

Contribuição da Assistência de Enfermagem Obstétrica Pré-Natal: Educação para prevenção e correção da Incontinência Urinária de Esforço (IUE)

The contribution of prenatal obstetric nursing care: education for prevention and correction of Stress Urinary Incontinence (SUI)

La contribución de los cuidados obstétricos prenatales de enfermería: educación para la prevención y corrección de la Incontinencia Urinaria de Esfuerzo (IUE)

*Júnia Leonne Dourado de Almeida Lima**

*Geraldo Mota de Carvalho***

*Alder Antônio Martins****

RESUMO: A incontinência urinária de esforço (IUE) é uma afecção de etiologia multifatorial que acomete mulheres em diferentes faixas etárias tendo como principal fator de risco a gestação e o parto. Trata-se de uma revisão bibliográfica objetivando analisar a relação da gestação com o desenvolvimento da IUE, destacando a assistência de enfermagem no auxílio à detecção desses fatores e enfatizando a contribuição dos exercícios de fortalecimento do assoalho pélvico. Para a realização presente estudo utilizou-se os bancos de dados Pubmed, Medline, Lilacs e Scielo, tendo como critério de inclusão, artigos nos idiomas português e inglês, cujo tema é a gestação em sua relação com IUE. Encontrou-se 29 artigos, desses 24 relacionavam a gravidez como principal fator de risco para IUE e cinco tratavam de exercícios de fortalecimento do assoalho pélvico durante a gestação. Conclui-se que a gestação, por si só, é um fator de risco significativo para ocorrência da IUE. Sugere-se que o enfermeiro incorpore na consulta de enfermagem obstétrica pré-natal a avaliação da força dos músculos do assoalho pélvico e o questionamento sobre perda urinária antes e durante a gestação, valorizando as queixas urinárias, atentando para o índice de massa corpórea elevado e constipação. Além disso, deve-se educar gestante a respeito dos exercícios perineais de Kegel, tanto para a prevenção e a correção da IUE.

PALAVRAS-CHAVE: Gravidez. Assoalho Pélvico. Incontinência Urinária de Esforço.

ABSTRACT: Stress urinary incontinence (SUI) is a disease of multifactorial etiology that affects women in different ages and has as its main risk factor pregnancy and delivery. This bibliographic survey aimed to analyze the relationship between pregnancy and the development of SUI, emphasizing nursing assistance in helping the detection of these factors, mainly the contribution of pelvic floor strengthening exercises. For its accomplishment the following databases were used: Pubmed, Medline, Lilacs and Scielo, having as inclusion criteria papers in Portuguese and English approaching pregnancy in its relationship with SUI. Twenty-nine papers were found among them twenty-four pointed out pregnancy as the main risk factor for SUI and five treated pelvic floor strengthening exercises during pregnancy. We conclude that pregnancy is by itself a significant risk factor for SUI. It is suggested that the nurse integrate to prenatal consultation the evaluation of pelvic floor muscles strength and question about urine loss before and during pregnancy, valuing urinary problems complaints and observing a high body mass index and constipation. Besides this, pregnant women should be taught Kegel pelvic floor exercises for SUI prevention and treatment.

KEYWORDS: Pregnancy. Pelvic Floor. Stress Urinary Incontinence.

Resumen: La incontinencia urinaria de esfuerzo (IUE) es una enfermedad de etiología multifactorial que afecta a mujeres en diferentes edades y tiene como principal factor de riesgo el embarazo y el parto. Este estudio bibliográfico objetivó analizar la relación del embarazo con la ocurrencia de IUE, presentando la consulta de enfermería para la identificación del riesgo de esta alteración, enfatizando la contribución de ejercicios de fortalecimiento del suelo pelviano. Para la investigación se utilizaran los bancos de datos Pubmed, Medline, Lilacs y Scielo. Fueran encontrados veintinueve artículos, entre ellos veinticuatro relacionando el embarazo como factor de riesgo para IUE y cinco tratando de los ejercicios de fortalecimiento del suelo pelviano. Se concluye que el embarazo es un significante factor de riesgo para la ocurrencia de IUE. Se sugiere que el enfermero incorpore en la consulta prenatal la evaluación de la fuerza de los músculos del suelo pelviano y la pregunta acerca de pérdida de orina antes de y durante el embarazo, valorizando quejas urinarias, mirando índices elevados de masa corporal y constipación. Agregado a eso se debe educar la mujer embarazada acerca del valor de los ejercicios del suelo pelviano de Kegel para la prevención y tratamiento da IUE.

PALABRAS LLAVE: Embarazo. Suelo pelviano. Incontinencia urinaria.

* Enfermeira graduada pelo Centro universitário São Camilo, São Paulo.

