

PREVALÊNCIA DE SINTOMAS URINÁRIOS NO TERCEIRO TRIMESTRE DA GESTAÇÃO

KATIA PARY SCARPA, VIVIANE HERRMANN*, PAULO CÉSAR RODRIGUES PALMA, CÁSSIO LUIZ ZANETTINI RICETTO, SIRLEI MORAIS

Trabalho realizado na Universidade Estadual de Campinas – SP

RESUMO

OBJETIVO. O objetivo deste estudo foi avaliar a prevalência de sintomas urinários irritativos no terceiro trimestre da gestação e a correlação destes com a paridade e a forma de término de partos anteriores.

MÉTODOS. Foram selecionadas 340 gestantes no terceiro trimestre da gestação, atendidas no Ambulatório de Pré-Natal do Hospital das Clínicas da Unicamp, entre junho e outubro de 2003. O desenho consistiu em um estudo analítico de corte transversal.

RESULTADOS. Os sintomas mais prevalentes foram: noctúria (80,6%); polaciúria (70,3%) e urgência miccional (44,4%). Embora não houvesse associação entre a prevalência de sintomas irritativos e a forma de término dos partos anteriores, observou-se correlação significativa entre multiparidade e os sintomas de enurese noturna, noctúria e freqüência urinária.

CONCLUSÃO. Concluiu-se que, no grupo estudado, a gestação *per se* foi um fator de risco para a ocorrência de sintomas urinários irritativos.

UNITERMOS: Sintomas urinários irritativos. Gestação. Paridade. Forma de término do parto.

*Correspondência:

Rua Alexandre Fleming,
101, Cidade Universitária
Zeferino Vaz
Caixa Postal: 6081
CEP: 13083-970,
Campinas, São Paulo,
(19) 3788-9306
vherrmann@uol.com.br

INTRODUÇÃO

Os sintomas urinários irritativos são considerados problemas comuns que afetam principalmente as mulheres, podendo causar constrangimento e restrição das atividades diárias, influenciando de forma negativa na qualidade de vida da mulher. Na literatura, encontra-se poucos estudos epidemiológicos descritivos sobre a prevalência de sintomas urinários irritativos em determinadas populações¹.

A ocorrência de sintomas urinários geralmente está associada a alterações anatômicas e a danos neurológicos decorrentes do trauma obstétrico, que podem levar à importante perda de sustentação do colo vesical e da uretra proximal^{1,2}. Entretanto, estudos relatam o aparecimento destes sintomas no decorrer da primeira gestação^{3,4}, sugerindo fortemente que os fatores envolvidos em seu desencadeamento não se encontram exclusivamente relacionados aos danos provocados pelo parto vaginal traumático. Durante a gestação, modificações anatômicas e funcionais no trato urinário inferior possivelmente alteram os mecanismos envolvidos com a continência urinária, desencadeando sintomas urinários^{5,6,7}. Chaliha et al.³, analisando 549 gestantes nulíparas, observaram que 81,1% apresentaram polaciúria, 67% noctúria e 22,9% urgência miccional. A gestação *per se* parece envolver processos que predisõem a recorrência de sintomas urinários nas gestações subseqüentes e, posteriormente, ao longo da vida⁸.

Na literatura, a exata natureza dos fatores de risco relacionados ao surgimento de sintomas urinários durante a gestação não é totalmente compreendida. Pretendemos, neste estudo, avaliar a prevalência de sintomas urinários irritativos no terceiro trimestre da gestação e sua relação com a forma de término de partos anteriores e a paridade. Futuramente, o reconhecimento destes fatores poderá contribuir para a elaboração de programas

preventivos que visem melhorar a qualidade da atenção oferecida durante o pré-natal pelos profissionais da saúde.

