



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA  
CAMPUS I  
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE  
CURSO DE FISIOTERAPIA**

**SUYANE WANEIDE MACÊDO DE MEDEIROS**

**AVALIAÇÃO DA FUNÇÃO URINÁRIA EM PRIMÍPARAS PÓS-PARTO VAGINAL:  
ESTUDO TRANSVERSAL**

**CAMPINA GRANDE-PB  
2017**

**SUYANE WANEIDE MACÊDO DE MEDEIROS**

**AVALIAÇÃO DA FUNÇÃO URINÁRIA EM PRIMÍPARAS PÓS-PARTO VAGINAL:  
ESTUDO TRANSVERSAL**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentada ao Departamento de Fisioterapia da Universidade Estadual da Paraíba, como requisito parcial à obtenção do título de bacharel em Fisioterapia.

Área: Fisioterapia Uro-Ginecológica e Obstetrícia.

Orientadora: Prof. Me. Lorena Carneiro de Macêdo

Coorientadora: Prof. Me. Hellen Batista de Carvalho

**CAMPINA GRANDE-PB  
2017**

É expressamente proibido a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano do Trabalho de Conclusão de Curso.

M488a Medeiros, Suyane Waneide Macêdo de.  
Avaliação da função urinária em primíparas pós-parto vaginal [manuscrito] : estudo transversal / Suyane Waneide Macêdo de Medeiros. - 2017  
22 p.  
Digitado.  
Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Fisioterapia) - Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, 2017.  
"Orientação : Profa. Ma. Lorena Carneiro de Macêdo, Coordenação do Curso de Fisioterapia - CCBS."  
"Coorientação: Profa. Ma. Hellen Batista de Carvalho, FCM - Faculdade de Ciências Médicas de Campina Grande"  
1. Assoalho pélvico. 2. Incontinência urinária. 3. Episiotomia.

21. ed. CDD 616.6

SUYANE WANEIDE MACÊDO DE MEDEIROS

AVALIAÇÃO DA FUNÇÃO URINÁRIA EM PRIMÍPARAS PÓS-PARTO  
VAGINAL: ESTUDO TRANSVERSAL

Trabalho de Conclusão de Curso  
apresentado ao Departamento de  
Fisioterapia da Universidade Estadual da  
Paraíba, como requisito parcial à  
obtenção do título de bacharel em  
Fisioterapia.

Área de concentração: Fisioterapia Uro-  
Ginecológica e Obstetrícia.

Aprovada em: 28 / 11 / 2017 .

BANCA EXAMINADORA



Prof. Me. Lorena Carneiro de Macêdo (Orientadora)  
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)



Prof. Dr. Danilo de Almeida Vasconcelos  
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)



Prof. Me. Windsor Ramos da Silva Júnior  
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)

Aos meus pais por serem a razão de tudo.

## **AGRADECIMENTOS**

A Deus, por ter determinado a mim este destino. Hoje e sempre sei que tudo que me acontece é porque ele permite.

Aos meus pais, aos quais dedico a minha conquista, Rosa e Josinaldo, por todo amor, dedicação, ensinamentos. Obrigada por serem meu porto seguro e a razão das minhas lutas diárias, se hoje estou aqui devo tudo a vocês. Amo muito vocês!

Ao meu irmão Wesley e a minha cunhada Dione pelo incentivo.

As minhas tias, mães de coração, Jô e Joyce que sempre me apoiaram e me incentivaram de todas as formas, sem medir esforços. A vocês a minha eterna gratidão por tudo que foram e sempre serão. A minha tia Roseane que mesmo distante, se mostrou presente em diversas situações. Obrigada por tudo!

À minha orientadora, Lorena Macêdo e a coorientadora Hellen Carvalho, pelos conselhos, pelos ensinamentos, dedicação e paciência. Sou eternamente grata a vocês.

À Danilo Vasconcelos, por ter sido inspiração durante toda minha trajetória acadêmica, contribuído imensamente não somente na minha vida profissional mas para minha construção como pessoa, como exemplo de humildade, sabedoria, bondade e cuidado.

Aos meus amigos Francisco Neto, Kallynne Silva, Arthur Cellys, Gisele Lima e Adriele Cassimiro que mesmo distantes, se fizeram presentes com palavras de conforto, vibrações e pensamentos positivos. Obrigada pelos momentos vividos durante toda minha vida.

À minha turma 66 por todos os momentos compartilhados.

As minhas amigas da graduação e da vida, em especial Andressa, Beatriz e Anne por todo incentivo, apoio, companheirismo, por muitas vezes me mostrar que sou capaz de ir além e por confiar que no final tudo sempre dá certo.