** Enfermeiro obstetra. Professor Doutor. Docente dos cursos de graduação e pós-graduação em Enfermagem e coordenador do curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica do Centro Universitário São Camilo. E-mail: enfobstetrica@scamilo.edu.br

*** Enfermeiro obstetra. Docente da Disciplina Enfermagem na Saúde da Mulher do Centro Universitário São Camilo.

Introdução

A Incontinência Urinária de Esforço (IUE) é a queixa da perda involuntária de urina durante esforço ou exercício físico ou ao espirrar ou tossir, que pode ocorrer por alterações anatômicas como a hiper-mobilidade do colo vesical e a deficiência do mecanismo esfinteriano (Abrams et al, 2002). É uma afecção de etiologia multifatorial que acomete várias mulheres de diferentes idades, independente de qualquer classe econômica ou padrão cultural, afetando negativamente a qualidade de vida (Wakavaiachi et al, 2001). C que causa um grande impacto social e psicológico como sentimentos de inferioridade, nervosismo, dificuldades para realizar as atividades da vida diária e vergonha de sair de casa, além do desconforto causado pelo odor de urina (Chiafarino et al, 2003).

A IUE acomete 50% das mulheres, sobretudo as mais jovens, sendo os sintomas agravados com decorrer do avanço da idade. É considerado um problema de Saúde Pública, com base nos índices elevados de incidência e prevalência e em decorrência dos custos que acarreta e do comprometimento acentuado da qualidade de vida de milhões de mulheres em todo o mundo (Agostinho et al, 2005).

Os fatores de risco para a IUE são a gravidez, o parto, a menopausa, a obesidade e cirurgias ginecológicas, como a histerectomia. Sendo a gravidez e o parto os principais responsáveis por essa afecção (Amaro et al, 2005).

Há quem diga que o parto vaginal, apesar de ser um processo fisiológico, pode causar lesões dos músculos do assoalho pélvico e do nervo pudendo por estiramento dos tecidos e fâscias, alternando o sistema de sustentação dos órgãos pélvicos (Barbosa et al, 2005; Gameiro; Amaro et al, 2005). Por ou-

tro lado, estudos epidemiológicos demonstram que o parto cesáreo não protege o assoalho pélvico, pois mesmo dando à luz somente por essa via de parto, algumas mulheres desenvolvem incontinência urinária- IU (Lal, 2003; Mckinnie et al, 2005).

De acordo com Meyer et al. (1998) a IUE persiste no puerpério em 29% das mulheres que apresentaram perda urinária durante a gestação e em 16% das mulheres que tiveram uma gestação contida, sendo considerada uma das principais causas de morbidade no puerpério (Chiarelli et al, 1999).

O sintoma da IU na gestação pode ser em razão de alterações fisiológicas, sobretudo pelo aumento da concentração dos hormônios progesterona e relaxina, além das próprias adaptações mecânicas que ocorrem pela evolução do útero gravídico, destacam Meyer et al (1998).

Haja vista que a IUE é de etiologia multifatorial, que a gestação é um fator significativo para seu desenvolvimento. A profilaxia é um fator determinante na vida da mulher, pois as estruturas que suportam os órgãos pélvicos necessitam adaptar-se à sobrecarga do peso e à passagem do feto durante o parto vaginal. Para isso, os exercícios perineais e o preparo dos músculos do assoalho pélvico durante o período gestacional são fundamentais para prevenir danos neuromusculares e a IUE (Gameiro, Amaro, 2005).

Assim, acreditando que uma oportunidade para a prevenção poderá iniciar-se na consulta de enfermagem no pré-natal; a gravidez é o período ideal para educar a mulher quanto à sua saúde. Nessa fase, ela tem um contato constante com médicos, enfermeiros e outros profissionais da saúde, sendo incentivada a melhorar seu estado físico pela própria gestação (Mc Lennan et al, 2005).

E ao considerar o enfermeiro, como um potencial educador que visa à promoção à saúde, este trabalho pretende discutir a importância de um cuidado pré-natal bem assistido, bem como de uma consulta de Enfermagem em obstetrícia bem direcionada para detecção de fatores de risco da IUE, além de poder ser uma excelente oportunidade para educar a mulher quanto à prevenção.

Atualmente, as mulheres estão tendo uma vida mais longa e procurando viver com mais qualidade de vida e sendo a IUE de alta prevalência e incidência, e a gestação como um dos fatores para seu desenvolvimento; por que não ensinar e educar a mulher sobre a função do assoalho pélvico e as consequências para essa região do corpo se a prática dos exercícios de fortalecimento perineal for negligenciada? Pois é muito triste escutar no cotidiano uma mulher dizer que perdeu o prazer de viver em função da IU, além de relatar o desinteresse sexual, a perda do companheiro e o término do relacionamento afetivo por causa desse problema.

Objetivo

Analisar a relação da gestação com a probabilidade da mulher vir a desenvolver IUE relacionando a assistência de Enfermagem no auxílio à detecção de fatores de risco para essa afecção, enfatizando a contribuição dos exercícios de fortalecimento dos músculos do assoalho pélvico de Kegel, na gestação.

