nascimento orientadas por enfermeiros, e um grupo 3, com 23 (24%) mulheres que frequentaram sessões de preparação para o nascimento, orientadas por fisioterapeutas.

Os questionários usados no estudo, foram recolhidos nos seguintes locais, descritos na tabela 1:

Tabela 1: Caracterização da amostra por locais de recolha.

	Grupo 1	Grupo 2	Grupo 3
Centro de Saúde do Barão do Corvo	2 (5,4%)	36 (100%)	_____
Centro de Saúde de Vila Real de Santo António	_____	_____	13 (56,5%)
Hospital Padre Américo	1 (2,7%)	_____	8 (34,8%)
Consultório Dra. Lucinda Antunes	_____	_____	2 (8,7%)

Clínica Particular de Barcelos	15 (40,5%)	_____	_____
Unidade clínica de Famalicão (CESPU)	9 (24,3%)	_____	_____
Cristiano Oliveira, Ginecologia, Obstetrícia e Medicina da Reprodução	10 (27,0%)	_____	_____
Total	37 (100%)	36 (100%)	23 (100%)

Resultados do questionário

Nenhuma das inquiridas tinha alguma doença ou problema de saúde, nem tomava medicação. Também nenhuma das mulheres que constituem os três grupos foi submetida a intervenções cirúrgicas ao aparelho genito-urinário.

Na tabela 2, estão registados os valores referentes às médias referentes às variáveis idade e aumento de peso durante a última gravidez, divididas por grupos:

Tabela 2: Caracterização da amostra por idade, IMC e aumento de peso na última gravidez.

	Grupo 1 Média / Desvio padrão	Grupo 2 Média / Desvio padrão	Grupo 3 Média / Desvio padrão	Teste Oneway ANOVA <i>p</i>
Idade	30,00 (4,67)	28,86 (3,16)	30,04 (4,28)	0,406
Aumento de peso	13,93 (4,75)	13,53 (5,11)	13,82 (3,77)	0,931

Nota: Foi usado o teste Oneway ANOVA.

Assim, não se verificam diferenças estatisticamente significativas entre a idade e o aumento de peso durante a última gravidez entre os três grupos amostrais em estudo.

Na tabela 3, estão demonstradas os resultados referentes a actividades desportivas e à percentagem de mulheres que já tiveram infecções urinárias em algum momento, divididas pelos grupos amostrais:

Tabela 3: Resultados referentes a hábitos desportivos, antes da gravidez e após o parto e infecções urinárias.

	Grupo 1 N (%)	Grupo 2 N (%)	Grupo 3 N (%)	p
Desporto antes da gravidez	10 (27%)	14 (38,9%)	10 (43,5%)	0,371
Desporto após o parto	5 (13,5%)	6 (16,7%)	3 (13,0%)	0,903
Infecções urinárias	26 (70,3%)	21 (58,3%)	12 (52,2%)	0,333

Nota: Foi usado o teste Qui-Quadrado, não se verificam diferenças estatisticamente significativas nas variáveis indicadas em relação aos três grupos.

Em relação a hábitos desportivos antes da última gravidez, no grupo 1, das inquiridas que praticavam desporto, 50% referiram que esse desporto era caminhadas, 30% iam ao ginásio, 10% faziam caminhadas e iam ao ginásio e 10% praticavam dança. Já no grupo 2, 14,3% das mulheres realizavam caminhadas, 7,1% fazia jogging, 57,1% iam ao ginásio, 14,3 % faziam hidroginástica e 7,1% dança, enquanto no grupo 3, 41,2% faziam caminhadas, 2,9% jogging, 38,2% iam ao ginásio, 8,8% faziam hidroginástica, 5,9% dança e 2,9% faziam caminhadas e iam ao ginásio.

Após o parto, e no momento em que responderam ao questionário, apenas 13,5% (5) mulheres do grupo 1, 16,7% (6) mulheres do grupo 2 e 13% (3) mulheres do grupo 3 praticavam desporto. Dessa prática desportiva, e no grupo 1, 60% faziam caminhadas, 20% faziam caminhadas e iam ao ginásio, e 20% faziam dança. Tanto no grupo 2 como no grupo 3, 33,3% das mulheres faziam caminhadas, 33,3% iam ao ginásio e 33,3% faziam hidroginástica.

No que diz respeito a infecções urinárias, verifica-se que 70,3% (26) das mulheres pertencentes ao grupo 1 tiveram infecções urinárias, bem como

58,3% (21) das mulheres do grupo 2, e 52,2% (12) mulheres do grupo 3. Os momentos em que essas infecções ocorreram estão descritos na tabela 4.

Tabela 4: Resultados referentes aos momentos de infecções urinárias, por grupos.

		Grupo 1	Grupo 2	Grupo 3	p
Antes da gravidez	Não	16 (43,2%)	20 (55,6%)	14 (60,9%)	0,360
	Sim	21 (56,8%)	16 (44,4%)	9 (39,1%)	
Durante a gravidez	Não	26 (70,3%)	30 (83,3%)	20 (87,0%)	0,223
	Sim	11 (29,7%)	6 (16,7%)	3 (13,0%)	
Após o parto	Não	30 (81,1%)	34 (94,4%)	21 (91,3%)	0,210
	Sim	7 (18,9%)	2 (5,6)	2 (8,7%)	

Nota: Foi usado o teste Qui-Quadrado; não se verificam diferenças estatisticamente significativas. O p da variável do após o parto foi obtida com o teste exacto de Fisher, uma vez que o Qui-Quadrado não cumpria o pressuposto dos 20% das células com valor esperado menor que 5.

Na tabela 5, estão descritos os resultados respeitantes ao número de partos, no momento após o preenchimento do questionário e o tipo de parto (último parto).

Tabela 5: Resultados referentes a número de partos e tipo de parto na última gravidez.

		Grupo 1	Grupo 2	Grupo 3	p
		N (%)	N (%)	N (%)	
Número de partos	Um parto	20 (54,1%)	34 (94,4%)	21 (91,3%)	<0,001
	Dois ou mais partos	17 (45,9%)	2 (5,6%)	2 (8,7%)	

Tipo de parto (último parto)	Eutócito	14 (37,8%)	15 (41,7%)	15 (65,2%)	0,096
	Distócito	23 (62,2%)	21 (58,3%)	18 (34,8%)	

Nota: Foi usado o teste Qui-Quadrado; Verificam-se diferenças estatisticamente significativas na variável número de partos, relativamente aos três grupos.

Relativamente à paridade, verifica-se que as mulheres que constituem o grupo 1, 54,1% (20) tiveram um parto e 45,9% (17) tiveram dois ou mais partos. No grupo 2, 94,4% (34) das mulheres tiveram um parto e 5,6% (2) tiveram dois ou mais partos. Por último 87% (20) das mulheres do grupo tiveram um parto e 13% (3) tiveram dois ou mais partos.