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>6</b>
<b>2</b>	<b>MÉTODO.....</b>	<b>8</b>
<b>3</b>	<b>RESULTADOS.....</b>	<b>9</b>
<b>4</b>	<b>DISCUSSÃO .....</b>	<b>12</b>
<b>5</b>	<b>CONCLUSÃO .....</b>	<b>14</b>
	<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>16</b>
	<b>APÊNDICE 1 .....</b>	<b>20</b>
	<b>ANEXO 1 .....</b>	<b>22</b>

## AValiação DA FUNÇÃO URINÁRIA EM PRIMÍPARAS PÓS-PARTO VAGINAL: ESTUDO TRANSVERSAL

Suyane Waneide Macêdo de Medeiros\*  
Lorena Carneiro de Macêdo\*\*  
Hellen Batista de Carvalho\*\*\*

### RESUMO

**Introdução:** a gravidez e a via de parto são fatores que podem contribuir para o desenvolvimento de disfunções dos músculos do assoalho pélvico, predispondo o aparecimento da incontinência urinária (IU) após o parto. **Objetivo:** avaliar a função urinária em primíparas pós-parto vaginal. **Método:** trata-se de um estudo transversal aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UEPB (CAAE 44775015.1.0000.5175). Participaram da pesquisa 40 mulheres com faixa etária de 16 a 35 anos, primíparas pós-parto vaginal com episiotomia (n=20) e sem episiotomia (n=20). As primíparas foram avaliadas três meses após o parto e verificadas características biológicas, sociodemográficas e uroginecológicas. As características sobre a continência urinária foram avaliadas através do *International Consultation on Incontinence Questionnaire* (ICIQ-SF). **Resultados:** foi encontrada uma frequência de 35% (n=7) de IU em mulheres com episiotomia, 20% (n=4) em mulheres sem episiotomia. De acordo com a pontuação total do ICIQ-SF, o grupo de primíparas com episiotomia ( $5,35 \pm 7,04$  pontos) apresentou IU mais grave, comparando ao grupo de primíparas sem episiotomia ( $1,07 \pm 3,70$ ). Numa escala de 0 a 10 pontos, foi verificada interferência da IU de  $3,14 \pm 4,11$  pontos na vida diária de primíparas após episiotomia. **Conclusão:** as primíparas com episiotomia apresentaram maior frequência de incontinência urinária e maior gravidade na IU, comparadas às primíparas sem episiotomia.

**Palavras-chave:** Assoalho pélvico. Incontinência urinária. Episiotomia.

### 1. INTRODUÇÃO

A gestação é um momento que vem acompanhado de intensas mudanças necessárias para a adaptação e crescimento do feto (CANESIN, 2010). As alterações fisiológicas, anatômicas e emocionais resultam da interação de diversos fatores que levam a transformações que não seriam normais fora do ciclo gestatório. Tais mudanças como o aumento do peso do útero gravídico que sobrecarregam os músculos do assoalho pélvico (MAP), alterações hormonais como os níveis de progesterona que estimula o relaxamento da musculatura lisa do assoalho pélvico, assim como a relaxina induz o relaxamento do tecido conjuntivo (ROCHA et al., 2017). O que provoca o remodelamento dos tecidos conectivos,



com redução da força de tensão dos mesmos e de diversas estruturas, como o corpo e colo uterino, articulações pélvicas e tecidos perineais (LUKACZ et al., 2006).

As modificações estruturais musculoesqueléticas e funcionais do assoalho pélvico, comumente ocorridas ao longo da gestação e no parto, podem dificultar a capacidade dos MAP de desempenhar suas funções de forma eficiente (GAMEIRO, 2011).

O Assoalho Pélvico (AP) é uma estrutura complexa composta por músculos que estão interligados às estruturas ósseas, fasciais e fibromusculares (FREDERICE, 2010). Estas estruturas são responsáveis pelo suporte e sustentação dos órgãos pélvicos, da continência urinária e fecal, além disso, permitem o intercuro sexual e a passagem do bebê no parto (MORENO, 2009).

O parto vaginal requer dos músculos do assoalho pélvico um maior controle e coordenação (CANESIN, 2010). Além disso, é neste momento que também pode ocorrer a hiperdistensão e a ruptura dos músculos, nervos e de estruturas conectivas que suportam a pelve (BORBA et al., 2014). Dessa forma, predispõem ao desenvolvimento das disfunções do assoalho pélvico (DAP), como incontinência urinária (IU), disfunções anorretais, disfunções sexuais e prolapso de órgãos pélvicos (SOARES, 2015).

A IU constitui achado relativamente comum, com uma prevalência identificada nos diversos grupos etários e em diferentes populações, com uma média de 27,6% em mulheres e 10,5% em homens (SILVA; LOPES, 2009). No ciclo gravídico-puerperal, a IU é frequente, com prevalência de 18,6 a 75% durante a gestação e de 6 a 31% no pós-parto (LEROY; LÚCIO; LOPES, 2016).

A incontinência urinária é definida como qualquer perda involuntária de urina, sendo uma das disfunções que mais acometem as mulheres no puerpério. O fator de risco frequentemente associado à IU é o parto vaginal, em virtude dos danos provocados à integridade da musculatura, dos nervos ou da fásia do assoalho pélvico durante o trabalho de parto e o parto (OLIVEIRA, 2010). Além disso, o parto com uso de fórceps, episiotomia e o peso do recém-nascido elevado também tem relação direta com a ocorrência dessa disfunção (ZANETTI, 2009).