MÉTODOS

Participaram do estudo 340 gestantes com idade gestacional ≥ 26 semanas, selecionadas do Ambulatório de Pré-Natal do Departamento de Tocoginecologia, no Hospital das Clínicas da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp, entre junho e outubro de 2003, após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa desta instituição. Um questionário pré-testado foi aplicado individualmente às gestantes pela fisioterapeuta responsável pelo estudo. Foram registradas informações relativas às características demográficas das pacientes, dados obstétricos (forma de término de partos anteriores e paridade), assim como a presença de sintomas urinários irritativos na gestação atual.

Os critérios de exclusão foram: diabetes mellitus; litíase renal; doença pulmonar obstrutiva crônica; infecção do trato urinário (ITU); história pregressa de cirurgia pélvica; e uso de medicações que interferem na função do trato urinário inferior (TUI).

Os sintomas urinários irritativos foram definidos segundo o subcomitê de padronização da Sociedade Internacional de Continência⁹: noctúria: acordar uma ou mais vezes à noite para urinar; polaciúria: urinar com muita freqüência durante o dia; urgência: desejo súbito e incontrolável de urinar, difícil de ser adiado; urge-incontinência: perda involuntária de urina acompanhada ou imediatamente precedida por urgência; enurese noturna: perda urinária que ocorre durante o sono.

Os resultados foram analisados por meio do cálculo de freqüências, teste de Qui-quadrado ou Exato de Fisher, quando necessário, e do cálculo de razão de prevalência (RP). O nível de significância foi assumido em 5%.

Tabela 1 – Prevalência de sintomas urinários irritativos no terceiro trimestre da gestação (n = 340)

Sintomas urinários irritativos	n	%
Noctúria	274	80,6
Polaciúria	239	70,3
Urgência	151	44,4
Urge-incontinência	77	22,6
Enurese noturna	15	4,4

Tabela 2 – Distribuição percentual de sintomas urinários irritativos segundo a paridade (n = 340)

	Nulíparas		Primíparas		Múltiparas ≤ 3		Múltiparas ≥ 4		Valor-p
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Noctúria	101	77,7	77	80,2	71	79,8	25	100,0	0,0354*
Polaciúria	85	65,4	71	74,0	60	67,4	23	92,0	0,0327*
Urgência	61	46,9	38	39,6	39	43,8	13	52,0	0,6075
Urge-incontinência	25	19,2	21	21,9	24	27,0	7	28,0	0,5211
Enurese noturna	4	3,1	3	3,1	4	4,5	4	16,0	0,0665*

Teste Qui-quadrado

*Teste Exato de Fisher

Tabela 3 – Distribuição percentual entre sintomas urinários irritativos e a forma de término do parto, exclusivamente vaginal (n = 111) ou exclusivamente cesáreo (n = 68) (Total n = 179)

	Cesáreo		Vaginal		RP (IC 95%)	Valor-p
	n	%	n	%		
Noctúria	53	77,9	91	82,0	1,05 (0,90 a 1,23)	0,5082
Polaciúria	49	72,1	80	72,1	1,00 (0,83 a 1,21)	0,9985
Urgência	28	41,2	46	41,4	1,01 (0,70 a 1,44)	0,9722
Urge-incontinência	15	22,1	27	24,3	1,10 (0,63 a 1,92)	0,7285
Enurese noturna	3	4,4	3	2,7	0,61 (0,13 a 2,95)	0,5375*

Teste Qui-quadrado

*Teste Exato de Fisher

RESULTADOS

A idade das 340 gestantes estudadas variou de 17 a 46 anos, sendo a idade média 26,4 anos. Com relação à etnia, 47,1% se autocalificaram brancas, 41,2% pardas e 10,9% negras. No momento da entrevista, 47% viviam em união consensual, 34,7% eram casadas e 15,6% eram solteiras. Quanto à escolaridade, a maioria não completou o ensino fundamental.

Das 340 gestantes, 94,4% apresentaram um ou mais sintomas urinários irritativos. Os sintomas mais frequentemente relatados foram noctúria, polaciúria e urgência, conforme dados apresentados na Tabela 1.