Já no que diz respeito ao tipo de parto, observa-se pelos dados descritos na tabela n.º 3 que o último parto das mulheres do grupo 1 foi 37,8% (14) eutócito e 62,2% (23) distócito, 41,7% (15) eutócito e 58,3 (21) distócito no segundo grupo, e no grupo 3, 65,2% (15) das mulheres tiveram um parto eutócito e 34,8% (18) distócito.

Frequência de perdas urinárias durante a gravidez e após o parto

Na tabela 6, estão registadas as frequências de perdas urinárias dos três grupos amostrais, durante a gravidez e após o parto, bem como a frequência de IUE em ambos os grupos, nos mesmos períodos.

Tabela 6: Resultados referentes a ocorrência de perdas de urina durante a gravidez e após o parto, em ambos os grupos, bem como a ocorrência dessas perdas durante a realização de esforços (IUE).

		Grupo 1	Grupo 2	Grupo 3	p
		N (%)	N (%)	N (%)	
IU durante a gravidez	Sim	18 (48,6%)	15 (41,7%)	2 (8,7%)	0,005
	Não	19 (51,4%)	21 (58,3%)	21 (91,3%)	

IUE durante a gravidez	Sim	18 (48,6%)	15 (41,7%)	2 (8,7%)	0,005
	Não	19 (51,4%)	21 (58,3%)	21 (91,3%)	
IU após o parto	Sim	17 (45,9%)	6 (16,7%)	2 (8,7%)	0,002
	Não	20 (54,1%)	30 (83,3%)	21 (91,3%)	
IUE após o parto	Sim	15 (40,5%)	6 (16,7%)	2 (8,7%)	0,010
	Não	22 (59,5%)	30 (83,3%)	21 (91,3%)	

Nota: Foi usado o teste Qui-Quadrado, com menos de 20% de valores esperados menor que 5, à exceção da variável de IUE após o parto, em que o pressuposto não era cumprido. Por esse motivo, o p foi obtido através do teste exacto de Fisher.

Pelos resultados, parece que os grupos que fizeram preparação para o nascimento tiveram uma menor frequência de perdas de urina, tanto durante a gravidez, como após o parto, sugerindo estes resultados, uma frequência menor no grupo que fez preparação para o nascimento com fisioterapeutas do que comparativamente ao grupo que fez preparação para o nascimento orientada por enfermeiros.

No entanto, e uma vez que se verificavam diferenças entre os 3 grupos relativamente ao número de partos, foram usados os seguintes ajustamentos, registados nas tabelas n.º 7, 8 e 9:

Incontinência urinária após o parto:

Na tabela 7, estão registados os dados resultantes do ajustamento da variável número de partos, por grupo, em relação à IU após o último parto:

Tabela 7: Resultados referentes ao ajustamento das variáveis IU ao número de partos, após o último parto.

OR bruto (IC 95%)		OR ajustado (IC 95%)	
<i>Grupo 1</i>	8,92 (1,82-43,68)	<i>Grupo 1</i>	7,18 (1,39-37,07)

<i>Grupo 2</i>	2,1 (0,38 – 11,43)	<i>Grupo 2</i>	2,15 (0,39-11,78)
<i>Grupo 3</i>	Referência	<i>Grupo 3</i>	Referência
<i>1 parto</i>	0,27 (0,098-0,767)	<i>1 parto</i>	0,54 (0,168-1,751)
<i>2 ou mais partos</i>	Referência	<i>2 ou mais partos</i>	Referência

O OR bruto mostra que existiam diferenças significativas entre grupo 1 versus o grupo 3 (OR = 10,5; IC 95% = (2,46-44,78)) mas não entre o grupo 2 versus o grupo 3 (OR = 2,1; IC 95% = (0,38-11,43)) em relação a incontinência urinária após o parto. No entanto, existiam diferenças no número de partos entre os grupos.

Verifica-se que, após ajustar para esse factor (número de partos) continuam a existir diferenças entre o grupo que não realizou sessões e os que realizaram sessões de preparação para o nascimento com fisioterapeutas (OR = 7,18; IC 95% = (1,39-37,07)), mas entre o grupo 2 e o 3 deixaram de se verificar diferenças significativas. Ou seja, as sessões de preparação para o nascimento parecem ter um efeito protector de ocorrência de IU após o parto, comparativamente com não fazer preparação, sendo que não existem grandes diferenças entre a preparação entre fisioterapeutas e enfermeiros.

O estudo mostrou também uma associação negativa entre as mulheres que tiveram apenas um parto e a IU após o parto OR = 0,27; IC 95% (0,09-0,767), ou seja, quanto menor o número de partos, menor a probabilidade de ter IU após o parto.

Incontinência urinária de esforço após o parto:

Na tabela 8, estão registados os dados resultantes do ajustamento da variável número de partos, por grupo, em relação à IUE após o último parto;

Tabela 8: Resultados referentes ao ajustamento das variáveis IU de esforço, ao número de partos, após o último parto.

OR bruto (IC 95%)		OR ajustado (IC 95%)	
<i>Grupo 1</i>	7,15 (1,45 – 35,17)	<i>Grupo 1</i>	6,58 (2,32 – 148,13)
<i>Grupo 2</i>	2,1 (0,38 – 11,43)	<i>Grupo 2</i>	2,11 (2,37 – 2,11)
<i>Grupo 3</i>	Referência	<i>Grupo 3</i>	Referência
<i>1 parto</i>	0,40 (0,14 – 1,15)	<i>1 parto</i>	0,79 (1,84 – 1,147)
<i>2 ou mais partos</i>	Referência	<i>2 ou mais partos</i>	Referência

O OR bruto mostra que existiam diferenças significativas entre grupo 1 versus o grupo 3 (OR = 7,15; IC 95% = (1,45 – 35,17)) e entre o grupo 2 versus o grupo 3 (OR = 2,1; IC 95% = (0,38 – 11,24)) em relação a incontinência urinária de esforço após o parto. No entanto, existiam diferenças no número de partos entre os grupos.

Após ajustar para o número de partos, continuam a existir diferenças entre o grupo que não realizou sessões e os que realizaram sessões de preparação para o nascimento com fisioterapeutas (OR = 6,58; IC 95% = (2,38 – 148,13)), e entre o grupo que realizou preparação com os enfermeiros e o grupos da preparação orientada por fisioterapeutas, (OR = 2,11; IC 95% = (2,37 – 2,11)). Ou seja, existem diferenças significativas entre as sessões realizadas por enfermeiros e fisioterapeutas, o grupo 2 que realizou sessões com os enfermeiros apresentou um risco maior de ter incontinência que o grupo 3 que realizou sessões com os fisioterapeutas (OR=2,11 IC95%= (2,37 – 2,11)).