O risco do aparecimento da IU de acordo com a via de parto (vaginal ou cesariana) foi avaliado em um estudo norueguês EPICONT que incluiu 15.307 mulheres que foram solicitadas a responder um questionário relacionado à incontinência. O estudo encontrou que o risco de IU é maior em mulheres que tiveram cesarianas, quando comparadas com mulheres nulíparas, sendo ainda maior em mulheres depois do parto vaginal, comparadas àquelas submetidas à cesariana (RORTVEIT, 2003).

No pós-parto, a incontinência urinária de esforço (IUE) é considerada o tipo mais frequente, seguida pela IU mista (IUM) e IU de urgência (IUU), com pequenas quantidades de perda de urina (LEROY; LOPES, 2012). A perda urinária no pós-parto tem um forte impacto na qualidade de vida das mulheres acometidas, já que limita suas atividades diárias em diferentes domínios da sua funcionalidade, incluindo os físicos, mentais, sociais e da percepção da saúde em geral (HANDA, 2007).

É relevante verificar a função urinária em primíparas, pois, permite um diagnóstico precoce de disfunções dos músculos do assoalho pélvico, tendo em vista a interferência negativa da IU na vida da mulher. Assim, o presente estudo permite contribuir para o conhecimento dos profissionais que atuam na área uro-ginecológica e obstétrica e, estimular a abordagem desta temática desde o pré-natal. Diante do exposto, o objetivo do estudo foi avaliar a função urinária em primíparas pós-parto vaginal.

## 2. MÉTODO

O estudo caracteriza-se como corte transversal, no qual foram estudados dois grupos de mulheres: 1) primíparas pós-parto vaginal com episiotomia; 2) primíparas pós-parto vaginal sem episiotomia. A amostra foi composta por 40 mulheres com idade entre 16 e 35 anos, sendo 20 primíparas com episiotomia e 20 sem episiotomia.

A pesquisa foi realizada no Instituto de Pesquisa Prof. Joaquim Amorim Neto (IPESQ), em Campina Grande/PB, no período de agosto de 2015 a outubro de 2017.

Os critérios de inclusão para as primíparas foram: faixa etária de 16 a 39 anos, gestação a termo (37 a 42 semanas) e com recém-nascido vivo. Os critérios de exclusão foram: ter realizado parto instrumental, gestação gemelar, história prévia de cirurgia abdominal ou urogenital, praticantes de exercícios para os MAP ou pompoarismo, presença de prolapso genital.

No IPESQ, a coleta era realizada através de entrevista, coletando informações sobre as características biológicas, sociodemográficas, de hábitos de vida e urinárias, através da aplicação do *International Consultation on Incontinence Questionnaire - Short Form* (ICIQ-SF) (ANEXO 1).

Foi realizado o contato com as primíparas, atendidas na maternidade do Instituto de Saúde Elpídeo de Almeida (ISEA), no período de internação do pós-parto. Inicialmente, foram explicados os objetivos da pesquisa, as que preencheram os critérios de inclusão e que

concordaram em participar da pesquisa, assinaram o TCLE. Em seguida, foram colhidas informações de identificação, endereço, contato das participantes e características obstétricas e do neonato, sendo essa coleta inicial feita através de entrevista à participante e consulta ao prontuário.

Por meio de contato telefônico, as mulheres que concordaram participar do estudo foram convidadas a ir ao IPESQ, com um agendamento prévio de aproximadamente três meses após o parto.

O *ICIQ-SF* é um questionário composto por quatro questões que avaliam a frequência de perdas urinárias, a quantidade de urina perdida, o impacto da IU na vida diária e as situações de perda urinária, sendo que apenas as três primeiras são pontuadas. O escore total varia de 0 a 21 pontos, quanto maior o escore, maior a gravidade e o impacto da IU na qualidade de vida (TAMANINI, 2004).

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UEPB (CAAE 44775015.1.0000.5175), sendo obedecidas as normas para realização de pesquisas em seres humanos, dispostas na Resolução 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde. As mulheres que relataram perda urinária fora encaminhadas a um serviço público para tratamento da disfunção.

Os dados coletados foram organizados e tabulados, em planilha eletrônica no programa *Microsoft Office Excel®*. Sendo construídas tabelas de distribuição de frequência e para exposição dos resultados.

### 3. RESULTADOS

Foram abordadas 66 primíparas, 16 não concordaram em participar, cinco tinham história prévia de cirurgia abdominal ou urogenital e cinco tiveram gestação gemelar. A amostra do estudo foi composta de 40 mulheres, dividida em dois grupos: 20 primíparas com episiotomia e 20 primíparas sem episiotomia.

Os resultados referentes às características biológicas, sociodemográficas e hábitos de vida estão representados na tabela 1.

