

Incontinência urinária na gestação: implicações na qualidade de vida

Ana Silvia Moccellini¹

Mariana Tirolli Rett²

Patricia Driusso³

Urinary incontinence during pregnancy: the effects on quality of life

¹ Núcleo de Fisioterapia. Universidade Federal de Sergipe. Campus Lagarto. Rua Padre Álvares Pitangueira, 248. Centro. Lagarto, SE, Brasil. CEP: 40.400-970. E-mail: anamocellini@ufs.br

² Departamento de Fisioterapia. Universidade Federal de Sergipe. Aracaju, SE, Brasil.

³ Departamento de Fisioterapia. Universidade Federal de São Carlos. São Carlos, SP, Brasil.

Abstract

Objectives: to compare the quality of life of pregnant women with and without urinary incontinence, identifying the principal factors that have a negative influence on quality of life during this phase of a woman's life.

Methods: the study recruited 15 pregnant women who had complained of urinary incontinence and 25 who had not experienced such symptoms and assessed them during two periods, between the 24th and 28th week of pregnancy and between the 34th and 36th. The study used two quality of life questionnaires (the King Health Questionnaire and the World Health Organization Quality of Life Questionnaire). The data were tabulated using Excel and statistical analysis was carried out using the Statistica software package. The level of significance was set at 5%.

Results: the pregnant women without symptoms of urinary incontinence had a better quality of life than those with such symptoms in the physical, social and environmental sections. The pregnant women with symptoms of urinary incontinence had lower scores for general perception of health and the impact of incontinence between the first and second evaluation.

Conclusions: urinary incontinence reduces the quality of life of pregnant women. Other factors, such as lack of social and emotional support, may also have a negative impact on quality of life during pregnancy.

Key words *Pregnancy, Quality of life, Pelvic floor, Urinary incontinence*

Resumo

Objetivos: comparar a qualidade de vida de gestantes com e sem perda urinária, identificando os principais fatores que interferem negativamente na qualidade de vida durante essa fase de vida da mulher.

Métodos: foram incluídas 15 gestantes com queixa de perda urinária e presença de sintomas miccionais e 25 gestantes sem queixa miccional, avaliadas em dois momentos, na 24-28^a e 34-36^a semana gestacional. As avaliações consistiram na aplicação de dois questionários de qualidade de vida (King Health Questionnaire e o World Health Organization Quality of Life). Os dados foram tabulados no Excel e analisados estatisticamente no programa Statistica. Adotou-se um nível de significância de 5%.

Resultados: as gestantes sem sintomas miccionais apresentaram melhor qualidade de vida em relação àquelas com sintomas miccionais nos domínios físico, social e ambiental. Para as gestantes com sintomas miccionais ocorreu piora dos escores dos domínios percepção geral de saúde e impacto da incontinência entre a 1^a e 2^a avaliação.

Conclusões: a perda urinária reduz a qualidade de vida das gestantes. Outros fatores como o suporte social e emoções também podem ter impactos negativos na qualidade de vida durante a gestação.

Palavras-chave *Gravidez, Qualidade de vida, Assoalho pélvico, Incontinência urinária*

Introdução

As disfunções do assoalho pélvico (AP) por danos estruturais e funcionais de músculos, nervos, fâscias ou ligamentos podem gerar sintomas como urgência e aumento da frequência urinária, prolapso de órgãos pélvicos, além de incontinência urinária (IU) e fecal.¹ Durante a gestação, esses sintomas podem estar associados ao efeito da pressão do útero gravídico sobre a bexiga, reduzindo de forma significativa a capacidade vesical,² podendo afetar negativamente a qualidade de vida de gestantes.³

A prevalência de relatos de desconforto devido aos sintomas miccionais pode variar de 35,6% a 50% entre as gestantes,^{4,5} podendo afetá-las nos âmbitos social, sexual e profissional, além de implicar em um custo significativo para a mulher e para os serviços de saúde.^{6,7}

Na literatura encontram-se estudos que avaliaram o impacto da perda urinária na qualidade de vida (QV) de gestantes. Van Brummen *et al.*⁶ encontraram pior QV de gestantes com perda urinária, quando comparadas àquelas sem perda urinária, na 36ª semana gestacional. Os autores utilizaram questionários validados para avaliar o impacto da perda urinária sobre a QV de gestantes, no entanto, não se pode afirmar se esse impacto é somente pela perda urinária ou influenciado também por outras adaptações fisiológicas e psicológicas que ocorrem durante a gestação e que podem levar a um comprometimento da QV.

