



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE FISIOTERAPIA
TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

ANNA CAROLINE RIBEIRO DE MOURA

**IMPACTO DA INCONTINÊNCIA URINÁRIA NA QUALIDADE DE VIDA DE
GESTANTES COM SOBREPESO E OBESIDADE**

FORTALEZA

2018

ANNA CAROLINE RIBEIRO DE MOURA

**IMPACTO DA INCONTINÊNCIA URINÁRIA NA QUALIDADE DE VIDA DE
GESTANTES COM SOBREPESO E OBESIDADE**

Trabalho de Conclusão de Curso no formato da revista Fisioterapia & Saúde Funcional apresentado ao Departamento de Fisioterapia da Universidade Federal do Ceará como requisito para a obtenção do título de bacharelado em Fisioterapia.

Orientadora: Prof^a. Dra. Simony Lira do Nascimento

FORTALEZA
2018

ANNA CAROLINE RIBEIRO DE MOURA

**IMPACTO DA INCONTINÊNCIA URINÁRIA NA QUALIDADE DE VIDA DE
GESTANTES COM SOBREPESO E OBESIDADE**

Trabalho de Conclusão de Curso no formato da revista Fisioterapia e Saúde Funcional apresentado ao Departamento de Fisioterapia da Universidade Federal do Ceará como requisito para a obtenção do título de bacharelado em Fisioterapia.

Aprovado em: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

PROF^a. DRA. SIMONY LIRA DO NASCIMENTO (ORIENTADORA)

Universidade Federal do Ceará

PROF^a RAYANNE MOREIRA DA CUNHA

Universidade Federal do Ceará

MSC. CLARA TAÍNA SILVA LIMA

IMPACTO DA INCONTINÊNCIA URINÁRIA NA QUALIDADE DE VIDA DE GESTANTES COM SOBREPESO E OBESIDADE

Urinary incontinence impact on the quality of life of pregnant women with overweight and obesity

“Qualidade de vida na Gestação”

Autores: Anna Caroline Ribeiro de Moura¹, Simony Lira do Nascimento²

RESUMO

Introdução: O índice de massa corporal (IMC) pré-gestacional elevado é um fator que pode predispor gestantes ao desenvolvimento de incontinências urinárias (IU), que gera constrangimentos e desconfortos sendo necessária sua investigação. **Objetivo:** verificar o impacto da IU na qualidade de vida (QV) de gestantes em diferentes períodos da gestação e a influência do IMC pré-gestacional na severidade dos sintomas urinários. **Metodologia:** estudo observacional, transversal e quantitativo, realizado no ambulatório de Pré-Natal de Alto Risco (PNAR). Foram incluídas gestantes com idade entre de 18 e 40 anos; feto único e com idade gestacional (IG) até 38 semanas. Para a coleta de dados foram utilizados questionários sociodemográfico e antropométrico próprios e os questionários validados Inventário de Angústia Urogenital (UDI-6) e Questionário de Consulta Internacional sobre Incontinência (ICIQ-SF). A amostra foi dividida em três grupos de acordo com a IG. **Resultados:** Das 38 mulheres incluídas na pesquisa, 23 (60,52%) apresentaram algum tipo de IU. Ao estratificar os tipos de IU pelo IMC pré-gestacional observa-se uma maior prevalência de IU de esforço e IU mista. Observa-se uma tendência a maiores valores de impacto na QV nos períodos mais precoces e tardios da gestação. Não houve diferença estatística significativa entre as variáveis. **Conclusão:** Observa-se que grande parte da amostra apresentou algum sintoma urinário ou IU, que causam impacto na QV, apesar de não ter significância estatística neste estudo. É importante ressaltar que a IU é multifatorial e outros fatores além do IMC podem influenciar na severidade e impacto da IU na QV de gestantes com obesidade e sobrepeso.

Palavras-chave: Gestantes, Obesidade, Sobrepeso, Incontinência Urinária e Qualidade de Vida.

