

**Géssica Bordin Viera Schlemmer
Guilherme Tavares de Arruda
Deise Iop Tavares
Tamires Daros dos Santos
Aline dos Santos Machado
Alecsandra Pinheiro Vendrusculo
Hedioneia Maria Foletto Pivetta
Melissa Medeiros Braz
(Organizadores)**

Atena
Editora
Ano 2020



**ATENÇÃO FISIOTERAPÊUTICA NA SAÚDE DA MULHER:
PRINCÍPIOS DE UMA
ABORDAGEM INTEGRAL**

**Géssica Bordin Viera Schlemmer
Guilherme Tavares de Arruda
Deise Iop Tavares
Tamires Daros dos Santos
Aline dos Santos Machado
Alecsandra Pinheiro Vendrusculo
Hedioneia Maria Foletto Pivetta
Melissa Medeiros Braz
(Organizadores)**

Atena
Editora
Ano 2020



**ATENÇÃO FISIOTERAPÊUTICA NA SAÚDE DA MULHER:
PRINCÍPIOS DE UMA
ABORDAGEM INTEGRAL**

Editora Chefe

Profª Drª Antonella Carvalho de Oliveira

Assistentes Editoriais

Natalia Oliveira

Bruno Oliveira

Flávia Roberta Barão

Bibliotecário

Maurício Amormino Júnior

Projeto Gráfico e Diagramação

Natália Sandrini de Azevedo

Camila Alves de Cremona

Karine de Lima Wisniewski

Luiza Alves Batista

Maria Alice Pinheiro

Imagens da Capa

Tamires Daros dos Santos

Edição de Arte

Luiza Alves Batista

Revisão

Os Autores

2020 by Atena Editora

Copyright © Atena Editora

Copyright do Texto © 2020 Os autores

Copyright da Edição © 2020 Atena Editora

Direitos para esta edição cedidos à Atena Editora pelos autores.



Todo o conteúdo deste livro está licenciado sob uma Licença de Atribuição *Creative Commons*. Atribuição 4.0 Internacional (CC BY 4.0).

O conteúdo dos artigos e seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são de responsabilidade exclusiva dos autores, inclusive não representam necessariamente a posição oficial da Atena Editora. Permitido o *download* da obra e o compartilhamento desde que sejam atribuídos créditos aos autores, mas sem a possibilidade de alterá-la de nenhuma forma ou utilizá-la para fins comerciais.

A Atena Editora não se responsabiliza por eventuais mudanças ocorridas nos endereços convencionais ou eletrônicos citados nesta obra.

Todos os manuscritos foram previamente submetidos à avaliação cega pelos pares, membros do Conselho Editorial desta Editora, tendo sido aprovados para a publicação.

Conselho Editorial

Ciências Humanas e Sociais Aplicadas

Prof. Dr. Álvaro Augusto de Borba Barreto – Universidade Federal de Pelotas

Prof. Dr. Alexandre Jose Schumacher – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Mato Grosso

Prof. Dr. Américo Junior Nunes da Silva – Universidade do Estado da Bahia

Prof. Dr. Antonio Carlos Frasson – Universidade Tecnológica Federal do Paraná

Prof. Dr. Antonio Gasparetto Júnior – Instituto Federal do Sudeste de Minas Gerais

Prof. Dr. Antonio Isidro-Filho – Universidade de Brasília

Prof. Dr. Carlos Antonio de Souza Moraes – Universidade Federal Fluminense

Profª Drª Cristina Gaio – Universidade de Lisboa

Prof. Dr. Deyvison de Lima Oliveira – Universidade Federal de Rondônia
Prof. Dr. Edvaldo Antunes de Farias – Universidade Estácio de Sá
Prof. Dr. Elson Ferreira Costa – Universidade do Estado do Pará
Prof. Dr. Eloi Martins Senhora – Universidade Federal de Roraima
Prof. Dr. Gustavo Henrique Cepolini Ferreira – Universidade Estadual de Montes Claros
Profª Drª Ivone Goulart Lopes – Istituto Internazionale delle Figlie de Maria Ausiliatrice
Prof. Dr. Jadson Correia de Oliveira – Universidade Católica do Salvador
Prof. Dr. Julio Candido de Meirelles Junior – Universidade Federal Fluminense
Profª Drª Lina Maria Gonçalves – Universidade Federal do Tocantins
Prof. Dr. Luis Ricardo Fernandes da Costa – Universidade Estadual de Montes Claros
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
Prof. Dr. Marcelo Pereira da Silva – Pontifícia Universidade Católica de Campinas
Profª Drª Maria Luzia da Silva Santana – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
Profª Drª Paola Andressa Scortegagna – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Drª Rita de Cássia da Silva Oliveira – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Prof. Dr. Rui Maia Diamantino – Universidade Salvador
Prof. Dr. Urandi João Rodrigues Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará
Profª Drª Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande
Prof. Dr. William Cleber Domingues Silva – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Prof. Dr. Willian Douglas Guilherme – Universidade Federal do Tocantins

Ciências Agrárias e Multidisciplinar

Prof. Dr. Alexandre Igor Azevedo Pereira – Instituto Federal Goiano
Profª Drª Carla Cristina Bauermann Brasil – Universidade Federal de Santa Maria
Prof. Dr. Antonio Pasqualetto – Pontifícia Universidade Católica de Goiás
Prof. Dr. Cleberton Correia Santos – Universidade Federal da Grande Dourados
Profª Drª Daiane Garabeli Trojan – Universidade Norte do Paraná
Profª Drª Diocléa Almeida Seabra Silva – Universidade Federal Rural da Amazônia
Prof. Dr. Écio Souza Diniz – Universidade Federal de Viçosa
Prof. Dr. Fábio Steiner – Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul
Prof. Dr. Fágner Cavalcante Patrocínio dos Santos – Universidade Federal do Ceará
Profª Drª Girlene Santos de Souza – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
Prof. Dr. Jael Soares Batista – Universidade Federal Rural do Semi-Árido
Prof. Dr. Júlio César Ribeiro – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Profª Drª Lina Raquel Santos Araújo – Universidade Estadual do Ceará
Prof. Dr. Pedro Manuel Villa – Universidade Federal de Viçosa
Profª Drª Raissa Rachel Salustriano da Silva Matos – Universidade Federal do Maranhão
Prof. Dr. Ronilson Freitas de Souza – Universidade do Estado do Pará
Profª Drª Talita de Santos Matos – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Prof. Dr. Tiago da Silva Teófilo – Universidade Federal Rural do Semi-Árido
Prof. Dr. Valdemar Antonio Paffaro Junior – Universidade Federal de Alfenas

Ciências Biológicas e da Saúde

Prof. Dr. André Ribeiro da Silva – Universidade de Brasília
Profª Drª Anelise Levay Murari – Universidade Federal de Pelotas
Prof. Dr. Benedito Rodrigues da Silva Neto – Universidade Federal de Goiás
Prof. Dr. Douglas Siqueira de Almeida Chaves – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro

Prof. Dr. Edson da Silva – Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri
Prof^a Dr^a Eleuza Rodrigues Machado – Faculdade Anhanguera de Brasília
Prof^a Dr^a Elane Schwinden Prudêncio – Universidade Federal de Santa Catarina
Prof^a Dr^a Eysler Gonçalves Maia Brasil – Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira
Prof. Dr. Ferlando Lima Santos – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
Prof^a Dr^a Gabriela Vieira do Amaral – Universidade de Vassouras
Prof. Dr. Gianfábio Pimentel Franco – Universidade Federal de Santa Maria
Prof. Dr. Helio Franklin Rodrigues de Almeida – Universidade Federal de Rondônia
Prof^a Dr^a Iara Lúcia Tescarollo – Universidade São Francisco
Prof. Dr. Igor Luiz Vieira de Lima Santos – Universidade Federal de Campina Grande
Prof. Dr. Jesus Rodrigues Lemos – Universidade Federal do Piauí
Prof. Dr. Jônatas de França Barros – Universidade Federal do Rio Grande do Norte
Prof. Dr. José Max Barbosa de Oliveira Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará
Prof. Dr. Luís Paulo Souza e Souza – Universidade Federal do Amazonas
Prof^a Dr^a Magnólia de Araújo Campos – Universidade Federal de Campina Grande
Prof. Dr. Marcus Fernando da Silva Praxedes – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
Prof^a Dr^a Mylena Andréa Oliveira Torres – Universidade Ceuma
Prof^a Dr^a Natiéli Piovesan – Instituto Federaci do Rio Grande do Norte
Prof. Dr. Paulo Inada – Universidade Estadual de Maringá
Prof^a Dr^a Regiane Luz Carvalho – Centro Universitário das Faculdades Associadas de Ensino
Prof^a Dr^a Renata Mendes de Freitas – Universidade Federal de Juiz de Fora
Prof^a Dr^a Vanessa Lima Gonçalves – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Prof^a Dr^a Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande

Ciências Exatas e da Terra e Engenharias

Prof. Dr. Adélio Alcino Sampaio Castro Machado – Universidade do Porto
Prof. Dr. Alexandre Leite dos Santos Silva – Universidade Federal do Piauí
Prof. Dr. Carlos Eduardo Sanches de Andrade – Universidade Federal de Goiás
Prof^a Dr^a Carmen Lúcia Voigt – Universidade Norte do Paraná
Prof. Dr. Douglas Gonçalves da Silva – Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia
Prof. Dr. Eloi Rufato Junior – Universidade Tecnológica Federal do Paraná
Prof. Dr. Fabrício Menezes Ramos – Instituto Federal do Pará
Prof^a Dra. Jéssica Verger Nardeli – Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho
Prof. Dr. Juliano Carlo Rufino de Freitas – Universidade Federal de Campina Grande
Prof^a Dr^a Luciana do Nascimento Mendes – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio Grande do Norte
Prof. Dr. Marcelo Marques – Universidade Estadual de Maringá
Prof^a Dr^a Neiva Maria de Almeida – Universidade Federal da Paraíba
Prof^a Dr^a Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
Prof. Dr. Takeshy Tachizawa – Faculdade de Campo Limpo Paulista

Linguística, Letras e Artes

Prof^a Dr^a Adriana Demite Stephani – Universidade Federal do Tocantins
Prof^a Dr^a Angeli Rose do Nascimento – Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro
Prof^a Dr^a Carolina Fernandes da Silva Mandaji – Universidade Tecnológica Federal do Paraná
Prof^a Dr^a Denise Rocha – Universidade Federal do Ceará

Prof. Dr. Fabiano Tadeu Grazioli – Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões
Prof. Dr. Gilmei Fleck – Universidade Estadual do Oeste do Paraná
Profª Drª Keyla Christina Almeida Portela – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Mato Grosso
Profª Drª Miranilde Oliveira Neves – Instituto de Educação, Ciência e Tecnologia do Pará
Profª Drª Sandra Regina Gardacho Pietrobon – Universidade Estadual do Centro-Oeste
Profª Drª Sheila Marta Carregosa Rocha – Universidade do Estado da Bahia

Conselho Técnico Científico

Prof. Me. Abrãao Carvalho Nogueira – Universidade Federal do Espírito Santo
Prof. Me. Adalberto Zorzo – Centro Estadual de Educação Tecnológica Paula Souza
Prof. Me. Adalto Moreira Braz – Universidade Federal de Goiás
Prof. Dr. Adaylson Wagner Sousa de Vasconcelos – Ordem dos Advogados do Brasil/Seccional Paraíba
Prof. Dr. Adilson Tadeu Basquerote Silva – Universidade para o Desenvolvimento do Alto Vale do Itajaí
Prof. Me. Alexsandro Teixeira Ribeiro – Centro Universitário Internacional
Prof. Me. André Flávio Gonçalves Silva – Universidade Federal do Maranhão
Profª Ma. Anne Karynne da Silva Barbosa – Universidade Federal do Maranhão
Profª Drª Andreza Lopes – Instituto de Pesquisa e Desenvolvimento Acadêmico
Profª Drª Andrezza Miguel da Silva – Faculdade da Amazônia
Prof. Dr. Antonio Hot Pereira de Faria – Polícia Militar de Minas Gerais
Prof. Me. Armando Dias Duarte – Universidade Federal de Pernambuco
Profª Ma. Bianca Camargo Martins – UniCesumar
Profª Ma. Carolina Shimomura Nanya – Universidade Federal de São Carlos
Prof. Me. Carlos Antônio dos Santos – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Prof. Ma. Cláudia de Araújo Marques – Faculdade de Música do Espírito Santo
Profª Drª Cláudia Taís Siqueira Cagliari – Centro Universitário Dinâmica das Cataratas
Prof. Me. Daniel da Silva Miranda – Universidade Federal do Pará
Profª Ma. Daniela da Silva Rodrigues – Universidade de Brasília
Profª Ma. Daniela Remião de Macedo – Universidade de Lisboa
Profª Ma. Dayane de Melo Barros – Universidade Federal de Pernambuco
Prof. Me. Douglas Santos Mezacas – Universidade Estadual de Goiás
Prof. Me. Edevaldo de Castro Monteiro – Embrapa Agrobiologia
Prof. Me. Eduardo Gomes de Oliveira – Faculdades Unificadas Doctum de Cataguases
Prof. Me. Eduardo Henrique Ferreira – Faculdade Pitágoras de Londrina
Prof. Dr. Edwaldo Costa – Marinha do Brasil
Prof. Me. Eliel Constantino da Silva – Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita
Prof. Me. Ernane Rosa Martins – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Goiás
Prof. Me. Eivaldo de Sousa Costa Junior – Prefeitura Municipal de São João do Piauí
Profª Ma. Fabiana Coelho Couto Rocha Corrêa – Centro Universitário Estácio Juiz de Fora
Prof. Dr. Fabiano Lemos Pereira – Prefeitura Municipal de Macaé
Prof. Me. Felipe da Costa Negrão – Universidade Federal do Amazonas
Profª Drª Germana Ponce de Leon Ramírez – Centro Universitário Adventista de São Paulo
Prof. Me. Gevair Campos – Instituto Mineiro de Agropecuária
Prof. Dr. Guilherme Renato Gomes – Universidade Norte do Paraná
Prof. Me. Gustavo Krahl – Universidade do Oeste de Santa Catarina
Prof. Me. Helton Rangel Coutinho Junior – Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro
Profª Ma. Isabelle Cerqueira Sousa – Universidade de Fortaleza