Assim, o objetivo deste estudo foi comparar a qualidade de vida de gestantes sem sintomas miccionais com aquelas com sintomas miccionais (incluindo perda urinária), além de identificar fatores que podem interferir na qualidade de vida durante essa fase de vida da mulher.

Métodos

Trata-se de um estudo observacional transversal, realizado no período de julho/2012 a outubro/2013. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Federal de Sergipe, atendendo à Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, segundo o parecer 76308-2012 (CAAE: 06190112.9.0000.5546).

O cálculo amostral foi realizado no programa *G*Power 3.1.3*. Utilizou-se como parâmetro os valores encontrados no estudo de Scarpa *et al.*⁴ para a frequência de sintomas miccionais em primigestas (45,5%). Para um poder do teste de 0,90 e erro alfa de 5%, sugeriu-se uma amostra de 15 gestantes para cada grupo (gestantes com e sem sintomas

miccionais).

O estudo foi desenvolvido em duas Unidades de Saúde da Família do município de Aracaju/SE. Para isso, estabeleceu-se contato com a Secretaria Municipal de Saúde e foram selecionadas as unidades de saúde da família que realizavam atendimentos a gestantes. Durante a consulta de pré-natal, a gestante era convidada a participar do estudo pela pesquisadora responsável. Tendo ciência do estudo e concordando voluntariamente em participar, agendava-se a primeira avaliação.

Foram incluídas no estudo gestantes com idade entre 18 e 40 anos, índice de massa corporal (IMC) pré-gestacional considerado normal, com base na definição da Organização Mundial da Saúde (OMS),⁸ idade gestacional de até 28 semanas, gestação de risco habitual e feto único e que estivesse em acompanhamento pré-natal. Os critérios de exclusão do estudo foram: *déficit* cognitivo que impedisse o entendimento do projeto, uso de drogas ilícitas, tabagismo e etilismo.

Todas as gestantes foram avaliadas em dois momentos distintos, entre a 24ª-28ª e a 34ª-36ª semana gestacional, de acordo com a data da última menstruação⁹ e/ou do 1º ultrassom realizado durante a gestação.¹⁰ O dado do IMC pré-gestacional foi coletado por meio do cartão de pré-natal, e o IMC gestacional foi avaliado com base na Tabela de Atalah.¹¹

Os questionários continham informações sobre dados pessoais e sociodemográficos, história pessoal, obstétrica e clínica, presença de sinais e sintomas miccionais, características dos sintomas de perda urinária como início, frequência e circunstâncias da perda urinária. O critério utilizado para definir a perda urinária incluiu duas perguntas padronizadas que compõem a escala de sintomas miccionais do instrumento *King Health Questionnaire* (KHQ), desenvolvido na língua inglesa por Kelleher *et al.*¹² e traduzido por Tamanini *et al.*¹³ para a língua portuguesa. O KHQ é um questionário específico para avaliação da QV em mulheres incontinentes, sendo capaz de avaliar a percepção do impacto da IU na vida da mulher e as medidas de sua gravidade. Foram utilizadas as perguntas “Você perde urina durante a realização de esforço físico como tossir, espirrar, correr?” e “Você perde urina associada a uma vontade muito forte de urinar?” As gestantes que responderam “sim” em pelo menos uma dessas perguntas foram classificadas no grupo com queixa de perda urinária e caracterizadas com sintomas miccionais.