**Tabela 1.** Características biológicas, de hábitos de vida e sociodemográficas.

	Com episiotomia N = 20	Sem episiotomia N = 20
<b>Idade em anos</b>		
$\bar{x} \pm DP$	22,25 $\pm$ 4,22	21,1 $\pm$ 5,05
Limites (menor – maior)	(16 - 34)	(16 - 35)
<b>IMC</b>		
$\bar{x} \pm DP$	24,63 $\pm$ 4,07	22,80 $\pm$ 4,47
Limites (menor – maior)	(17,7 – 35,5)	(16,91 – 33,27)
<b>Estado civil – n (%)</b>		
Solteira	4 (20%)	6 (30%)
Casada	7 (35%)	5 (25%)
Divorciada	0	0
União estável	9 (45%)	9 (45%)
<b>Escolaridade</b>		
$\bar{x} \pm DP$	14,4 $\pm$ 2,18	14,2 $\pm$ 2,28
Limites (menor - maior)	(10 - 20)	(10 - 19)
<b>Renda per capita – n (%)</b>		
Até 1 salário mínimo	7 (35%)	9 (45%)
Acima de 1 salário mínimo	11 (55%)	11 (55%)
Não informado	2 (10%)	0
<b>Tabagismo – n (%)</b>		
Sim	2 (10%)	1 (5%)
Não	18 (90%)	19 (95%)
<b>Etilismo – n (%)</b>		
Sim	2 (10%)	1 (5%)
Não	18 (90%)	19 (95%)
<b>Prática de exercício físico – n (%)</b>		
Sim	4 (20%)	2 (10%)
Não	16 (80%)	18 (90%)

Fonte: dados da pesquisa (2017)

Em relação às características dos neonatos, foram encontrados neonatos maiores e mais pesados no grupo de primíparas com episiotomia, apresentando uma média de 3,142 Kg e 48,8 cm, comparando aos neonatos das primíparas sem episiotomia, que apresentaram uma média de 3,116 Kg e 48,1 cm.

De acordo com os resultados obtidos, foi identificado que 25% das primíparas sem episiotomia tiveram laceração e dessas apenas 5% apresentaram necessidade de sutura.

As características obstétricas durante o trabalho de parto estão descritas na tabela 2.

**Tabela 2.** Características do trabalho de parto.

	Com episiotomia N = 20	Sem episiotomia N = 20
<b>Postura no período expulsivo – n (%)</b>		
Vertical	1 (5%)	2 (10%)
Semi sentada	2 (10%)	4 (20%)

Horizontal	16 (80%)	14 (70%)
Não informado	1 (5%)	0%
<b>Puxo dirigido – n (%)</b>		
Sim	18 (90%)	15 (75%)
Não	1(5%)	5 (25%)
Não informado	1(5%)	0%
<b>Manobra de kristller – n (%)</b>		
Sim	8 (40%)	2 (10%)
Não	11(55%)	18 (90%)
Não informado	1 (5%)	0%
<b>Estiramento – n (%)</b>		
Sim	10 (50%)	11 (55%)
Não	9 (45%)	9 (45%)
Não informado	1 (5%)	0%

Fonte: dados da pesquisa (2017)

De acordo com as características da função urinária das mulheres avaliadas, foram encontrados melhores resultados no grupo de primíparas sem episiotomia, pois estas apresentaram menos perda de urina, com uma frequência e quantidade de perda urinária menores, quando comparado ao grupo com episiotomia. Além disso, as mulheres sem episiotomia relataram que a perda urinária tem pouca interferência na qualidade de vida. Todos os resultados estão representados na tabela 3.

Conforme o resultado, foi possível verificar que o grupo submetido à episiotomia relata maior perda urinária, apresentando 35% de queixa da disfunção. E o escore total do ICIQ-SF apontou IU mais grave, no grupo citado, com média de  $5,35 \pm 7,04$ .

**Tabela 3.** Características da função urinária.

	Com episiotomia N=20	Sem episiotomia N=20
<b>Apresenta perda de urina - n (%)</b>		
Sim	7 (35%)	4 (20%)
Não	13 (65%)	16 (80%)
<b>Frequência da perda – n (%)</b>		
Uma vez por semana ou menos	1 (5%)	1 (5%)
Duas ou três vezes por semana	1 (5%)	1 (5%)
Uma vez ao dia	0 (%)	1 (5%)
Diversas vezes ao dia	2 (10%)	1 (5%)
O tempo todo	3 (15%)	0
<b>Quantidade de perda de urina (n%)</b>		
Pequena quantidade	3 (15%)	4(20%)
Moderada quantidade	4 (20%)	0

Grande quantidade	0	0
<b>Interferência da perda de urina na qualidade de vida</b>		
$\bar{x} \pm DP$	3,14 ± 4,11	1 ± 2,33
Limites (menor – maior)	(0 – 10)	(0 - 7)
<b>ICIQ escore</b>		
$\bar{x} \pm DP$	5,35 ± 7,04	1,7 ± 3,70
Limites (menor – maior)	(0 - 17)	(0 - 12)
<b>Tipo de IU</b>		
IUE	3 (15%)	2 (10%)
IUU	0	1 (5%)
Sem razão	4 (20%)	1 (5%)
<b>Teve perda de urina na gestação – n (%)</b>		
Sim	11 (55%)	11 (55%)
Não	6 (30%)	7 (35%)
Não informaram	3 (15%)	2 (10%)
<b>Teve perda de urina após o parto – n (%)</b>		
Sim	7 (35%)	4 (20%)
Não	13 (65%)	16 (80%)

---

Fonte: dados da pesquisa (2017)

#### 4. DISCUSSÃO

Os resultados encontrados no presente estudo mostraram que as mulheres no pós-parto apresentam piores índices de função urinária, apresentando uma maior frequência de incontinência urinária.

