



Camila Alves Martins

TRATAMENTO CINESIOTERAPÊUTICO DO ASSOALHO PÉLVICO PARA INCONTINÊNCIA URINÁRIA FEMININA: um trabalho em grupo.

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Banca Examinadora do Centro Universitário Presidente Antônio Carlos, como exigência parcial para obtenção do título de Bacharel em Fisioterapia.

Juiz de Fora
2019

Camila Alves Martins

**TRATAMENTO CINESIOTERAPÊUTICO DO ASSOALHO PÉLVICO PARA
INCONTINÊNCIA URINÁRIA FEMININA: um trabalho em grupo.**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado à Banca Examinadora do
Centro Universitário Presidente Antônio
Carlos, como exigência parcial para
obtenção do título de Bacharel em
Fisioterapia.

Orientador: Danielle Falcão Nogueira
Belan.

Juiz de Fora
2019

Camila Alves Martins

**TRATAMENTO CINESIOTERAPÊUTICO DO ASSOALHO PÉLVICO PARA
INCONTINÊNCIA URINÁRIA FEMININA: um trabalho em grupo.**

BANCA EXAMINADORA

Prof. Esp. Danielle Falcão Nogueira Bellan

Prof. Ms. Anna Marcella Neves Dias

Prof. Esp. Rosimere Costa Medeiros Filgueiras

TRATAMENTO CINESIOTERAPÊUTICO DO ASSOALHO PÉLVICO PARA INCONTINÊNCIA URINÁRIA FEMININA: um trabalho em grupo.

PELVIC FLOOR KINESIOTHERAPY TREATMENT FOR FEMALE URINARY INCONTINECE: a group work.

CAMILA ALVES MARTINS¹, DANIELLE FALCÃO NOGUEIRA BELAN²

Resumo

Introdução: A incontinência urinária é uma patologia caracterizada pela perda involuntária de urina a qual pode afetar homens e mulheres (25 a 30%), em todas as idades. Sendo mais incidente nas mulheres no período de pós-menopausa. São vários os tipos de IU, porém a por esforço é a mais comum. As causas são várias, múltiplos partos vaginais e fatores hormonais podem ter uma influência muito grande na perda progressiva da força muscular do assoalho pélvico (MAP). O Tratamento conservador é a primeira opção e também o mais indicado. Neste tipo de terapia são realizados exercícios de contração perineal voltados para o fortalecimento de fibras musculares do tipo I e II que favorecem a melhora do suporte pélvico. Com a melhora da perda urinária consegue-se devolver a confiança e incrementar a qualidade de vida dessas mulheres. O que torna o tratamento imprescindível na área da Saúde da mulher. **Objetivo:** mostrar a importância da qualidade de vida de mulheres com IU. **Métodos:** Foi realizado um estudo experimental realizado na Clínica Escola de Fisioterapia da UNIPAC - JF, no decorrer do segundo semestre do ano de 2019, com 13 mulheres que apresentando idade entre 40 e 70 anos e com o diagnóstico de Incontinência Urinária. Foram realizadas avaliações fisioterapêuticas, aplicação do questionário Kings Health para qualidade de vida e as sessões em forma de trabalho em grupo, com a frequência de uma vez por semana durante 40 minutos, totalizando 20 encontros. Utilizou-se somente o método conservador cinésioterapia. **Resultados:** Após análise dos dados coletados os resultados encontrados confirmam que houve melhora o controle da micção, além de proporcionar melhora da autoestima e autoconhecimento. **Conclusão:** Concluiu-se que, os encontros semanais em forma de grupo trouxeram bons resultados mostrando que a fisioterapia deve ser a primeira opção terapêutica, mesmo em casos de mulheres múltiparas e com sobrepeso onde a chance de sucesso é pequena, devendo ser o treino do assoalho pélvico um aliado importante para a manutenção da integridade do MAP.