Com relação à paridade, as gestantes foram divididas em quatro grupos: 38,2% nulíparas, 28,2% primíparas, 26,2% múltiparas com até três partos e 7,4% múltiparas com quatro partos ou mais. As múltiparas com quatro partos ou mais apresentaram 100% e 92% de noctúria e polaciúria, respectivamente. O estudo da associação entre a presença de sintomas urinários irritativos e a paridade evidenciou diferença estatisticamente significativa entre noctúria ($p = 0,0354$) e polaciúria

($p = 0,0327$) quando comparadas as múltiparas com quatro partos ou mais aos outros grupos. Também foi elevada a prevalência destes sintomas entre as nulíparas, 77,7% e 65,4%, respectivamente, mostrando o risco do desencadeamento destes sintomas na primeira gestação (Tabela 2). A análise da razão de prevalência (IC 95%) mostrou que as múltiparas (= 4) apresentaram 1,29 e 1,41 vez mais chances de desencadear noctúria e polaciúria, respectivamente, e 5,2 vezes mais chances de desencadear enurese noturna quando comparadas às nulíparas.

Com relação à forma de término de partos anteriores, as gestantes foram selecionadas por parto exclusivamente vaginal ou exclusivamente cesáreo. A associação entre sintomas urinários irritativos e a forma de término do parto não demonstrou diferença estatisticamente significativa (Tabela 3).

DISCUSSÃO

O presente estudo evidenciou uma alta prevalência de sintomas urinários irritativos no terceiro trimestre da gestação, podendo este

fato estar associado à pressão exercida pela cabeça fetal sobre a bexiga, com conseqüente redução da capacidade vesical⁵. Os sintomas mais freqüentemente observados foram a noctúria e polaciúria em 80,6% e 70,3% dos casos, respectivamente, sendo estes resultados semelhantes aos observados por outros autores^{6,10}. Entretanto, sintomas de urgência e particularmente de urge-incontinência tiveram uma prevalência acentuadamente maior do que a observada por outros autores^{3,6}. É provável que diferenças na argüição das pacientes ou até mesmo na definição deste sintoma reflitam esta disparidade.

Acredita-se que a variação dos níveis hormonais, a qual ocorre paralelamente ao desenvolvimento da gestação, possa influenciar o mecanismo de continência^{3,5,11}. Wijma et al.¹² observaram que altos níveis de progesterona levam à hipotonicidade das estruturas do assoalho pélvico, influenciando o desencadeamento de sintomas urinários no início da gestação. O'Boyle et al.¹³ observaram aumento significativo da mobilidade uretral em gestantes nulíparas, sugerindo que alterações fisiológicas no assoalho pélvico podem ser objetivamente demonstradas antes do parto.

Altos níveis de hormônio relaxina estão presentes na circulação sanguínea durante a gestação, atingindo maiores níveis no terceiro trimestre¹⁵. O aumento na mobilidade articular, ocorrido em gestantes nulíparas, sugere que também o relaxamento nas estruturas do tecido conjuntivo da pelve, neste período, predispõe o desencadeamento de sintomas urinários¹⁶. Para Östgaard et al.¹⁷, as gestantes que apresentaram maior grau de frouxidão articular foram as que desenvolveram maior diâmetro abdominal, provavelmente pelo aumento da elasticidade da parede abdominal resultante da diminuição da produção de colágeno causada pela ação do hormônio relaxina. As alterações posturais que ocorrem ao longo da gestação possivelmente estão relacionadas aos altos níveis de relaxina, que influenciam a estrutura músculo-esquelética^{18,19}. Para Sapsford & Hodges²⁰, quando a parede abdominal encontra-se relaxada, há uma diminuição na atividade eletromiográfica da musculatura do assoalho pélvico, com conseqüente diminuição da função de sustentação do assoalho pélvico, comprometendo o mecanismo da continência urinária.