Metodologia

Entre o período de 1998 a agosto de 2006, foi feita uma revisão bibliográfica, de trabalhos científicos que contempla a temática IU versus gestação, nos idiomas português, inglês e espanhol. Os estudos foram

identificados nos bancos de dados informatizados *Medline, Pubmed, Lilacs e Scielo*, utilizando-se das seguintes palavras-chave, que foram combinadas entre si: gravidez, assoalho pélvico, incontinência urinária, exercícios e ou *pregnancy, pelvic floor, urinary incontinence, exercises*.

Foram encontrados 24 artigos com relação à gravidez como fa-

tor etiológico da IU e cinco artigos sobre a eficácia dos exercícios de fortalecimento do assoalho pélvico durante a gestação para prevenção da IU. Em seguida estes foram tabulados em ordem cronológica, sendo seus resultados apresentados e discutidos em seguida. Além destes, foram utilizados outros estudos, também considerados

relevantes ao tema com o intuito de auxiliar no desenvolvimento do presente trabalho ampliando a discussão.

Resultados

Apresentamos a seguir uma síntese dos trabalhos encontrados.

Quadro 1. Síntese dos estudos encontrados com relação à gestação e ao desenvolvimento da incontinência urinária

Autores	Amostra	Conclusões
Marshall et al., 1998	7.771 gestantes.	Há uma relação significativa entre a paridade e a IU no puerpério. Sendo de grande importância o diagnóstico e tratamento precoce.
Meyer et al., 1998	49 nulíparas.	Sintomas de IUE estavam presentes em 46 gestantes (31%). Persistindo em dez mulheres no puerpério; dessas 21% teve parto vaginal e 34% tipo fórceps.
Chaliha et al., 1999	549 nulíparas entrevistadas após a 34ª semana de gestação e 3 meses de pós-parto.	Não conseguiu relacionar IU no puerpério com a fraqueza de colágeno.
Foldspang et al., 1999	4.345 gestantes.	A gravidez está relacionada ao desenvolvimento de IU, assim como outros fatores obstétricos.
Morkved e Bo, 1999	144 gestantes.	A prevalência de IU no puerpério é quase a mesma durante a gestação.
Thorp et al., 1999	123 gestantes.	A gravidez estava associada com um aumento da IU.
Chaliha et al., 2000	161 nulíparas avaliadas após a 34ª semana de gestação e 12 semanas de pós-parto.	Apesar da alta prevalência de IU relacionada à gravidez e o parto o estudo urodinâmico não encontraram nenhuma deficiência com relação à bexiga.
Persson et al., 2000	Análise de prontuários médicos.	O parto vaginal está fortemente associado com o desenvolvimento de IU de esforço e não foi encontrada nenhuma relação com a gestação por si só.
Viktrup e Lose, 2000	278 primíparas.	A IU durante a primeira gestação e puerpério prediz um risco aumentado o desenvolvimento de sintomas depois de cinco anos.
Spellacy, 2001	50 gestantes.	O parto vaginal é um dos principais fatores para o desenvolvimento de IU no puerpério. A idade, raça, episiotomia também são fatores contribuintes.
Wijma et al, 2001	117 nulíparas grávidas e 27 nulíparas não grávidas.	A prevalência de IU nas nulíparas grávidas era mais elevada (20%) que as não grávidas (4%).
Chaliha et al, 2002	161 nulíparas.	Sugere que a etiologia de IU no puerpério é multifatorial.
Hvidman et al, 2002	352 primíparas e 290 múltiparas.	A IU na gestação não ocorre somente pela gravidez, mas, sim, por concentrações hormonais aumentadas nesse período.
Viktrup, 2002	305 primíparas.	A primeira gravidez e o parto podem desencadear IU cinco anos mais tarde. Mulheres com IU após três meses do parto têm um risco aumentado de desenvolver sintomas urinários ao longo de sua vida.
Hvidman et al, 2003	3.900 gestantes.	A IU no puerpério pode ser primeiramente pela gravidez e secundariamente pelo próprio processo do parto.
Wijma et al, 2003	62 mulheres antes e depois da gestação. 27 nulíparas não grávidas.	Embora a gestação e o parto por via vaginal aumentem o grau da descida do colo vesical significativamente durante a tosse. A IU na gravidez aumenta o risco de desenvolver no puerpério.
Dietz et al, 2004	28 mulheres grávidas. 88 mulheres não grávidas.	As mulheres grávidas foram avaliadas entre 10-17ª semanas e depois na 32-39ª semanas. A mobilidade vesical e da uretra aumenta com o evoluir da gestação.