Descritores: Incontinência Urinária. Assoalho Pélvico. Pelve. Urinário

¹ Acadêmica do Curso de Fisioterapia do Centro Universitário Presidente Antônio Carlos – UNIPAC – Juiz de Fora –MG

² Fisioterapeuta, Professor do Curso de Fisioterapia do Centro Universitário Presidente Antônio Carlos – UNIPAC- Juiz de Fora - MG

Abstract

Introduction: Urinary incontinence is a condition when there is loss of urine through an involuntary micturition which can affect men and women (by 25% to 30%) at all ages. Occurring often in postmenopausal women. There are several types of UI, but excess effort is the most common cause. The causes are various, multiple vaginal deliveries and hormonal factors can largely influence the progressive loss of pelvic floor muscle strength. Conservative treatment is the first option and also the most suitable. In this type of therapy, perineal contraction exercises are performed aimed at strengthening type I and II muscle fibers that favor the improvement of pelvic support. With the improvement of urinary loss can restore confidence and increase the quality of life of these women. What makes the treatment indispensable in the area of Women's Health.

Objective: To show the importance improvement on the quality of life of women with UI.

Methods: An experimental study was conducted at the Clinical School of Physiotherapy of UNIPAC - JF, during the second semester of 2019, with 13 women aged between 40 and 70 years and diagnosed with urinary incontinence. Physiotherapeutic evaluations, the application of the Kings Health questionnaire for quality of life, and group work sessions were conducted once a week for 40 minutes, totaling 20 meetings. Only the conservative kinesiotherapy method was used. **Results:** After analyzing the collected data, the results confirm that there was an improvement in urination control, besides providing improved self-esteem and self-knowledge. **Conclusion:** It was concluded that the weekly group meetings brought good results showing that physical therapy should be the first therapeutic option, even in cases of multiparous and overweight women where the chance of success is small, and should be the training of the patient. Pelvic floor is an important ally for maintaining pelvic floor muscle integrity.

Keywords: Urinary incontinence. Pelvic floor. Pelvis. Urinary.

INTRODUÇÃO

O assoalho pélvico feminino é uma estrutura músculo-ligamentar que delimita a porção inferior da pelve e se divide em três porções: anterior (perfurada pelo óstio da uretra), média (óstio vaginal) e posterior (reto e ânus).¹ Este arcabouço músculo-ligamentar tem a função de sustentar os órgãos pélvicos e evitar distopias genitais, resistir ao aumento da pressão intra-abdominal, o que auxilia nas continências urinária e fecal.² São também importantes para a função sexual e sustentar o peso do feto durante a gestação.³ A disfunção deste sistema tem como causa a incontinência urinária (IU) que é quando a bexiga não consegue armazenar a urina ou quando é incapaz de se esvaziar completamente.² É considerado um problema de saúde pública e sua prevalência pode aumentar com o avanço da idade³.

Pode afetar crianças, adolescentes, mulheres, homens e pessoas idosas⁴ sendo mais prevalentes em pessoas idosas e mais em mulheres do que em homens, nelas pode variar de 25 a 30%.⁵ A maioria dos indivíduos com IU se isola e não tem facilidade de relatar espontaneamente este fato, indo procurar o serviço de saúde quando o problema já está instalado por tempo prolongado.⁴

Sofrem silenciosamente, tendo redução de autoestima, tornando-se deprimidas, angustiadas e irritadas⁴, passando até por isolamento social, preocupadas com o odor.⁶ Com intenção de minimizar os danos, elas utilizam absorventes como formas de proteção, certificam-se da existência de banheiros nos locais a frequentar, modificam a dieta e até mesmo diminuem a ingestão de líquido com a intenção de diminuir as idas ao banheiro.⁵

Além disso, a IU pode gerar disfunção sexual, como dificuldade de atingir um orgasmo, falta de libido e dispareunia. A perda de urina durante a relação sexual causa insegurança, desarmonizando assim o casal e comprometendo suas atividades sexuais, devido ao constrangimento.⁶