ABSTRACT

Introduction: Factors such as pre-gestational body mass index (BMI) are a factor that may predispose pregnant women to the development of urinary incontinence (IU) during pregnancy and these cause embarrassment and discomfort due to their investigation. **Objective:** to verify the impact of quality of life (QoL) on pregnant women in different periods of gestation. **Methodology:** observational, cross-sectional and quantitative study, performed at a high risk prenatal outpatient clinic (PNAR). Pregnant women aged 18-40 years were included; fetus with gestational age (GI) up to 38 weeks. The Urogenital Distress Inventory (UDI-6) and the International Incontinence Consultation Questionnaire (ICIQ-SF) were collected. The sample was divided into three groups according to a GI. **Results:** Of the 38 women in the study, 23 (60.52%) are some type of urinary incontinence (UI). When stratifying UI types by pre-gestational BMI, a higher prevalence of stress UI and mixed UI is observed. It is observed a tendency to higher values of impact in the earlier and later turns of the gestation. The difference between the variables was not made. **Conclusion:** Observing the great part of the sample presented some anomaly in UBE and that these have a direct impact on the QoL. It is important to emphasize that UI is multifactorial and factors other than BMI can influence the severity and impact of UI in the QoL of pregnant women with obesity and overweight.

Decs: Pregnant Women, Obesity, Overweight, Quality of Life and Urinary Incontinence

¹ Graduanda do Curso de Fisioterapia da Universidade Federal do Ceará.

² Doutora Professora do Curso de Fisioterapia da Universidade Federal do Ceará.

INTRODUÇÃO

A Incontinência Urinária (IU) é definida pela *International Continence Society* como queixa de perda involuntária de urina. Dentre os principais tipos de IU estão a incontinência urinária de esforço (IUE), caracterizada por perdas associadas a algum tipo de esforço ou atividade física; a incontinência urinária de urgência (IUU), que está relacionada a sensação de urgência miccional; e a incontinência urinária mista (IUM), por sua vez relaciona-se a queixas de perdas urinárias por esforço e sintomas de urgência.^{1,2}

O aparecimento de sintomas urinários na gestação é comum, apresentando prevalência média de IUE de 41% e com tendência de aumento da taxa dos de acordo com a idade gestacional.⁴ O aparecimento de sintomas urinários na gestação relaciona-se a mecanismos fisiológicos oriundos de modificações hormonais e estruturais inerentes ao período. A pressão crescente do útero em desenvolvimento, o peso fetal nos músculos do assoalho pélvico (MAP) e alterações na função esfinteriana, podem predispor a mulher a episódios de IU.⁷

Estudos epidemiológicos relacionam diretamente a obesidade e sobrepeso pré-gestacionais com maior gravidade e severidade da IU. Fatores como elevado índice de massa corporal (IMC) pré-gestacional, excessivo ganho de peso na gravidez e estado nutricional inadequado são fatores os quais podem estar diretamente relacionados ao aumento de IU na gestação. Levanta-se a hipótese de que mulheres com $IMC \geq 30 \text{ kg/m}^2$ apresentem mais sintomas urinários por aumento da pressão intra-abdominal devido à adiposidade central que, por sua vez, aumenta a pressão da bexiga e a mobilidade uretral.³ Estados nutricionais inadequados também tendem a elevar os índices de comorbidades materno-infantis, como macrosomia fetal, hipertensão arterial, diabetes gestacional e aumento das taxas de cesarianas.^{4,5,6}

Embora haja grandes discussões sobre definições de qualidade de vida (QV) sabe-se que esta é dependente de medidas objetivas e subjetivas da inter-relação do indivíduo com o ambiente que o cerca e seu contexto biopsicossocial, sendo um importante indicador para a elaboração e melhoria de políticas de saúde públicas.²³ Estudos demonstram que gestantes com IU apresentam prejuízos na QV, tendo maior impacto na sexualidade, gastos com absorventes e constrangimentos em público. A função relacionada ao sono também pode ser afetada em mulheres que apresentam episódios de noctúria, enurese e IUU, reforçando a necessidade de investigação dos sintomas urinários durante o acompanhamento pré-natal.³

Muitas mulheres relacionam a IU na gravidez como um inconveniente natural da gestação que deve ser suportado durante todo o período gestacional, pois não possuem informação suficiente durante o pré-natal sobre prevenção e tratamento da IU.³ Estudos indicam que a IU iniciada durante a gestação dobra o risco de permanência dos sintomas no puerpério, reaparecimento da IU em até quinze anos após o parto além de ser um fator de risco para a IU severa no climatério, sobrecarregando os sistemas de saúde. Portanto, é de extrema necessidade a prevenção, rastreamento e tratamento precoce das disfunções urinárias.^{8,24,25}

É preciso que pesquisas relacionem as causas e impactos da IU na qualidade de vida continuem a ser realizadas para elucidação dos mecanismos predisponentes a esta condição de saúde, visando um cuidado integral às gestantes. Tendo em vista as repercussões negativas da IU, o objetivo deste estudo é verificar o impacto da IU na qualidade de vida de gestantes em diferentes períodos da gestação e a influência do IMC pré-gestacional na severidade dos sintomas urinários.