As gestantes que apresentaram relato de perda urinária responderam por completo o KHQ,

composto por 21 questões, divididas em oito domínios: a) percepção geral de saúde; b) impacto da incontinência urinária; c) limitações de atividades diárias; d) limitações físicas; e) limitações sociais; f) relacionamento pessoal; g) emoções e h) sono/disposição.¹² Além destes domínios, existem duas outras escalas independentes: uma avalia a gravidade da IU (medidas de gravidade) e outra a presença e intensidade dos sintomas urinários (escala de sintomas urinários). O KHQ é pontuado por cada um dos seus domínios, não havendo, portanto, escore geral. Os escores variam de 0 a 100 e quanto maior a pontuação obtida, pior é a qualidade de vida relacionada àquele domínio. Este questionário é altamente recomendado pelo Comitê da *Internacional Continence Society* (ICS) e classificado como nível A para utilização em pesquisas clínicas.^{12,13}

Todas as gestantes responderam ao questionário *World Health Organization Quality of Life* (WHOQOL-Bref), composto por 26 questões, compondo quatro domínios. Cada domínio tem por objetivo analisar a capacidade física, o bem estar psicológico, as relações sociais e o meio ambiente onde o indivíduo está inserido. Além destes quatro domínios, o WHOQOL-Bref é composto também por um domínio que analisa a qualidade de vida global. Cada domínio é composto por questões, cujas pontuações das respostas variam entre 1 e 5. Os escores variam de 0 a 100 e quanto maior a pontuação obtida, melhor é a qualidade de vida relacionada àquele domínio.¹⁴

A versão brasileira do WHOQOL-Bref foi traduzida e validada pelo grupo de estudos em QV da Organização Mundial da Saúde no Brasil^{15,16} e apresentou características satisfatórias de consistência interna, validade discriminante, validade de critério, validade concorrente e fidedignidade teste-reteste.¹⁷

Os dados foram tabulados no Excel e analisados estatisticamente no programa *Statistica 6.0*. Foram utilizados testes não paramétricos, após a verificação de que algumas variáveis não seguiam uma distribuição normal, avaliadas por meio do teste de *Shapiro-Wilk*. A comparação entre as duas avaliações foi realizada pelo teste de *Wilcoxon matched pairs*. Para a comparação da QV entre as gestantes com sintomas e sem sintomas miccionais utilizou-se o teste U de *Mann-Whitney*. Para avaliar a associação entre variáveis qualitativas utilizou-se o teste qui-quadrado e, quando necessário, o teste Exato de Fisher. Adotou-se um nível de significância de 5%. Os dados estão expressos em média \pm desvio padrão.

Resultados

Nas Unidades de Saúde da Família nas quais os dados foram coletados, os pesquisadores tiveram acesso a 40 gestantes que respeitavam os critérios de inclusão e exclusão. Desta forma optaram por avaliar todas as gestantes que foram distribuídas em 15 com sintomas miccionais e 25 sem sintomas miccionais.

A Tabela 1 apresenta a distribuição das caracte-

Tabela 1

Distribuição das características sociodemográficas e obstétricas das gestantes com perda urinária e sem perda urinária.

Características	Com perda urinária (N=15)		Sem perda urinária (N=25)		p
	n	%	n	%	
Paridade					0,04
Primigestas	4	26,7	15	60,0	
Secundigestas com parto vaginal anterior	11	73,3	10	40,0	
Situação conjugal					0,54
Não vive com o companheiro	2	13,3	1	4,0	
Vive com o companheiro	13	86,7	24	96,0	
Anos de estudo					0,87
≤ 8	7	46,7	11	44,0	
≥ 8	8	53,3	14	56,0	
Atividade remunerada					0,50
Não	8	53,3	16	64,0	
Sim	7	46,7	9	36,0	
Renda (salário mínimo)					0,73
1 a 2	9	60,0	18	72,0	
3 a 4	3	20,0	3	12,0	
Mais que 4	3	20,0	4	16,0	

terísticas sociodemográficas, além da paridade das gestantes. Nota-se que para o grupo com sintoma miccional há maior prevalência de secundigestas que realizaram parto vaginal anterior. Em ambos os grupos, a maioria das mulheres vive com o companheiro, tem oito ou mais anos de estudo, não possui

atividade remunerada e vive com renda familiar de até dois salários mínimos.

Na Tabela 2 são apresentadas as características antropométricas das gestantes, além da média da idade gestacional em cada avaliação.

Tabela 2

Características antropométricas das gestantes com perda urinária e sem perda urinária.