Quadro 1. Síntese dos estudos encontrados com relação à gestação e ao desenvolvimento da incontinência urinária

Autores	Amostra	Conclusões
Foldspang et al, 2004	1.232 gestantes.	A IU manifestada durante a gestação é um precursor crucial para seu desenvolvimento no puerpério.
Fritel et al, 2004	307 gestantes.	A IUE após a gravidez é multifatorial. Sendo os principais fatores: o envelhecimento, a incontinência precedente (antes ou durante a primeira gravidez), trabalho de parto prolongado e parto via vaginal.
Schytt et al, 2004	2.390 gestantes.	A IUE um ano após o parto é um sintoma comum, que poderia possivelmente ser reduzido se fosse identificado imediatamente no puerpério.
Stainton et al, 2005	124 gestantes.	Mulheres incontinentes antes da gravidez tem um risco aumentado de desenvolver IU no puerpério.
Mckinnie et al, 2005	1.004 gestantes.	A gravidez aumenta o risco para o desenvolvimento da IU. O parto cesáreo não diminui o risco de incontinência comparado com o parto vaginal.
Glazener et al, 2006	3.405 primíparas.	Idade materna avançada e o parto vaginal são fatores de risco para o desenvolvimento da IU.
Van Brummen et al, 2006	515 nulíparas.	Sintomas urinários ocorrem em quase todas as mulheres durante a gestação. Mas há uma alta prevalência de sintomas de bexiga hiperativa nessa fase.

Legenda: IU – Incontinência urinária. Fonte: Arquivo da pesquisadora.

Quadro 2. Síntese dos estudos encontrados sobre o treinamento dos músculos do assoalho pélvico na gestação para prevenção de incontinência urinária

Autores	Amostra	Protocolo	Conclusões
Ewings et al, 2005	234 mulheres	Não menciona	O treinamento para os MAP não ajudou a prevenir a IUE.
Salvesen et al, 2004	301 nulíparas	60 min, 1 vez / sem. Num período de 12 semanas (20ª a 36ª sem de gestação). Orientadas a realizar em casa de 8 a 12 contrações intensivas dos MAP, 2 vezes / dia.	Redução do tempo da segunda fase do trabalho de parto (expulsão) Redução o número de episiotomia. Não houve diferença do Apgar ou do pH da artéria umbilical.
Morkved et al, 2003	301 nulíparas	12 sem (20ª a 36ª sem de gestação), 1 vez / sem, por 60 min. O tempo de sustentação das contrações dos MAP era de 6 a 8 segundos e após era adicionado 3 a 4 contrações rápidas. Orientadas a realizar em casa de 8 a 12 contrações dos MAP, 2 vezes / dia.	Redução do risco para IUE em 33% na 36ª sem de gestação e de 39% em 3 meses pós-parto em relação ao grupo controle.
Reilly et al, 2002	268 primíparas	Gestantes com mobilidade do colo da bexiga. O treinamento foi iniciado na 20ª até a 40ª sem de gestação. Treinamento de 3 séries com 8 contrações sustentadas dos MAP por 6 segundos com descanso de 2 min entre as repetições. Sendo realizado 2 vezes / dia. Orientada a contrair os MAP antes de tossir e espirrar. Na 34ª sem de gestação aumentou o número de contrações dos MAP para 12, mantendo as três séries.	19,2% das gestantes do grupo de treinamento comparado com 32,7% do grupo controle informaram acentuada IU. Nenhuma mudança da mobilidade do colo da bexiga e nenhuma diferença na força dos MAP entre os grupos.
Sampselle et al, 1998	72 primíparas	Período de treinamento entre 20ª a 35ª sem de gestação. 30 contrações diárias do MAP com sustentação máxima que elas conseguissem	Houve um aumento da força muscular dos MAP. Aos 12 meses de puerpério, houve restituição do músculo perivaginal em ambos os grupos.

Legenda: MAP – Músculos assoalho pélvico Fonte: Arquivo da pesquisadora.
Sem – Semanas Min – Minutos

Discussão

A etiologia precisa da IU durante a gestação ainda é desconhecida, mas há uma série de hipóteses bastante controversas procurando relacionar seu aparecimento com alterações fisiológicas da gravidez. Estas estão relacionadas com: o crescimento na taxa de filtração glomerular que resulta em um aumento na excreção urinária; concentração elevada dos hormônios progesterona e relaxina; modificação na relação anatômica entre a bexiga e o útero de tamanho aumentado; incidência aumentada da instabilidade vesical; fraqueza congênita dos músculos do assoalho pélvico e estrutura uretrovesical sobrecarregada em mulheres obesas (Meyer et al, 1998).

Desse modo, a primeira hipótese está relacionada à ação dos hormônios relaxina e progesterona. A relaxina é considerada responsável pela dispersão das fibras de colágeno, interfere no mecanismo de continência urinária, mas não tem sua ação esperada. De acordo com o estudo de Kristiansson et al (2001), o nível elevado da concentração de relaxina diminui a prevalência da IU na gestação. Chaliha et al (1999), também, não encontraram nenhuma relação entre relaxina e IUE na gestação.