IU e IUE durante a gravidez:

Na tabela 9, estão registados os dados resultantes do ajustamento da variável número de partos, por grupo, em relação à IU e IUE durante a última gravidez:

Tabela 9: Resultados referentes ao ajustamento das variáveis IU e IUE ao número de partos, durante a última gravidez.

OR bruto (IC 95%)		OR ajustado (IC 95%)	
<i>Grupo 1</i>	9,94 (2,03 – 48,64)	<i>Grupo 1</i>	8,08 (1,57 – 41,52)
<i>Grupo 2</i>	7,5 (1,52 – 36,94)	<i>Grupo 2</i>	7,73 (1,56 – 38,27)
<i>Grupo 3</i>	Referência	<i>Grupo 3</i>	Referência
<i>Nenhum parto anterior à gravidez actual</i>	0,42 (1,59 – 1,144)	<i>Nenhum parto anterior à gravidez actual</i>	0,55 (0,17 – 1,74)
<i>1 ou mais partos anteriores à gravidez anterior</i>	Referência	<i>1 ou mais partos anteriores à gravidez anterior</i>	Referência

O OR bruto mostra que existiam diferenças significativas entre grupo 1 versus o grupo 3 (OR = 9,94; IC 95% = (2,03 – 48,64)) e entre o grupo 2 versus o grupo 3 (OR = 7,5; IC 95% = (1,52 – 36,94)) em relação a incontinência urinária de esforço após o parto, havendo diferenças no número de partos entre os grupos amostrais.

Ajustando para o número de partos, continuam a existir diferenças entre o grupo que não realizou sessões e os que realizaram sessões de preparação para o nascimento com fisioterapeutas (OR = 8,08; IC 95% =(1,57 – 41,52)) e entre o grupo que realizou preparação com os enfermeiros e o grupos da preparação orientada por fisioterapeutas, (OR = 7,73; IC 95% =(1,56 – 38,27).

Pela magnitude da associação verifica-se que as sessões realizadas por fisioterapeutas apresentam uma associação semelhante com o não ter tido incontinência urinária comparado com os enfermeiros (OR=8,08 vs OR=7,73)

O estudo mostrou também uma associação negativa entre as mulheres que antes do primeiro parto e a IU durante a gravidez OR = 0,42; IC 95% (1,59 – 1,144) ou seja, o facto de ser a primeira gravidez, diminui a probabilidade de ter IU, e IUE durante a gravidez.

Das mulheres que referiam ter IU, e das que referiram ter durante a gravidez, no grupo das que não tiveram preparação (grupo1), 50% referiu ter perdas uma vez por semana, 33,3% duas a três vezes por semana e 16,7% diariamente. Ainda no grupo 1, 88,9% referiu que essa perda ocorria apenas durante o dia, 5,6% apenas durante a noite e 5,6% durante o dia e durante a noite. No grupo 2, 66,7% das mulheres referiram as suas perdas urinárias como ocorrendo apenas uma vez por semana, 13,3% referiram que as perdas ocorriam duas a três vezes por semana e 20% diariamente, sendo que todas, 100%, referiu que essas perdas ocorriam apenas durante o dia. No grupo 3, 100% das mulheres com IU referiram que essas perdas ocorriam uma vez por semana e apenas durante o dia.

Das mulheres do grupo 1 que referiram ter IU após o parto, 41,7% referiu que essas perdas ocorriam uma vez por semana, 41,7% duas a três vezes por semana e 5,9% diariamente, sendo que 82,4% dessas perdas aconteciam apenas durante o dia e 17,6% durante o dia e durante a noite. No grupo 2, 66,7% referiu que as suas perdas ocorriam uma vez por semana, 16,7% que ocorriam duas a três vezes por semana e 16,7% diariamente, em que 100% dessas perdas ocorriam apenas durante o dia. Relativamente ao grupo 3, 56% das mulheres referiram que as perdas ocorriam uma vez por semana, 36% duas a três vezes por semana e 8% diariamente, e em todas as que tinham perdas (100%) a perda ocorria durante o dia.

Em relação à influência da IU na qualidade de vida das mulheres inquiridas, 76,9% (20) do grupo 1, 41,2% (7) do grupo 2 e 50,0% (2) do grupo 3 referem que as perdas de urina influenciavam a sua qualidade de vida.

Preparação para o nascimento

Foram comparados os dois grupos amostrais que frequentaram sessões de preparação para o nascimento, em relação a indicação para frequência das aulas, a frequência semanal de sessões, o número de semanas das mesmas, e a realização dos exercícios ensinados em casa. Os resultados estão descritos na tabela 10.

Tabela 10: Resultados referentes às variáveis indicação para sessões de preparação para o nascimento, nos grupos 2 e 3.

		Grupo 2	Grupo 3	p
		N (%)	N (%)	
Indicação para as sessões	Iniciativa própria	29 (80,6%)	21 (91,3%)	0,4598
	Indicação/Conselho médico	7 (19,4%)	2 (8,7%)	
Frequência das sessões	Uma vez por semana	24 (66,7%)	16 (69,6%)	0,816
	Duas ou três vezes por semana	12 (33,3%)	7 (30,4%)	
N.º de semanas	Menos de 8 semanas	17 (47,2%)	5 (21,7%)	0,048
	8 Semanas ou mais	19 (52,8%)	18 (78,3%)	
Exercícios em casa	Nenhuma ou poucas vezes	25 (69,4%)	9 (39,1%)	0,022
	Muitas vezes	11 (30,6%)	14 (60,9%)	

Nota: Foi usado o teste Qui-Quadrado, com menos de 20% de valores esperados menor que 5, à excepção da variável de indicação para as sessões, em que o pressuposto não era cumprido. Por esse motivo, o p foi obtido através do teste exacto de Fisher.

Analisando os resultados registados na tabela n.º 10, as mulheres que fizeram preparação fizeram-no principalmente por iniciativa própria, sendo que das que colaboram no estudo, a percentagem indicada/aconselhada pelo médico foi reduzida.

No que diz respeito à frequência semanal de sessões não são verificadas grandes diferenças percentuais entre ambos os grupos, verificando-se que no grupo das mulheres que fizeram preparação com fisioterapeutas participaram nas sessões durante mais tempo, mais semanas, uma vez que 78,3% das mulheres participaram durante 8 semanas ou mais, enquanto no grupo com preparação com enfermeiros apenas 52,8% participou no mesmo número de semanas.

Também nos exercícios em casa se verifica uma diferença, uma vez que 60,9% das mulheres do grupo 3 refere que fazia os exercícios aprendidos muitas vezes em casa, enquanto no grupo 2, 30,6% refere que fazia também muitas vezes os exercícios em casa.