Profª Ma. Jaqueline Oliveira Rezende – Universidade Federal de Uberlândia
Prof. Me. Javier Antonio Albornoz – University of Miami and Miami Dade College
Prof. Me. Jhonatan da Silva Lima – Universidade Federal do Pará
Prof. Dr. José Carlos da Silva Mendes – Instituto de Psicologia Cognitiva, Desenvolvimento Humano e Social
Prof. Me. Jose Elyton Batista dos Santos – Universidade Federal de Sergipe
Prof. Me. José Luiz Leonardo de Araujo Pimenta – Instituto Nacional de Investigación Agropecuaria Uruguay
Prof. Me. José Messias Ribeiro Júnior – Instituto Federal de Educação Tecnológica de Pernambuco
Profª Drª Juliana Santana de Curcio – Universidade Federal de Goiás
Profª Ma. Juliana Thaisa Rodrigues Pacheco – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Drª Kamilly Souza do Vale – Núcleo de Pesquisas Fenomenológicas/UFPA
Prof. Dr. Kárpio Márcio de Siqueira – Universidade do Estado da Bahia
Profª Drª Karina de Araújo Dias – Prefeitura Municipal de Florianópolis
Prof. Dr. Lázaro Castro Silva Nascimento – Laboratório de Fenomenologia & Subjetividade/UFPR
Prof. Me. Leonardo Tullio – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Ma. Lilian Coelho de Freitas – Instituto Federal do Pará
Profª Ma. Liliani Aparecida Sereno Fontes de Medeiros – Consórcio CEDERJ
Profª Drª Lívia do Carmo Silva – Universidade Federal de Goiás
Prof. Me. Lucio Marques Vieira Souza – Secretaria de Estado da Educação, do Esporte e da Cultura de Sergipe
Prof. Me. Luis Henrique Almeida Castro – Universidade Federal da Grande Dourados
Prof. Dr. Luan Vinicius Bernardelli – Universidade Estadual do Paraná
Prof. Dr. Michel da Costa – Universidade Metropolitana de Santos
Prof. Dr. Marcelo Máximo Purificação – Fundação Integrada Municipal de Ensino Superior
Prof. Me. Marcos Aurelio Alves e Silva – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de São Paulo
Profª Ma. Maria Elanny Damasceno Silva – Universidade Federal do Ceará
Profª Ma. Marileila Marques Toledo – Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri
Prof. Me. Ricardo Sérgio da Silva – Universidade Federal de Pernambuco
Prof. Me. Rafael Henrique Silva – Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados
Profª Ma. Renata Luciane Polsaque Young Blood – UniSecal
Prof. Me. Sebastião André Barbosa Junior – Universidade Federal Rural de Pernambuco
Profª Ma. Silene Ribeiro Miranda Barbosa – Consultoria Brasileira de Ensino, Pesquisa e Extensão
Profª Ma. Solange Aparecida de Souza Monteiro – Instituto Federal de São Paulo
Prof. Me. Tallys Newton Fernandes de Matos – Faculdade Regional Jaguaribana
Profª Ma. Thatianny Jasmine Castro Martins de Carvalho – Universidade Federal do Piauí
Prof. Me. Tiago Silvio Dedoné – Colégio ECEL Positivo
Prof. Dr. Welleson Feitosa Gazel – Universidade Paulista

Atenção fisioterapêutica na saúde da mulher: princípios de uma abordagem integral

Editora Chefe: Prof^a Dr^a Antonella Carvalho de Oliveira
Bibliotecário: Maurício Amormino Júnior
Diagramação: Maria Alice Pinheiro
Edição de Arte: Luiza Alves Batista
Revisão: Os Autores
Organizadores: Géssica Bordin Viera Schlemmer... [et al.]

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) (eDOC BRASIL, Belo Horizonte/MG)

A864 Atenção fisioterapêutica na saúde da mulher: princípios de uma abordagem integral / Organizadores Géssica Bordin Viera Schlemmer... [et al.]. – Ponta Grossa, PR: Atena, 2020.

Inclui bibliografia
ISBN 978-65-5706-344-6
DOI 10.22533/at.ed.446202608

1. Fisioterapia. 2. Mulheres – Saúde. I. Schlemmer, Géssica Bordin Viera. II. Arruda, Guilherme Tavares de. III. Tavares, Deise Iop. IV. Santos, Tamires Daros dos. V. Machado, Aline dos Santos. VI. Vendrusculo, Alecsandra Pinheiro. VII. Pivetta, Hedioneia Maria Foletto. VIII. Braz, Melissa Medeiros.

CDD 615.82

Elaborado por Maurício Amormino Júnior – CRB6/2422

Atena Editora
Ponta Grossa – Paraná – Brasil
Telefone: +55 (42) 3323-5493
www.atenaeditora.com.br
contato@atenaeditora.com.br

SUMÁRIO

RESUMO..... 1

ABSTRACT..... 2

CAPÍTULO 1 3

DISFUNÇÕES FEMININAS

Disfunções do Assoalho Pélvico em Mulheres Praticantes de Crossfit e Musculação

Amanda de Souza Brondani¹

Gustavo da Silva da Costa

Michele Forgiarini Saccol

Melissa Medeiros Braz

DOI 10.22533/at.ed.4462026081

Dismenorreia Primária Interfere na Endurance da Musculatura Lombar

Cássia Fabiana de Castro Abella

Luana Kasper Machado

Luis Ulisses Signori

Hedioneia Maria Foletto Pivetta

Melissa Medeiros Braz

DOI 10.22533/at.ed.44620260811

CAPÍTULO 2 23

ASPECTOS GESTACIONAIS

Incontinência Urinária no Ciclo Gravídico Puerperal e Fatores de Riscos Associados

Andressa Hippler

Gleiane Ruviaro da Silva

Elhane Glass Morari-Cassol

Nara Maria Severo Ferraz

Melissa Medeiros Braz

DOI 10.22533/at.ed.4462026082

Ivariáveis Maternas, Perinatais, Neonatais e o Desenvolvimento de Crianças Nascidas a Termo e Pré-Termo

Gabriela Braun Vieira

Jeanice da Silva Madeira

Melissa Medeiros Braz

Claudia Maria Morais Trevisan

DOI 10.22533/at.ed.44620260821

Fatores Reprodutivos e Ginecológicos em Mulheres Climatéricas com e sem Incontinência Urinária

Sinara Porolnik

Luana Farias dos Santos

Thais Nogueira de Oliveira Martins

Gustavo do Nascimento Petter

Hedioneia Maria Foletto Pivetta

DOI 10.22533/at.ed.44620260822

CAPÍTULO 3	55
-------------------------	-----------

ALTERAÇÕES PATOLÓGICAS

Relação Entre Funcionalidade e dor em Mulheres Submetidas á Cirurgia para o Tratamento do Câncer de Mama

Rafaela Oliveira Machado Guerra Paim
Melissa Medeiros Braz

DOI 10.22533/at.ed.4462026083

Fatores de Risco no Desenvolvimento de Linfedema Em Mastectomizadas Atendidas em um Hospital Universitário do Centro do Rio Grande do Sul

Betina Pivetta Vizzotto
Ana Paula Donato
Hedioneia Maria Foletto Pivetta
Melissa Medeiros Braz

DOI 10.22533/at.ed.44620260831

SOBRE OS ORGANIZADORES	78
-------------------------------------	-----------

SOBRE O AUTOR	79
----------------------------	-----------

ATENÇÃO FISIOTERAPÊUTICA NA SAÚDE DA MULHER PRINCÍPIOS DE UMA ABORDAGEM INTEGRAL

Esta obra é composta por uma coletânea de artigos científicos constituídos e organizados ao longo da trajetória acadêmica de fisioterapeutas e docentes dos cursos de Fisioterapia da Universidade Federal de Santa Maria e Universidade Franciscana, que contemplam reflexões acerca da atuação fisioterapêutica na saúde da mulher, de forma que se possa assisti-la ao longo da vida considerando diferentes aspectos que permeiam este caminho, tais como: as disfunções do assoalho pélvico nos diferentes ciclos da vida, os aspectos gestacionais, e, ainda, os relacionados à ocorrência de patologias.

O objetivo do referido livro compreende estimular a reflexão, embasada na produção científica, sobre diferentes formas de abordagens fisioterapêuticas na saúde da mulher, apresentadas na forma de artigos científicos. Considera-se que, por meio deste material, o acadêmico e o profissional fisioterapeuta possam se instrumentalizar para a prática clínica visando o cuidado da paciente, sob uma perspectiva integral.

PALAVRAS- CHAVE: fisioterapia, saúde da mulher, integralidade.

PHYSIOTHERAPEUTIC ATTENTION IN WOMEN'S HEALTH PRINCIPLES OF AN INTEGRAL APPROACH

This work is composed of a collection of scientific articles constituted and organized along the academic trajectory of physiotherapists and professors of Physiotherapy courses at the Federal University of Santa Maria and Franciscana University, which contemplate reflections about the physiotherapeutic performance in women's health, that it can be assisted throughout life considering different aspects that permeate this path, such as: the dysfunctions of the pelvic floor in the different cycles of life, the gestational aspects, and, still, those related to the occurrence of pathologies.

The purpose of this book is to encourage reflection, based on scientific production, on different forms of physiotherapeutic approaches to women's health, presented in the form of scientific articles. It is considered that, through this material, the academic and the physical therapist can be instrumentalized for clinical practice aiming at patient care, from an integral perspective.

KEYWORDS: physiotherapy, women's health, wholeness.

Data de aceite: 05/06/2020

Data de submissão: 27/04/2020

A gravidez sem dúvida compreende uma das fases do ciclo de vida da mulher de grandes transformações. Sejam essas relacionadas a expectativa pela chegada do recém-nascido, as decorrentes das intensas e constantes transformações à que o corpo feminino é submetido sob a influência de oscilações hormonais em cada fase do ciclo gestacional e no período posterior a esse.

Sabe-se que durante o ciclo gravídico puerperal diversas alterações anatômicas e fisiológicas podem contribuir para aumentar a suscetibilidade ao aparecimento da incontinência urinária e de desconfortos físicos relatados pelas puérperas. Compreender e saber avaliar esses torna-se relevante na atenção integral a saúde da mulher. Portanto, o presente capítulo é composto pelos artigos “Incontinência urinária no ciclo gravídico puerperal e fatores de riscos associados”, “Variáveis maternas, perinatais, neonatais e o desenvolvimento de crianças nascidas a termo e pré-termo” e “Fatores reprodutivos e ginecológicos em mulheres climatéricas com e sem incontinência urinária” que abordam de forma abrangente sobre aspectos e variáveis gestacionais, cuja compreensão é de grande relevância para o melhor entendimento sobre o tema.

INCONTINÊNCIA URINÁRIA NO CICLO GRAVÍDICO PUERPERAL E FATORES DE RISCOS ASSOCIADOS

Andressa Hippler

Curso de Graduação em Fisioterapia, Departamento de Fisioterapia e Reabilitação, Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, RS

Gleiane Ruviano da Silva

Curso de Graduação em Fisioterapia, Departamento de Fisioterapia e Reabilitação, Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, RS

Elhane Glass Morari-Cassol

Curso de Graduação em Fisioterapia, Departamento de Fisioterapia e Reabilitação, Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, RS

Nara Maria Severo Ferraz

Curso de Graduação em Fisioterapia, Departamento de Fisioterapia e Reabilitação, Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, RS

Melissa Medeiros Braz

Curso de Graduação em Fisioterapia, Departamento de Fisioterapia e Reabilitação, Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, RS

RESUMO: Objetivo: Investigar a incidência de incontinência urinária (IU) no ciclo gravídico puerperal e seus fatores de risco associados. **Materiais e método:** Estudo observacional, retrospectivo, realizado com puérperas que realizaram parto vaginal ou cesáreo no Hospital Universitário de Santa Maria. **Resultados:** Participaram do estudo 205 puérperas, entre as quais se observou uma incidência de 14,6% de IU no ciclo gravídico-puerperal. Nas puérperas incontinentes se observou baixa escolaridade e faixa etária, um predomínio de mulheres brancas, sem vínculo empregatício, múltíparas, que realizaram parto cesáreo; com a presença de desconfortos como a constipação e a dor perineal. **Conclusão:** A prevalência de IU no grupo estudado foi de 14,6%; o momento do surgimento das primeiras perdas de urina foi maior durante o período gestacional quando comparado ao puerpério. O presente estudo reforça a importância do fisioterapeuta na investigação e tratamento da IU, de modo a amenizar os desconfortos causados pela patologia durante o ciclo gravídico puerperal. **PALAVRAS-CHAVE:** Incontinência Urinária, Gestação, Puerpério, Fisioterapia.

INTRODUÇÃO

A incontinência urinária (IU) ou perda involuntária de urina é um sério problema de saúde que pode ocorrer em qualquer idade, principalmente nas mulheres (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008). Esta é definida como sendo uma condição na qual a perda involuntária de urina, objetivamente demonstrável, ocasiona problema social ou higiênico à mulher (MORENO, 2004).

A incidência precisa ainda não é totalmente conhecida, mas é estimada que afete potencialmente mais de 200 milhões de indivíduos em todo o mundo. Além do mais, é provável que menos da metade desses indivíduos, procurem tratamento médico (SIEVERT et al., 2012).

Até 1998, a IU era considerada apenas um sintoma e, a partir dessa data até os dias atuais, passou a ser classificada como doença pela Organização Mundial da Saúde (OMS). A nova definição de IU ocorreu a partir da valorização da baixa qualidade de vida relatada principalmente por mulheres acometidas por este distúrbio (PEDRO et al., 2011).