A gestação *per se* parece envolver processos que predispõem a recorrência de incontinência em gestações subseqüentes e ao longo da vida⁸, mas alterações patológicas resultantes de danos teciduais no parto podem ser sobrepostas⁷. Neste estudo, a paridade (múltiparas = 4) foi significativamente associada ao aumento da prevalência de sintomas na gestação. O estiramento acentuado dos elementos de sustentação do assoalho pélvico durante o período expulsivo aumenta a probabilidade de danos a estas estruturas^{14,21}. O primeiro parto vaginal é responsável por relaxamento tecidual significativo das estruturas do assoalho pélvico e dano nervoso²², sendo que os partos subseqüentes elevam apenas discretamente a prevalência.

Assim como observado por outros autores^{2,11}, o presente estudo não mostrou associação entre a presença de sintomas urinários irritativos na gestação e a forma de término de partos anteriores. Pessina et al.²³ propõem que sintomas irritativos possam resultar de isquemia do músculo detrusor associada à parcial denervação, desencadeando um comportamento contrátil anormal. Freqüentemente, estes sintomas persistem ao longo da vida, interferindo intensamente nas atividades diárias da mulher e comprometendo gravemente sua qualidade de vida.

Segundo Morkved et al.²⁴, exercícios da musculatura do assoalho pélvico em gestantes nulíparas preveniram o desencadeamento de sintomas urinários na gestação e após o parto. O conhecimento de uma alta prevalência de sintomas urinários na gestação pode trazer um argumento favorável para a implementação de uma intervenção preventiva na gestação, como um programa intensivo de exercícios da musculatura do assoalho pélvico que mantenha a função satisfatória do mecanismo da continência e também a função sexual da mulher.

Conflito de interesse: não há

SUMMARY

PREVALENCE OF URINARY SYMPTOMS IN THE THIRD TRIMESTER OF PREGNANCY

BACKGROUND. *This study evaluated the prevalence of irritative bladder symptoms of women in the third trimester of pregnancy and the correlation to parity and route of delivery.*

METHODS. *Between June and October 2003, 340 women attending the prenatal clinic at the Department of Obstetrics and Gynecology, State University of Campinas (Unicamp) were selected for study.*

RESULTS. *On the total, 80.6% presented nocturia, 70.3% presented urinary frequency and 44.4% presented urgency. No statistic correlation was observed between irritative bladder symptoms and route of delivery however, when considering parity, nocturia and urinary frequency were significantly more frequent in multiparous women.*

CONCLUSION. *In the population under study pregnancy per se was associated to a high prevalence of irritative bladder symptoms.* [Rev Assoc Med Bras 2006; 52(3): 153-6]

KEY WORDS: Irritative bladder symptoms. Pregnancy. Parity. Route of delivery.

REFERÊNCIAS

- Hunskar S, Arnold EP, Burgio KL, Diokno AC, Herzog AR, Mallett VT. Epidemiology and natural history of urinary incontinence. *Int Urogynecol J* 2000; 11:301-319.
- Chaliha C, Khullar V, Stanton SL, Monga A, Sultan AH. Urinary symptoms in pregnancy: are they useful for diagnosis? *Br J Obstet Gynecol* 2002; 109:1181-1183.
- Chaliha C, Kalia V, Stanton SL, Monga ASH, Sultan AH. Antenatal prediction of postpartum urinary and fecal incontinence. *Obstet Gynecol* 1999; 94:68-694.
- MacLennan AH, Taylor AW, Wilson DH, Wilson D. The prevalence of pelvic disorders and their relationship to gender, age, parity and mode of delivery. *Br J Obstet Gynecol* 2000; 107:1460-1470.
- Thorp JM Jr, Norton PA, Wall LL, Kuller JA, Eucker B, Wells E. Urinary incontinence in pregnancy and the puerperium: a prospective study. *Am J Obstet Gynecol* 1999; 181:266-273.
- Nel JT, Diedericks A, Joubert G, Arndt K. A prospective clinical and urodynamic study of bladder function during and after pregnancy. *Int Urogynecol J* 2001; 12:21-26.
- Chaliha C, Stanton SL. Urological problems in pregnancy. *BJU Int* 2002; 89:469-476.
- Viktrup L, Lose G. Lower urinary tract symptoms 5 years after the first delivery. *Int Urogynecol J* 2000; 11:336-340.
- Abrams P, Cardozo I, Fall M, Griffiths D, Rosier P, Ulmsten U et al. The standardization of terminology of lower urinary tract function: report from standardization sub committee of the International Continence Society. *NeuroUrol Urodyn* 2002; 21:167-178.