METODOLOGIA

O presente estudo trata-se de um segmento de um estudo multicêntrico intitulado “Dieta, atividade física e ansiedade em gestantes com obesidade”. Esta pesquisa foi realizada no Serviço de Medicina Materno Fetal (SMMF), no ambulatório de Pré-Natal de Alto Risco (PNAR) da Maternidade Escola Assis Chateaubriand (MEAC) e de caráter observacional, transversal e quantitativo, sendo a amostra do tipo não probabilística por conveniência.

Foram incluídas gestantes atendidas no PNAR da MEAC com idade entre 18 e 40 anos, feto único e com idade gestacional até 38 semanas. Adotou-se como critérios de exclusão: gestantes com IMC pré-gestacional classificado em baixo peso e adequado de acordo com último peso relatado pela participante e altura medida no centro de pré-natal, e com contra-indicação absoluta para realizar atividade física (doença cardíaca hemodinamicamente significativa, doença lombar restritiva, colo uterino incompetente ou cerclagem, gestação múltipla em risco de parto prematuro, trabalho de parto prematuro durante a gestação atual, ruptura de membranas, pré-eclâmpsia, anemia grave)²⁶. Após coleta, as entrevistadas foram divididas em três grupos de acordo com a idade gestacional (IG): Grupo 1 (Gestantes com IG até 24s), Grupo 2 (Gestantes com IG entre 25 e 33s) e Grupo 3 (Gestantes com IG entre 34 e 38s).

A coleta de dados deu-se através de questionário próprio, no qual se investigou o perfil sociodemográfico, antropométrico e histórico de saúde. (APÊNDICE 2). Para avaliação dos sintomas urinários e impacto da IU na QV foram utilizados dois questionários validados: Questionário de Consulta Internacional sobre Incontinência (ICIQ - SF) e Inventário de Angústia Urogenital (UDI - 6) (ANEXO 1 e 2).

O Questionário de Consulta Internacional sobre Incontinência (ICIQ - SF), versão curta, é composto por quatro questões auto – administráveis, as quais qualificam a frequência, quantidade da perda urinária e o incômodo causado pela IU, além de oito itens de auto-diagnóstico os quais caracterizam as situações em que ocorre a perda miccional. É pontuado através da soma dos resultados dos itens 3, 4 e 5, no qual os resultados podem variar de 0 a 21 e maiores valores indicam maior impacto na QV.⁹ Através do ICIQ-SF também é possível classificar a severidade da IU por meio das somas dos itens 3,4 e 5, sendo a pontuação dada da seguinte forma: leve (1-5), moderada (6-12), grave (13 - 18) e muito grave (19-21).²¹

O inventário de Angústia Urogenital, versão curta, possui seis questões divididas em três subescalas: sintomas urinários relacionados à urgência (questões 1 e 2), ao esforço (questões 3 e 4) e a dificuldade do esvaziamento vesical (questões 5 e 6). Sua pontuação é reconvertida em uma escala que pode variar de 0 a 100 e maiores valores indicam maior impacto dos sintomas urinários na QV.^{10,22}

Os dados foram analisados através do software Epi-info versão 7.2.2.6. Para análise da prevalência e impacto da IU em diferentes períodos gestacionais foi adotado o teste Qui-quadrado, sendo estabelecido um nível de significância de 5%. As variáveis contínuas estão apresentadas em média (M) e Desvio Padrão (DP) e as variáveis categóricas agrupadas e apresentadas em percentual (%) de frequência. Para as variáveis contínuas, a normalidade da distribuição de dados foi avaliada pelo teste de Shapiro-Wilk.