Recentemente, outra hipótese foi divulgada relacionada com a estrutura das fibras elásticas dos órgãos reprodutivos femininos. Durante a gestação e o parto, na área dos tecidos reprodutivos surgem mudanças profundas que incluem um desarranjo nas fibras elásticas. Uma inabilidade na reconstrução da rede de fibras elásticas pode produzir déficits estruturais e funcionais nesses tecidos, isto levou a sugerir que a resistência produzida pelas fibras elástica é importante na evolução dos tecidos pélvicos, depois do parto (Liu et al, 2006).

No entanto, os pesquisadores evidenciaram um fracasso para manter a homeostase das fibras elásticas em razão de desordens do assoalho pélvico, tendo ocorrido em razão da deficiência de uma proteína, denominada LOXL₁, responsável pela reposição das fibras elásticas no puerpério, o que sugere a possibilidade de um fracasso da homeostasia das fibras elásticas pela predisposição genética ou avanço da idade, podendo ser um dos fatores etiológicos da IU.

Wijma et al, (2001) encontraram um alargamento do ângulo uretrovesical (esse ângulo avalia a mobilidade da uretra) logo no início da gestação, o que contradiz a hipótese de que a pressão do crescimento uterino seja responsável pelo alargamento desse ângulo. Este resultado sugeriu que a qualidade do tecido conjuntivo do assoalho pélvico não é progressivamente influenciada pela gestação, isto é, as mudanças na qualidade do tecido conjuntivo ou no músculo do assoalho pélvico não são responsáveis pelas altas prevalências de IU na gestação.

Ao contrário Chaliha et al (2002) observaram em estudo urodinâmico que durante a gestação e puerpério as mudanças que ocorrem em função da bexiga, são consistentes com os efeitos de pressão do útero gravídico que não parece ser relacionado ao tipo de parto ou ao peso do recém-nascido. Isso faz com que a gestante apresente uma baixa capacidade vesical em razão da pressão do útero gravídico sobre a bexiga.

Apesar destas hipóteses ainda não serem bem estabelecidas, a maioria dos estudos longitudinais mostra uma alta taxa de prevalência de sintomas de incontinência urinária na gestação que se mantém no puerpério.

Várias evidências demonstram que a perda de urina na primeira

gestação aumenta a probabilidade de desenvolver IUE após o puerpério e permanecer ao longo da vida das mulheres (Viktrup et al, 2000; Hvidman et al, 2002; Foldspang et al, 2004; Stainton et al, 2005; McKinnie et al, 2005).

De acordo com Schytt et al (2004), a maioria das mulheres com sintomas de IU um ano após o parto é de múltiparas. Para outros autores, como Morkved, Bo (1999); e Stainton et al (2005), isto não é significativo, pois a prevalência de IU durante a gravidez é quase igual em primíparas (35%) e múltiparas (46%).

Um outro agravante para a IUE encontrado por vários estudiosos é a idade materna avançada, acima dos 30 anos (Foldspang et al, 2004; Fritel et al, 2004; Schytt et al, 2004; McKinnie et al, 2005; Glazener et al, 2006). Com o crescimento e o desenvolvimento profissional, as mulheres estão postergando a primeira gravidez o que pode colaborar para aumento das taxas de incidência da IU.

Além disso, grande parte dos autores encontrou o índice de massa corpórea elevado na gestação e significativa associação com IU (Hvidman et al, 2002; Schytt et al, 2004; McKinnie et al, 2005).

Autores, como Ewings et al (2005); Chiarelli et al (1999), observaram que a constipação intestinal crônica, também, está associada com a ocorrência de IU. Isso se agrava na gestação pelo fato de haver uma diminuição da motilidade intestinal.

Com base nestes dados, há necessidade urgente de se realizar atividades educativas e preventivas com a bexiga durante a gestação, para aumentar a saúde das mulheres na vida adulta e ao longo de suas vidas, o que poderia iniciar-se na consulta de enfermagem pré-natal, identificando os fatores de risco para IU, como: Índice de

massa corpórea elevado; hábitos intestinais inadequados; presença de constipação; sintomas urinários: episódios de perda involuntária de urina ao tossir, espirrar, agachar, levantar peso (na gestação atual ou em anteriores); e número de gestações e paridade.

O enfermeiro obstetra deve investigar os sintomas urinários, pois muitas gestantes ou mesmo puérperas não relatam por acharem que a perda de urina é normal e passageira o que, muitas vezes, além disso não acontecer, poderá haver agravantes em gestações futuras.

Ao toque vaginal, também, é preciso avaliar a força dos músculos do assoalho pélvico. Dessa forma, tem-se uma noção do conhecimento da consciência desses músculos pela mulher. Sendo isso, um dos principais dados a serem registrados no sentido de prevenção da IUE.

A partir desses dados, poder-se-ia orientar as gestantes quanto ao risco de ganho de peso, de mal funcionamento do intestino e sua relação com a incontinência urinária. Mostrando que a perda urinária, nessa fase, não é um sintoma normal e que independente da via de parto qualquer mulher poderia estar sujeita a sua ocorrência.