Capítulo V – Discussão

Discussão dos resultados

Após a elaboração deste estudo verifica-se uma menor frequência de IU nas mulheres que frequentaram sessões de preparação para o nascimento.

A presença de IU, bem como de IUE, tanto antes da gravidez, como durante a gravidez e após o parto, foi investigada através de um questionário, tal como em estudos anteriores realizados por Moura, B.G. (2005); Santos, P.C., Mendonça, D., Alves, O. & Barbosa, A.M., (24 de Janeiro de 2006); e Wesnes, S.L., Hunskaar. S., Bo, K., Rortveit, G. (2009).

As questões desse questionário foram semelhantes às usadas para identificar estas condições num estudo realizado por Santos, P.C., Mendonça, D., Alves, O. & Barbosa, A.M., (2006).

No presente estudo, tal como no de Mørkved, S.; Bø, K.; Schei, B. & Salvesen, K.A. (2003) e no de Santos, P.C., Mendonça, D., Alves, O. & Barbosa, A.M., (2006), apenas o auto-relato de sintomas urinários foi considerado.

No entanto, no que refere a resultados, a comparação directa com estudos semelhantes torna-se difícil, uma vez que não existem estudos que relacionem directamente a preparação para o nascimento, com orientação de diferentes profissionais e a sua relação com a incontinência urinária.

Uma vez que alguns autores têm encontrado nos seus estudos factores de risco associados ao aparecimento de IU durante a gravidez e após o parto, como a idade materna avançada, acima dos 30 anos (Folspang et al, 2004; Frite et al 2004; Schytt et al, 2004; McKinnie et al, 2005; Glazener et al, 2006), o tipo de parto, o número de partos, o aumento de peso durante a gravidez e o consequente IMC elevado, (Hvidman et al, 2002; Schytt et al, 2004; McKinnie et al, 2005; Wesnes, S.L., Hunskaar. S., Bo, K. & Rortveit, G., 2009), foram pesquisados no questionário estes factores de risco, e outros, como patologias associadas, infecções urinárias, cirurgias ao aparelho genito-urinário, medicação, prática de actividade física (já referidos como potenciais factores de risco associados), em todas as inquiridas.

Verificou-se que nenhuma das inquiridas tinha patologias associadas, tomava medicação, nem tinham sido intervencionadas cirurgicamente ao aparelho genito-urinário. Não foram registadas, entre os três grupos amostrais, diferenças de idade, de aumento de peso durante a última gravidez, práticas desportivas antes da gravidez e após o parto, infecções urinárias, e seus momentos de ocorrência, como antes e durante a gravidez e após o parto, nem em relação ao tipo de parto (último parto). No entanto foram encontradas diferenças significativas em relação ao número de partos entre os grupos, sendo então ajustado este factor, números de parto, às ocorrências de perdas de urina, a ambos os grupos.

Este ajustamento revelou que, neste estudo, o facto de ser a primeira gravidez reduz a probabilidade de ter IU durante a gravidez (OR = 0,42; IC 95% (1,59 – 1,144)), bem como após o parto (OR = 0,27; IC 95% (0,09-0,767)).

A incontinência urinária e a preparação para o nascimento

Mesmo assim, a frequência de IU durante a gravidez neste estudo, identificada em todos os casos como IUE, nas mulheres que não fizeram preparação, foi de 48,6%, estando este valor dentro dos encontrados em estudos anteriores, como referem Robb, K. & Toozs-Hobson (2005), numa revisão feita aos estudos publicados até então, citam que Meyer et al encontraram uma prevalência de 31%, Logan et al de 56%, Nel et al 12%, Dolan et al 55%, e no estudo de Santos, P., Mendonça, D., Alves, O., Barbosa, A. (2006), encontraram uma prevalência de 51,5% de IUE, em mulheres, do distrito de Viana do Castelo, durante a gravidez.

Nos restantes grupos, em que todos os casos de IU também foram referidos aquando a realização de esforços, registou-se uma frequência de 41,7% nas mulheres que frequentaram sessões de preparação para o nascimento orientadas por enfermeiros e de 8,7% em mulheres que frequentaram sessões orientadas por fisioterapeutas.

Estas diferenças, e após ajustar para o factor número de partos, mantêm-se e verifica-se que as sessões realizadas por fisioterapeutas

apresentam uma associação semelhante com o não ter tido incontinência urinária comparado com os enfermeiros (OR=8,08 vs OR=7,73), ou seja, fazer preparação com fisioterapeutas parece ter um maior efeito protector na ocorrência de perdas de urina durante a gravidez.

Estes resultados não poderão ser directamente comparados com resultados anteriores, uma vez que não foram encontrados na literatura estudos semelhantes. No entanto, e apesar da diferente metodologia, poderá ser comparado a um estudo experimental de Morkved, S.; Bo, K.; Schei, B. & Salvesen, K.A. (2003), em que um grupo de mulheres (nulíparas) realizou um treino dos MPP durante 12 semanas na gravidez, e um grupo controle que não realizou qualquer treino, obtendo como resultados uma prevalência de 48 em 148 (32%) nas mulheres que realizaram os exercícios, acompanhadas por fisioterapeutas, contra 74 em 153 (48%) no grupo controlo, avaliadas na 36ª semana de gestação. Também Sampsel, C.M., Miller, J.M., Mims, B.L., Delancey, J.O.L., Ashton-Miller, J.A. & Antonakos, C.L. (1998) verificaram que o TMPP durante a gravidez aumentam a força muscular dos mesmos e reduz os sintomas de IU durante a gravidez.

Já no período pós-parto, e sendo que o estudo inclui mulheres que se encontravam até 6 meses do mesmo, a frequência de IU no grupo que não fez preparação para o nascimento foi de 45,9%, e a IUE de 40,5%. Este valor é semelhante aos valores encontrados em estudos anteriores, como na revisão realizada por Robb, K. & Toozs-Hobson (2005), eles referem que Meyer et al encontraram uma prevalência de IUE no período pós-parto de 7%, Logan et al 40%, Dolan et al 26% e Rockner et al 36%. Eftekhar, T., Hajjbaratali, B., Ramezanzadeh, F. & Shariat, M. (2006), encontraram uma prevalência de IUE 4 meses após o parto de 14,1%, Chaliha e colaboradores, verificaram uma prevalência de IU no período de 3 meses de pós-parto de 14,6% e que diminui para 4,6% em 6 meses após o parto e Hvidman, L., Foldspang, A., Mommsen, S. & Nielsen, B. (2003), que encontraram IU imediatamente após o parto em 23,4% das mulheres e a 6 meses após o parto em 2,7% das inquiridas. Também Wesnes, S.L., Hunskaar, S., Bo, K. & Rortveit, G. (2009), concluíram, no seu estudo, que 31% das mulheres relataram IU 6 meses após o parto.