10. Aslan D, Aslan G, Yamazhan M, Ispahi C, Tinar S. Voiding symptoms in pregnancy: An assessment with International Prostate Symptom Score. *Gynecol Obstet Invest* 2003; 55:46-49.
11. Hvidman L, Foldspang A, Mommsen S, Bugge Nielsen J. Correlates to urinary incontinence in pregnancy. *Int Urogynecol J* 2002; 13:278-283.
12. Wijma J, Potters AEW, Wolf BTHM, Tinga DJ, Aarnoudse JG. Anatomical and functional changes in the lower urinary tract during pregnancy. *Br J Obstet Gynaecol* 2001; 108:726-732.
13. O'Boyle AL, O'Boyle JD, Ricks RE, Patience TH, Calhoun B, Davis G. The natural history of pelvic organ support during pregnancy. *Int Urogynecol J* 2003; 14:46-49.
14. Van Geelen JM, Lemmens WAJG, Eskes TKAB, Martin CB. The urethral pressure profile in pregnancy and after delivery in healthy nulliparous women. *Am J Obstet Gynecol* 1982; 144:636-649.
15. MacLennan AH, Nicolson R, Green RC, Bath M. Serum relaxin and pelvic pain of pregnancy. *Lancet* 1986; 243-245.
16. Tincello DG, Adams EJ, Richmond DH. Antenatal screening for postpartum urinary incontinence in nulliparous women: a pilot study. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2002; 101:70-73.
17. Östgaard HC, Andersson GBJ, Schultz AB, Miller JAA. Influence of some biomechanical factors on low-back pain in pregnancy. *Spine* 1993; 18:61-65.
18. Nicholls JA, Grieve DW. Posture, performance and discomfort in pregnancy. *Ergonomics* 1992; 23:128-132.
19. Franklin ME, Conner-Kerr T. An analysis of posture and back pain in the first and third trimesters of pregnancy. *J Orthop Sports Phys Ther* 1998; 28:133-138.
20. Sapsford RR, Hodges PW. Contraction of the pelvic floor muscles during abdominal maneuvers. *Arch Phys Med Rehabil* 2001; 82:1081-1088.
21. Tincello DG, Teare J, Fraser WD. Second trimester concentration of relaxin and pregnancy related incontinence. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2003; 106:237-238.
22. Sultan AH, Kamm MA, Hudson CN. Pudendal nerve damage during labour: prospective study before and after childbirth. *Br J Obstet Gynecol* 1994; 101:22-28.
23. Pessina F, Matteucci G, Esposito L, Goreffi B, Valoti M, Sgaragli G. Protection of intrinsic nerves of guinea-pig detrusor strips a anoxia/glucopenia and reperfusion injury by taurine. *Adv Exp Med Biol* 2000; 483:325-333.
24. Morkved S, Bo K, Schei B, Salvesen KA. Pelvic floor muscle training during pregnancy to prevent urinary incontinence: a single-blind randomized controlled trial. *Obstet Gynecol* 2003; 101:313-319.

Artigo recebido: 18/02/2005
 Aceito para publicação: 16/11/2005