Características	Com perda urinária (N=15)	Sem perda urinária (N=25)	p
	$\bar{X} \pm DP$	$\bar{X} \pm DP$	
Idade (anos)	27,47 ± 4,93	23,68 ± 4,65	0,03
Idade gestacional (semanas)			
Avaliação 1	25,87 ± 1,41	25,32 ± 1,25	-
Avaliação 2	34,93 ± 0,88	34,96 ± 0,79	-
Índice de massa corporal (Kg/m ²)			
Pré-gestacional	24,67 ± 4,57	24,66 ± 4,77	0,10
Avaliação 1	26,83 ± 4,03	27,10 ± 4,84	0,31
Avaliação 2	28,29 ± 4,32	28,53 ± 4,34	0,74

A frequência urinária diurna média, ao final da gestação, foi de 10,60±2,52 micções para as gestantes com perda urinária e, para as gestantes sem perda urinária, foi de 9,42±2,90 micções. Com relação à frequência urinária noturna, para as gestantes com perda urinária foi de 3,45±1,70 micções e 2,65±1,41 micções para as gestantes sem perda urinária. As gestantes com queixa de perda urinária na 1ª avaliação continuaram com queixa na 2ª avaliação. Da mesma forma, as que não relataram perda urinária na 1ª avaliação continuaram sem queixa na 2ª avaliação.

A Tabela 3 apresenta os resultados dos domínios do instrumento de QV, o WHOQOL-Bref. Nota-se que as gestantes com perda urinária apresentaram pior QV quando comparadas às gestantes com perda urinária, nos domínios físico e ambiental na 2ª avaliação, e no domínio social na 1ª e 2ª avaliação. Ocorreu diminuição dos escores nos domínios físico

e ambiental para as gestantes com sintomas miccionais, e nos domínios psicológico e social para as gestantes sem sintomas miccionais, na avaliação 2 em relação à avaliação 1.

Todas as gestantes com sintomas miccionais relataram episódios de perda de urina no último mês anterior à avaliação. Dentre essas, 80% (n=12) relataram o início dos sintomas miccionais no período gestacional. A maioria das gestantes relatou que a perda se manteve igual ao início durante toda a gestação. As principais circunstâncias que desencadearam a perda foram tosse, espirro e risada, e a principal forma da perda foi em jato. Com relação à frequência da perda urinária, na primeira avaliação, 53,3% relatou que a perda ocorria uma vez na semana, porém na última avaliação, 60% das gestantes relataram que passou a ocorrer várias vezes na semana.

Tabela 3

Avaliação da qualidade de vida das gestantes com perda urinária e sem perda urinária, pelo WHOQOL, entre a 24ª-28ª (Avaliação 1) e 34ª-36ª (Avaliação 2) semana gestacional.

Domínios	Avaliação 1		p	Avaliação 2		p	p ^a
	Com perda urinária	Sem perda urinária		Com perda urinária	Sem perda urinária		
Físico	58,10 ± 15,00	65,86 ± 11,76	0,13	51,67 ± 14,02 ^a	63,29 ± 10,69	0,006	0,04
Psicológico	64,44 ± 18,22	70,67 ± 14,51	0,30	58,33 ± 17,25	63,00 ± 16,33 ^a	0,35	0,02
Social	61,67 ± 18,04	79,00 ± 14,05	0,004	55,56 ± 21,05	70,00 ± 21,52 ^a	0,02	0,01
Ambiental	50,83 ± 15,87	58,25 ± 9,58	0,11	43,96 ± 17,42 ^a	54,50 ± 15,12	0,03	0,02

WHOQOL = World Health Organization Quality of Life; ^asignificativo em relação à avaliação 1.

Com relação ao KHQ, nota-se na Tabela 4, que as gestantes que relataram perda urinária apresentaram piora dos escores nos domínios percepção

geral de saúde e impacto da incontinência, na avaliação 2 em relação à avaliação 1.

Tabela 4

Avaliação da qualidade de vida das gestantes com perda urinária, pelo King Health Questionnaire, entre a 24^a-28^a (Avaliação 1) e 34^a-36^a (Avaliação 2) semana gestacional.