Em relação aos restantes grupos, em que as perdas urinárias foram, em todos os casos, identificadas durante a realização de esforços, ou seja, serão perdas por IUE, no grupo que fez de preparação para o nascimento com enfermeiros foi de 16,7%, e no grupo que realizou preparação com fisioterapeutas foi de 8,7%.

Após ajustar ao número de partos, verificou-se que as diferenças entre os três grupos manteve-se, nos casos de IU, denota-se que a preparação para o parto tem um factor protector, não havendo no entanto diferenças entre o grupo dos enfermeiros e os fisioterapeutas. Já nos casos de IUE verifica-se que existem diferenças significativas entre as sessões realizadas por enfermeiros e fisioterapeutas, sendo que o grupo que realizou sessões com os enfermeiros apresentou um risco maior de ter incontinência que o grupo que realizou sessões com os fisioterapeutas (OR=2,11 IC95%= (2,37 – 2,11)).

Comparando novamente com o estudo já referido, de Mørkved, S.; Bø, K.; Schei, B. & Salvesen, K.A. (2003), após 3 meses do parto eles encontraram uma prevalência de 28 em 148 (20%) no grupo de treino dos MPP e de 49 em 153 (32%) no outro grupo, concluindo que o treino intensivo dos MPP previne a IU durante a gravidez e após o parto. Eles também encontraram uma maior força muscular do pavimento pélvico, às 36 semanas de gravidez e 3 meses após o parto, no grupo que realizou o treino durante a gravidez, tal como Sampelle, C.M., Miller, J.M., Mims, B.L., Delancey, J.O.L., Ashton-Miller, J.A. & Antonakos, C.L. (1998).

Fritel, X., Fauconnier, A., Tayrac, R., Amblard, J., Cotte, L. & Fernandez, H. (2008) e Lima, J.L.D.A., Carvalho, G.M, Martins, A.A. (2007) citam que Reilly et al. (2002), num estudo em 268 primíparas, relataram uma menor incidência, ainda que ligeira, de incontinência urinária pós-parto em mulheres que se submeteram a preparação para o nascimento (19,2% contra 32,7% no grupo controlo), em que a preparação incluiu uma sessão mensal com um terapeuta combinando com exercícios em casa, duas vezes por dia, três séries de 8 a 12 repetições, mantidas por 6 segundos. No entanto, este estudo foi realizado em mulheres com hiper mobilidade da uretra, não se podendo por isso comparar directamente os resultados visto a população em estudo ser diferente.

No presente estudo, também a frequência das perdas foi menor nos grupos que realizaram preparação para o parto, 41,7% referiam que as perdas ocorriam apenas uma vez por semana, contra 66,7% do grupo 2 e 100% do grupo 3.

Fica assim referida a importância do treino dos MPP, durante a gravidez, como já anteriormente referida por Hay-Smith, J., Mørkved, S., A Fairbrother, K., Herbison, G.P. (2008) e Gameiro & Amaro (2005).

A preparação para o nascimento

Em relação aos dois grupos de preparação, verifica-se que a maioria das mulheres de ambos os grupos frequentou as aulas por iniciativa própria 80,6% no grupo orientado por enfermeiros e 91,3% no grupo orientadas por fisioterapeutas, sendo a frequência semanal semelhante em ambos os grupos. A principal diferença está na realização dos exercícios aprendidos nas aulas em casa, em que o grupo que frequentou sessões de preparação para o nascimento orientadas por fisioterapeutas realizou mais exercícios em casa, bem como no número de semanas que este grupo aderiu à preparação, em que 78,3% frequentou as sessões durante 8 semanas ou mais, contra 52,8% no grupo orientado por enfermeiros.

Estes factores poderão estar relacionados com o facto de as perdas de urina durante a realização de esforços durante a gravidez e após o parto ser menor no grupo que realizou preparação para o nascimento, orientada por fisioterapeutas, pois este revelou uma maior adesão aos exercícios em casa e à própria frequência das sessões de preparação. Já autores como Mørkved, S.; BØ, K.; Schei, B. & Salvesen, K.A. (2003) referem a importância da adesão e do incentivo à prática diária dos exercícios em casa, especificamente os do pavimento pélvico. No entanto, neste estudo, não foi questionado directamente quais os exercícios que mais realizavam, sendo por isso considerada uma limitação do estudo.

Outras limitações deste estudo prendem-se com o tamanho da amostra, em especial do grupo que realizou preparação orientada por fisioterapeutas

(n=23), o facto do local de recolha da amostra das mulheres que realizaram preparação com enfermeiros ter sido realizada no mesmo local, não tendo sido então exploradas outras realidades.

Outras limitações, que se prendem com o questionário, são a falta de questões em que se especificasse o momento exacto das perdas, por exemplo em termos de semanas, ou meses, gestacionais, referindo se ocorreram antes, durante ou após as sessões de preparação, podendo-se aí relacionar directamente o surgimento da IU com as sessões de preparação e o seu factor protector, bem como o momento exacto das perdas após o parto.

Assim, e na perspectiva de estudos posteriores, sugere-se que se insira as questões anteriormente referidas, procurando também uma amostra maior para realização do estudo. Sugere-se também mais estudos realizados nesta área, como a prevalência de indicação de aulas de preparação para o nascimento pela comunidade médica e a adesão da mesma pelas mulheres grávidas, para que se incentive, cada vez mais, à frequência de sessões de preparação para o nascimento, orientadas, de preferência, por equipas multidisciplinares, por todos os seus benefícios que elas acarretam, como sejam, entre outros, a redução da ocorrência de perdas involuntárias de urina.

Capítulo VI – Conclusão

Conclusão

Com o presente estudo, conclui-se então, que a preparação para o nascimento parece ser um factor protector na ocorrência de perdas involuntárias de urina.

Em casos de perdas durante a realização de esforços (IUE), verifica-se que as perdas são menores em mulheres que realizam preparação para o nascimento orientadas por Fisioterapeutas, ressaltando então a importância deste profissional na área da saúde da mulher, em especial na prevenção primária.