Ambos os grupos mostraram maior prevalência da posição horizontal durante o período expulsivo do trabalho de parto, embora, a Organização Mundial da Saúde (OMS) preconiza o estímulo à adoção de posições verticalizadas (LEAL et al., 2014)

No estudo de LEROY e LOPES (2012) compreende que IUE foi o tipo mais frequente no puerpério e a quantidade de perda urinária foi pequena, a frequência foi elevada, assim como o impacto na qualidade de vida.

Durante a gestação, 55% das primíparas de ambos os grupos relataram a presença de incontinência urinária. Observou-se uma queda na prevalência dessa condição após a gestação, a qual foi relatada como sendo 35% do grupo com episiotomia e 20% do grupo sem episiotomia.

Corroborando com nossos dados, um estudo mostrou que a IU foi mais prevalente em mulheres no final da gravidez e que essa disfunção parece melhorar espontaneamente três meses após o parto (YOHAY et al., 2016). Em contrapartida, BOZKURT et al. (2014) descobriram que uma em cada duas mulheres grávidas desenvolveu IU durante a gravidez, e

esta aumentou aproximadamente duas vezes no terceiro mês pós-parto, independentemente da via de parto. Outro estudo reforça que uma média de 30% das mulheres com parto vaginal sem episiotomia apresentam incontinência urinária três meses pós-parto, enquanto 15 % das mulheres que realizaram a cesariana também apresentam essa disfunção (RORTVEIT e HANNESTAD, 2014).

Segundo Rortveit e Hannestad (2014), a incontinência na gravidez aumenta o risco de incontinência posterior, tanto pelo tipo de parto quanto pelo avanço da idade, mas isso não é, no entanto, um preditor de benefício para a cesariana como proteção contra a perda urinária. Estratégias para prevenir a IU são muito mais importantes do que usar a cesariana para evitar a disfunção. Até porque as disfunções do assoalho pélvico podem ser causadas ou potencializadas pela gravidez, pelo aumento do índice de massa corpórea (IMC) na gestação, multiparidade, segundo período do parto prolongado, peso do recém-nascido, trauma perineal e outros fatores mecânicos, endócrinos e neurais (MEYER et al., 1998; GONZALEZ RIESCO et al., 2010)

Logo, a redução da prevalência de IU no pós-parto comparado a prevalência de IU durante a gestação pode ser atribuído à diminuição da pressão mecânica aplicada pelo peso do útero gravídico. Já que durante a gestação tal pressão causa um aumento no ângulo uretrovesical e uma diminuição no suporte da bexiga e da uretra, que pode ser responsável pela hiper mobilidade uretral, bem como pela IU (BOZKURT et al., 2014). Após o parto também há um aumento na síntese de elastina e colágeno para reverter as propriedades biomecânicas de volta para o estado não-gravídico, decorrendo em melhora no suporte de órgãos pélvicos (FERREIRA et al., 2017).

Tendo em vista que as lesões que ocorrem durante o trabalho de parto, como a episiotomia, podem gerar maior dano ao assoalho pélvico, a presente pesquisa vai em conformidade e mostra os piores escores nas mulheres que são submetidas a essa intervenção, com o aumento da IU no grupo com episiotomia em comparação com o grupo sem episiotomia. Durante alguns anos acreditava-se que a episiotomia seria uma medida de proteção para diminuir os riscos de lacerações severas e para evitar o aparecimento de disfunções pélvicas, porém foi verificado que a episiotomia de rotina não reduziu as taxas de IU e outras disfunções pélvicas (GÜN; DOĞAN; ÖZDAMAR, 2016).

A ocorrência da episiotomia pode acarretar danos temporários ou permanentes ao assoalho pélvico, principalmente quando realizadas no primeiro parto (NEUMAYR, 2013). Em avaliação realizada com primíparas submetidas à episiotomia, quatro a seis meses após o



parto, encontrou diminuição na força dos MAP, porém também mostrou que a cesárea não é fator de proteção para esse grupo muscular (BARBOSA et al., 2005).

No estudo de AFSHARI et al. (2017), foi observado que a força muscular pélvica média em mulheres com parto normal com episiotomia mediolateral foi menor e significativamente diferente quando comparado aos escores de mulheres nulíparas, mulheres com parto vaginal sem episiotomia e de mulheres submetidas a cesariana. Os autores ainda afirmam que, as mulheres com cesariana eletiva e parto vaginal sem episiotomia ou com lacerações perineais tinham quase a mesma força muscular do assoalho pélvico.

Isso pode ser justificado devido a lesão muscular que ocorre na episiotomia, devido ao processo de regeneração tecidual que pode gerar fibroses, como também pode ter a produção excessiva de miofibroblastos, resultando na formação de um tecido muscular denso, o que leva à disfunção muscular (ZANETTI et al., 2009).

O uso da episiotomia apresentou outras desvantagens em relação a extensão da incisão, que pode gerar aumento da perda de sangue, dor, inflamação, infecção, deiscência cicatricial, disfunção sexual, mostrando que não há motivos para apoiar a prática (GÜN; DOĞAN; ÖZDAMAR, 2016)

Em relação aos tipos de IU, a incontinência urinária de esforço foi a mais relatada pelo grupo de primíparas sem episiotomia, enquanto 20% do grupo de primíparas com episiotomia apresentou a perda urinária sem razão óbvia. Tal situação pode ser justificada pelo fato das mulheres desconhecerem o próprio corpo e as modificações que ocorrem no pós-parto.