Estima-se que cerca de 50% das mulheres apresentam IU, principalmente durante o ciclo gravídico puerperal e após a idade reprodutiva (PEDRO et al., 2011). A gestação é um dos principais fatores de risco para o desenvolvimento de IU em mulheres jovens (PEYRAT et al., 2002). As alterações fisiológicas tais como, aumento da pressão intra-abdominal, crescimento do útero e peso fetal relacionadas com as mudanças hormonais, podem levar a redução de força, suporte e função esfinteriana e do pavimento pélvico da gestante, contribuindo para o desenvolvimento da IU na fase gestacional (HILTON; DOLAN, 2004). Segundo Moreno (2004), a incidência da IU pode variar de 17 a 25% no início da gravidez e de 36 a 67% no final. Conforme Scarpa et al. (2008), a IU gestacional é considerada um preditor para o desenvolvimento da mesma no período pós-parto ou até mesmo ao longo da vida.

A fisioterapia, por meio de distintos métodos terapêuticos, promove melhora da função neuromuscular do assoalho pélvico e da musculatura abdominal aliada ao reequilíbrio da pelve, diminuindo aumentos desnecessários da pressão intra-abdominal, melhora da contração muscular do assoalho pélvico e conseqüentemente, da IU (SCARPA et al., 2008).

Pensando em prevenção e promoção de saúde, o fortalecimento da musculatura do assoalho pélvico na gestação pode melhorar a qualidade elástica da musculatura favorecendo o período expulsivo do parto, além de amenizar o efeito do trauma obstétrico sobre as estruturas do assoalho pélvico (OLIVEIRA et al., 2007). Dentre os métodos conservadores para o tratamento da incontinência urinária de esforço (IUE), o mais indicado durante a gravidez é a cinesioterapia perineal com ou sem *biofeedback* (MORENO, 2004).

No Brasil e em muitos lugares do mundo, o encaminhamento das gestantes para a fisioterapia pelos obstetras não é rotina (MORENO, 2004). A orientação e educação da mulher sobre o funcionamento do trato urinário inferior é fundamental, assim como, a

realização de exercícios da musculatura do assoalho pélvico para fortalecer a contração voluntária ao esforço (SCARPA et al., 2008).

Conforme o exposto buscou-se através deste estudo investigar a incidência de IU no ciclo gravídico puerperal, bem como os fatores de risco associados.

MATERIAIS E MÉTODOS

Esse estudo é parte da pesquisa intitulada “Desconfortos físicos no pós parto”, que teve como objetivo identificar os desconfortos físicos mais comuns nos primeiros seis meses após o parto. Nesta pesquisa foram entrevistadas 261 mulheres que realizaram parto vaginal ou cesáreo, no Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM), no período de outubro de 2010 a janeiro de 2011.

Para o presente estudo, foi feita uma análise documental das entrevistas obtidas na pesquisa citada anteriormente, respondidas até o 10º dia após o parto. Foram incluídos somente os questionários completos e os de puérperas que não relataram a presença de IU antes da última gestação. Estes últimos foram excluídos por não se saber ao certo em que período começou a surgir os sintomas urinários.

Extraíram-se os dados considerados relevantes para atingir os objetivos deste estudo, como: a idade, cor, ocupação e escolaridade materna, situação conjugal, idade gestacional, paridade, tipo do último parto, peso do lactente, ganho de peso materno, dor perineal, constipação intestinal, e a presença de hemorroidas.

Os dados foram organizados e analisados de forma eletrônica a partir da construção de um banco de dados (Excel® 2007), estes foram analisados estatisticamente e as variáveis categóricas expressas como porcentagem. Para análise das variáveis foi utilizado o teste Qui-Quadrado através do software SAS - Statistical Analysis System versão 9.1 sendo considerados estatisticamente significativos os resultados cujos níveis descritivos (valores de p) foram inferiores a 0,05.

Todas as etapas deste estudo seguiram as normas de boas práticas em estudos clínicos envolvendo seres humanos, de acordo com a resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, e foram aprovadas pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM) sob número 07117212.1.0000.5346 e registrado no Sistema de Informações para o Ensino (SIE) da UFSM sob o número 032531.

RESULTADOS

Foram analisados 261 questionários, destes 45 foram excluídos por serem considerados incompletos e 11 por terem sido respondidos por puérperas que autorrelataram a presença de IU no período anterior à última gestação, dessa forma para a análise estatística foram inclusos 205 questionários.

A tabela 1 mostra a incidência de IU na amostra, sendo que 14,6% das puérperas autorrelataram a presença desta em pelo menos alguma fase do ciclo gravídico puerperal. Cabe ressaltar que dentre as mulheres incontinentes 83,3% referiram o surgimento da IU durante a gestação enquanto as outras referiram o surgimento apenas no pós-parto.

IU	F	%
Sim	30	14,63
Não	175	85,37

Tabela 1- Incontinência urinária (n=205).

Os dados são apresentados em frequência e porcentagem. IU: incontinência urinária.

Fonte: dados da pesquisa

Em relação às variáveis sociodemográficas, tabela 2, não há diferença estatisticamente significativa entre as mulheres sem IU e com IU, com exceção da escolaridade ($p= 0,0477$) onde observa-se uma maior escolaridade entre as mulheres que não apresentavam IU. No entanto, mesmo sem significância estatística, observa-se que no total da amostra estudada o predomínio foi de mulheres na faixa etária entre 20 e 30 anos, e também daquelas sem vínculo empregatício, representando 50,2% e 62,9% respectivamente. Esta predominância também ocorre no grupo de mulheres com IU em que estes dados representam 53,3% e 56,6%. Outro dado que merece destaque é o fato de que dentre as mulheres incontinentes 70% da amostra se declaram brancas.

Variáveis	IU presente N=30		IU ausente N= 175		Total N = 205		p-valor
	F	%	F	%	F	%	
Idade (anos)							
< 20	4	13,33	34	19,43	38	18,54	
20-30	16	53,33	87	49,71	103	50,24	0,7297
> 31	10	33,33	54	30,86	64	31,22	
Cor							
Branca	21	70,00	115	65,71	136	66,34	
Parda	6	20,00	29	16,57	35	17,07	0,5582
Negra	3	10,00	31	17,71	34	16,59	
Ocupação							
Sem vínculo empregatício	17	56,67	112	64,00	129	62,93	
Com vínculo empregatício	13	43,33	63	36,00	76	37,07	0,4423
Escolaridade							
Até EF	23	76,67	97	55,43	120	58,54	
Até EM	7	23,33	59	33,71	66	32,20	0,0477
Superior/Técnico	0	0,00	19	10,86	19	9,27	
Situação conjugal							
Com companheiro	27	90,00	161	92,00	188	91,71	
Sem companheiro	3	10,00	14	8,00	17	8,29	0,7133

Tabela 2 - Caracterização sociodemográfica das 205 mulheres.

EF: ensino fundamenta, EM: ensino médio. Os dados são apresentados em frequência, porcentagem e analisados com Qui-quadrado. Os valores foram estatisticamente significativos ($p \leq 0,005$).

Fonte: dados da pesquisa.

Quanto às características obstétricas e neonatais, apresentadas na Tabela 3, nota-se a predominância de mulheres multíparas e daquelas que realizaram parto cesáreo, tanto no grupo das mulheres incontinentes quanto no total da amostra. Se considerarmos os partos vaginais, percebe-se que no total da amostra, 21,9% foi com o uso da episiotomia e 9,2% sem este procedimento, e no grupo IU presente esse dado representou 30 e 16 % dos casos respectivamente. Com relação ao ganho de peso materno, não houve diferença entre os grupos e nem entre as variáveis de classificação, porém ainda se observa um predomínio, tanto no grupo total quanto no grupo das mulheres com IU, das que tiveram um ganho de peso inferior a 11 Kg. Dos bebês, 60% do grupo de puérperas incontinentes, nasceram com o peso considerado adequado, ou seja, entre 3,000 e 3,999 Kg.

Variáveis	IU presente N=30		IU ausente N= 175		N = 205		p- valor
	F	%	F	%	F	%	
	<hr/>						
Paridade							
Primíparas	10	33,33	69	39,43	79	38,54	
Múltiparas	20	66,67	106	60,57	126	61,46	0,526 2
Tipo de parto atual							
Vaginal	5	16,67	14	8,00	19	9,27	
Vaginal com episiotomia	9	30,00	36	20,57	45	21,95	
Cesário	16	53,33	125	71,43	141	68,78	0,138 4
Idade gestacional (em semanas e dias)							
<36 s + 6d	7	23,33	43	24,57	50	24,39	
37s até 41s	22	73,33	127	72,57	149	72,68	
>41s	1	3,33	5	2,86	6	2,93	0,894 4
Ganho de peso materno (Kg)							
<11	11	36,67	64	36,57	75	36,59	
11 à 16	9	30,00	58	33,14	67	32,68	0,925 5
> 16	10	33,33	53	30,29	63	30,73	
Peso do bebê (Kg)							
< 2,500	5	16,67	27	15,43	32	15,61	
2,500 a 2,999	6	20,00	40	22,86	46	22,44	
3,000 a 3,999	18	60,00	96	54,86	114	55,61	0,863 4
> 4,000	1	3,33	12	6,86	13	6,34	

Tabela 3 - Características obstétricas e neonatais

s: semanas, d: dias. Os dados são apresentados em frequência, porcentagem e analisados com Qui-quadrado. Os valores foram estatisticamente significativos ($p \leq 0,005$).

Fonte: dados da pesquisa.

A figura 1 demonstra os principais desconfortos físicos relatados pelas puérperas incontinentes, dentre eles, salienta-se a prevalência de dor no períneo em 56,6% dos casos e de constipação em 40%.

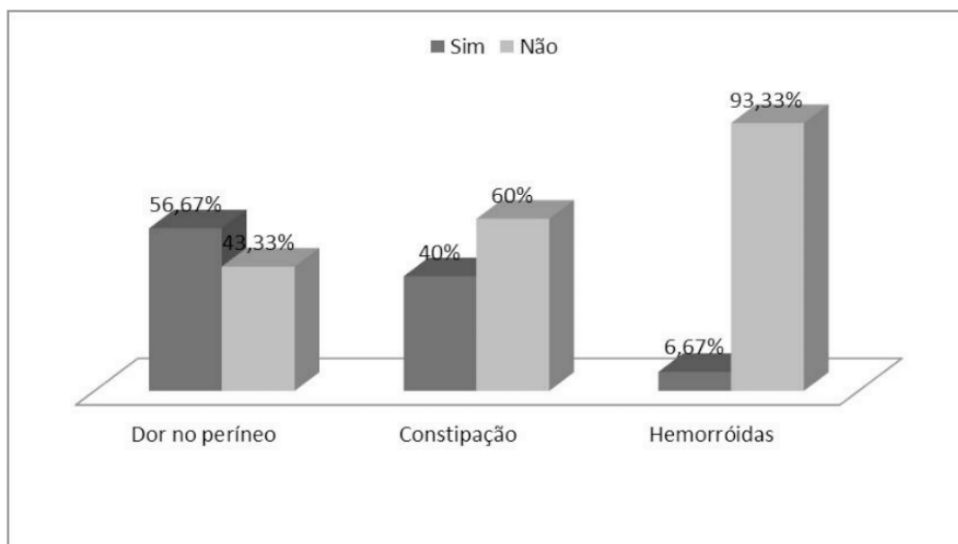


Figura 1- Desconforto associado

Os dados são apresentados em porcentagem. Fonte: dados da pesquisa.

DISCUSSÃO

No presente estudo, a incidência de IU no ciclo gravídico puerperal foi de 14,6%. Segundo Moreno (2004), a incidência da IU pode variar de 17 a 25% no início da gravidez e de 36 a 67% no final. Também foi observado que 83,3% das puérperas referiram o surgimento da IU durante a gestação enquanto as outras 16,7% no pós-parto. Outro estudo realizado por Scarpa et al. (2006), evidenciou uma alta prevalência de sintomas urinários irritativos no terceiro trimestre da gestação, podendo o mecanismo da continência ser influenciado pela variação dos níveis hormonais, a qual ocorre paralelamente ao desenvolvimento da gestação. Isso pode estar relacionado aos altos níveis de progesterona que levam à hipotonicidade das estruturas do assoalho pélvico, influenciando o desencadeamento de sintomas urinários no início da gestação (SCARPA et al., 2006). No terceiro trimestre gestacional, a alta prevalência de incontinência urinária de esforço (IUE) tem sido também relacionada às alterações mecânicas, como o efeito da pressão do útero gravídico sobre a bexiga, associado ao aumento da sua sensibilidade e à diminuição significativa da capacidade vesical (SCARPA et al., 2009).

Observa-se que 53,3% das puérperas que relataram a presença de IU estavam na faixa etária entre 20 e 30 anos. Este dado vai ao encontro dos achados de outros estudos realizados na população brasileira, como é caso de uma pesquisa sobre a incontinência urinária autorreferida, em que 56,4% das mulheres com IU estavam na faixa etária de 21 a 32 anos (LOPES; PRAÇA, 2010), e de outra, em que a média de idade das gestantes com IU foi de 24,43 anos (SCARPA et al., 2006).

Com relação à cor da pele, 70% das puérperas com IU se declararam brancas, dados semelhantes foram encontrados em outras referências onde houve o predomínio

da patologia em mulheres desta cor (LOPES; PRAÇA, 2010; NORTON; BRUBAKER, 2006). Hunskaar et al. (2000) relatam que dados clínicos sugerem que as mulheres afro-americanas têm maior pressão de fechamento uretral, maior volume uretral e uma maior mobilidade vesical. Higa, Lopes e Reis (2008) supõem que deve haver um determinante genético, diferenças na anatomia ou na resistência da uretra e nas estruturas de suporte do assoalho pélvico. Também foi possível verificar que mulheres incontinentes apresentavam baixa escolaridade, indo contra aos achados de Lopes e Praça (2010) em que a escolaridade foi igual ou superior ao ensino médio.