Domínios	Avaliação 1	Avaliação 2	p
Percepção geral de saúde	35,00 ± 18,42	43,33 ± 19,97	0,04
Impacto da incontinência	28,89 ± 21,33	42,22 ± 26,63	0,03
Limitações de atividades diárias	41,11 ± 22,60	47,78 ± 27,36	0,07
Limitações físicas	23,33 ± 22,54	30,00 ± 31,62	0,11
Limitações sociais	14,81 ± 18,14	21,48 ± 28,93	0,20
Relações pessoais	17,78 ± 23,12	21,11 ± 31,79	0,99
Emoções	43,70 ± 27,04	50,37 ± 33,82	0,10
Sono e disposição	66,67 ± 28,17	71,11 ± 37,52	0,39
Medidas de gravidade	34,22 ± 23,35	40,44 ± 30,60	0,35

Discussão

A presença de sintomas miccionais pode interferir negativamente na QV durante o período gestacional e estes sintomas podem intensificar-se e piorar a percepção geral de saúde e impacto da incontinência ao longo da gestação. O emprego de questionários que contemplem a QV podem ser úteis, pois retratam o cotidiano e exemplificam situações que podem provocar os sintomas miccionais.

O domínio físico do questionário WHOQOL-bref apresenta a percepção da gestante quanto à dor e desconforto; energia e fadiga; sono e repouso; mobilidade; atividades de vida cotidiana; dependência de medicação ou de tratamento; e capacidade de trabalho.¹⁴ Por meio do KHQ, destaca-se que os domínios sono e disposição e limitações de atividades diárias foram alguns dos domínios que obtiveram os piores escores nas duas avaliações, principalmente o sono/disposição, afetando a QV das gestantes com sintomas miccionais.

De acordo com Stanley,¹⁸ a noctúria pode contribuir para a sonolência, visto que se trata da necessidade de acordar durante a noite para urinar, de forma que cada micção seja precedida e seguida por um período de sono, interrompendo importantes fases do sono profundo. Contudo, Lopes *et al.*¹⁹ afirmam que as mudanças na fisiologia respiratória durante a gestação, devido a fatores hormonais e mecânicos, predis põem a mulher a distúrbios respiratórios do sono e, qualquer condição que provoque hipoxemia materna poderá afetar negativamente o

sono, particularmente a posição supina ao final da gestação.

Com relação ao domínio das relações sociais do WHOQOL, ele engloba as relações pessoais, o apoio social, e a atividade sexual.¹⁴ Novamente, os escores foram piores para as gestantes com sintomas miccionais nas duas avaliações. O suporte social refere-se ao suporte emocional ou prático dado pela família e/ou amigos na forma de afeto, companhia, assistência e informação, ou seja, tudo o que faz o indivíduo sentir-se amado, estimado, cuidado, valorizado e seguro.²⁰ Sabe-se que poucas gestantes com sintomas miccionais procuram ajuda, pois não se sentem à vontade para relatar esses sintomas à família, amigos e profissionais de saúde, além de muitas vezes desconhecerem que esses sintomas podem ser tratados ou controlados.²¹ Esse dado pode justificar porque essas mulheres apresentaram pior escore referente a este domínio quando comparadas às gestantes sem sintomas miccionais.

No estudo de Santos *et al.*²¹ 48,5% das mulheres relataram se sentirem nervosas ou ansiosas devido à perda urinária e 55% sentiam-se incomodadas com a condição de incontinente, interferindo na relação com amigos, relações sexuais e atividades de vida diária. Entretanto, na avaliação da QV dessas gestantes por meio do KHQ, o domínio relações pessoais apresentou valores positivos nas duas avaliações.

Quanto ao domínio meio ambiente do WHOQOL, ele representa a segurança física e proteção, ambiente no lar, recursos financeiros, disponibilidade e qualidade dos cuidados de saúde e

sociais, oportunidades de adquirir novas informações e habilidades, participação e oportunidades de recreação/lazer, ambiente físico (poluição, ruído, trânsito, clima) e transporte.¹⁴ Quando comparadas às gestantes sem sintomas miccionais, as gestantes com sintomas apresentaram pior escore da QV neste domínio, sobretudo ao final da gestação. Assim, considerando-se a descrição do domínio, sugere-se que as gestantes com sintomas miccionais sentem maior necessidade de cuidados de saúde e de informações, além de terem pouca participação em atividades de lazer, principalmente pelo constrangimento social que a incontinência urinária causa.