O efeito traumático do parto vaginal resulta nas disfunções do AP, dessa forma, acredita-se que a IUE pode estar relacionada à hiperdistensão das fibras que compõem os MAP, durante a passagem do bebê, podendo causar também lesões nervosas, como a lesão dos ramos do nervo podendo gerando uma desnervação parcial do AP, que favorecem o desenvolvimento da disfunção, especialmente na primeira gravidez (BOZKURT et al., 2014)

## **5. CONCLUSÃO**

Os resultados do estudo mostraram que as primíparas após o parto normal tiveram função urinária alterada, devido à presença da incontinência urinária no grupo de mulheres com episiotomia e no grupo de mulheres sem episiotomia.



A maior prevalência e maior gravidade da incontinência urinária foram verificadas no grupo de mulheres com episiotomia, havendo um comprometimento importante da qualidade de vida nesse grupo de mulheres, devido a essa disfunção.

Sugere-se a realização de novos estudos que analisem a relação entre a disfunção urinária o tipo de parto e as características do parto, incluindo avaliação física dos músculos do assoalho pélvico e do fluxo urinário da bexiga.

## EVALUATION OF URINARY FUNCTION IN PRIMIPAROUS WOMEN AFTER VAGINAL DELIVERY: A CROSS-SECTIONAL STUDY

Suyane Waneide Macêdo de Medeiros\*  
Lorena Carneiro de Macêdo\*\*  
Hellen Batista de Carvalho\*\*\*

### ABSTRACT

**Background:** Pregnancy and delivery methods are factors that may contribute to the development of pelvic floor muscle dysfunctions, predisposing to urinary incontinence (UI) after childbirth. **Objective:** The present study sought to evaluate urinary function in primiparous women after vaginal delivery. **Methods:** This is a cross-sectional study approved by State University of Paraíba Research Ethics Committee (CAAE 44775015.1.0000.5175). A total of 40 primiparous women aged from 16 to 35 years old, who faced vaginal episiotomy (n = 20) and no episiotomy (n = 20) participated in the study. Primiparous ones were assessed three months postpartum regarding biological, sociodemographic and urogynecological characteristics. Urinary continence features were assessed through the International Consultation on Incontinence Questionnaire (ICIQ-SF). **Results:** Urinary incontinence (UI) was found in 35% (n = 7) of the episiotomy group and in 20% (n=4) in primiparous women without episiotomy. According to the ICIQ-SF total score, the primiparous group with episiotomy ( $5.35 \pm 7.04$  points) presented with a more severe UI, compared to the primiparous group without episiotomy ( $1.07 \pm 3.70$ ). Based on a 0 to 10 points scale, the interference of UI in daily life was  $3.14 \pm 4.11$  points in primiparous women followed episiotomy. **Conclusion:** primiparous women with episiotomy exhibited a higher frequency of urinary incontinence and greater severity of UI, compared to primiparous women without episiotomy.

**Keywords:** Pelvic floor. Urinary incontinence. Episiotomy.

## REFERÊNCIAS

AFSHARI, Poorandokht et al. Comparison of pelvic floor muscle strength in nulliparous women and those with normal vaginal delivery and cesarean section. **International urogynecology journal**, v. 28, n. 8, p. 1171-1175, 2017.

BARBOSA, Angélica Mércia Pascon et al. Efeito da via de parto sobre a força muscular do assoalho pélvico. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 27, n. 11, p. 677-682, 2005.

BORBA, Alice Rios; BRONDANI, Daniela Kich; KNORST, Mara Regina. Incontinência urinária no puerpério de parto vaginal e cesárea: revisão de literatura. **Ciência & Saúde**, v. 7, n. 1, p. 54-59, 2014.

BOZKURT, Murat; YUMRU, Ayşe Ender; ŞAHIN, Levent. Pelvic floor dysfunction, and effects of pregnancy and mode of delivery on pelvic floor. **Taiwanese Journal of Obstetrics and Gynecology**, v. 53, n. 4, p. 452-458, 2014.

CANESIN, Kariny Fleury; AMARAL, Waldemar Naves do. Atuação fisioterapêutica para diminuição do tempo do trabalho de parto: revisão de literatura. **Femina**, v. 38, n. 8, 2010.

DA SILVA, Lígia; BAENA DE MORAES LOPES, Maria Helena. Incontinência urinária em mulheres: razões da não procura por tratamento. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 43, n. 1, 2009.

FERREIRA, Caroline WS et al. Pelvic organ support several years after a first birth. **International Urogynecology Journal**, p. 1-7, 2017

FREDERICE, Claudia Pignatti et al. **Assoalho pélvico e sintomas urinário na gestação a após o parto**. 2010. Tese de Doutorado. Dissertação de Mestrado. Unicamp.

GAMEIRO, Luís Felipe Orsi. Análise funcional da musculatura do assoalho pélvico pós-parto em mulheres primigestas. 2011.