Existem vários tipos de IU, sendo eles: de esforço (IUE) que é a perda involuntária de urina mediante aumentos súbitos de pressão, de urgência (IUU) que esta relacionada à bexiga hiperativa, vontade incontrolável de urinar; e mista (IUM) combinação das duas ultimas.² Dentre elas, a de esforço é o tipo mais comum⁵, podendo ocorrer por hiper mobilidade da uretra (fraqueza do assoalho pélvico) ou por deficiência esfinteriana.⁷

A região pélvica é constituída por músculos, fásias e ligamentos que são

responsáveis pelo suporte dos músculos abdominais e o enfraquecimento destes é o grande responsável por qualquer tipo de IU.⁵

Existem vários tipos de condutas terapêuticas.⁷ O tratamento conservador é a primeira opção sendo o mais indicado.² Pois se tratam de técnicas e recursos que envolvem baixo custo e risco. Já a intervenção cirúrgica, além de invasiva, pode gerar varias complicações e ainda apresentar altas recidivas.³

Dentre os vários tipos de terapias, podem ser realizados exercícios de treinamento da musculatura do assoalho pélvico, sendo a base do treinamento contrações do canal vaginal, por serem eficazes.⁷ O programa deve ser realizado por no mínimo três meses², uma sessão por semana de quarenta e cinco minutos³, totalizando quinze encontros.⁸

A maioria das mulheres apresenta dificuldade para ativar os músculos nas primeiras vezes, por isso é importante o comando verbal, com instruções como "fechar e levantar" ao realizar a contração, a fim de ativar músculos superficiais e profundos.¹ Além disso, é importante orientar um reestabelecimento do ritmo miccional mais frequente, inicialmente de hora em hora seguido de aumento progressivo.⁵

Apesar de não ser a única causa, as alterações geradas pelo parto ocasionam disfunção da musculatura, que podem agravar durante a menopausa.⁵ Além delas, tem-se o envelhecimento natural das fibras musculares, redução da função ovariana após a menopausa, obesidade, múltiplos partos vaginais³, desuso, debilidade e hipoatividade dos músculos.¹

Independente do tipo, os prejuízos para a qualidade de vida são inúmeros.³ Para ajudar no tratamento a aplicação de questionários de qualidade de vida, podendo ser específicos ou não, ajudam a mensurar o grau da patologia e problemas psicossociais do paciente, um bastante usado é o *king's health Questionnaire* (KHQ)⁴, investigando os sintomas ou ate mesmo o impacto na vida do paciente.³

O objetivo da pesquisa foi demonstrar a eficácia do tratamento fisioterapêutico não invasivo em mulheres com incontinência urinária de todos os tipos, mostrar o quanto trabalhos realizados em grupo podem influenciar positivamente, que é possível obter um bom resultado mesmo quando não é possível realizar o toque e conscientizar sobre a importância do cuidado da saúde genital.

MÉTODOS

O projeto foi enviado ao comitê de ética para que tivesse início. Foram realizadas sessões fisioterapêuticas com 9 mulheres atendidas na clínica escola de Fisioterapia da UNIPAC-JF, apresentavam idade média de 55,6 anos e diagnóstico de IU. As sessões foram realizadas em forma de trabalho em grupo uma vez por semana durante 40 minutos.

Após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice 1), foi realizada triagem dessas mulheres dentro da própria clínica por meio de um questionário com dados gerais como idade, se tinham perda de urina, quando isso ocorria, há quanto tempo e se tinham interesse em realizar um tratamento.

Como método de avaliação foi utilizado o questionário específico de qualidade de vida *King's Health Questionnaire* (KHQ) (Anexo 1), composto por 30 perguntas, arranjadas em nove domínios. Essas perguntas estavam relacionadas respectivamente, a percepção da saúde, o impacto da IU, as limitações do desempenho das tarefas, a limitação física, a limitação social, o relacionamento pessoal, as emoções, o sono e a energia e as medidas de gravidade, ao final do tratamento este foi reaplicado para coleta dos resultados. Para a geração dos gráficos analíticos foi utilizada a plataforma Microsoft Excel®.