As gestantes iniciaram a participação no estudo após terem dado seu consentimento por escrito. Cada possível participante recebeu e leu o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e após concordarem em participar do estudo, assinaram o TCLE (APÊNDICE 3) e receberam uma cópia do mesmo, assinada pela pesquisadora responsável. Foi assegurado o não comprometimento do seu atendimento na instituição caso não concordassem ou desistissem de participar do estudo. O adendo ao projeto inicial da presente pesquisa foi aprovada pelo Comitê de ética em Pesquisa da MEAC sob o n° CAAE: 62916616.0.2002.5050.

RESULTADOS

Das 73 gestantes captadas no centro de pré-natal, 40 obedeceram aos critérios de inclusão, porém 2 mulheres convidadas não aceitaram participar do estudo, sendo a amostra final composta por 38 participantes. Das mulheres excluídas, 7 (21,22%) possuíam contra-indicação absoluta para a prática de exercício físico por motivo de cerclagem, sangramento transvaginal e risco de trabalho de parto prematuro. Após serem distribuídas em três grupos de acordo com a idade gestacional o grupo 1 (IG1) foi composto por 8 gestantes, o grupo 2 (IG2) por 19 mulheres e o grupo 3 (IG3) com amostra de 11 participantes. (FIGURA 1)

A análise do perfil sociodemográfico da amostra revelou uma média de idade de 30,1 anos ($\pm 5,16$), sendo a maioria de cor parda, com ensino fundamental e médio completos e residente com parceiro (a). Grande parte das gestantes não desenvolvia nenhum tipo de atividade remunerada, possuíam renda mensal baixa em torno de um salário mínimo ou menos e cerca de 30% recebia algum tipo de auxílio financeiro do governo. (TABELA 1)

Em relação ao perfil antropométrico, obstétrico e ginecológico das gestantes, a análise revelou que a maioria das mulheres encontravam-se na categoria de obesidade tipo I (39,47%), 47% já tiveram 3 ou mais gestações e 2,63% afirmaram que mantêm o tabagismo durante a gravidez (TABELA 2). As taxas de diabetes e hipertensão arterial nas participantes foram altas, cerca de 26,32% e 55%, respectivamente.

Das 38 mulheres incluídas na pesquisa, 23 (60,52%) apresentaram algum tipo de incontinência urinária (IU). Ao estratificar os tipos de IU pelo IMC pré-gestacional, observa-se uma maior prevalência dos sintomas de IUE e IUM nas participantes, sem diferença quanto ao tipo de IU entre as mulheres com sobrepeso e obesidade (TABELA 3).

Em relação ao impacto da IU na QV durante a gestação avaliada pelo ICIQ-SF a média do escore total foi de 8,73 ($\pm 4,42$). A análise do impacto da IU em diferentes períodos gestacionais demonstrou que a média mais elevada foi de 9,40 ($\pm 5,27$) referente ao grupo IG2. A média do impacto em IG1 foi de 8,00 ($\pm 3,63$) e IG3 de 8,42 ($\pm 4,19$), com valores de $p=0,82$, demonstrando que não houve diferença na QV entre os períodos gestacionais.

A análise da influência do IMC pré-gestacional na severidade da IU revelou um maior predomínio de sintomas moderados nas mulheres com obesidade, porém, nenhuma participante do estudo apresentou IU muito grave (TABELA 4).

Do total das mulheres incluídas no estudo, 35 (92,1%) possuía algum tipo de queixa urinária relacionada a sintomas de urgência, de obstrução e/ou de perdas urinárias no questionário UDI-6, sendo os sintomas de urgência e polaciúria prevalentes em 33 participantes (86,85%). Ao investigar a média de impacto dos sintomas urinários na QV nas mulheres com obesidade e sobrepeso, observa-se que as maiores médias estão relacionadas aos sintomas de esforço (51,66), principalmente nas mulheres com obesidade, não sendo observado diferença estatística significativa entre os dois grupos de IMC. (TABELA 5)

A média total do impacto dos sintomas urinários (relacionados à urgência, urge-incontinência, perda aos esforços e/ou sintomas de esvaziamento) pelo questionário UDI-6 foi de 29,04 ($\pm 18,97$). Percebe-se uma tendência a maiores valores entre os períodos mais precoces e tardios da gestação, não havendo diferença estatística entre os diferentes períodos. (GRÁFICO 1)

DISCUSSÃO

Percebe-se que as médias do impacto da IU na QV, avaliada por meio do questionário ICIQ-SF, revelaram baixos valores e severidades leves e moderadas, sendo a IUM e IUE as mais prevalentes. Nota-se ainda que há elevadas taxas de comorbidades gestacionais DMG e

hipertensão induzida pela gestação nas população estudada. Além de grande prevalência dos sintomas de urgência, as maiores médias de impacto na QV foi nas mulheres com sintomas urinários de esforço, principalmente naquelas gestantes com algum grau de obesidade.