GONZALEZ RIESCO, Maria Luiza et al. Avaliação da força muscular perineal durante a gestação e pós-parto: Correlação entre perineometria e palpação digital vaginal. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 18, n. 6, 2010.

GÜN, İsmet; DOĞAN, Bülent; ÖZDAMAR, Özkan. Long-and short-term complications of episiotomy. **Journal of Turkish Society of Obstetrics & Gynecology**, v. 13, n. 3, 2016.

HANDA, V.L. et al. The impact of fecal and urinary incontinence on quality of life 6 months after childbirth. **Am. J. Obstet. Gynecol.**, v. 197, n. 6, p. 636.e1-e6, 2007.

LEROY, L.S.; LOPES, M.H.B.M. A incontinência urinária no puerpério e o impacto na qualidade de vida relacionada à saúde. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, São Paulo, v. 20, n.2, p.346-353, 2012.

LEAL, Maria do Carmo. et al. Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. *Cad. saúde pública.*, Rio de Janeiro, v. 30, n.1, 2014.

LEROY, L.S.; LÚCIO, A.; LOPES, M.H.B. Fatores de risco para incontinência urinária no puerpério. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 50, n. 2, p. 200-207, 2016.

LUKACZ, Emily S. et al. Parity, mode of delivery, and pelvic floor disorders. **Obstetrics & Gynecology**, v. 107, n. 6, p. 1253-1260, 2006.

MEYER, S. et al. The effects of birth on urinary continence mechanisms and other pelvic-floor characteristics. **Obstetrics & Gynecology**, v. 92, n. 4, p. 613-618, 1998.

MORENO, Adriana L. **Fisioterapia em uroginecologia**. Manole, 2009.

NEUMAYR, Rafaela França Rocha. Relação entre adesão à massagem perineal e as disfunções do assoalho pélvico: um estudo exploratório. 2013.

OLIVEIRA, E.; ZULIANI, L.M.M.; ISCHICAVA, J.; SILVA, S.V.; ALBUQUERQUE, S.S.R.; SOUZA, A.M.B.; BARBOSA, P.C. Avaliação dos fatores relacionados à ocorrência da incontinência urinária feminina. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v.56, n. 6, p. 688-690, 2010.

RORTVEIT, G.; DALTVEIT, A.K.; HANNESTAD, Y.S.; HUNSKAAR, S. Urinary Incontinence after Vaginal Delivery or Cesarean Section for the Norwegian EPINCONT Study. **The New England Journal of Medicine**, Norway, v. 348, p. 900-907, 2003.

RORTVEIT, Guri; HANNESTAD, Yngvild S. Association between mode of delivery and pelvic floor dysfunction. **Tidsskrift for den Norske lægeforening: tidsskrift for praktisk medicin, ny raekke**, v. 134, n. 19, p. 1848-1852, 2014

ROCHA, Juliana et al. Avaliação da Incontinência Urinária na Gravidez e no Pós-Parto: Estudo Observacional. **Acta Medica Portuguesa**, v. 30, 2017.

SOARES, Paula Renata Amorim Lessa. **Disfunção do assoalho pélvico e qualidade de vida relacionada à saúde de gestantes**. 2015. Tese de Doutorado.

TAMANINI, J.T.N. et al. Validação para o português do "International Consultation on Incontinence Questionnaire - Short Form" (ICIQ-SF). **Rev. Saúde Pública**, v. 38, n. 3, p. 438-44, 2004.

YOHAY, David et al. Prevalence and trends of pelvic floor disorders in late pregnancy and after delivery in a cohort of Israeli women using the PFDI-20. **European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology**, v. 200, p. 35-39, 2016.

ZANETTI, Miriam Raquel Diniz et al. Episiotomia: revendo conceitos. **Femina**, p. 367-371, 2009.

## APÊNDICE 1

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

(De acordo com os critérios da resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde)

Cara senhora, você está sendo convidada, como voluntária, a participar da pesquisa:  
**“AVALIAÇÃO DA FUNÇÃO URINÁRIA EM PRIMÍPARAS PÓS-PARTO VAGINAL: ESTUDO TRANSVERSAL”.**

**JUSTIFICATIVA, OBJETIVOS E PROCEDIMENTOS:** o motivo que nos leva a estudar o problema é a possibilidade de saber se o parto provoca alteração na força, dos músculos do assoalho pélvico. Sabe-se que a gestação e o parto pode ocasionar sobrecarga ao períneo e essa sobrecarga pode ocasionar dor perineal, disfunção sexual e incontinência urinária. No entanto, a episiotomia pode ser evitada na maioria dos casos em que ela é realizada. Existe uma necessidade de conhecer as alterações que o parto vaginal, com e sem episiotomia e a cirurgia cesárea provoca nos músculos do assoalho pélvico e na funcionalidade.

A avaliação funcional dos MAP será realizada diariamente pelos pesquisadores responsáveis e cada participante deve realizar essa avaliação em três meses após o parto. A avaliação clínica será feita através de questionário, contendo quesitos sobre características biológicas, uroginecológicas, da vida sexual, hábitos de vida, nível de atividade física e, no caso das primíparas, haverá questões sobre as características obstétricas e neonatais. O benefício será o conhecimento das condições clínica, funcional do assoalho pélvico e se for encontrada alguma disfunção, haverá encaminhamento a um serviço de tratamento especializado.