Para o domínio limitações sociais, pela avaliação do KHQ, semelhante ao encontrado no resultado do domínio relações pessoais, nota-se valores mais baixos, que indicam melhor QV nas duas avaliações sugerindo que, para estas mulheres, outros fatores além da limitação social são mais agravantes para a o impacto negativo na sua QV.

Neste estudo, não ocorreu diferença entre os grupos para o domínio psicológico do WHOQOL-bref. Esse domínio representa os sentimentos positivos, memória e concentração, autoestima, imagem corporal e aparência, sentimentos negativos, espiritualidade, religião e crenças pessoais.¹⁴ No entanto, entre as gestantes com sintomas miccionais avaliadas por meio do KHQ, pode-se notar que o domínio das emoções apresentou o segundo pior escore durante o terceiro trimestre gestacional, apesar de não ter ocorrido piora durante a gestação.

O período gestacional é caracterizado por grandes transformações psíquicas, do qual decorre uma importante transição existencial. Desempenhar sua nova função, como mãe, gera uma mudança nos aspectos psicossociais e esta transição ocorre, principalmente, no âmbito emocional, no qual a gestante é permeada de ansiedades, medos e mudanças nos vínculos afetivos.²² Esse dado, juntamente com os resultados do nosso estudo, pode sugerir que o domínio psicológico/emoções é influenciado pela gestação, independente do relato de sintomas miccionais. Oliveira *et al.*²³ concluíram que, no período gestacional, a mulher apresenta-se com maior desgaste emocional devido a todas as mudanças ocasionadas por essa nova fase em sua vida. Logo, a QV pode ser influenciada por essa dificuldade em se adaptar ao novo meio.

Fatores como a idade materna, IMC e paridade são considerados importantes para o desencadeamento de sintomas miccionais durante a gestação.²⁴ Fritel *et al.*²⁵ concluíram que mulheres acima de 35 anos possuem maior risco de desenvolver disfunções do assoalho pélvico. Isso ocorre porque o envelheci-

mento fisiológico é acompanhado pelo aumento na densidade das fibras de deservação da musculatura do assoalho pélvico (MAP), de modo que quanto maior a densidade, menor a velocidade da condução nervosa.²⁶ Embora as gestantes com sintomas miccionais tenham apresentado idade maior do que as sem sintomas miccionais, os dois grupos apresentam idade materna abaixo de 35 anos, o que pode ter diminuído a influência desta variável sobre os sintomas urinários.

Quanto aos valores de IMC, utilizamos a referência da Organização Mundial da Saúde⁸ como parâmetro para os valores pré-gestacionais e, para os valores no terceiro trimestre gestacional, utilizou-se a Tabela de Atalah.¹¹ Nota-se que não ocorreu diferença entre os grupos e ambos apresentaram, nas duas avaliações, valores da média de IMC dentro dos valores de normalidade.

Por fim, a paridade também pode aumentar a prevalência de sintomas miccionais.²⁴ No presente estudo, entre as gestantes com perda urinária, a maior proporção foi de secundigestas de parto vaginal anterior. No entanto, há evidências de que esses sintomas também ocorram em primigestas.^{27,28} Destaca-se que 26,7% das gestantes com perda urinária são primigestas e, dentre as gestantes sem sintomas miccionais, 40% são secundigestas de parto vaginal anterior, sugerindo que mais do que o parto, a gestação pode estar associada às alterações no AP.