Para o tratamento foram aplicados exercícios baseados em cinesioterapia perineal e exercícios hipopressivos, com foco fibras tipo 1 e 2 da Musculatura do Assoalho Pélvico (MAP). Foram realizados os seguintes exercícios: 1- Paciente deitada em decúbito dorsal apoia os pés do chão e realiza levantamento de quadril, associado a contração rápida. 2- Paciente sentada em uma bola para pilates, realiza movimentos para frente e para trás associado a contração rápida. 3- Paciente sentada em uma bola de pilates realiza movimento de rotação da pelve, associado a contração lenta. 4- Paciente deitada em decúbito ventral, realiza extensão de membros superiores e inferiores associado a contração lenta. 5- Paciente de pé, realiza agachamento associado a contração rápida. 6- Paciente sentado em uma cadeira realiza contrações rápidas e depois lentas. Todos os exercícios foram realizados em 3 séries de 10 vezes.

A cinesioterapia funcional do assoalho pélvico ou treinamento dos músculos do assoalho pélvico consistiu em um trabalho de conscientização e fortalecimento desses músculos, que embora estivessem sob o controle voluntário ainda não era uma preocupação entre as mulheres, seja por falta de informação, tabus ou cultura.

Para promover o recrutamento muscular na cinesioterapia foram trabalhados os seguintes parâmetros: números de repetições, carga, tempo de contração e tempo de relaxamento.

O treinamento do MAP foi associado a exercícios globais e de respiração diafragmática para um melhor aproveitamento do tempo e ajuda na conscientização corporal.

O trabalho de alongamento da estrutura perineal foi realizado antes e após os treinos, sendo associados a um alongamento global com maior ênfase nos membros inferiores. Esta conduta foi importante para uma visão global das participantes do estudo, pois embora o foco fosse a musculatura perineal, foi observado e trabalhado a postura, respiração e posicionamento das pacientes.

As pacientes passaram inicialmente por uma fase de conscientização, para que elas aprendessem como fazer a contração da musculatura, sendo realizada através de palestras, utilização de figuras ilustrativas do seguimento muscular a ser tratado, demonstrando a localização do MAP. Este contato proporcionou maior interação, sendo possível criar maior homogeneidade ao grupo, e uma maior interação entre as pacientes, levando a uma melhor compreensão do comando verbal adequado durante a execução das contrações e relaxamento isolados do MAP.

Todas as pacientes que participaram da pesquisa assinaram o termo de consentimento antes de responder ao questionário.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Entre as nove mulheres que participaram da pesquisa, foram obtidos os seguintes dados, a idade delas variou entre 40 a 73 anos, todas eram casadas e 90% tinham um ou mais filhos. De acordo com Glisoi e Girelli⁹, de 14% a 46% das mulheres com idade entre 20 e 89 anos já apresentaram um episódio de IU.

Das participantes da pesquisa apenas 10% já haviam procurado ajuda médica, provando a dificuldade que elas ainda encontram para se comunicar quando o assunto envolve o trato uroginecológico. Entretanto, Pedro et al¹⁰ avaliaram 456 mulheres e apontou 35% de queixas por perda urinária devido ao esforço, no entanto apenas 59% dessas mulheres procuram tratamento, pois possivelmente elas tinham um nível maior de instrução.

Constatou-se que 90% das participantes já eram múltíparas de parto normal. Silva e Silva ¹¹ afirmam que por sua vez é uma agressão violenta aos músculos do assoalho pélvico, motivo pelo qual é tão comum a IU após um ou mais partos.

Apesar de a maioria das mulheres acometidas serem idosas, neste estudo provou-se que também é possível encontrar mulheres com pouca idade que já sofrem de IU. Um pouco diferente do que disseram De Carvalho et al ¹², que embora não faça parte do envelhecimento fisiológico observa-se um aumento da sua prevalência entre pessoas idosas.