**FORMA DE ACOMPANHAMENTO E ASSISTÊNCIA:** a senhora será acompanhada por equipe formada por ginecologistas e obstetras, fisioterapeutas e estudantes de fisioterapia e medicina. Durante a realização da pesquisa não haverá alteração no acesso ao atendimento da senhora no ISEA.

**GARANTIA DE ESCLARECIMENTO, LIBERDADE DE RECUSA E GARANTIA DE SIGILO:** a senhora será esclarecida sobre o que desejar sendo livre para recusar, retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa não acarretará qualquer penalidade ou perda de benefícios. O(s) pesquisador(es) irá(ão) tratar sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Seu nome ou o material que indique a participação não será liberado sem sua permissão. Você não será identificada em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo. Uma cópia deste consentimento informado será arquivada.

**CUSTOS DA PARTICIPAÇÃO, RESSARCIMENTO E INDENIZAÇÃO POR EVENTUAIS DANOS:** a participação no estudo não acarretará custos para a senhora. Todos os exames serão realizados gratuitamente e a senhora poderá receber ressarcimento ou indenização, segundo as normas legais, para qualquer situação em que se sinta lesada.

### DECLARAÇÃO DA PARTICIPANTE

Eu, \_\_\_\_\_ que realizou parto no ISEA, declaro que fui informada dos objetivos e finalidade da pesquisa **“AVALIAÇÃO DA FUNÇÃO URINÁRIA EM PRIMÍPARAS PÓS-PARTO VAGINAL: ESTUDO TRANSVERSAL”** de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que em qualquer momento poderei solicitar novas informações e alterar minha decisão, sem que isso venha prejudicar meu atendimento no ISEA. O(a) pesquisador(a) \_\_\_\_\_ certificou-me que todos os dados desta pesquisa serão confidenciais. Também sei que caso existam gastos adicionais, estes serão absorvidos pelo pesquisador responsável. Em caso de dúvidas poderei chamar o(a) estudante \_\_\_\_\_ ou a pesquisadora fisioterapeuta Lorena Carneiro de Macêdo, no telefone (83) 8801.7034 ou contatar o comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do IMIP (CEP-IMIP) que objetiva defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. O CEP-IMIP está situado à Rua dos Coelhoos, 300, Boa Vista, Recife/PE, Diretoria de Pesquisa do IMIP, Prédio Administrativo Orlando Onofre, 1º Andar tel: 2122-4756 – Email: comitedeetica@imip.org.br. O CEP/IMIP funciona de 2ª a 6ª feira, nos seguintes horários: 07:00 às 11:30 hs (manhã) e 13:30 às 16:00hs (tarde).

Declaro ainda que concordarei em seguir todas as orientações do pesquisador, concordarei em participar desse estudo, que recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

---

Nome	Assinatura do participante	Data
------	----------------------------	------

---

Nome	Assinatura do pesquisador	Data
------	---------------------------	------

--

## ANEXO 1

## Sintomas Urinários

*International Consultation on Incontinence Questionnaire – Short Form (ICIQ-SF)*

(Tamanini JTN, et al, 2004)

Nome do paciente: \_\_\_\_\_ Data de hoje: \_\_/\_\_/\_\_

Muitas pessoas perdem urina alguma vez. Estamos tentando descobrir quantas pessoas perdem urina e o quanto isso as aborrecem. Ficáramos agradecidos se você pudesse nos responder às seguintes perguntas, pensando em como você tem passado, em média nas ÚLTIMAS QUATRO SEMANAS.

1. Data do nascimento: __/__/__ (Dia/ Mês/ Ano)	
2. Sexo: Feminino ( ) Masculino ( )	
3. Com que frequência você perde urina? (assinale uma resposta)	
	Nunca ( ) 0
	Uma vez por semana ou menos ( ) 1
	Duas ou três vezes por semana ( ) 2
	Uma vez ao dia ( ) 3
	Diversas vezes ao dia ( ) 4
	O tempo todo ( ) 5
4. Gostaríamos de saber a quantidade de urina que você pensa que perde. (assinale uma resposta)	
	Nenhuma ( ) 0
	Uma pequena quantidade ( ) 1
	Uma moderada quantidade ( ) 2
	Uma grande quantidade ( ) 3
5. Em geral quanto que perder urina interfere na sua vida diária? Por favor, circule um número entre 0 (não interfere) e 10 (interfere muito).	
(não interfere) 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (interfere muito)	
ICIQ Score: Soma dos resultados 3 + 4 + 5 = _____	
6. Quando você perde urina? (Por favor assinale todas as alternativas que se aplicam a você)	
	Nunca ( )
	Perco antes de chegar ao banheiro ( )
	Perco quando tusso ou espirro ( )
	Perco quando estou dormindo ( )
	Perco quando estou fazendo atividades físicas ( )
	Perco quando terminei de urinar e estou me vestindo ( )
	Perco sem razão óbvia ( )
	Perco o tempo todo ( )