As incontinências urinárias de esforço (IUE) e a mista (IUM) foram os tipos mais prevalentes nas gestantes com obesidade e sobrepeso. Estudos afirmam que gestantes com sintomas de urgência (polaciúria, noctúria e urgência) e IUU tendem a apresentar maiores impactos na QV em comparação à aquelas com IUE⁴. Outras pesquisas, realizada em mulheres com sobrepeso e obesas, porém não gestantes, reiteram que o impacto está diretamente relacionado à severidade dos sintomas, independente do tipo de IU apresentado, não sendo encontrado consenso na literatura sobre qual tipo de IU oferece maior impacto na QV.¹¹

O impacto dos sintomas urinários na QV das gestantes com obesidade e sobrepeso nos diferentes períodos gestacionais trazem repercussões negativas para o bem-estar global do indivíduo. Estudos mostram que a IU e outros sintomas urinários em gestantes, principalmente naquelas com idade gestacional mais avançada, podem gerar limitações nas atividades diárias e nas relações sociais, aumento da ansiedade, impacto no sono e disposição e alteração da percepção geral da saúde.^{12,13}

Apesar de poucas mulheres terem apresentado queixas de IUU e o impacto dos sintomas de irritação vesical tenham obtido média inferior a outros sintomas, estes devem ser observados e acompanhados com bastante atenção pelos profissionais de saúde durante o pré-natal. Alguns estudos encontraram relação direta entre a obesidade e maiores riscos de infecções urinárias tanto na gestação quanto no puerpério.^{14,15}

As bacteriúrias sintomáticas ou as assintomáticas podem predispor às gestantes ao surgimento dos sintomas de urgência, e as infecções do trato urinário precisam ser rapidamente tratadas, pois são uma das principais causas de sepse durante a gestação. Supõe-se que imediatamente após a contração não-inibida da musculatura detrusora, a mulher tende a realizar uma contração voluntária máxima do assoalho pélvico afim de evitar a perda urinária, tal fato gera um fluxo urinário retrógrado da uretra para bexiga, predispondo a migração bacteriana.^{15,16}

A obesidade e sobrepeso gestacionais estão relacionados ao desenvolvimento de diversas comorbidades maternas, dentre elas a diabetes melito gestacional (DMG). As taxas de DMG no presente estudo foram altas e podem estar relacionadas ao surgimento de disfunções do trato urinário.¹⁷

Um estudo tranlacional realizado em 2013 revelou que a DMG pode aumentar de 50% a 200% os riscos de gestantes desenvolverem incontinência urinária, sendo a IUE o tipo mais prevalente. Acredita-se que o mecanismo patofisiológico da DMG explique a IU, dentre eles está a hipótese de que os distúrbios metabólicos como redução da captação de glicose e ácidos graxos leve a modificações musculares estruturais (diminuição do volume mitocondrial, transformação dos tipos das fibras musculares e aumento na deposição de gordura). Há hipóteses de que tais mudanças ocasionem redução da capacidade funcional dos músculos e levem a atrofia, inclusive nos músculos pélvicos e também alterem a capacidade e complacência da bexiga.¹⁷

Os achados da análise das médias dos impactos dos sintomas urinários nos diferentes períodos gestacionais revelaram maiores valores nas fases mais precoces e tardias da gestação, podendo estes estar relacionados às modificações fisiológicas do período gravídico. Nas primeiras semanas gestacionais há uma forte interferência da progesterona que tem dentre suas funções o relaxamento da musculatura lisa, e nos períodos mais tardios há uma maior pressão do útero gravídico sobre a bexiga, podendo a curva dos sintomas urinários ser descrita em “U”.^{4, 18}