As análises deste estudo mostram que a maioria das mulheres com IU eram multíparas. Este dado é corroborado por outro estudo em que a paridade foi significativamente associada ao aumento da prevalência de sintomas na gestação (SCARPA et al., 2006). Groutz et al. (1999) ao analisar a persistência da IUE em relação a paridade, a observou em 21% nas multíparas, 11% em primíparas e 5% em nulíparas. No geral, o primeiro parto vaginal é responsável por relaxamento tecidual significativo das estruturas do assoalho pélvico e dano nervoso, mas com os partos subseqüentes a prevalência da IU vai se elevando discretamente (OLIVEIRA et al., 2007). Em contrapartida, Guarisi et al. (2001) não observou um aumento no risco de incontinência urinária entre as mulheres que tiveram uma ou mais gestações, bem como naquelas com um ou mais partos.

Constatou-se que 53,3% das mulheres com IU realizaram parto cesário, este dado difere de outros estudos encontrados, onde mostram que cerca de 30% das novas mães tornam-se incontinentes após o primeiro parto vaginal, mesmo com a episiotomia (NORTON; BRUBAKER, 2006). A literatura mostra que, está por vezes, pode ser mais severa do que as lacerações espontâneas (ALMEIDA et al., 2011) e, que a cesariana é parcialmente protetora (NORTON; BRUBAKER, 2006). Rortveit et al. (2003) afirma que o parto vaginal tem duas vezes mais chances de desenvolver incontinência urinária moderada a grave em relação à cesariana, com o risco de incontinência urinária caindo de 10% para 5% se uma mulher tiver todos os seus filhos por cesariana eletiva.

De acordo com a bibliografia documentada neste estudo, verifica-se que o parto vaginal resulta em lesões nas estruturas anatômicas e nervosas do assoalho pélvico. Contudo, o parto cesáreo não protege as lesões das estruturas, em especial nas parturientes que atingiram o segundo período do parto (período expulsivo ou período pélvico) (SCARPA et al., 2006). A pressão e a distensão do assoalho pélvico pela cabeça do bebê durante este estágio podem ser responsáveis pelo aparecimento da IU e incontinência fecal, além de outras afecções pélvicas (MORENO, 2004).

Outro estudo mostrou que a prevalência de IUE um ano após o parto foi semelhante entre as primíparas que realizaram parto vaginal espontâneo e aqueles em que a cesariana foi de emergência, mas significativamente menos comum entre aqueles que se submeteram a uma cesariana eletiva (BARBOSA et al., 2005). Não temos os dados de quantos partos cesáreos foram realizados de forma eletiva e/ou de emergência, mas esta pode ser uma

explicação para o elevado número de puérperas com IU que realizaram partos cesáreos, já que algumas destas podem ter atingido o segundo período expulsivo do parto antes de serem encaminhadas para o parto Cesário. Sugerem-se novos estudos para a confirmação desta hipótese.

Se considerarmos os partos vaginais, percebe-se que 21,9% foram com o uso da episiotomia e 9,2% sem este procedimento no total da amostra, e 30 e 16% respectivamente no grupo de puérperas com IU. A Organização Mundial de Saúde recomenda o uso de episiotomia de maneira limitada, em cerca de 10% dos partos normais. No Brasil, dados da Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher apontam que, na última década, a episiotomia foi realizada em 70% dos partos normais (FRANCISCO et al., 2011), considerando a totalidade dos partos vaginais do presente estudo, veremos que esta é a mesma porcentagem encontrada.

Uma pesquisa atribuiu como justificativa para essas elevadas proporções de episiotomia, o fato de que a instituição onde ocorrem os partos ser campo de ensino prático, onde os profissionais realizam esse procedimento para seu aprendizado. Outro fator associado ao uso rotineiro da intervenção foi a posição litotômica, adotada pela instituição, na qual o dorso materno permanece na horizontal, com as coxas fletidas, abduzidas e sustentadas por perneiras, responsáveis pelo aumento na tensão do períneo durante a passagem do feto pelo canal do parto (FRANCISCO et al., 2011). Consideramos esta uma justificativa plausível, pois o local onde foi feito o atual estudo, trata-se também de uma instituição de ensino e, as posturas adotadas no momento do parto são semelhantes às citadas acima. A perineorrafia pode predispor à dor no local no pós-parto, trazendo desconforto materno (ALMEIDA et al., 2011), assim se justifica o fato de que 56,6% da amostra referir dor perineal.

A constipação foi um desconforto citado por 40% das puérperas de nossa amostra. Vazquez (2010), em uma revisão sistemática, menciona que a constipação na gestação é estimada entre 11 e 38%. Esta é um sintoma comum em mulheres grávidas, e pode se desenvolver ou aumentar durante a gestação, a paridade ou cesarianas prévias podem também estar associadas. Este desconforto é provavelmente causado pelo aumento dos níveis de progesterona na gravidez (VAZQUEZ, 2010). Quando de forma crônica, afeta a função urológica. A força realizada durante a evacuação pode lesar a musculatura pélvica, e através da distensão, traumatizar e causar isquemia muscular (FERREIRA, 2011). Pode também lesionar o nervo pudendo, diminuindo a função de suporte da musculatura pélvica, contribuindo assim para o desenvolvimento da IU (MORENO, 2004).

Embora a prevalência exata de hemorroidas durante a gestação não estar bem estabelecida, sabe-se que é uma condição comum na gestação e, que a prevalência dos sintomas é maior em gestantes do que em mulheres não grávidas (VAZQUEZ, 2010). Neste estudo apenas 6,6% da amostra relatou a presença da mesma, sendo este percentual inferior ao citado no estudo de Vazquez (2010), onde o sintoma esteve presente em 85%

das mulheres durante a segunda e terceira gravidez.

Hemorroidas também são uma queixa frequente entre as mulheres que recentemente tiveram filhos, e tornam-se mais comum com o aumento da idade e paridade. Ocorre devido a diminuição do retorno venoso, com a dilatação do plexo venoso e estase venosa. A constipação com prolongado esforço para evacuar, ou aumento da pressão intra-abdominal como ocorre na gravidez, pode resultar em hemorroidas sintomáticas. Durante o ciclo gravídico puerperal, os músculos esfínterianos e estruturas do assoalho pélvico podem ser modificados em relação ao tônus e posição, levando a uma alteração do funcionamento normal, o que pode predispor o seu surgimento (VAZQUEZ, 2010).

Quando analisamos o ganho de peso materno, observa-se que houve uma homogeneidade entre as variáveis no grupo das incontinentes, no entanto 36,6% das mulheres tiveram um ganho de peso inferior a 11 kg durante a gestação. Ferreira (2011) cita que a *American Academy of Gynecology and obstetrician* considera como normal uma variação de 11,5 a 16 kg em mulheres com índice de massa corpórea normal. Pregazzi et al. (2002) cita em seu estudo que o ganho de peso durante a gestação não influenciou na prevalência da moléstia, ratificando assim os achados do presente estudo.

O peso do recém-nascido, tanto durante a gravidez quanto no parto vaginal, influencia o aumento da prevalência de IU. Este fator pode estar relacionado com o aumento da pressão intra-abdominal, e, conseqüentemente, com o aumento da pressão intravesical. Além disto, existe o risco para lesão do assoalho pélvico durante o parto vaginal (PREGAZZI et al., 2002). Em nossa amostra não se observou uma associação com o alto peso do bebê e a IU, sendo que apenas 3,3% das puérperas incontinentes tiveram bebês com peso superior a 4 Kg. Também não houve associação significativa, em outro estudo, entre o parto de crianças com peso maior que 4 Kg e a presença de IU ou de lesões no assoalho pélvico de terceiro ou quarto grau após o parto vaginal (PREGAZZI et al., 2002).

Por fim, o presente estudo apresentou como limitações o uso de questionários não específicos para a investigação de IU, e o fato de que a presença desta era autorreferida pelas mulheres de forma retrospectiva podendo esses relatos não ser fidedignos.

CONCLUSÃO

Este estudo, realizado com mulheres no período pós-parto, permitiu concluir que a prevalência de IU neste período é de 14,6% em uma amostra de 205 mulheres; o momento do surgimento das primeiras perdas de urina foi maior durante o período gestacional quando comparado ao puerpério; há predomínio de incontinência nas puérperas da cor branca, que realizaram parto cesáreo. Os resultados mostraram também que, quando se trata da relação entre IU e ciclo gravídico-puerperal, não se podem excluir as mulheres jovens e deve-se considerar que esta morbidade pode se manifestar no período pós-parto, mesmo que não tenha ocorrido na gravidez.

No entanto, vale ressaltar que os resultados encontrados não apresentaram significância estatística, o que indica a necessidade de novos estudos, no país, sobre esta morbidade, com enfoque no ciclo gravídico puerperal, a fim de reforçar ou não estes achados.

O presente estudo reforça a importância do fisioterapeuta e dos outros profissionais da saúde na investigação da ocorrência de IU, assim como na identificação de suas características, como o momento de início dos sintomas, a gravidade, e o impacto no cotidiano da mulher, a fim de se obter novos métodos para promover ações de prevenção e tratamento dos sintomas de modo a amenizar os desconfortos causados patologia durante o ciclo gravídico puerperal.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, C. B; SÉ, C. C. S; PEREIRA, E. G; PEREIRA, A. L. F. Avaliação da dor decorrente da periorrafia no parto normal. **Revista de pesquisa: Cuidado é fundamental online (PCFO)**, v. 3, n. 3, p. 2126-36, 2011.

BARBOSA, A. M. P; CARVALHO, R. L; MARTINS, A. M. V. C; CALDERON, I. M. P; RUDGE, M. V. C. Efeito da via de parto sobre a força muscular do assoalho pélvico. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 27, n. 11, p. 677-8, 2005.

FRANCISCO, A. A; JUNQUEIRA, S. M; OLIVEIRA, V; SANTOS, J. O; SILVA, F. M. B. Avaliação e tratamento da dor perineal no pós-parto vaginal. **Acta Paul Enferm**, v. 24, n. 1, p. 94-100, 2011.

FERREIRA, C. H. J. **Fisioterapia na saúde da mulher**. 1. ed. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan; 2011.

GUARISI, T; NETO, A. M. P; OSIS, M. J; PEDRO, A. O; PAIVA, L.H.C; FAÚNDES, A. Incontinência urinária entre mulheres climatéricas brasileiras: inquérito domiciliar. **Revista Saúde Pública**, v. 35, n. 5, p.428-35, 2001.

GROUTZ, A; GORDON, D; KEIDAR, R; LESSING, J. B; WOLMAN, I; DAVID, M. P, et al. Stress urinary incontinence: Prevalence among nulliparous compared with primiparous and grand multiparous premenopausal women. **Neurourology and Urodynamics**, v. 18, p. 419–425, 1999.

HIGA, R; LOPES, M. H. B. M; REIS, M. J. Fatores de risco para incontinência urinária na mulher. **Revista da Escola de Enfermagem**, v. 42, n. 1, p. 187-192, 2008.

HILTON, P; DOLAN, L. M. Pathophysiology of urinary incontinence and pelvic organ prolapse. **BJOG: an International Journal of Obstetrics and Gynaecology**, v. 111, n. 1, p. 5-9, 2004.

HUNSKAAR, S; BURGIO, K; DIOKNO, A. C; HERZOG, A. R; HJÄLMAS, K; LAPTAN, M. C. Epidemiology and natural history of urinary incontinency (UI). **International Urogynecology Journal**, v. 11, p. 301-319, 2000.

LOPES, D. B. M; PRAÇA, N. S. Incontinência urinária autorreferida no pós-parto. **Texto Contexto Enfermagem**, v. 19, n. 4, p. 667-674, 2010.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Manual de Atenção à Mulher no Climatério/Menopausa**. Brasília. 2008. 36p

MORENO, A. L. **Fisioterapia em Uroginecologia**. 1.ed. Baueri: Manole Ltda; 2004.

NORTON, P; BRUBAKER, L. Urinary incontinence in women. **Lancet**, v. 367, p. 57-67, 2006.

OLIVEIRA, E; TAKANO, C. C; SARTORI, J. P; ARAÚJO, M. P; PIMENTEL, S.H.C; SARTORI, M. G. F, et al. Trato urinário, assoalho pélvico e ciclo gravídico-puerperal. **Femina**, v. 35, n. 2, p. 89-94, 2007.

PEDRO, A. F, RIBEIRO, J; SOLER, Z. A. S. G; BUGDAN, A. P. Qualidade de vida de mulheres com incontinência urinária. **Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool Drogas**, v. 7, n. 2, p. 63-70, 2011.

PEYRAT, L; HAILLOT, O; BRUYERE, F; BOUTIN, J. M; BERTRAND, P; LANSON, Y. Prevalence and risk factors of urinary incontinence in young and middle-aged women. **Journal of Urology**, v. 89, p. 61-66, 2002.

PREGAZZI, R; SARTORE, A; TROIANO, L; GRIMALDIA, E; BORTOLI, P; SIRACUSANO, S. et al. Postpartum urinary symptoms: prevalence and risk factors. **European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology**, v. 103, p. 179-82, 2002.

RORTVEIT, G; DALTVEIT, A. K; HANNESTAD, Y. S; HUNSKAAR, S. Urinary Incontinence after Vaginal Delivery or Cesarean Section. **The New England Journal of Medicine**, v. 348, p. 900-7, 2003.

SIEVERT, K. D; AMEND, B; TOOMEY, P. A; ROBINSON, D; MILSOM, I; KOELBL, H. et al. Can We Prevent Incontinence?: ICI-RS 2011. **Neurourology and Urodynamics**, v.31, p. 390-399, 2012.

SCARPA, K. P; HERRMANN, V; PALMA, P. C. R; RICETTO, C. L. Z; MORAIS, S. Sintomas do trato urinário inferior três anos após o parto: estudo prospectivo. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 30, n. 7, p. 355-359, 2008.