Dentre as limitações deste estudo, destaca-se o critério utilizado para definir a perda urinária que pode variar entre os trabalhos na literatura. Neste estudo foram utilizadas duas perguntas padronizadas que compõem a escala de sintomas miccionais do KHQ. Este instrumento, apesar de recomendado pela ICS, não compara a intensidade dos sintomas miccionais entre dois períodos de medida, o que também caracteriza uma limitação. Outro possível fator limitante dos resultados é o pequeno tamanho da amostra do estudo, apesar do cálculo amostral realizado, e a caracterização desta amostra que possui um mesmo nível socioeconômico, o que pode dificultar que os resultados sejam ampliados para mulheres de outros contextos culturais ou níveis socioeconômicos. Como se trata de um estudo comparativo entre dois grupos independentes, há a possibilidade de existir variáveis ocultas e não controladas, aumentando o risco de viés.

Este estudo permitiu concluir que os sintomas miccionais provocaram um impacto negativo na QV das gestantes, com piora da percepção geral de saúde e impacto da incontinência ao final da gestação. Outros fatores como o suporte social e emoções

também podem prejudicar a QV durante a gestação, independente da queixa urinária.

No Brasil, embora existam políticas de atenção à Saúde da Mulher, como a Rede Cegonha que consiste no compromisso de assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada durante a gravidez, parto e puerpério, e, à criança, o direito ao nascimento seguro e crescimento e desenvolvimento saudáveis,²⁹ estes programas não contemplam orientações específicas quanto aos cuidados com o AP, nem quanto ao esclarecimento e prevenção de sintomas miccionais na gestação. Mesmo sabendo que, por exemplo, os exercícios para o fortalecimento do AP melhoram a função neuromuscular deste grupo muscular,

reduzem a prevalência de perda urinária e previnem o prolapso urogenital durante a gestação e no período pós-parto,³⁰ ainda não há a implementação de políticas públicas nas esferas federais, estaduais e/ou municipais que viabilizem ações voltadas às gestantes e puérperas, por meio de capacitação profissional e cuidados relacionados às queixas urinárias e disfunções do AP, especialmente num cenário que incentive o parto vaginal.

Agradecimentos

Agradecemos a FAPESP pelo apoio financeiro concedido para a realização desta pesquisa (FAPESP nº 2011/20904-2).

Referências

1. Hebert J. Pregnancy and childbirth: the effects on pelvic floor muscles. *Nurs Times*. 2009; 105 (7): 38-41.
2. Chaliha K, Bland JM, Monga A, Stanton SL, Sultan AH. Pregnancy and delivery: a urodynamic viewpoint. *Br J Obstet Gynaecol*. 2000; 107 (11): 1354-9.
3. Ashton-Miller JA, DeLancey JOL. Functional anatomy of the female pelvic floor. *Ann N Y Acad Sci*. 2007; 1101: 266-96.
4. Scarpa KP, Herrmann V, Palma PC, Riccetto CL, Morais SS. Prevalence and correlates of stress urinary incontinence during pregnancy: a survey at UNICAMP Medical School, Sao Paulo, Brazil. *Int Urogynecol J*. 2006; 17 (3): 219-23.
5. 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 (1): 46-9.
6. van Brummen HJ, Bruinse HW, van der Pol G, Heintz PM, van der Vaart. What is the effect of overactive bladder symptoms on woman's quality of life during and after first pregnancy. *BJU Int*. 2006; 97 (2): 296-300.
7. Davis K, Kumar D. Pelvic floor dysfunction: a conceptual framework for collaborative patient-centred care. *J Adv Nurs*. 2003; 43 (6): 555-68.
8. WHO (World Health Organization). Physical status: the use and interpretation of anthropometry. Report of a WHO Expert Committee. WHO Technical Report Series 854. Geneva; 1995.
9. Alexander GR, Tompkins ME, Cornely DA. Gestational age reporting and preterm delivery. *Public Health Reports*. 1990; 105 (3): 267-75.
10. Rossavick LK, Fishburne JI. Conceptional age, menstrual age, and ultrasound age: A second trimester comparison of pregnancies of known conceptional date with pregnancies dated from the last menstrual period. *Obstet Gynecol*. 1989; 73 (2): 243-9.
11. Atalah SE, Castillo LC, Castro SR, Aldea PA. Propuesta de un nuevo estándar de evaluación nutricional en embarazadas. *Rev Med Chile*. 1997; 125 (12): 1429-36.
12. Kelleher CJ, Cardozo LD, Khullar V, Salvatore S. A new questionnaire to assess the quality of life of urinary incontinent women. *Br J Obstet Gynaecol*. 1997; 104: 1374-9.
13. Tamanini JTN, D'Ancona CAL, Netto NR. Validação do "King's Health Questionnaire" para o português em mulheres com incontinência urinária. *Rev Saúde Pública*. 2003; 37 (2): 203-11.
14. Fleck MPA, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, Santos L, Pinzon V. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida WHOQOL-bref. *Rev. Saúde Pública*. 2000; 34 (2): 178-83.
15. Harper A, Power M. Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF Quality of Life Assessment. *Psychol Med*. 1998; 28: 551-8.
16. Fleck MPA, Leal OF, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, Santos L, Pinzon V. Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100). *Rev Bras Psiquiatr*. 1999; 2 (1): 19-28.
17. Pereira, RJ, Cotta RMM, Franceschini SCC, Ribeiro RCL, Sampaio RF, Priore SE, Cecon PR. Contribuição dos domínios físico, social, psicológico e ambiental para a qualidade de vida global de idosos. *Rev Psiquiatr RS*. 2006; 28 (1): 27-38.
18. Stanley N. The physiology of sleep and the impact of ageing. *Eur Urol Suppl*. 2005; 3: 17-23.
19. Lopes EA, Carvalho LB, Seguro P, Mattar R, Silva AB, Prado LBF, Prado GF. Sleep disorders in pregnancy. *Arq Neuropsiquiatr*. 2004; 62 (2-A): 217-21.
20. Antunes C, Fontaine AM. Percepção de apoio social na adolescência: análise fatorial confirmatória da escala Social Support Appraisals. *Paideia*. 2005; 15 (32): 355-66.
21. Santos PC, Mendonça D, Alves O, Barbosa AM. Prevalência e impacto da Incontinência urinária de stresse antes e durante a gravidez. *Acta Med Port*. 2006; 19: 349-56.