Estudos realizados em mulheres não grávidas com obesidade demonstram que este público-alvo relata, em instrumentos com medidas objetivas e subjetivas, maiores sofrimentos com os sintomas e impactos da IU na QV. Embora não tenha sido possível relacionar a severidade dos sintomas urinários com o IMC pré-gestacional, estudos afirmam que à medida que o IMC aumenta, a gravidade e severidade dos sintomas urinários e IU tendem a subir concomitantemente.¹¹

No presente estudo não foram investigados fatores comportamentais das gestantes que podem influenciar na IU, mas sabe-se que questões além do componente biológico podem gerar impactos nos sintomas urinários. Dentre eles estão hábitos de vida como a prática de exercícios físicos, treino da musculatura do assoalho pélvico, alimentação, estado emocional, hábitos urinários, entre outros. Uma revisão sistemática com meta-análise realizada em 2017 revelou que gestantes que praticam exercícios pré-natais e fazem o treino da musculatura do assoalho pélvico tem menores chances de desenvolver IU na gestação e no pós-parto, além de reduzirem a severidade da perda urinária. Outros estudos relacionam a IU na gestação com sintomas depressivos, estado marital e constipação intestinal antes da gestação.^{3, 19, 20}

A fisioterapia tem sido descrita na literatura como tratamento de primeira linha das disfunções do assoalho pélvico (AP), além dos exercícios e treinos da musculatura pélvica serem recomendados para prevenir a IU e outras disfunções do AP. Embora sejam amplos os benefícios da inserção da fisioterapia durante os acompanhamentos pré-natais e pós-parto, observa-se uma carência na oferta destes serviços nas redes públicas de saúde. É preciso que a atenção ao cuidado da gestante seja multiprofissional e o contemplem os princípios de integralidade, equidade e universalidade preconizados pelo sistema único de saúde (SUS) com o objetivo de prevenir agravos e os impactos na QV das gestantes.^{12, 20, 27}

O presente estudo possui limitações quanto ao pequeno tamanho amostral necessitando de estudos com mais participantes. Outras limitações dizem respeito à proximidade de valores entre os IMC adotados, podendo não ter sido encontrada diferenças estatísticas relevantes em decorrência de faixas de IMC tão próximas. A quantidade de categorias analisadas também contribuíram para a dispersão estatística.

CONCLUSÃO

Observa-se que as médias do impacto da IU na QV, avaliada por meio do questionário ICIQ-SF, revelaram baixos valores e severidades leves e moderadas, levantando-se a hipótese de que tais achados podem ser um fator importante para que as gestantes pouco relatem os sintomas urinários e IU durante os acompanhamentos pré-natais. Reforça-se a necessidade de tal investigação, através dos profissionais de saúde, para a prevenção de agravos e tratamentos adequados dos sintomas urinários, já que a IU gestacional está associada ao seu reaparecimento durante o climatério com maiores gravidades e impactos na QV, tornando-se assim um problema maior de saúde pública.

Percebe-se ainda que as gestantes com sobrepeso e obesidade apresentaram taxas elevadas de comorbidades gestacionais (DMG e hipertensão induzida pela gestação); além de uma maior prevalência das IUM e IUE. Em relação ao impacto dos sintomas urinários (urgência, esforço e obstrutivos), percebe-se grande prevalência dos sintomas de urgência e maiores médias de impacto na QV nas mulheres com sintomas urinários de esforço, principalmente naquelas com IMC acima de 30kg/m².

É importante ressaltar que a IU é multifatorial e outros fatores além do IMC podem influenciar na severidade e impacto da IU na QV de gestantes com obesidade e sobrepeso, não apenas os biológicos, mas também os comportamentais, e estes precisam ser investigados e estabelecidas relações com as queixas urinárias.

Poucos foram os estudos que abordavam sobre IU e outros sintomas urinários em gestantes com obesidade e sobrepeso, sendo achados em sua maioria pesquisas com público-alvo de gestantes ou mulheres não-gestantes com obesidade e sobrepeso, levantando-se a hipótese de que esta ainda é uma queixa pouco investigada neste público.