Devido à faixa etária, 70% já haviam ou estavam passando pela menopausa. De Carvalho et al ¹² abordaram que frequentemente entre os fatores predisponentes, destaca-se o climatério, devido redução dos hormônios femininos.

Dedicação et al ¹³ diz que a IU aumenta na idade adulta (20 a 30%), tem seu pico na meia idade (30 a 40%) e apresenta aumento constante na velhice (30 a 50%).

Oitenta por cento das mulheres deste estudo eram brancas. Oliveira et al¹⁴ e Dedicação et al ¹³, comprovam que mulheres brancas tem maior suscetibilidade em desenvolver a doença em relação às negras, devido a menor produção de colágeno durante o climatério.

Todas as mulheres deste trabalho foram recrutadas dentro da clínica escola de fisioterapia, sendo assim todas elas tinham alguma outra patologia relacionada com a parte estrutural. Segundo Fozzatti et al ¹⁵, a mulher sofre no decorrer dos anos alterações posturais que podem desestruturar sua bacia pélvica.

Apenas 10% das participantes relataram melhora da satisfação sexual e melhora desempenho orgástico. Lopes et al ⁶ fala do impacto da IU na sexualidade, pois ele pode estar associado não apenas com a perda urinaria, mas, também, com a insegurança psicológica e piora da autoimagem diante da condição de embarço, que pode ser mais frequente neste tipo de paciente.

Contatou-se que apenas 10% delas não perdem urina durante algum tipo de esforço, sendo observada que a postura tem grande influência, pois a maioria do grupo possui uma postura com hipercifose torácica e retificação da lordose lombar, aumentando assim a pressão intra-abdominal.

Foi possível constatar que 60% usam algum tipo de absorvente, porem 50% não realiza a troca dos mesmos com frequência regular, mesmo sendo advertida que higiene inapropriada causa infecção urinária, assaduras e vários incômodos.

Após análises dos resultados apontados pelo questionário, constatou-se que 80% das participantes do estudo relataram diminuição de perda urinária e melhor controle miccional principalmente durante a noite, ao fim do tratamento.

Ao analisar os parâmetros clínicos da incontinência urinária e os diferentes domínios observa-se que a urgência, juntamente com a incontinência urinária de esforço, impactando significativamente com 66% nas emoções, 44% nas limitações físicas, 44% limitação social, 66% e sono e disposição. Gráfico -1