SCARPA, K. P; HERRMANN, V; PALMA, P. C. R; RICETTO, C. L. Z; MORAIS, S. Prevalência de sintomas urinários no terceiro trimestre da gestação. **Revista Associação Medicina Brasileira**, v. 52, n. 3, p. 153-156, 2006.

SCARPA, K. P; HERMANN, V; PALMA, P. C. R; RICETTO, C. L. Z; MORAIS, S. S. Sintomas urinários irritativos após parto vaginal ou cesárea. **Revista Associação Medicina Brasileira**, v. 55, n. 4, p. 416-420, 2009.

VAZQUEZ, J. C. Constipation, haemorrhoids, and heartburn in pregnancy. **Clinical Evidence**, v. 8, p. 1411, 2010.

VARIÁVEIS MATERNAS, PERINATAIS, NEONATAIS E O DESENVOLVIMENTO DE CRIANÇAS NASCIDAS A TERMO E PRÉ-TERMO

Gabriela Braun Vieira

Curso de Graduação em Fisioterapia, Departamento de Fisioterapia e Reabilitação, Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, RS

Jeanice da Silva Madeira

Curso de Graduação em Fisioterapia, Departamento de Fisioterapia e Reabilitação, Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, RS

Melissa Medeiros Braz

Curso de Graduação em Fisioterapia, Departamento de Fisioterapia e Reabilitação, Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, RS

Claudia Maria Morais Trevisan

Curso de Graduação em Fisioterapia, Departamento de Fisioterapia e Reabilitação, Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, RS

RESUMO: Objetivo: Comparar as variáveis maternas, perinatais e neonatais de crianças nascidas a termo e pré-termo. **Materiais e método:** Estudo observacional, quantitativo, com 409 puérperas e seus recém-nascidos. Foram utilizadas a ficha *Alberta Infant Motor Scale* (AIMS) e coleta de dados no prontuário. **Resultados:** O número de consultas pré-natais foi superior no grupo a termo ($p < 0,006$), bem como parto cesáreo (66,18%), maior peso ao nascer ($3206,51 \pm 498,44$ g) e sofrimento fetal ($p < 0,05$). O grupo pré-termo teve maior tempo de roturas de membranas (14,93 horas $\pm 20,02$). **Conclusão:** Não houve diferença na AIMS entre os grupos. O número de consultas pré-natais foi superior no grupo a termo. O grupo pré-termo apresentou maior tempo de ruptura de membranas e cesariana, menor peso e maiores sinais de sofrimento fetal.

PALAVRAS-CHAVE: Destreza motora, desenvolvimento, prematuro, parto.

INTRODUÇÃO

A criação de uma nova vida inicia no encontro do espermatozoide com o óvulo, e nesta fase ocorre o início do desenvolvimento humano. Na fisiologia humana o ideal é que este fenômeno ocorra sem intercorrências, pois a partir dele se formará um embrião, e esta nova vida já tem sexo e carga genética (FORMIGA et al., 2013).

O desenvolvimento de uma pessoa pode ser influenciado por muitos fatores, alguns deles genéticos e ambientais. Os fatores genéticos vão designar o fenótipo e genótipo do ser, a herança genética com suas características e patologias. Os fatores ambientais e sociais implicam diretamente na formação deste indivíduo devido a fatores ligados à mãe,

como escolaridade, estado nutricional, situação financeira e cultura. O desenvolvimento e crescimento humano são um conjunto de fatores genéticos, sociais e ambientais, e uma alteração em algum destes pode levar a consequências físicas, psicológicas e também sociais (NICOLAU et al., 2011).

Existem fatores maternos que podem afetar o crescimento e desenvolvimento humano, trazendo comprometimentos que podem ocorrer tanto no período pré-natal quanto no pós-natal e são oriundos de fatores internos e externos. A idade materna extrema, número de gestações anteriores, condição nutricional, incompatibilidade de Rh, posição fetal, estresse físico e emocional, ocupação ou profissão, infecções, doenças sexualmente transmissíveis, uso de drogas, fumo e álcool são alguns desses fatores (HOLDERBAUM, 2012).

O parto é um dos primeiros desafios que um feto encontra, ele representa a mudança da vida intrauterina para a vida extrauterina. Em bebês nascidos de parto cesáreo essa mudança se torna mais difícil, pois o parto cesáreo pode trazer riscos para a mãe e o bebê. A cesárea deve ser uma alternativa para prevenir complicações para o feto e para a gestante, ou quando não há possibilidade de ocorrer parto vaginal (BRASIL, 2011).

A idade gestacional do recém-nascido pode ser classificada como: pré-termo (idade gestacional inferior a 37 semanas), a termo (idade gestacional entre 37 e 41 semanas e 6 dias) e pós-termo (idade gestacional igual ou maior que 42 semanas). A prematuridade pode aumentar a probabilidade de problemas em diversas áreas e momentos do desenvolvimento e é apontada como um fator de risco biológico (NASCIMENTO; RODRIGUEZ, 2013). O recém-nascido encontra-se em situação de maior vulnerabilidade, a qual precisa de total atenção dos pais ou cuidadores e fatores pré-natais, perinatais e pós-natais podem desencadear em atraso do desenvolvimento motor da criança.

As consultas pré-natais são uma das melhores formas de prevenir complicações e detectar precocemente alterações morfológicas de um RN (BRASIL, 2012). O diagnóstico precoce pode minimizar complicações que podem ocorrer durante a gestação, reduzir ou até mesmo eliminar fatores e comportamentos de risco que são possíveis de serem corrigidos, o que permite ao recém-nascido maiores possibilidades de um desenvolvimento saudável (BRANDÃO et al., 2012). O cuidado pré-natal é imprescindível para a diminuição da mortalidade materna e fetal, para preparação à maternidade e paternidade e vivência do processo de nascimento (ZAMPIERI; ERDMANN, 2010).

Assim, esta pesquisa se propôs a comparar os fatores maternos, perinatais e neonatais de crianças pré-termo e a termo a fim de nortear práticas de saúde neste período com vista em prevenir atrasos no desenvolvimento das crianças.

MATERIAIS E MÉTODO

Estudo descritivo, observacional, transversal com abordagem quantitativa dos dados. Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Maria sob o número de protocolo 909.811. A pesquisa teve como local de coleta a Unidade toco-ginecológica, situado no 2º andar do Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM). A população foi constituída por puérperas com seus recém-nascidos internados no alojamento conjunto desta unidade no HUSM, durante o período de fevereiro a julho de 2015. Foram excluídos os recém-nascidos da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, prematuros extremos, portadores de síndromes, lesão cerebral evidente, cardiopatia congênita, alterações musculoesqueléticas, anóxia moderada e grave, sinais de sofrimento respiratório e recém-nascidos em fototerapia. No grupo de prematuros foi considerado idade gestacional inferior a 37 semanas e no grupo a termo igual ou superior a 37 semanas.

O instrumento para coleta de dados dos fatores maternos e dados do RN foi uma ficha adaptada das fichas de rotina do HUSM, contendo informações sobre a história gestacional da mãe, dados do parto e dados do neonato.

Para avaliação neuromotora do RN foi utilizada a Alberta Infant Motor Scale (AIMS), um instrumento de observação que avalia o desenvolvimento dos recém-nascidos a termo e pré-termo a partir do nascimento até 18 meses de idade corrigida. É constituída de 58 itens, que avaliam os padrões motores e posturas usando-se os critérios: alinhamento postural, movimentos antigravitacionais e superfície de contato (sustentação de peso). As subescalas são determinadas por posturas prona, supina, sentada e em pé. A escala apresenta escores brutos, percentis e categorização do desempenho motor em: normal (>25%); suspeito (entre 25 e 5%); anormal (<5%) (HERRERO et al., 2011).

A coleta de dados foi realizada durante o período de internação hospitalar. Foram coletados os dados maternos e do neonato através de uma ficha e pesquisados nos prontuários. A avaliação do recém-nascido deu-se à beira do leito, com a mãe do recém-nascido presente, o bebê permaneceu com sua roupa e foi posicionado pelas pesquisadoras de acordo com as posturas da Escala de Alberta, sendo observado o seu padrão de desenvolvimento nessas posições. O tempo de avaliação foi de aproximadamente 10 minutos, e foi respeitado o tempo de mamada do bebê e seu sono, sendo assim realizada a avaliação 30 minutos após a mamada.

Para a análise estatística, inicialmente foi realizada a estatística descritiva para representação dos grupos da pesquisa. Para a realização dos testes de hipóteses foi realizado o teste de normalidade de Kolmogorov-Smirnov. Para a comparação entre grupos de variáveis dicotômicas foi utilizado o Qui-quadrado. Já para a análise das diferenças das demais variáveis, entre grupos, foi utilizado teste z bicaudal. O nível de significância adotado foi de 5% para todos os testes e o software utilizado foi o SPSS 14.0 para Windows.

RESULTADOS

Foram avaliados 409 recém-nascidos pela AIMS e coletados os dados do período pré-natal, perinatal e neonatal dos RN's nos prontuários. Quanto à idade gestacional, 63 desses neonatos foram classificados no grupo pré-termo (PT) e 346 a termo (AT). Como critério de distribuição dos grupos quanto à idade gestacional foram atribuídos para o grupo PT RN's com idade gestacional inferior a 37 semanas e para o grupo AT igual ou superior a 37 semanas gestacionais.

A Tabela 1 apresenta os dados maternos, perinatais e neonatais. O número de consultas pré-natais foi superior no grupo a termo mostrando-se estatisticamente significativo ($p < 0,006$). Traz dados referentes ao parto, o tempo de rotura das membranas até o período expulsivo do parto e o tipo de parto, com significância estatística em ambas variáveis, ou seja, o grupo pré-termo teve maior tempo de roturas das membranas até o período expulsivo em relação ao grupo oposto 14,93 ($\pm 20,02$), enquanto o grupo a termo apresentou predominância de parto cesáreo (66,18%). E mostra os dados do RN em relação aos sinais de sofrimento fetal, sexo, circular de cordão, peso ao nascer, Apgar no 1º minuto e 5º minuto de vida, e pontuação na AIMS. Os sinais de sofrimento fetal foram maiores e significativos estatisticamente no grupo pré-termo 17,46%, e o peso ao nascer foi maior com significância estatística ($p < 0,05$) no grupo a termo 3206,51 ($\pm 498,44$).

Variáveis	AT	PT	P
Idade Materna (anos)	26,12±6,58	26,48±7,23	0,573
Nº de Gestações	2,50±1,58	2,48±1,87	0,972
Nº de Consultas	7,65±3,53	6,20±2,33	0,006*
Tempo RPM até Parto (horas)	4,53±14,17	14,93±20,02	0,018*
Peso (gramas)	3206,51±498,94	2578,51±411,68	0,000*
Apgar 1'	8,24±1,34	8,23±1,09	0,564
Apgar 5'	9,50±0,62	9,54±0,65	0,999
AIMS	4,58±0,69	4,39±0,64	0,356
Sexo do neonato (F/M)	163 (47,11)/ 179 (51,73)	26 (41,27)/ 36 (57,14)	0,406
Tipo de parto (V/C)	113 (32,66)/ 229 (66,18)	29 (46,03)/ 34 (53,97)	0,047*
Patologias maternas (S/N)	63 (18,21)/ 261 (75,43)	10 (15,87)/ 44 (69,84)	0,873
Sinais de sofrimento fetal (S/N)	30 (8,67)/ 303 (87,57)	11 (17,46)/ 45 (71,43)	0,016*
Circular de cordão (S/N)	59 (17,5)/ 216 (62,43)	16 (25,40)/ 33 (52,38)	0,935

Tabela 1 – Comparação entre os dados maternos, perinatais e neonatais dos grupos pré-termo e a termo.

* Diferença estatisticamente significativa ($p < 0,05$). Dados apresentados em média \pm desvio padrão; ou n (%). RPM: rotura prematura de membranas; V: vaginal; C: cesárea.

DISCUSSÃO

O presente estudo identificou que as crianças nascidas a termo e pré-termo não obtiveram diferença estatística no resultado da avaliação do desenvolvimento neuromotor pela AIMS. Atribuímos esse resultado à pouca sensibilidade dessa escala para crianças com idade inferior a seis meses de vida, como descrito em um estudo feito na Universidade Federal do Rio Grande do Sul (SACCANI, 2013), que avaliou 795 crianças brasileiras com idade entre 0 a 18 meses, e comparou seu desenvolvimento com crianças gregas e canadenses chegando à conclusão que as crianças brasileiras têm seu aprimoramento motor diferente destas crianças, sugerindo um outro método nacional para avaliação motora.

As puérperas deste estudo eram predominantemente jovens, com média de idade de 26,12 (DP \pm 6,58) no grupo a termo e 26,48 (DP \pm 7,23) no grupo de prematuros, ou seja, a idade das mães não mostrou diferença significativa entre os grupos, apontando

que a idade materna não está relacionada à prematuridade do RN. Um estudo transversal com 301 gestantes atendidas, em 2009, em uma maternidade filantrópica da cidade de São Paulo (Pré-Natal do Amparo Maternal - Pnam) (CORRÊA et al, 2011), que teve como objetivo avaliar o pré-natal, segundo a idade gestacional de início, o número de consultas realizadas e a continuidade do atendimento e relacionar a adequação com as variáveis sócio demográficas, obstétricas e locais de início do pré-natal, demonstrou que suas gestantes eram em sua maioria jovens com média de idade de 23,8 (DP± 6,4) anos; 60,5% com menos de 25 anos, 27,6% eram adolescentes e 6,6% tinham 35 anos ou mais, o que se assemelha com os dados encontrados em nossa pesquisa.