REFERÊNCIAS

1. Bo K, Frawley HC, Haylen BT, Abramov Y, Almeida FG, Berghmans B. et al. An International Urogynecological Association (IUGA)/International Continence Society (ICS) joint report on the terminology for the conservative and nonpharmacological management of female pelvic floor dysfunction. *Neurourol Urodynam.* 2017. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27918122>.
2. Haylen BT, Ridder D, Freeman RM, Swift SE, Berghmans B, Lee J et al. An International Urogynecological Association (IUGA)/International Continence Society (ICS) joint report on the terminology for female pelvic floor dysfunction. *IntUrogynecol J.* 2016. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19937315>.
3. Okunola TO, Olubiyi OA, Omoya S, Rosiji B, Ajenifuja KO. Prevalence and risk factors for urinary incontinence in pregnancy in Ikere-Ekiti, Nigeria. *NeurourolUrodyn.* 2018 Jun. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29882369>.
4. Barbosa L, Boaviagem, A, Morett T, Lemos, A. Multiparity, age and overweight/obesity as risk factors for urinary incontinence in pregnancy: a systematic review and meta-analysis. *IntUrogynecol J.* 2018 May. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs00192-018-3656-9>.
5. Lima RJCP, Batista RFL, Ribeiro MRC, Ribeiro CCC, Simões VMF, Neto PML et al. Prepregnancy body mass index, gestational weight gain, and birth weight in the BRISA cohort. *Rev Saude Publica.* 2018; 52:46. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5947505/>.
6. Morais SS, Nascimento SL, Godoy-Miranda AC, Kasawara KT, Surita FG. Body Mass Index Changes during Pregnancy and Perinatal Outcomes - A Cross-Sectional Study. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2018 Jan; 40(1):11-19. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29253913>.
7. Sangsawang B, Sangsawang N. Stress urinary incontinence in pregnant women: a review of prevalence, pathophysiology, and treatment. *International Urogynecology Journal.*;24(6):901-912.2013. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3671107/>.
8. Baracho SM. Preditores de incontinência urinária de esforço em mulheres primíparas que realizaram parto vaginal. [Dissertação]. Minas Gerais: Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional da Universidade Federal de Minas Gerais 2010. Disponível em: http://www.eef.ufmg.br/mreab/documentos_new/Dissertpdf/SabrinaBaracho.pdf.
9. Tamanini JTN, Miriam D, D'Ancona CAL, Palma PCR, Rodrigues NJN. Validação para o português do "International Consultation on Incontinence Questionnaire - Short Form" (ICIQ-SF). *Rev. Saúde Pública [Internet].* 2004 ; 38(3): 438-444Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102004000300015&lng=en.
10. Fillis MMA, Teixeira MIM, Castro NM, Ribeiro HGG, Costa VSP, Ossada VAY. Prevalência de incontinência urinária em participantes da associação londrinense de esclerose múltipla: estudo transversal. *Revista Hórus*, v. 13, n.1, p. 1-13, 2018. Disponível em: <http://revistaadmmade.estacio.br/index.php/revistahorus/article/viewFile/4558/47964874>.
11. Richter HE, Kenton K, Huang L, Nygaard I, Kraus S, Whitcomb E, et al. The impact of obesity on urinary incontinence symptoms, severity, urodynamic characteristic sand quality of life. *J Urol;* 183(2): 622-8, 2010 Feb.. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3311463/?tool=pubmed>.
12. Moccellini AS, Rett MT, Driusso P. Incontinência urinária na gestação: implicações na qualidade de vida. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant., Recife*, 14 (2): 147-154 abr. / jun., 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v14n2/1519-3829-rbsmi-14-02-0147.pdf>.