Referências Bibliográficas

Beck, N.C., Geden, E.A., Brouder, G.T. (1979) "Preparation for Labor: A Historical Perspective (Review Article), *Psychosomatic Medicine* (v. 41, n. 3), pp.243-258

Belo, J., Francisco, E., Leite, H., & Catarino, A. (5 de Fevereiro de 2004). "Reeducação do pavimento pélvico com cones de Plevnik em mulheres com incontinência urinária", pp. 117-121

Bruschini, H., "Bexiga neurogénica". *Guia prático de urologia*, pp. 273-278

Conceição, P., Sousa, L., Azinhais, P., Pereira, B., Borges, R., Leão, R., Grenha, R., Peralta, P., Temido, P., Sobral, F. (2009) "Factores Prognósticos do Resultado da Cirurgia de Incontinência Urinária de Esforço – Experiência de um Serviço de Urologia" *Acta Urológica* (v. 26, n. 4), pp.15-18

Conceição P., Sousa L., Azinhais P., Pereira B., Borges R., Leão R.,

Temido P., Fonseca, S.M. & Sobral F. (2007) " Diagnóstico e tratamento de incontinência urinária de esforço. Experiência de um Serviço de Urologia", *Acta Urológica*, (v. 24, n.2), pp.15-53

Dedicação, A.C., Haddad, M., Saldanha, M.E.S. & Driusso, P. (2008), "Comparação da qualidade de vida nos diferentes tipos de incontinência urinária feminina", *Revista Brasileira de Fisioterapia*

Eftekhar, T., Hajibaratali, B., Ramezanzadeh, F. & Shariat, M. (2006) "Postpartum evaluation of stress urinary among primíparas". *Internacional Journal of Gynecology and Obstetrics*, 94, pp. 114-118

Ferreira, M. & Santos, P. (2009) "Princípios da Fisiologia do Exercício no Treino dos Músculos do Pavimento Pélvico" *Acta Urológica* (v.26; n.3), pp.31-38

FitzGerald, M. et al; (Outubro de 2007) "Pelvic-floor strength in women with incontinence as assessed by Brink Scale", pp.1316-1324

Foldspang, A., Mommsen, S. & Djurhuus, J.C. (1999) "Prevalent urinary incontinence as a correlate of pregnancy, vaginal childbirth, and obstetric techniques". *American Journal of Public Health*, 89, pp. 209-212

Foldspang, A., Mommsen, S., Lam, G.W. & Elving, L. (1992) "Parity as a correlate of adult female urinary incontinence prevalence". *Journal of Epidemiology and Community Health*, 46, pp. 595-600

Fritel, X., Fauconnierb, A., Tayracc, R., Amblaridd, J., Cottee, L. & Fernandezf, H. (2008) "Prévenir l'incontinence urinaire postnatale par la rééducation périnéale prénatale? Rationnel et protocole de l'étude randomisée multicentrique prévention périnéale prénatale (3PN)", *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*. (37), pp.441-448

Goldberg, R.P. (2007) "Effects of Pregnancy and Childbirth on the Pelvic Floor"

Hay-Smith, J., Mørkved, S., Fairbrother, K.A., Herbison, G.P., (2009) "Pelvic floor muscle training for prevention and treatment of urinary and faecal incontinence in antenatal and postnatal women (Review)", *The Cochrane Collaboration*

Hvidman, L., Foldspang, A., Mommsen, S & Nielsen, J.B. (2003) "Postpartum urinary incontinence", *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, pp.556-563

Jayna, M., & Sharon, E., (29 de Dezembro de 2008) "Management of Urinary Incontinence in Women: Scientific Review", pp. 986-995

Lima, J.L.D.A., Carvalho, G.M. & Martins, A.A. (2007) "Contribuição da Assistência de Enfermagem Obstétrica Pré-Natal: Educação para prevenção e correção da Incontinência Urinária de Esforço (IUE)", *O mundo da saúde*; São Paulo, pp.411-418

Luber, K.M. & Facog, M.D. (2004) "The Definition, Prevalence, and Risk Factors for Stress Urinary Incontinence" *Reviews in Urology; MedReviews* (v.6, n.3)

McKertich, K. (3 de Março de 2008) "Urinary Incontinence – Assessment in women: stress, urge or both?", pp.112-117

Moura, B.G. (2005), "Incontinência urinária feminina". *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, pp. 11-20

Mørkved, S., Bø, K., Schei, B. & Salvesen, K.A. (2003) "Pelvic Floor Muscle Training During Pregnancy to Prevent Urinary Incontinence: A Single-Blind Randomized Controlled Trial"; *The American College of Obstetricians and Gynecologists*. (v. 101, n. 2), pp.313-319

Mørkved, S., & Bø, K. (1997) "Prevalence and treatment of post partum urinary incontinence", *Norsk Epidemiologi*, pp.123-127

Neumann, P.; Morrison, S.; (3 de Março de 2008) "Physiotherapy for urinary incontinence", pp. 118-121

Nicholson, H.M. & Simpson, G.A., (1952) "Preparation for childbirth by physiotherapy"

Oliveira, K.A.C., Rodrigues, A.B.C. & Paula, A.B. (2007), "Técnicas fisioterapêuticas no tratamento e prevenção de incontinência de esforço na mulher", *Revista Electrónica F@pciência*, (v.1, n.1), pp.31-40

Pascoal, A., Faculdade de Motricidade Humana, Departamento de Ciências da Motricidade, Laboratório de Anatomofisiologia, "Trabalho abdominal e incontinência urinária de esforço"

Peyrat, L.; Hailot, O.; Bruyere, F.; Boutin, J.M. & Bertrand, Y. (2002) "Prevalence and risk factors of urinary incontinence in young and middle-age women", pp.61-66

Polden, M. & Mantle, J., "Fisioterapia em Ginecologia e Obstetrícia" 2000; Livraria Santos Editora Com. Imp. Ltda

Rett, M. T., Simões, J. A., Herrmann, V., Gurgel, M. & Morais, S., (17 de Janeiro de 2007) “Qualidade de vida em mulheres após tratamento de incontinência urinária de esforço com Fisioterapia”

Robb, K. & Toozs-Hobson, P. (2005), “Postpartum stress incontinence”. *Women’s Health Medicine*, pp. 38-41

Sampselle, C.M., Miller, J.M., Mims, B.L., Delancey, J.O.L., Ashton-Miller, J. & Antonakos. C.L. (1998) “Effect of pelvic muscle exercise on transient incontinence during pregnancy and after birth”, *The American College of Obstetricians and Gynecologists*

Santiago, S.K., Arianayagam, M. & Wang, A; (3 de Março de 2008) “Urinary incontinence – pathophysiology and management outline”, pp.106-110

Santos, P.C., Mendonça, D., Alves, O. & Barbosa, A.M.; (24 de Janeiro de 2006) “Prevalência e Impacte da Incontinência Urinária de Stresse antes e durante a gravidez”, pp.349-356

Scarpa, K.P., Herrmann, V., Palma, P.C.R., Ricetto, C.L.Z. & Morais, S. (2006), “Prevalência e sintomas urinários no terceiro trimestre da gestação”. *Rev. Assoc. Med. Bras.*, 52(3), pp. 153-156