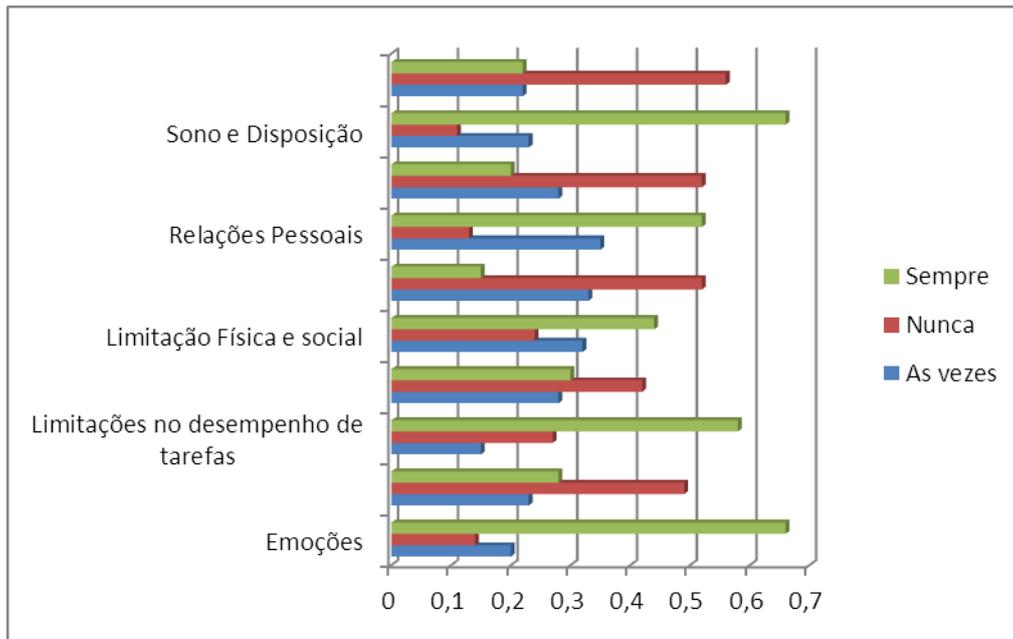


Gráfico 1- Comparativo da qualidade de vida através da aplicação do questionário KHQ.

CONCLUSÕES

Concluiu-se que, os encontros semanais em forma de grupo trouxeram bons resultados mostrando que a fisioterapia deve ser a primeira opção terapêutica, mesmo em casos de mulheres múltiparas e com sobrepeso onde a chance de sucesso é pequena, devendo ser o treino do assoalho pélvico um aliado importante para a manutenção da integridade do MAP, trazendo excelentes resultados como a melhora do estado emocional, o convívio social, qualidade do sono e a não necessidade de utilização de absorventes e conseqüentemente o retardo de processos cirúrgicos.

Além disso, pode-se observar que a troca de informações e experiências entre as participantes contribuiu significativamente, aumentando o nível do conhecimento não só sobre o IU, mas também como lidar com as situações de constrangimento.

Apesar de o toque genital ser uma excelente ferramenta de avaliação e facilitar o tratamento é possível obter bons resultados na reabilitação sem realizá-lo, devido a falta de informação e resistência dessas mulheres à insistência em realizá-lo, podendo afastá-las do tratamento.

REFERÊNCIAS

1-Odorico FM, Casassola GM, Braz MM. Oficina de exercícios para os músculos do assoalho pélvico: Uma estratégia de educação em saúde da mulher. Saude (Santa Maria). 2018; 44(2)1-4.

2-Gliso SFN, Girelli P. Importancia da fisioterapia na conscientização e aprendizagem da contração da musculatura do assoalho pélvico em mulheres com incontinência urinaria. Revista brasileira clinica medica. 2011;9(6):408-13.

3-De Souza JG, Ferreira VR, De Oliveira RJ, Cestari CE. Avaliação da força muscular do assoalho pélvico em idosas com incontinência urinaria. Fisioter. Mov.2011;24(1):39-46.

4-Fonseca ESM, Camargo ALM, Castro RA, Sartori MGF, Fonseca MCM, Lima GR et al. Validação do questionário de qualidade de vida (*kings Health Questionnaire*) em mulheres brasileiras com incontinência urinaria. Revista brasileira de ginecologia obstetrícia. 2005;27(5):235-42.

5-De Oliveira KAC, Rodrigues ABC, De Paula AB, Tecnicas fisioterapêuticas no tratamento e prevenção da incontinência urinaria de esforço na mulher. Revista eletrônica F@pciencia. 2007; 1(1):31-40.

6-Lopes MHBM, Da Costa JN, Bicalho MB, CasaleTE, Camisão AR, Fernandes MLV. Perfil e qualidade de vida de mulheres em reabilitação do assoalho pélvico. Rvista brasileira de enfermagem. 2018;71(5)2642-51.

7-Lopes MHBM, Costa JN, Lima JLDA, Oliveira LDR, Caetano AS. Programa de reabilitação pélvico: relato de 10 anos de experiência. Revista brasileira de enfermagem. 2017; 70(1): 231-5.

8- Moreira SFS, Girão MJBC, Sartori MGF, Baracat EC, De Lima R. Mobilidade do colo vesical e avaliação funcional do assoalho pélvico em mulheres continentas e com incontinência urinaria de esforço, consoante o estado hormonal. RBGO. 2002; 24(6)365-70.