Em um estudo (SANTANA et al., 2010), a idade materna pode influenciar no desenvolvimento dos RN's, assim como as condições de nascimento são determinantes para a saúde de uma criança. Apesar de existirem controvérsias a respeito da força que apenas a idade de forma isolada seja responsável pelos problemas de uma gestação em adolescentes e em mulheres que engravidam tardiamente, é conhecida a influência do fator idade sobre a gestação. Em nosso estudo não foi encontrada diferença de desenvolvimento motor pela AIMS em RN's nascidos de mães jovens e mães que tiveram filho tardiamente. Em outro estudo (LEITE et al., 2013), que avaliou 323 mulheres em uma maternidade filantrópica verificou-se que cerca de 54% dessas mulheres encontravam-se na faixa etária de 20 a 29 anos, 83,6% eram casadas ou viviam junto com o parceiro, 49,5% declararam-se pardas e 32,8% possuíam o ensino médio completo.

As mudanças ocorridas no período da gestação, cujas respostas dependem de fatores como as relações familiares, meio socioeconômico, religião e outros, tornam necessário que se ofereça uma atenção pré-natal e humanizada, que integre a promoção, prevenção, assistência à saúde da gestante e o tratamento dos problemas que possam ocorrer durante a gravidez e após o parto. A adesão das mulheres ao pré-natal está relacionada com a qualidade da assistência prestada pelo serviço e pelos profissionais de saúde, fator essencial para redução dos elevados índices de mortalidade materna e perinatal (SANTOS et al., 2010).

O acompanhamento pré-natal tem impacto na redução da mortalidade materna e perinatal, desde que as mulheres tenham acesso precoce aos serviços, os quais devem ser de qualidade para o controle dos riscos identificados. Tem ainda como objetivos principais: assegurar a evolução normal da gravidez, preparar a mulher em gestação para o parto, o puerpério e a lactação normais, identificar o mais rápido possível as situações de risco (NARCHI, 2010). Um bom atendimento pré-natal é aquele que além de fazer um acompanhamento clínico da evolução gestacional, é capaz de identificar intercorrências e prestar orientações quanto à alimentação, mudanças físicas e psicológicas (MELO et al., 2011).

No presente estudo o grupo a termo teve maior número de consultas pré-natais comparado ao grupo pré-termo, isto pode ter acontecido devido o tempo de gestação ser

maior nessa população ou por falta de adesão ao pré-natal ocasionando a redução do número de consultas e assim ter levado ao nascimento prematuro. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), o número adequado de consultas pré-natais seria igual ou superior a seis (BRASIL, 2012). O grupo a termo teve 7,65 (+- 3,53) consultas pré-natais enquanto o pré-termo teve 6,20 (+-2,33) consultas, ou seja, menor, embora ainda seja superior ao preconizado pelo Ministério da Saúde.

Um estudo realizado com 301 gestantes (CORRÊA et al., 2011) mapeou o número de consultas realizadas e a continuidade do atendimento, 263 pacientes tiveram um desfecho conhecido, seja parto a termo, pré-termo, ou ainda, abortamento, o que pode ser considerado, como acompanhamento concluído no serviço. Assim, para a grande maioria das mulheres (81,4%), o acompanhamento pré-natal teve continuidade até o termo da gestação; 5,6% tiveram parto pré-termo, dois deles foram prematuros extremos, um com 30 semanas e outro com 26 semanas - natimorto sem causa aparente (CORRÊA et al., 2011). No nosso estudo a porcentagem de partos pré-termo foi de 15,4%, superior ao estudo apresentado.

A rotura prematura de membranas ovulares (RPM) ou amniorrexe prematura ou rotura da bolsa de águas é o quadro caracterizado pela rotura espontânea das mesmas antes do começo do trabalho de parto. Quando ocorre antes do termo, ou seja, antes de 37 semanas, denomina-se rotura prematura de membranas pré-termo e no termo denomina-se rotura prematura de membranas no termo. Constitui causa importante de partos pré-termo (cerca de 1/3 dos casos), o que contribui para aumento da mortalidade perinatal. A mortalidade materna também é agravada pelos riscos de infecção (BRASIL, 2012).

A infecção urinária é o problema urinário mais comum durante a gestação. Ocorre em 17 a 20% das gestações e se associa a complicações como rotura prematura de membranas ovulares, trabalho de parto prematuro (BRASIL, 2012). No presente estudo muitas mulheres apresentaram infecção urinária durante a gestação. Conforme descrito por um estudo (SCANDIUZZI et al., 2014) realizado no Hospital Universitário da Faculdade de Medicina de Jundiaí, existem alguns fatores de risco para a ocorrência da amniorrexe prematura: antecedente de parto prematuro, feto anterior pesando menos de 2.500 g, amniorrexe prematura prévia, tabagismo, hemorragia anteparto, incompetência istmocervical, colonização do trato genital inferior com microorganismos seletivos, vaginose bacteriana, hiperdistensão uterina (polidrâmio e gestação múltipla), deficiência da alfa-1-anti-tripsina, fatores nutricionais e baixa classe econômica. Raramente a causa da ruptura é conhecida. De todas as causas da RPM, a infecção bacteriana é a que apresenta maior probabilidade de estar associada à patogênese do trabalho de parto relacionado à amniorrexe prematura. No grupo de prematuros após a ruptura da bolsa de águas o período expulsivo ou cesariana se deu no tempo de 14,93 horas (DP ± 20,02), enquanto no grupo a termo esse tempo foi de 4,53 horas (DP ± 14,17), acreditamos que esse resultado seja pela tentativa de inibição do trabalho de parto prematuro no primeiro grupo citado.

A forma de nascer mudou com o processo de modernização do mundo e o parto cesáreo aumentou drasticamente nos últimos anos, chegando a 52% em 2010 (DATASUS, 2015). Um estudo feito com puérperas entre 2011 e 2012 (DOMINGUES, 2014) obteve dados que revelaram que há um número elevado de cesáreas. A proporção de cesariana como via de parto foi muito maior do que o desejado pelas mulheres, aproximadamente três vezes maior do que a preferência inicial referida, em ambos os setores. No setor privado, 14,6% das primíparas com preferência inicial pelo parto vaginal apresentaram esse tipo de parto, ao passo que no setor público esse valor foi de 57,1%. Os partos prematuros já incidem em risco por si só, e são potencializados pelos fatores maternos tais como a idade, condições socioeconômicas, escolaridade e gemelaridade, portanto, com indicação cirúrgica. Outro ponto a ser discutido é que o HUSM é um hospital de referência para o alto risco, assim realizando os partos de gestantes alto risco, talvez por este motivo há um número inferior de partos vaginais. Neste estudo o número de cesarianas foi superior em os ambos grupos, ou seja, superior a 15%, valor recomendado pela Organização Mundial da Saúde e com diferença estatisticamente significativa ($p < 0,05$) na comparação dos grupos para o grupo de prematuros, corroborando com a hipótese acima.

Conforme descrito por um estudo (FERRAZ; NEVES, 2011) anteriormente realizado no HUSM, o baixo peso ao nascer é apontado como o fator de maior influência na determinação da morbimortalidade neonatal e foi definido pela Organização Mundial de Saúde como peso ao nascer inferior a 2500 g. Esse problema pode ser resultado, tanto de parto prematuro, quanto ao crescimento intra-uterino restrito. Este último, também conhecido como desnutrição fetal, ocorre quando a criança nasce com peso abaixo do valor limite para a sua idade gestacional, sendo que a maior parte dessas crianças nasce a termo (FERRAZ; NEVES, 2011).

Em nosso estudo a média de peso ao nascer no grupo a termo foi de 3206,51 gramas (DP \pm 498,44) e no grupo pré-termo 2578,51 g (DP \pm 411,68), esses dados obtiveram diferença significativa estatisticamente ($p < 0,05$). Em um estudo (SILVA; GUEDES, 2011) realizado em uma maternidade escola com 93 mães de crianças prematuras o peso ao nascimento dessas crianças foi menor que as nascidas a termo, onde a média no grupo de prematuros foi de 1481 g, variando de 680 até 1995 g, e a média no grupo de crianças nascidas a termo foi de 3313 g, variando de 2300 até 4500 g, resultados que se aproximam dos encontrados em nossa pesquisa. O fator de risco que mais contribuiu para a ocorrência de baixo peso ao nascer (BPN) foi à prematuridade, visto que as crianças nascidas com menos de 37 semanas de gestação tiveram 20,86 vezes mais chance de pesar menos de 2.500 g do que as de maior idade gestacional, confirmando o apontado pela literatura de que o BPN é frequentemente associado ao parto prematuro (SASS et al., 2011).

Em um estudo (SASS et al., 2011) realizado no município de Sarandi, Paraná, o índice de Apgar nos 1º e 5º minutos, que é a medida mais relevante para avaliar o prognóstico do nascimento, não apresentou diferença estatística entre as gestantes adolescentes e

as maiores de 35 anos. É importante destacar que as gestantes tardias apresentaram maior porcentagem de índice Apgar menor que sete nos 1º e 5º minutos, mas nos 1º e 5º minutos, a proporção de RN com baixa vitalidade diminuiu nos dois grupos. Em nosso estudo o Apgar nos 1º e 5º minutos também não obteve diferença estatística entre os grupos a termo e pré-termo e com a idade materna. Podemos atribuir a este resultado que os bebês pré-termo são monitorados com maior frequência para que não entrem em sofrimento como apresentado em outro estudo (RAMOS et al., 2009 onde se conclui que devemos considerar a preocupação constante com os recém-nascidos prematuros bem como com as condições perinatais que sobre eles repercutem, já os a termo podem ter o trabalho de parto prolongado e virem a apresentar sinais de desconforto no nascimento.

O índice de Apgar baixo é útil para identificar os recém-nascidos que necessitam de cuidados adicionais. Um índice de Apgar de 7 a 10 significa que o bebê é sadio e que provavelmente não terá problemas futuros. O índice de Apgar inferior a 7 é sinal de alerta de acordo com a alteração fisiopatológica e da maturidade do concepto (RAMOS et al., 2009). No presente estudo o índice de Apgar no 1º minuto foi de 8,24 (DP ± 1,34) no grupo a termo e 8,23 (DP ± 1,09) no grupo pré-termo, ambos grupos não tiveram esse índice baixo, comprovando a hipótese acima descrita.

CONCLUSÃO

Os fatores maternos, perinatais e neonatais apresentaram diferenças significativas entre os RN's a termo e pré-termo. Quanto às variáveis maternas, o número de consultas pré-natais foi superior no grupo a termo. O grupo pré-termo apresentou maior tempo de rotura de membranas antes do parto. Os dados dos neonatos trouxeram que os prematuros têm menor peso ao nascimento e o grupo a termo apresentam mais sinais de sofrimento fetal.

Não houve diferença na pontuação da AIMS entre os grupos a termo e pré-termo avaliados. Talvez pela falta de sensibilidade desse instrumento para essa faixa etária em que foram avaliados, pois neste período de vida essas crianças têm atividade motora reflexa. Aconselhamos estudos futuros a realizarem a avaliação do desenvolvimento neuropsicomotor com crianças mais velhas ou adotarem outro instrumento específico para crianças nesta faixa etária.

REFERÊNCIAS

- BRANDÃO, I. C. A et al. Assistência de Enfermagem no pré-natal e evitabilidade de óbitos neonatais. **Revista Enfermagem UERJ**, v. 20, p. 596-60, 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde**. Brasília - DF; 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Gestação de alto risco: manual técnico** 5. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2012.
- CORRÊA, C. R. H et al. Avaliação normativa do pré-natal em uma maternidade filantrópica de São Paulo, **Revista escola enfermagem (USP)**, v. 45, n. 6, p. 1293-1300, 2011.
- DATASUS. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br>. Acessado em 16/Nov/2015.
- DOMINGUES, R. M. S. M. Processo de decisão pelo tipo de parto no Brasil: da preferência inicial das mulheres à via de parto final, **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 30 Sup:S101-S116; 2014.
- FERRAZ, T. R; NEVES, E. T. Fatores de risco para baixo peso ao nascer em maternidades públicas: um estudo transversal. **Revista Gaúcha Enfermagem (Online)** v. 32, n. 1, p. 86-92, 2011.
- FORMIGA, C. K. M. R et al. Comparação do desenvolvimento motor em prematuros de duas amostras regionais brasileiras. **Revista Brasileira Crescimento Desenvolvimento Humano**, São Paulo, v. 23, n. 3, p. 352-7, 2013.
- HERRERO, D et al. Escalas de desenvolvimento motor em lactentes: Test of Infant Motor Performance e a Alberta Infant Motor Scale. **Revista Brasileira Crescimento Desenvolvimento Humano**, São Paulo, v. 21, n. 1, p. 122-132, 2011.
- HOLDERBAUM, G. C. Fatores que afetam o desenvolvimento. Programa de Pós-graduação em Ciências do Movimento da ESEF, UFRGS, BRASIL. **Revista Digital**. Buenos Aires, v. 17, n. 170, p. 1, 2012.
- LEITE, F. M. C et al. Perfil socioeconômico e obstétrico de puérperas assistidas em uma maternidade filantrópica. **Cogitare Enfermagem**, v. 18, n. 2, p. 344-50, 2013.
- MELO, R. M et al. A Integralidade da Assistência no Contexto da Atenção Pré-Natal, **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, Fortaleza, v. 12, n. 4, p. 750-7, 2011.
- NARCHI, N. Z. Atenção pré-natal por enfermeiros na Zona Leste da cidade de São Paulo – Brasil. **Revista Escola de Enfermagem (USP)** São Paulo, v. 44, n. 2, p. 266-73, 2010.
- NASCIMENTO, F. M; RODRIGUEZ, M. B. Programa de orientação: como estimular a linguagem das crianças nascidas pré-termo. **Psicologia Teoria Prática**, São Paulo, v. 15, n. 2, p. 155-65, 2013.
- NICOLAU, C. M et al. Desempenho motor em recém-nascidos pré-termo de alto risco. **Revista Brasileira Crescimento Desenvolvimento Humano**, v. 21, n. 2, p. 327-334, 2011.
- RAMOS, H. A. C et al. Fatores de risco para prematuridade: pesquisa documental. **Esc. Anna Nery**, v. 13, n. 2, p. 297-304, 2009.
- SACCANI, R Trajetória motora de crianças brasileiras de 0 a 18 meses de idade: **Normalização da Alberta Infant Motor Scale para aplicação clínica e científica no Brasil**, 2013.