Sociedade Brasileira de Urologia; (27 de Junho de 2006) “Incontinência Urinária de esforço: Tratamento não Cirúrgico e não Farmacológico”

Smith, P.P., McCrery, R.J. & Appell, R.A. (7 de Novembro de 2006) “Current trends in the evaluation and management of female urinary incontinence”, pp.1233-1240

Tchou, D.C.H., Adams, C., Varner, R.E. & Denton, B. (5 de Maio de 1988) “Pelvic-floor musculature exercises in treatment of anatomical urinary stress incontinence”, pp.652-655

Thomason, A.D., Miller, J.M. & DeLancey, J.O.L. (2006) "Urinary incontinence symptoms during and after pregnancy in continent and incontinent primiparas" *International Urogynecology Journal*

Wesnes, S.L., Hunskar, S., Bo, K. & Rortveita, G. (2009) "The effect of urinary incontinence status during pregnancy and delivery mode on incontinence postpartum. A cohort study", pp.700-707

Yarnell, J.W.G., Voyle, G.J, Sweetnam, P.M., Milbank, J., Richards, C. J. & Stephenson, T. P., (1982) "Factors associated with urinary incontinence in women", pp.58-63

Ying, L.I. & Wang, L.I. (2009) "Effects of pregnancy on the pelvic floor muscle tonus" *Journal Oh Chinese Clinical Medicine*, (v.4, n.7), pp.385-387

Anexos

Anexo A

Declaração de Consentimento

Considerando a “Declaração de Helsínquia” da Associação Médica Mundial (Helsínquia 1964; Tóquio 1983; Hong Kong 1989; Somerset West 1996 e Edimburgo 2000)

A influência das sessões de preparação para o nascimento na incontinência urinária durante a gravidez e após o parto

Eu, _____,

(nome completo), compreendi o propósito da investigação que se pretende realizar, verificar a influência das aulas de preparação para o nascimento na incontinência urinária, durante a gravidez e após o parto, em mulheres que façam a preparação para o nascimento orientada por um Fisioterapeuta e em mulheres que não o façam.

Tomei conhecimento de que, de acordo com a Declaração de Helsínquia, a informação que me foi prestada versou os procedimentos, bem como os objectivos do estudo e a ausência de qualquer risco à minha integridade e confidencialidade dos dados recolhidos pelo Questionário.

Por isso, consinto que o investigador utilize os meus dados para o seu estudo.

Data: _____ / _____ / 200__

Assinatura do Voluntário:

Assinatura do Investigador Responsável:

Anexo B

Declaração de Consentimento Informado, Livre e Esclarecido para participação no estudo:

A influência das sessões de preparação para o nascimento na incontinência urinária durante a gravidez e após o parto

Confirmo que foi explicado ao utente, de forma adequada e inteligível, os procedimentos necessários ao estudo acima referido. O questionário, aplicado com conhecimento prévio do Coordenador desta Unidade de Saúde, destina-se exclusivamente para análise estatística para conclusão da tese de Licenciatura em Fisioterapia, ficando à guarda e responsabilidade de Sónia Isabel Ribeiro Carvalho, estudante de Fisioterapia na Escola de Superior de Saúde do Vale do Sousa.

Em qualquer caso, é garantida a confidencialidade de todos os dados recolhidos com o questionário aplicado. É igualmente garantido que a presente autorização pode ser anulada, em qualquer altura, sem que isso cause qualquer prejuízo ou afecte os cuidados a prestar à pessoa. Também é expressamente garantido que haverá destruição ou apagamento dos dados recolhidos ao fim de 6 meses.

Nome legível do profissional de saúde responsável pela proposta:

Data/...../..... Assinatura

Eu, _____,
(nome completo da colaboradora), declaro ter compreendido os objectivos do estudo que me foi proposto e explicado, ter-me sido dada a oportunidade de fazer todas as perguntas sobre o assunto e para todas elas ter obtido resposta esclarecedora, ter-me sido garantido que não haverá prejuízo para os meus direitos assistenciais se eu recusar esta solicitação, e ter-me sido dado tempo suficiente para reflectir sobre esta proposta.

Tomei conhecimento de que,
Aceito participar no estudo apresentado.

Data: ____ / _____ / 20__

Assinatura da Voluntária:

Para a colaboradora

Declaração de Consentimento Informado, Livre e Esclarecido para participação no estudo:

A influência das sessões de preparação para o nascimento na incontinência urinária durante a gravidez e após o parto

Confirmo que foi explicado ao utente, de forma adequada e inteligível, os procedimentos necessários ao estudo acima referido. O questionário, aplicado com conhecimento prévio do Coordenador desta Unidade de Saúde, destina-se exclusivamente para análise estatística para conclusão da tese de Licenciatura em Fisioterapia, ficando à guarda e responsabilidade de Sónia Isabel Ribeiro Carvalho, estudante de Fisioterapia na Escola de Superior de Saúde do Vale do Sousa.

Em qualquer caso, é garantida a confidencialidade de todos os dados recolhidos com o questionário aplicado. É igualmente garantido que a presente autorização pode ser anulada, em qualquer altura, sem que isso cause qualquer prejuízo ou afecte os cuidados a prestar à pessoa. Também é expressamente garantido que haverá destruição ou apagamento dos dados recolhidos ao fim de 6 meses.

Nome legível do profissional de saúde responsável pela proposta:

Data/...../..... Assinatura

Eu, _____,
(nome completo da colaboradora), declaro ter compreendido os objectivos do estudo que me foi proposto e explicado, ter-me sido dada a oportunidade de fazer todas as perguntas sobre o assunto e para todas elas ter obtido resposta esclarecedora, ter-me sido garantido que não haverá prejuízo para os meus direitos assistenciais se eu recusar esta solicitação, e ter-me sido dado tempo suficiente para reflectir sobre esta proposta.

Tomei conhecimento de que,
Aceito participar no estudo apresentado.

Data: _____ / _____ / 20__

Assinatura da Voluntária:

Para a investigadora

Anexo C

Gandra, Janeiro de 2010

Assunto: Pedido de colaboração

Exmo. Senhor (*nome do director do serviço em questão*),

Eu, Sónia Isabel Ribeiro Carvalho, aluna do 4º ano do curso de Fisioterapia, da Escola Superior de Saúde do Vale do Sousa, encontro-me a realizar um estudo no âmbito da unidade curricular Tese de Licenciatura, para a conclusão da Licenciatura em Fisioterapia.

Este estudo tem como objectivo verificar a influência das aulas de preparação para o nascimento, orientadas por Fisioterapeutas, na incontinência urinária, durante a gravidez e após o parto.