Desde 1948, Arnold Kegel enfatizou o valor dos exercícios de fortalecimento perineal na recuperação da função dos músculos do assoalho pélvico, em mulheres com IUE. Estes exercícios têm base no preceito de que os movimentos voluntários repetidos proporcionam aumento da força muscular (Amaro et al, 2001).

Entretanto, para que as mulheres assumam um comportamento preventivo em saúde, é preciso um trabalho de conscientização e educação por meio de informações, mostrando as mudanças do assoalho pélvico que podem ocorrer na gestação. É preciso ensinar às gestantes os exercícios de Kegel e sua

eficácia no fortalecimento dessa musculatura.

Nesse sentido, com vistas à educação em saúde o enfermeiro obstetra deve encorajar as mulheres a adotar e manter padrões de vida saudáveis.

Para Souza e Pierin (2002) “a educação em saúde inclui desenvolver e estimular o processo de mudança de hábitos e transformação no modo de viver”. Sendo assim, o enfermeiro obstetra tem papel destacado na equipe multiprofissional, devendo agir como um elemento catalizador das mudanças necessárias para a melhor qualidade de vida de suas clientes.

Em um programa de exercícios para os músculos do assoalho pélvico pode-se ensinar as mulheres a função desses músculos no controle do mecanismo da continência urinária, pois o aumento da força e da resistência muscular auxilia na sustentação da bexiga e no fechamento uretral. Isso é de grande importância para mulheres que pretendem engravidar, pois é esperado um declínio da força do assoalho pélvico da 20ª semana de gestação até seis semanas após o parto (Meyer et al., 2001).

Propõe-se, então, que as mulheres façam exercícios perineais durante a gestação, considerando-os uma forma de tratamento conservador eficaz para IUE, além de não causar nenhum efeito colateral.

Nesse propósito, Morkved, Bo (2003) aplicaram um programa de treinamento para fortalecimento dos músculos do assoalho pélvico durante as 20ª a 36ª semanas de gestação e tiveram como resultado um risco diminuído de desenvolver incontinência urinária na 36ª semana de gestação, permanecendo por três meses de pós-parto.

Estes resultados também são confirmados por Sampsel et al (1998), cujas gestantes que fize-

ram parte de um programa de treinamento para o assoalho pélvico da 20ª a 35ª semanas de gestação, obtiveram uma maior força dos músculos do assoalho pélvico na 6ª semana de puerpério, quando comparado com um grupo controle, mantendo até 12 meses de pós-parto. Com base nesses resultados, os autores recomendam exercícios no pré-natal e no puerpério e a mensuração da força dos músculos do assoalho pélvico em mulheres que pretendem engravidar, incentivando a realização de um programa de treinamento.

Entretanto, Reilly et al (2002) não encontraram muito benefício dos exercícios do assoalho pélvico, pois o número de mulheres que relatou IU no pós-parto foi semelhante para o grupo controle (19,2% contra 32,7% respectivamente). Estes autores estudaram mulheres com mobilidade do colo vesical, o que faz concluir que esse trabalho não tem um caráter preventivo.

Segundo Ewings et al (2005), os exercícios para os músculos do assoalho pélvico não ajudam a prevenir a IU no puerpério. Assim, verificaram outros fatores além da gravidez, como a constipação crônica e a episiotomia que interferem no mecanismo da continência urinária. Para estes autores, os exercícios fortalecem e aumentam o tônus muscular, mas não conseguem restaurar as fâscias rotas, o que limita a capacidade terapêutica desse recurso.

Os exercícios perineais, segundo Salvesen; Morkved (2004), podem reduzir o número de episiotomias e, também, a duração da segunda fase do trabalho de parto. Uma possível explicação para esses resultados é que a mulher ao realizar os exercícios perineais, aprende a ter consciência de contrair e relaxar os músculos do assoalho pélvico. No momento da expulsão do concepto, a mulher pode auxiliar sua saída,

participando ativamente do processo do parto e do nascimento.

Outro motivo segundo para o insucesso de um programa de treinamento perineal, segundo Ewings et al (2005) é a falta de motivação. No entanto, a motivação e a qualidade das informações são de grande relevância para que as mulheres conscientizem-se da importância dos exercícios e dessa forma levar a sério um programa de treinamento.

Trabalhar a motivação é o ponto principal para as mulheres aderirem ao treinamento e, dessa forma, adquirir um hábito de realizar os exercícios de forma rotineira, o que significa grande parte do sucesso do tratamento. Portanto, as consultas de enfermagem são

momentos ideais para cativar a gestante de maneira humanizada individualizada.

Considerações finais

A IUE é uma afecção de etiologia multifatorial sendo a gestação por si só um importante fator de risco significativo para seu desenvolvimento. Para tanto, há necessidade dos profissionais que trabalham na área da Saúde da Mulher incorporarem na consulta do pré-natal à avaliação da força dos músculos do assoalho pélvico, questionem sobre a perda de urina antes e durante a gestação, além de valorizar as queixas urinárias, atentando para dados como, o ín-

dice de massa corporal elevado e constipação.