SANTANA, F. G et al. Relação entre a idade materna e condições perinatais no município de Augustinópolis-TO. **Revista Pesquisa Saúde**, v. 11, n. 3, p. 35-40, 2010.

SANTOS et al. Assistência pré-natal: Satisfação e expectativas. **Revista Rene**, v. 11, p. 61-71, 2010.

SASS, A et al. Resultados perinatais nos extremos da vida reprodutiva e fatores associados ao baixo peso ao nascer. **Revista Gaúcha Enfermagem**, v. 32, p. 352-8, 2011.

SILVA, W. F; GUEDES, Z. C. F. Tempo de aleitamento materno exclusivo em recém-nascidos prematuros e a termo. **Revista CEFAC**, São Paulo, v. 15, n. 1, p. 160-71, 2011.

SCANDIUZZI, M. M et al Resultados maternos e perinatais na ruptura prematura de membranas. **Revista Fac Ciências Médicas Sorocaba**, v. 16, n. 4, p. 178-81, 2014.

ZAMPIERI, M. F. M; ERDMANN, A. L. Cuidado humanizado no pré-natal: um olhar para além das divergências e convergências. **Revista Brasileira Saude Materno Infantil** v. 10, n. 3, p. 359-67, 2010.

FATORES REPRODUTIVOS E GINECOLÓGICOS EM MULHERES CLIMATÉRICAS COM E SEM INCONTINÊNCIA URINÁRIA

Sinara Porolnik

Curso de Pós-Graduação em Reabilitação Funcional, Universidade Federal de Santa Maria, RS - Brasil (UFSM)

Luana Farias dos Santos

Curso de Pós-Graduação em Reabilitação Funcional, Universidade Federal de Santa Maria, RS - Brasil (UFSM)

Thais Nogueira de Oliveira Martins

Curso de Pós-Graduação em Reabilitação Funcional, Universidade Federal de Santa Maria, RS - Brasil (UFSM)

Gustavo do Nascimento Petter

Curso de Pós-Graduação em Educação Física, Universidade Federal de Santa Maria, RS - Brasil (UFSM)

Hedioneia Maria Foletto Pivetta

Curso de Pós-Graduação em Reabilitação Funcional, Universidade Federal de Santa Maria, RS - Brasil (UFSM)

RESUMO: Objetivo: Verificar a relação da incontinência urinária (IU) especificamente com os fatores reprodutivos e ginecológicos em mulheres climatéricas. **Materiais e métodos:** Participaram do estudo 39 mulheres climatéricas, distribuídas em dois grupos: o grupo IU (GIU) com 19 mulheres e o grupo continente (GC) com 20 mulheres. Para delinear o perfil uroginecológico, assim como para correlacionar os dados do GIU e GC, foi aplicado um questionário semiestruturado com questões sociodemográficas e uroginecológicas. Para análise dos dados, foi utilizada estatística descritiva e os testes de Shapiro-Wilk, teste t de Student não pareado bicaudal, Teste U de Mann Whitney e o teste Qui-quadrado. O nível de significância adotado foi $p > 0,05$. **Resultados:** Não houve diferença estatística entre os grupos para idade média ($p=0,172$), idade da menopausa ($p=0,1330$), número de gestações ($p=0,2600$), tipo de parto ($p=0,4770$) e lesão perineal ($p=0,2600$). Já para as variáveis idade da menarca ($p=0,0320$), cirurgia ginecológica ($p=0,0080$) e infecção urinária de repetição ($p=0,0004$) houve diferença estatística entre os grupos. **Conclusão:** Em nosso estudo, a IU não parece estar relacionada a fatores reprodutivos de modo isolado. O envelhecimento em si não tem relevância estatística, porém, quando associado à menopausa, cirurgias ginecológicas e infecções urinárias de repetição é preditivo ao desenvolvimento de IU. **PALAVRAS - CHAVE:** Incontinência Urinária, Climatério, Mulheres.

INTRODUÇÃO

Como já está bem estabelecido pela literatura, a incontinência urinária (IU) é definida pela *International Continence Society* (ICS) – Sociedade Internacional de Continência como qualquer perda involuntária de urina (ABRAMS et al., 2002) que pode ocorrer em qualquer fase de vida da mulher, embora sua prevalência aumente com a idade (QASEEM et al., 2014; WU, 2014). A perda da continência urinária repercute negativamente na qualidade de vida das pessoas e constitui um grande problema de saúde pública (BETTEZ et al., 2012), acarretando prejuízos financeiros, sociais e emocionais (BERNARDS et al., 2014).

A etiologia da IU é multifatorial (LU et al., 2016; KOKABI; YAZDANPANA, 2016), pois envolve uma série de condições que podem estar implicadas no surgimento da patologia. Dentre as várias manifestações que podem estar associadas a IU, destacam-se os fatores predisponentes do espectro feminino como o climatério, pela depleção folicular ovariana e consequente redução dos níveis de estrogênio (DELLÚ et al., 2016), a gestação pelas alterações mecânicas e hormonais, o parto vaginal, pela possibilidade de promover lesões traumáticas de fâscias e da musculatura esfinteriana (STOTHERS; FRIEDMAN, 2011; KOKABI; YAZDANPANA, 2016), e as cirurgias ginecológicas, devido às lesões miofasciais, nervosas e isquêmicas que podem ocorrer pelo trauma cirúrgico, principalmente nas histerectomias (STOTHERS; FRIEDMAN, 2011; KIRSS, et al., 2013).

Mediante os estudos já realizados e disponíveis no campo científico, evidenciou-se que a IU pode estar relacionada a inúmeros outros fatores, como as infecções urinárias de repetição, (DELLÚ et al., 2016; GAIBULLAEV; ISKANDAROVA ABDURIZAEV, 2016) diabetes, constipação, obesidade, incontinência fecal (LINDE et al., 2016). Diante disso, o objetivo deste estudo foi verificar a relação da IU especificamente com os fatores reprodutivos e ginecológicos em mulheres climatéricas atendidas pela fisioterapia em um hospital escola do Sul do Brasil.

MATERIAIS E MÉTODOS

O presente estudo é vinculado ao projeto “Atenção fisioterapêutica à mulher climatérica: aspectos de incontinência urinária e oncologia mamária” que foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Instituição responsável, sob o Parecer nº 912.830. Todas as participantes receberam um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) individualmente e, após a explicação de eventuais dúvidas, assinaram concordando em participar do estudo.

O estudo é do tipo transversal, comparativo e descritivo com abordagem quantitativa dos dados e foi realizado no ambulatório de fisioterapia de um Hospital Escola da região central do Rio Grande do Sul e em um serviço de atenção secundária à saúde do Município em questão, locais de referência para a interação ensino-serviço em saúde. A coleta dos

dados ocorreu no período de junho de 2015 a março de 2016.

A amostra foi do tipo não probabilística acidental e todas as mulheres que estavam em atendimento fisioterapêutico foram recrutadas. Participaram do estudo 39 mulheres climatéricas, as quais foram estratificadas em dois grupos: o grupo incontinência urinária (GIU) com 19 mulheres e o grupo continente (GC) com 20 mulheres.

Os dados foram coletados por questionário padronizado para o estudo original e validado pelos pesquisadores. No processo de validação não houveram mudanças no instrumento. Para delinear o perfil uroginecológico da amostra, assim como para correlacionar os dados do GIU e GC foi aplicado um questionário semiestruturado com questões sociodemográficas e uroginecológicas. As variáveis analisadas foram: idade da menarca, idade da menopausa, número de gestações, tipo de parto, infecção urinária de repetição, lesão perineal no momento do parto e cirurgias ginecológicas anteriores. Quanto a realização de cirurgias ginecológicas, para esse estudo foram consideradas a histerectomia total ou parcial, ooforectomia, salpingectomia, colpoperineoplastia, colposuspensão retropública (Burch) ou Sling.

Inicialmente, a análise dos dados foi através da estatística descritiva para representação dos grupos. E para a escolha dos testes de hipóteses foi realizado o teste de normalidade de Shapiro-Wilk. Já para a análise das diferenças entre grupos, para variáveis simétricas foi utilizado teste t de Student não pareado bicaudal, e para as assimétricas foi utilizado Teste U de Mann Whitney. Para comparação das variáveis categóricas foi utilizado o teste Qui-quadrado ou teste exato de Fisher de acordo com a tabela de contingência. O nível de significância adotado foi de $p < 0,05$ para todos os testes.

RESULTADOS

Participaram do estudo 39 mulheres com média de idade de $61,16 \pm 13,02$ anos para o GIU e $55,70 \pm 11,43$ anos para o GC ($p=0,172$). A maioria eram casadas em ambos os grupos 63,15% para o GIU e 55% para o GC. Quanto a raça, a maior parte das voluntárias se autodeclararam brancas sendo 94,73% e 90% para o GIU e GC, respectivamente. Em relação ao nível de escolaridade as voluntárias do GIU, 47,36% apresentaram ensino fundamental incompleto, 26,31% ensino médio completo, 10,52% ensino superior incompleto e 15,79% ensino superior completo. Para as do GC 30% apresentaram ensino fundamental incompleto, 10% ensino fundamental completo, 5% ensino médio incompleto, 40% ensino médio completo e 15% ensino superior completo.

Os dados relativos as variáveis reprodutivas e uroginecológicas das mulheres avaliadas estão apresentados na tabela 1.

	GIU (n=19)	GC (n=20)	valor p
Idade Menarca (anos)	13,05±2,22	11,08±1,47	0,0320*
Idade Menopausa (anos)	47,29±4,18	45,11±3,77	0,1330
Nº de gestações	2,79±1,58	2,35±1,04	0,2610
Tipo de parto			
Vaginal	12 (63,15)	10 (50)	
Cesáreo	2 (10,52)	6 (30)	0,4770
Ambos	3 (15,78)	3 (15)	
Lesão perineal			
Sim	6 (31,57)	3 (15)	0,2600
Não	13 (68,42)	17 (85)	
Cirurgia Ginecológica			
Sim	11 (57,89)	3 (15)	0,0080#
Não	8 (42,10)	17 (85)	
Infecção Urinária de Repetição			
Sim	9 (47,36)	0 (0)	0,0004#
Não	10 (52,63)	20 (100)	

Tabela 1- Variáveis reprodutivas e uroginecológicas das mulheres avaliadas.

Valores expressos em Média ± Desvio Padrão (DP) ou n (%). *: teste U de Mann Whitney, # Qui-quadrado, $p < 0,05$.

DISCUSSÃO

A IU é um problema de saúde pública que atinge mulheres de todas as faixas etárias (SENSOY et al., 2013), no entanto sabe-se que quanto maior a idade, maior a possibilidade de desenvolvimento da IU (TAMANINI et al., 2009; LIU et al., 2014). Com o envelhecimento, o trato urinário pode apresentar alterações fisiológicas e estruturais que podem comprometer a contratilidade do músculo detrusor e do esfíncter uretral (LUI et al., 2014). Entretanto, estudos anteriores encontraram que não apenas o envelhecimento, mas a associação dele com as doenças crônicas foi determinante para o desenvolvimento da IU (ASEMOTA et al., 2016; MARKLAND et al., 2011).

A idade, em nosso estudo, não foi considerada um fator de risco isolado para o desenvolvimento de IU ($p=0,172$). Isso pode ser explicado pelo fato de que embora a IU aumente com o passar da idade, ambos os grupos foram similares quanto a faixa etária e no que tange a questão hormonal, ambos grupos de mulheres já estavam na menopausa, não sendo este o fator preponderante para a perda urinária, quando comparação entre grupos. Isso demonstra ainda que outros fatores da vida da mulher estão implicados no desenvolvimento da IU (LU et al., 2016).

A análise dos fatores ginecológicos demonstrou que a menopausa também não se mostrou fator de risco isolado ($p=0,133$), possivelmente pelo fato de que os grupos

se mostraram homogêneos quanto a essa variável. A deficiência hormonal devido a menopausa e, conseqüentemente, a flacidez e a diminuição da força muscular, podem estar relacionadas a perda da funcionalidade do assoalho pélvico e, neste caso, a perda de urina (ALBUQUERQUE et al., 2011).

Em relação a menarca, os resultados encontrados foram semelhantes aos achados do estudo com mulheres chinesas (GE et al., 2011; LIU et al., 2014), no qual a idade da menarca foi considerada como fator de risco para o desenvolvimento da IU, pois o ciclo menstrual e o sistema urinário são controlados pelo complexo hipotalâmico e disfunções nessa estrutura podem afetar simultaneamente estes dois sistemas, causando uma menarca tardia e disfunções no trato urinário inferior. Além disso, o estrogênio é um hormônio importante nas funções do sistema urinário do trato inferior e funciona como fator de proteção para a IU (DELLÚ et al., 2016).

Em relação as variáveis reprodutivas, não foram observadas diferenças significativas entre os grupos quanto ao número de gestações ($p=0,261$) e o tipo de parto ($p=0,477$). Possivelmente, isso pode ter ocorrido pelo fato de que as variáveis foram estudadas isoladamente, porém, sabe-se que a IU é multifatorial (LU et al., 2016). Talvez, outros dados tivessem que ser avaliados como, por exemplo, o peso do RN ao nascer e o ganho ponderal materno durante a gestação, o que implica em sobrecarga e lesão no assoalho pélvico.

A gravidez exerce importante influência sobre o trato urinário, pois no período gravídico os tecidos de suporte pélvico se modificam em função das alterações anatômicas e hormonais e essas alterações combinadas a outros fatores, como o ganho de peso durante à gestação podem predispor à fraqueza dos músculos do assoalho pélvico, principalmente quando combinados à múltiplas gestações (SANGSAWANG; SANGSAWANG, 2013; MORKVED; BO, 2014; GE et al., 2015; LIU et al. 2014).