Assim, venho por este meio pedir autorização a vossa Ex. para a recolha de dados na vossa instituição. A amostra, mulheres que estejam no período pós parto (até 6 meses do mesmo) será solicitada apenas para preenchimento de um questionário, com o intuito de as questionar sobre eventuais episódios de perdas involuntárias de urina, durante a gravidez e após o parto, em mulheres que frequentem a preparação para o nascimento e em mulheres que não o façam. O questionário seria entregue pelas enfermeiras, fisioterapeutas, ou outras técnicas que acompanhem as mulheres no período pós-parto. O referido questionário segue em anexo para que vossa Ex. o possa ver.

Os propósitos desta investigação são meramente académicos, sendo que todos os procedimentos terão em conta a integridade de todos os indivíduos que se sujeitarão ao estudo. A confidencialidade de todos os dados recolhidos e de todos os participantes será mantida.

Certa da sua melhor atenção, aguardo atenciosamente sua resposta, estando ao seu dispor para qualquer esclarecimento que julgue necessário, podendo fazê-lo para:

Sónia Isabel Ribeiro Carvalho

nisirc@hotmail.com

Telemóvel: 912255902

Morada:

Avenida de Figueiras, n. 293, Vermoim

4770-753, Vila Nova de Famalicão

Sem outro assunto de momento, subscrevo-me atenciosamente:

Sónia Carvalho

Anexo D

Exma Senhora Rosalvo Almeida

Presidente da Comissão de Ética para a Saúde da ARSN

Assunto: Declaração sobre projecto de investigação

Para a realização do projecto de investigação, em que se pretende verificar a influência das aulas de preparação para o parto, orientadas por Fisioterapeutas, na incontinência urinária, durante a gravidez e após o parto, não existem encargos ou contra-partidas, para as potenciais participantes, nem para a unidade de saúde, uma vez que se pretende que as potenciais participantes, mulheres que estejam no período até 6 (seis) meses de pós-parto, e que tenham, durante a gravidez, frequentado aulas de preparação para o nascimento, respondam a um único questionário.

O questionário que se pretende entregar segue em anexo, para que vossa excelência possa verificar que se pretende apenas que as participantes relatem os episódios de perda involuntária durante a gravidez e após o parto e é de preenchimento rápido, nunca mais de 10 minutos.

Não é necessário qualquer tipo de financiamento, pois, caso o pedido de colaboração seja aceite, entregarei em mão os questionários, e irei eu mesma recolhe-los, sem qualquer tipo de encargo para a instituição.

As potenciais participantes (mulheres no período até 6 (seis) meses de pós-parto) seriam abordadas aquando das consultas no respectivo centro de saúde e nas classes de preparação para o nascimento para serem inquiridas posteriormente, após o parto.

As unidades onde pretendo aplicar o estudo, seria o Centro de Saúde de Barão do Corvo (onde existem de facto aulas de preparação para o nascimento), não tendo, até à data, informação de outros locais.

Grata pela atenção dispensada, e disponível para todos os esclarecimentos,

Despeço-me atenciosamente,

Sónia Carvalho

email: nisirc@hotmail.com

Telemóvel: 912255902

Morada:

Avenida de Figueiras, n. 293, Vermoim

4770-753, Vila Nova de Famalicão

Anexo E

Questionário

Idade: ____ anos Peso: ____ kg Altura: ____ m

Aumento de peso durante a última gravidez: ____ kg

1. Apresenta alguma das seguintes doenças, Diabetes Mellitus, AVC, doença de Parkinson ou Alzheimer? Não ____ Sim ____ Outra ____ (Qual? _____)

2. Toma medicação? Não ____ Sim ____ (Qual? _____)

3. Antes da gravidez, praticava desporto? Não ____ Sim ____ (Qual? _____)

4. Pratica desporto actualmente? Não ____ Sim ____ (Qual? _____)

5. Já foi sujeita a alguma intervenção cirúrgica ao aparelho genito-urinário?

Não ____ Sim ____ (Qual? _____)

6. Já teve alguma infecção urinária? Não ____ Sim ____

7. Se respondeu sim, foram:

Antes da gravidez _____

Durante a gravidez _____

Após o parto _____

8. Quantos partos já teve? Refira as datas e o tipo de parto (normal; cesariana; ventosa; fórceps):

Data _____ Tipo de parto: _____

Data _____ Tipo de parto: _____

Data _____ Tipo de parto: _____

Data _____ Tipo de parto: _____

Data _____ Tipo de parto: _____

9. Alguma vez perdeu urina de forma involuntária antes da primeira gravidez?

Sim ____ Não ____

10. Alguma vez perdeu urina de forma involuntária durante a última gravidez?

Sim ____ Não ____

11. Se sim, qual a frequência das perdas?

Uma vez por semana _____

Duas a três vezes por semana _____

Diariamente _____

Só durante o dia ____ Só durante a noite ____ Durante o dia e á noite ____

12. Alguma vez perdeu urina de forma involuntária durante a última gravidez, enquanto fazia alguma actividade, como tossir, espirrar, rir, caminhar, pegar em objectos, ou durante a realização de algum outro esforço? Sim ____ Não ____

13. Alguma vez perdeu urina de forma involuntária após o último parto?

Sim ____ Não ____

14. Se sim, essa perda ocorreu durante a realização de algum dos esforços referidos na questão anterior? Sim ____ Não ____

15. Se teve episódios de perda de urina após a última gravidez, com que frequência ocorreram essas perdas?

Uma vez por semana _____

Duas a três vezes por semana _____

Diariamente _____

Só durante o dia ____ Só durante a noite ____ Durante o dia e á noite ____

16. Essas perdas de urina influenciam a sua qualidade de vida? Sim ____ Não ____

17. Como quantifica a quantidade de urina que perde?

Gotas _____

Pequenos jactos _____

Mais quantidade _____

18. Já frequentou alguma vez aulas de preparação para o nascimento?

Sim ____ Não ____ (se respondeu não, o questionário termina aqui, obrigado).

19. Se sim, foi durante a última gravidez? ____ ou em gravidezes anteriores ____ ?

20. Frequentou as aulas:

Por iniciativa própria _____

Por indicação/conselho médico _____

Outra (qual?) _____

21. Durante a última gravidez, frequentou aulas de preparação para o nascimento por um Fisioterapeuta?

Sim ____ Não ____

22. Com que frequência ia às aulas?

Uma vez por mês ____

Uma vez por semana ____

Duas ou três vezes por semana ____

Diariamente ____

23. Durante quanto tempo participou nas aulas de preparação para o nascimento?

_____ (indique o número de) Semanas

24. Fazia alguns exercícios que lhe eram ensinados em casa?

Nunca ____

Raramente ____

Poucas vezes ____

Muitas vezes ____

Sempre ____

Obrigado pela sua colaboração! ☺