Somado a isso, deve-se ensinar à gestante sobre os exercícios perineais de Kegel, pois eles exercem uma função fundamental na prevenção e correção da IU na gestação e no puerpério, além de ser considerado o único meio de se prevenir a IUE. Os exercícios podem ser iniciados na 20ª semana e finalizando na 36ª semana de gestação, podendo ser realizadas 40 contrações com tempo de sustentação de 10 segundos, diariamente.

Enfim a IUE é uma alteração que pode ser prevenida, mas, precisa da conscientização dos profissionais, para que sejam atentos aos principais fatores de risco em seu desenvolvimento.

REFERÊNCIAS

- Abrams P, Cardoso L, Fall M, Griffiths D, Rosier P, Ulmster U. et al. The Standardisation of terminology of lower urinary tract function: report from the Standardisation Sub-committee of the International Continence Society. *Neurourol Urodyn* 2002; 21:167-78.
- Agostinho AD et al. Epidemiologia da incontinência urinária feminina. In: Amaro LI et al. Reabilitação do assoalho pélvico nas disfunções urinárias e anorretais. São Paulo: Segmento Farma; 2005. p. 33-41.
- Amaro JL et al. Exercícios Perineais. In: Ribeiro RM, Rossi P, Pinotti JA. Uroginecologia e Cirurgia Vaginal. São Paulo: Roca; 2001. p. 63-72.
- Barbosa AMP, Carvalho LR, Martins AMC, Calderon IMP, Rudge MVC. Efeito da via de parto sobre a força muscular do assoalho pélvico. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.* 2005; 27(11): 677-82.
- Chiapparino F, Parazzini F, Lavezzari M, Giambanco V. Impact of urinary incontinence and overactive bladder on quality of life. *European Urology.* 2003; 43:535-38.
- Chaliha C, Kalia V, Stanton SL, Monga A, Sultan AH. Antenatal prediction of postpartum urinary and fecal incontinence. *Obstet Gynecol.* 1999; 94(5Pt 1): 689-94.
- Chaliha, C Khullar V, Stanton SL, Monga A, Sultan AH. Urinary symptoms in pregnancy: are they useful for diagnosis? *British Journal Obstetrics Gynaecology.* 2002; 109(10): 1181-83.
- Chiarreli P, Brown WJ. Leaking urine in Australian women: prevalence and associated conditions. *Women Health.* 1999; 29:1-13.
- Dietz HP, Eldridge A, Grace M, Clarke B. Does pregnancy affect pelvic organ mobility? *Aust N Z Obstet Gynaecol.* 2004; 6(44):517-20.
- Ewings P, Spencer S, Marsh H, O'sullivan M. Obstetric risk factors for urinary incontinence and preventative pelvic floor exercises: cohort study and nested randomized controlled trial. *Journal Obstet Gynaecol.* 2005; 25(6): 558 – 64.
- Foldspang A, Hvidman L, Mommesen S, Nielsen JB. Risk of postpartum incontinence associated with pregnancy and mode of delivery. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2004; 83(10): 923 – 27.
- Fritel X, Fauconnier A, Levet C, Bénifla JL. Stress incontinence 4 years after the first delivery: a retrospective cohort survey. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2004; 10(83):941-45.
- Gameiro MO, Amaro JL. Profilaxia da Incontinência urinária. Cap. 12. In: Amaro JL, et al. Ribeiro RM Reabilitação do assoalho pélvico. São Paulo: Segmentofarma; 2005. p. 50-9.
- Glazener CMA, Herbison GP, Macarthur C, Lancashire R, McGee MA, Grant AM, Wilson PD. New postnatal urinary incontinence: obstetric and other risk factors in primiparae. *BJOG.* 2006; 113(2): 208 – 217.