- 9- Glisoi SFN, Girelli P. Importância da fisioterapia na conscientização e aprendizagem da contração da musculatura do assoalho pélvico em mulheres com incontinência urinária. Sociedade brasileira de clinica médica. 2011; 9(6):408-13.
- 10- Pedro AF, Ribeiro J, Soler ZASG, Bugdan AP. Qualidade de vida de mulheres com incontinência urinária. Revista eletrônica saúde mental álcool droga. 2011;7(2):63-70.
- 11- Da Silva APS, Da Silva JS. A importância dos músculos do assoalho pélvico feminino, sob uma visão anatômica. Fisioterapia Brasil. 2003; 4(3):205-11.
- 12- De Carvalho PM, AndradeFP, Peres W, Martinelli T, Simch F, Orcy RB. O impacto da incontinência urinária e seus fatores associados em idosas. Rev. Bras. Geriatr. Gerontol. 2014; 17(4):721-730.
- 13- Dedicacao AC, Haddad M, Saldanha MÊS, Driusso P. Comparação da qualidade de vida nos diferentes tipos de incontinência urinaria feminina. Revista brasileira de fisioterapia. 2010; 56(6):688-90.
- 14- Oliveira E, Zuliani LMM, Ishicava J, Silva SV, Albuquerque SSR, Souza AMB et al. Avaliação dos fatores relacionados à ocorrência da incontinência urinária feminina. Associação Medica Brasileira. 2012;56(6):688-90.
- 15- Martins MC, Palma P, Hermann V, Dambros M. Impascto da reeducação postural global no tratamento da incontinência urinaria de esforço feminina. Associação Medica Brasileira. 2008;54(1):17-22.

Apêndice 1:**Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**

Nome do participante: _____
Data: __/__/____
Pesquisador principal: _____
Centro Universitário Presidente Antônio Carlos - UNIPAC Campus II
E-mail: _____

Título do estudo: Tratamento cinesioterápico do assoalho pélvico para incontinência urinária feminina: um trabalho em grupo.

Objetivo do estudo: Demonstrar a importância do tratamento fisioterapêutico em grupo do sexo feminino com incontinência urinária em tratamento na clínica escola da UNIPAC Juiz de Fora.

Procedimentos: Será aplicado um questionário (KHG) para avaliação e após serão realizados exercícios de contração perineal associados a exercícios cinesioterapicos.

Benefícios: Melhora da qualidade de vida e reintegração da vida social.

Direitos do participante: Fica claro que a minha participação é voluntária e entendi que, se desejar, posso me retirar deste estudo a qualquer momento, sem a necessidade de justificativa, mesmo que já tenha assinado o termo de consentimento.

Confidencialidade: Tenho assegurado pelo pesquisador que, em nenhuma hipótese, a identidade de qualquer indivíduo que participou deste estudo será revelada. Compreendo e autorizo que os resultados deste estudo, parcialmente ou na íntegra, componham o corpo do Trabalho de Conclusão de curso do pesquisador e poderão ser publicados em revistas profissionais ou apresentado em congressos.

Contatos: Se tiver dúvidas poderá entrar em contato no telefone 2102-2107.

Estou de acordo com os esclarecimentos acima e aceito participar dessa pesquisa.

 Participante

 Pesquisador

 _____ de _____ de 2019.

Anexo 1:
King's Health Questionnaire

Nome: _____

_____ Idade: _____ anos Data: _____

Como você avaliaria sua saúde hoje?

Muito boa () Boa () Normal () Ruim () Muito ruim ()

Quanto você acha que seu problema de bexiga atrapalha sua vida?

Não () Um pouco () Mais ou menos () Muito ()

Abaixo estão algumas atividades que podem ser afetadas pelos problemas de bexiga.

Quanto seu problema de bexiga afeta você? Gostaríamos que você respondesse todas as perguntas. Simplesmente marque com um "X" a alternativa que melhor se aplica a você. Limitação no desempenho de tarefas

Com que intensidade seu problema de bexiga atrapalha suas tarefas de casa (ex., limpar, lavar, cozinhar, etc.)