No estudo, ambos grupos apresentaram multiparidade, o que corrobora com a observação deste fator de risco em estudos anteriores (LINDE et al., 2016; LIU et al., 2014; GE et al., 2011), pelo fato desta exercer provável efeito cumulativo sobre a IU, pois quanto maior o número de partos, maior a probabilidade de lesões na musculatura pélvica (SINGH et al., 2013; LIU et al., 2014). Porém, há controvérsias na literatura e assim como no nosso estudo ($p=0,261$) a paridade isoladamente, não foi considerada fator de risco isolado para a IU (SILVA et al., 2017; DELLÚ et al., 2016).

No presente estudo, as variáveis reprodutivas não estavam relacionadas ao desenvolvimento de IU. Estudos anteriores, apontaram que as mulheres que realizaram parto vaginal estavam mais suscetíveis ao desenvolvimento da IU (LINDE et al., 2016; KOKABI; YAZDANPANA, 2016). Porém, em estudo com 1004 mulheres (MCKINNIE et al., 2005), não foi encontrado diferença no risco de IU entre mulheres que realizaram parto cesáreo e as que realizaram parto normal, estando a IU ligada a outros fatores, como a todo o processo de gestação e não somente ao tipo de parto.

Sabe-se que, as infecções do trato urinário (ITU) recorrentes estão relacionadas com a IU (DELLÚ et al., 2016; GAIBULLAEV et al., 2016). Essa afirmação, pode ser comprovada por esse estudo, uma vez que as mulheres do GIU apresentaram mais infecções de repetição comparativamente ao GC ($p=0,0004$). Acredita-se que as ITU provoquem a hiperreflexia do músculo detrusor causando sintomas irritativos a bexiga que levam ao aumento da frequência e também a urgência das micções (TOZUN; AYRANCI; UNSAL, 2009; SILVA; D'ELBOUX, 2012). Alterações no sistema imunológico e a queda dos níveis de estrogênio em função do envelhecimento podem ser outros possíveis mecanismos que expliquem a relação da IU com as ITU (SILVA, D'ELBOUX, 2012).

No estudo em questão, não foi encontrado relação entre a IU e a lesão perineal (foi considerado qualquer tipo de lesão perineal, como por exemplo episiotomia, laceração entre outras), possivelmente porque poucas mulheres da amostra sofreram essa lesão, não se mostrando um achado relevante. Estudos sobre a associação entre a lesão perineal e a IU mostram resultados conflitantes. Segundo Leeman et al., (2016), a lesão perineal não teve associação com a IU, apenas apresentou força muscular diminuída e maior risco de apresentar dor perineal. Já no estudo realizado em São Paulo, onde 500 mulheres foram acompanhadas por 7 meses após o parto, os autores identificaram que as mulheres ao realizarem o parto vaginal, em quase sua totalidade tiveram a necessidade de fazer a episiotomia, em consequência deste achado os autores verificaram que a força muscular do assoalho pélvico é menor nas mulheres com parto vaginal em relação as mulheres que fizeram cesariana e essa alteração da força muscular pode ter grandes influências da lesão causada pelo trauma perineal (ZIZZI et al., 2017).

Quanto às cirurgias ginecológicas, foi observado diferença significativa entre os grupos ($p=0,008$), corroborando com o resultado de outra pesquisa que encontrou relação entre as cirurgias ginecológicas e IU em mulheres climatéricas (DELLÚ et al., 2016). Sabe-se que os processos cirúrgicos levam a formação de fibroses e aderências, além de interferir sobre o funcionamento dos órgãos, que podem modificar a relação visceral de forma estática (de posicionamento) e dinâmica (mobilidade/motilidade), ou ainda, acarretar alterações na inervação dos órgãos e da musculatura pélvica, e com isso, predispor ao desenvolvimento da IU (JĘDRZEJCZYK et al., 2010). No entanto, em estudo com 1067 mulheres, realizado em Wuhan na China, que investigou a realização de cirurgias ginecológicas não foi associado a prevalência de IU (LU et al., 2016).

Uma das principais limitações desse estudo, é que devido este ser transversal não é possível apontar relações de causa e efeito, além disso, não foram controlados o peso do bebê ao nascer, o grau de lesão perineal e as vias de acesso para a realização das cirurgias ginecológicas. No entanto, potencializa os achados que as cirurgias ginecológicas e as infecções recorrentes estão associadas ao desenvolvimento da IU.

CONCLUSÃO

Em nosso estudo, a IU não parece estar relacionada a fatores reprodutivos de modo isolado. O que se observa é que o envelhecimento em si não tem relevância estatística, porém, quando associado a mulheres menopausadas e que já passaram por cirurgias ginecológicas e tiveram infecções urinárias de repetição é preditivo ao desenvolvimento de IU.

REFERÊNCIAS

- ABRAMS, P et al. The standardisation of terminology of lower urinary tract function: report from the Standardisation Sub-committee of the International Continence Society. **Neurourology and Urodynamics**, v. 21, n. 2, p. 167-178, 2002.
- ALBUQUERQUE, M. T. et al. Correlação entre as queixas de incontinência urinária de esforço e o pad test de uma hora em mulheres na pós-menopausa. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 33, n. 2, p. 70-74, 2011.
- ASEMOTA, O. et al. Prevalence of Self-reported Urinary Incontinence in Community-dwelling Older Adults of Westmoreland, Jamaica. **MEDICC Review**, v. 18, n. 1-2, p. 41-45, 2016.
- BETTEZ, M. et al. Update: Guidelines for Adult Urinary Incontinence Collaborative Consensus Document for the Canadian Urological Association. **Canadian Urological Association Journal**, v. 6, n. 5, p. 354–363, 2012.
- BERNARDS, A. et al. Dutch guidelines for physiotherapy in patients with stress urinary incontinence: an update. **International Urogynecology Journal**, v. 25, n. 2, p. 171–179, 2014.
- DELLÚ, M. C. et al. Prevalence and factors associated with urinary incontinence in climacteric. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 62, n. 5, p. 441-446, aug, 2016.
- GAIBULLAEV, A. A.; ISKANDAROVA, G. T.; ABDURIZAEV, A. A. Prevalence and risk factors for urinary incontinence in women living in the South Priaralye region. **Urologiia**, n. 2, p. 37-42, apr, 2016.
- GE, J. et al. Prevalence and Risk Factors of Urinary Incontinence in Chinese Women: A Population-Based Study. **Asia-Pacific Journal of Public Health**, v. 27, n. 2, p. 1118 –1131, dec, 2015.
- JĘDRZEJCZYK, S. et al. Urinary incontinence after obstetric-gynecological surgery--urodynamic studies. **Ginekologia Polska**, v. 81, n. 5, p. 370-373, may, 2010.
- KIRSS, F. et al. Prevalence and risk factors of urinary incontinence among Estonian postmenopausal women. **Springer Plus**, v. 2, p. 524, oct, 2013.
- KOKABIA, R.; YAZDANPANA, D. Effects of delivery mode and sociodemographic factors on postpartum stress urinary incontinency in primipara women: A prospective cohort study. **Journal of the Chinese Medical Association**, v. 80, n. 8, p. 498-502, aug, 2016.
- LEEMAN, L. et al. The Effect of Perineal Lacerations on Pelvic Floor Function and Anatomy at 6 Months Postpartum in a Prospective Cohort of Nulliparous Women. **Birth**, v. 43, n. 4, p. 293-302, dec, 2016.
- LINDE, J. M. et al. Urinary incontinence in the Netherlands: Prevalence and associated risk factors in adults. **Neurourology and Urodynamics**, v. 36, n. 6, p. 1519-1528, aug, 2016.

- LIU, B. et al. Prevalence and risk factors of urinary incontinence among Chinese women in Shanghai. **International Journal of Clinical and Experimental Medicine**, v. 7, n. 3, p. 686-696, mar, 2014.
- LU, S. et al. Prevalence and Risk Factors of Urinary Incontinence among Perimenopausal Women in Wuhan. **Journal of Huazhong University of Science and Technology**, v. 36, n. 5, p. 723-726, oct, 2016.
- MARKLAND, A. D. et al. Prevalence and Trends of Urinary Incontinence in Adults in the United States, 2001 to 2008. **The Journal of Urology**, v. 186, n. 2, p. 589-593, 2011.
- MCKINNIE, V. et al. The effect of pregnancy and mode of delivery on the prevalence of urinary and fecal incontinence. **American Journal of Obstetrics and Gynecology**, v. 193, n. 2, p. 512-7, 2005.
- MORKVED, S.; Bo, K. Effect of pelvic floor muscle training during pregnancy and after childbirth on prevention and treatment of urinary incontinence: a systematic review. **British Journal of Sports Medicine**, v. 48, n. 4, p. 299-310, 2014.
- QASEEM, A. et al. Nonsurgical Management of Urinary Incontinence in Women: A Clinical Practice Guideline From the American College of Physicians. **Annals of Internal Medicine**, v. 161, n. 6, p. 429-440, 2014.
- SANGSAWANG, B.; SANGSAWANG, N. Stress urinary incontinence in pregnant women: a review of prevalence, pathophysiology, and treatment. **International Urogynecology Journal**, v. 24, n. 6, p. 901-912, 2013.
- SILVA, V. A.; D'ELBOUX, M. J. Fatores associados à incontinência urinária em idosos com critérios de fragilidade. **Texto & Contexto: Enfermagem**, v. 21, n. 2, p. 338-347, 2012.
- SILVA, M. E. T. et al. Biomechanical properties of the pelvic floor muscles of continent and incontinent women using an inverse finite element analysis. **Computer Methods in Biomechanics and Biomedical Engineering**, v. 20, n. 8, p. 842-852, 2017.
- SINGH, U. et al. Prevalence and risk factors of urinary incontinence in Indian women: A hospital-based survey. **Indian Journal of Urology: IJU: Journal of the Urological Society of India**, v. 29, n. 1, p. 31-36, 2013.
- SENSOY, N. et al. Urinary incontinence in women: prevalence rates, risk factors and impact on quality of life. **Pakistan Journal of Medical Sciences**, v. 29, n. 3, p. 818-822, 2013.
- STOTHERS, L.; Friedman, B. Risk Factors for the Development of Stress Urinary Incontinence in Women. **Current Urology Reports**, v. 12, p. 363-369, 2011.
- TAMANINI, J. T. N. et al. Analysis of the prevalence of and factors associated with urinary incontinence among elderly people in the Municipality of São Paulo, Brazil: SABE Study (Health, Wellbeing and Aging). **Cadernos de Saúde Pública**, v. 25, n. 8, p. 1756-1762, 2009.
- TOZUN, M.; AYRANCI, U.; UNSAL, A. Prevalence of Urinary Incontinence among Women and Its Impact on Quality of Life in a Semirural Area of Western Turkey. **Gynecologic and Obstetric Investigation**, v. 67, p. 241-249, 2009.
- WU, J. M. et al. Prevalence and Trends of Symptomatic Pelvic Floor Disorders in U.S. Women. **Obstetrics and Gynecology**, v. 123, n. 1, p. 141-148, 2014.
- ZIZZI, P. T. et al. Women's pelvic floor muscle strength and urinary and anal incontinence after childbirth: a cross-sectional study. **Revista Escola de Enfermagem USP**, v. 51, p. 1-8, 2017.

SOBRE OS ORGANIZADORES

GÉSSICA BORDIN VIERA SCHLEMMER - Fisioterapeuta graduada pela Universidade Franciscana (UFN). Mestre em Gerontologia pela Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Doutoranda em Educação em Ciências: Química e Saúde da Vida pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). E-mail: gessicabordinviera@yahoo.com.br , <http://lattes.cnpq.br/0300134280770470>

GUILHERME TAVARES DE ARRUDA - Fisioterapeuta graduado pela Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Mestrando em Ciências da Reabilitação pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). E-mail: gui_tavares007@hotmail.com , <http://lattes.cnpq.br/3473188802626741>

DEISE IOP TAVARES - Fisioterapeuta graduada pela Universidade Franciscana (UFN). Mestranda em gerontologia pela Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Email: deiseiop@hotmail.com <http://lattes.cnpq.br/3335054191445007>

TAMIRES DAROS DOS SANTOS - Fisioterapeuta graduada pela Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Mestre em Reabilitação Funcional pela Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Doutoranda em Distúrbios da Comunicação Humana pela Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Email: tamires.daros@gmail.com , <http://lattes.cnpq.br/2644450723580402>

ALINE DOS SANTOS MACHADO - Fisioterapeuta graduada pela Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Mestre em Gerontologia pela Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Email: ali.fisio13@gmail.com , <http://lattes.cnpq.br/3614686543890810>

ALECSANDRA PINHEIRO VENDRUSCULO - Fisioterapeuta graduada pela Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Mestre em Ciências do Movimento Humano pela Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Professora assistente da Universidade Franciscana (UFN). E-mail: alec@ufn.edu.br <http://lattes.cnpq.br/0943137724316875>

HEDIONEIA MARIA FOLETTO PIVETTA - Fisioterapeuta, Doutora em Educação pela Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Docente do Departamento de Fisioterapia e Reabilitação da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Email: hedioneia@yahoo.com.br , <http://lattes.cnpq.br/9518521941876440>

MELISSA MEDEIROS BRAZ - Fisioterapeuta, Doutora em Engenharia de Produção pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Docente do Departamento de Fisioterapia e Reabilitação da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). E-mail: melissabraz@hotmail.com <http://lattes.cnpq/3515748001130422>

**ATENÇÃO FISIOTERAPÊUTICA NA SAÚDE DA MULHER:
PRINCÍPIOS DE UMA
ABORDAGEM INTEGRAL**



www.atenaeditora.com.br 

contato@atenaeditora.com.br 

@atenaeditora 

www.facebook.com/atenaeditora.com.br 

**ATENÇÃO FISIOTERAPÊUTICA NA SAÚDE DA MULHER:
PRINCÍPIOS DE UMA
ABORDAGEM INTEGRAL**



www.atenaeditora.com.br 

contato@atenaeditora.com.br 

@atenaeditora 

www.facebook.com/atenaeditora.com.br 