- Hvidman L, Foldspang A, Mommsen S, Nielsen JB. Correlates of urinary incontinence in pregnancy. *Int Urogynecol J*. 2002; 13(5): 272 – 83.
- Hvidman L, Foldspang A, Mommsen S, Nielsen JB. Postpartum urinary incontinence. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2003; 82(6):556-63.
- Kristiansson P, Samuelsson E, Schoultz BV, Sva Rdsudd K. Reproductive hormones and stress urinary incontinence in pregnancy. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2001; 80(12):1125 – 30.
- Lal M. Prevention of urinary and anal incontinence: role of elective cesarean delivery. *Current Opinion in Obstetrics and Gynecology*. 2003; 15: 439 – 48.
- Liu X, Zha, Y, Pawlyk B, Damaser M, Li T. Failure of elastic fiber homeostasis leads to pelvic floor disorders. *American Journal of Pathology*. 2006; 168(2): 519-28.
- Marshall K, Thompson KA, Walsh DM, Baxter GD. Incidence of urinary incontinence and constipation during pregnancy an postpartum survey of current findings at the Rotunda Lying-in Hospital. *British Journal Obstet Gynaecol*. 1998;105(4):400-2.
- Mc Lennan MT, Melick CF, Alten B, Young J, Hoehn MR. Patients' knowledge of potential pelvic floor changes associated with pregnancy and delivery. *Int Urogynecol J*. 2005; 107(12):22 – 26.
- Mckinnie V, Swift SE, Wang W, Woodman P, O' Boyle A, Kahn M, Valley M, Bland D, Schaffer J. The effect of pregnancy and mode of delivery on the prevalence of urinary and fecal incontinence. *Am J Obstet Gynecol*. 2005; 193(2):512 – 17.
- Meyer S, Schreyer A, De Grandi P, Hohifeld P. The effects of birth on urinary continence mechanisms and other pelvic-floor characteristics. *Obstet Gynecol*. 1998; 92(4Pt1): 613 – 18.
- Meyer S, Hohlfeld P, Achartari C, De Grand P. Pelvic floor education after vaginal delivery. *Obstet Gynecol*. 2001; 97(5Pt1): 673 – 77.
- Morkved S, Salvesen KA, Bo K, Eik-Nes S. Pelvic floor muscle strength and thickness in continent and incontinent nulliparous pregnant women. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct*. 2004; 15(6): 384-89.
- Morkved S, Bo K, Schei B, Salvasen KA. Pelvic floor muscle strength training during pregnancy to prevent urinary incontinence: single-blind randomized controlled trial. *Obstet Gynecol*. 2003; 101(2):313-19.
- Morkved SE, Bo K. Prevalence of urinary incontinence during pregnancy and postpartum. *Int Urogynecol J*. 1999; 10(6):394 – 98.
- Persson J, Wolner-Hanssen P, Rydhstroem H. Obstetric risk factors for stress urinary incontinence: a population-based study. *Obstet Gynecol*. 2000; 96(3):400-45.
- Reilly ETC, Freeman RM, Walterfield MR, Walterfield AE, Stegles P, Pedlar F. Prevention of postpartum stress incontinence in primigravidae with increased bladder neck mobility: a randomised controlled trial of antenatal pelvic floor exercises. *BJOG*. 2002; 109(1): 68 – 76.
- Sampsel CM, Miller JM, Mims BL, Delancey JO, Asthon-Miller JA. Effect of pelvic muscle exercise on transient incontinence during pregnancy and after birth. *Obstet Gynecol*. 1998; 91(3): 406-12.
- Salvesen Ka, Morkved S. Randomised controlled trial of pelvic floor muscle training during pregnancy. *BMJ*. 2004; 329(7462): 378 – 80.
- Schytt E, Lidmark G, Maldenströ U. Symptoms of stress incontinence 1 year after childbirth: prevalence and predictors in a national Swedish sample. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2004; 83(10): 928 – 36.
- Souza ALL, Pieren AMG. Papel da enfermagem no aumento dos índices de adesão nas doenças crônicas. In: Mion Júnior D, Nobre F. *Risco cardiovascular global: convencendo o paciente a reduzir o risco*. 3ª ed. São Paulo: Lemos Editorial; 2002. p. 57-82.
- Spellacy E. Urinary incontinence in pregnancy and the puerperium. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2001; 30(6):634-41.
- Stainton MC, Strahle A, Fethney J. Leaking urine prior to pregnancy: a risk factor for postnatal incontinence. *Aust N Z Obstet Gynaecol*. 2005; 45(4):295-99.
- Thorp JM, Norton PA, Wall LL, Kuller JA, Eucker B, Wells E. Urinary incontinence in pregnancy and the puerperium: a prospective study. *Am J Obstet Gynecol*. 1999; 181(2):266-73.
- Van Brummen HJ, Bruinse HW, Van Der Bom JG, Heintz AP, Van Der Vaart CH. How do the prevalences of urogenital symptoms change during pregnancy? *Neurourol Urodyn*. 2006; 25(2):135-39.
- Viktrup L. The risk of lower urinary tract symptoms five years after the first delivery. *Neurourol Urodyn*. 2002; 21(1): 2 – 9.
- Viktrup L, Lose G. Lower urinary tract symptoms 5 years after the first delivery. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct*. 2000; 11(6): 336-40.
- Wakavaichi VMB, Girão MIB, Sartori MGF, Baracat EC, Lima GR, Novo NF. Changes in the lower urinary tract in continent women and in women with stress urinary incontinence, according to menopausal status. *International Urogynecology Journal*. 2001; 12:156-60.
- Wijman J, Potters AEW, Wolf BTHM, Tinga DI, Aarnoudse JG. Anatomical and functional changes in the lower urinary tract during pregnancy. *BJOG*. 2001; 108(7): 726-32.

Recebido em 11 de abril de 2007

Aprovado em 30 de abril de 2007