Nenhuma () Um pouco () Mais ou menos () Muito ()

Com que intensidade seu problema de bexiga atrapalha seu trabalho, ou suas atividades diárias normais fora de casa como: fazer compra, levar filho à escola, etc.?

Nenhuma () Um pouco () Mais ou menos () Muito ()

Limitação física/social Seu problema de bexiga atrapalha suas atividades físicas como: fazer caminhada, correr, fazer algum esporte, etc.?

Não () Um pouco () Mais ou menos () Muito ()

Seu problema de bexiga atrapalha quando você quer fazer uma viagem?

Não () Um pouco () Mais ou menos () Muito ()

Seu problema de bexiga atrapalha quando você vai a igreja, reunião, festa?

Não () Um pouco () Mais ou menos () Muito ()

Você deixa de visitar seus amigos por causa do problema de bexiga?

Não () Um pouco () Mais ou menos () Muito ()

Relações pessoais Seu problema de bexiga atrapalha sua vida sexual?

Não se aplica () Não () Um pouco () Mais ou menos () Muito ()

Seu problema de bexiga atrapalha sua vida com seu companheiro?

Não se aplica () Não () Um pouco () Mais ou menos () Muito ()

Seu problema de bexiga incomoda seus familiares?

Não se aplica () Não () Um pouco () Mais ou menos () Muito ()

Gostaríamos de saber quais são os seus problemas de bexiga e quanto eles afetam você. Escolha da lista abaixo APENAS AQUELES PROBLEMAS que você tem no momento. Quanto eles afetam você? Frequência:

Você vai muitas vezes ao banheiro?

Um pouco () Mais ou menos () Muito ()

Noctúria: Você levanta a noite para urinar?

Um pouco () Mais ou menos () Muito ()

Urgência: Você tem vontade forte de urinar e muito difícil de controlar?

Um pouco () Mais ou menos () Muito ()

Bexiga hiperativa: Você perde urina quando você tem muita vontade de urinar?

Um pouco () Mais ou menos () Muito ()

Incontinência urinária de esforço: Você perde urina com atividades físicas como: tossir, espirrar, correr?

Um pouco () Mais ou menos () Muito ()

Enurese noturna: Você molha a cama à noite?

Um pouco () Mais ou menos () Muito ()

Incontinência no intercurso sexual: Você perde urina durante a relação sexual?

Um pouco () Mais ou menos () Muito ()

Infecções freqüentes: Você tem muitas infecções urinárias?

Um pouco () Mais ou menos () Muito ()

Dor na bexiga: Você tem dor na bexiga?

Um pouco () Mais ou menos () Muito ()

Outros: Você tem algum outro problema relacionado a sua bexiga?

Um pouco () Mais ou menos () Muito ()

Emoções: Você fica deprimida com seu problema de bexiga?

Não () Um pouco () Mais ou Menos () Muito ()

Você fica ansiosa ou nervosa com seu problema de bexiga?

Não () Um pouco () Mais ou Menos () Muito ()

Você fica mal com você mesma por causa do seu problema de bexiga?

Não () Às vezes () Várias vezes () Sempre ()

Sono/Energia: Seu problema de bexiga atrapalha seu sono?

Não () Às vezes () Várias vezes () Sempre ()

Você se sente desgastada ou cansada?

Não () Às vezes () Várias vezes () Sempre ()

Algumas situações abaixo acontecem com você? Se tiver o quanto?

Você usa algum tipo de protetor higiênico como: fralda, forro, absorvente tipo Modess para manter-se seca?

Não () Às vezes () Várias vezes () Sempre ()

Você controla a quantidade de líquido que bebe?

Não () Às vezes () Várias vezes () Sempre ()

Você precisa trocar sua roupa íntima (calcinha), quando fica molhadas?

Não () Às vezes () Várias vezes () Sempre ()

Você se preocupa em estar cheirando urina?

Não () Às vezes () Várias vezes () Sempre ()