22. Camacho KG, Vargens OMC, Progianti JM, Spíndola T. Vivenciando repercussões e transformações de uma gestação: perspectivas de gestantes. *Cienc Enferm*. 2010; XVI (2): 115-25.
23. Oliveira JMS, Salgado LBG, Schmitt ACB, Rosa LCL. Correlação entre sintomas urinários e qualidade de vida em mulheres com incontinência urinária. *Fisioter Pesq*. 2007; 14 (3): 12-7.
24. van Brummen HJ, Bruinse HW, van de Pol G, Heintz APM, van der Vaart CH. The effect of vaginal and cesarean delivery on lower urinary tract symptoms: what makes the difference? *Int Urogynecol J*. 2007; 18 (2): 133-9.
25. Fritel X, Fauconnier A, Levet C, Benifla JL. Stress urinary incontinence 4 years after the first delivery: a retrospective cohort after survey. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2004; 83: 941-5.
26. Smith AR, Hosker GL, Warrel DW. The role of partial denervation of the pelvic floor in the aetiology of genitourinary prolapse and stress incontinence of urine: a neurophysiological study. *Br J Obstet Gynaecol*. 1989; 96 (1): 24-8.
27. Rortveit G, Daltveit AK, Hannestad YS, Hunskaar S. Urinary Incontinence after vaginal delivery or cesarean section. *N Engl J Med*. 2003; 348: 900-7.
28. Ekström A, Altman D, Wiklund I, Larsson C, Andolf E. Planned cesarean section versus planned vaginal delivery: comparison of lower urinary tract symptoms. *Int Urogynecol J*. 2008; 19 (4): 459-65.
29. Brasil. Portaria Nº 1459, de 24 de junho de 2011. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) a Rede Cegonha. [acesso em 22 abr 2014]. Disponível em: <http://www.ibfan.org.br/legislacao/pdf/doc-693.pdf>
30. Boyle R, Hay-Smith EJ, Cody JD, Mørkved S. Pelvic floor muscle training for prevention and treatment of urinary and faecal incontinence in antenatal and postnatal women. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012; 10: CD007471.

Recebido em 14 de janeiro de 2014

Versão final apresentada em 25 de março de 2014

Aprovado em 2 de abril de 2014