13. Magajewski FRL, Beckhauser MG, Grott Y. Prevalência de incontinência urinária em primigestas em um hospital no sul do Brasil. *Arq Catarin Med.* 2013 jul-set; 42(3): 54-58. Disponível em: <http://www.acm.org.br/revista/pdf/artigos/1244.pdf>.
14. Paiva LV, Nomura, RMY, Gonçalves MCD; Zugaib M. Maternal obesity in high-risk pregnancies and postpartum infectious complications. *Rev. Assoc. Med. Bras.V.* 58, Issue 4, July–August 2012, Pages 453-458. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0104423012705420>.
15. Darze OISP, Barroso U, Lordelo M. Preditores clínicos de bacteriúria assintomática na gestação. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.*, Rio de Janeiro , v. 33, n. 8, p. 196-200, Aug. 2011 . Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032011000800005&lng=en&nrm=iso.
16. Pearce MM, Zilliox MJ, Thomaswhite KJ, Richter HE, Nager CW, Visco AG, et al. The Female Urinary Microbiota in Urgency Urinary Incontinence. *Am J ObstetGynecol.* 2015 September ; 213(3): 347.e1–347.e11. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4556587/pdf/nihms710388.pdf>.
17. Rudge MVC, Piculo F, Marini G, Damasceno DC, Calderon IMP, Barbosa AP. Pesquisa translacional em diabetes melito gestacional e hiperglicemia gestacional leve: conhecimento atual e nossa experiência. *Arq Bras Endocrinol Metab.* 2013 . 57(7): 497-508. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-27302013000700001&lng=en.
18. Balbuena CS, Rodrigues MF, Gomis, AIE. Incidence, prevalence and risk factors related to anxiety symptoms during pregnancy. *Psicothema* 2018, Vol. 30, No. 3, 257-263. Disponível em: <http://www.psicothema.com/PDF/4479.pdf>.
19. Sacomori C, Böer L, Sperandio FF, Cardoso FL. Prevalência e variáveis associadas à incontinência urinária no terceiro trimestre gestacional. *Rev. Bras. Saude Mater. Infant.* 2013 Sep; 13(3): 215-221. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292013000300003&lng=en.
20. Davenport MH, Nagpal TS, Mottola MF, Skow RJ, Riske L, Poitras VJ et al. Prenatal exercise (including but not limited to pelvic floor muscle training) and urinary incontinence during and following pregnancy: a systematic review and meta-analysis . *Br J Sports Med* 2018;52:1397-1404. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30337466>.
21. Klovning A, Avery K, Sandvik H, Hunskaar S. Comparison of two questionnaires for assessing the severity of urinary incontinence: The ICIQ-UI SF versus the incontinence severity index. *Neurourol Urodyn.* 2009;28(5):411-5. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19214996>.
22. Stievano LP; Olival GS; Silva RAP; Toller VB; Carabetta EG; Cunha ETS et al. Validation survey of the impact of urinary incontinence (IIQ-7) and inventory of distress urogenital (UDI-6) – the short scales – in patients with multiple sclerosis. *Arq. Neuro-Psiquiatr.* [Internet]. 2015 Jan. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-282X2015000100046&lng=en.
23. Marcos Antonio Bettine de Almeida, Gustavo Luis Gutierrez, Renato Marques; Luiz Gonzaga Godoi Trigo. Qualidade de vida: definição, conceitos e interfaces com outras áreas, de pesquisa. São Paulo: Escola de Artes, Ciências e Humanidades. 2012. Disponível em: http://each.uspnet.usp.br/edicoes-each/qualidade_vida.pdf.

24. Dellú, Máyla Cecilia. Incontinência urinária no climatério: prevalência, fatores associados e impacto na qualidade de vida [tese]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública. 2015. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6136/tde-19102015-100242/pt-br.php>.
25. Oliveira TM, Valdez FML, Lima KES, Magalhães MS, Abdon APV, Bezerra IN. prevalência de incontinência urinária e fatores associados em mulheres no climatério em uma unidade de atenção primária à saúde. Rev Bras Promoç Saúde. 28(4): 606-612, out./dez., 2015. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/307701447_Prevalecia_de_incontinencia_urinaria_e_fatores_associados_em_mulheres_no_climaterio_em_uma_unidade_de_atencao_primaria_a_saude.
26. Gynecologists, T. A. C. of O. and. Physical Activity and Exercise During Pregnancy and the Postpartum Period. Obstetrics & Gynecology, 126(6). (2015).. Disponível em: <https://insights.ovid.com/crossref?an=00006250-201512000-00053>.
27. Saboia DM, Bezerra KC, Vasconcelos NJA, Bezerra LRPS, Oriá MOB, Vasconcelos CTM. Eficácia das intervenções realizadas no pós-parto para prevenir incontinência urinária: revisão sistemática. Rev. Bras. Enferm. [Internet]. 2018 Disponível em:: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672018000901460&lng=en.

APÊNDICES

APÊNDICE 1 – TABELAS, FIGURA E GRÁFICO.

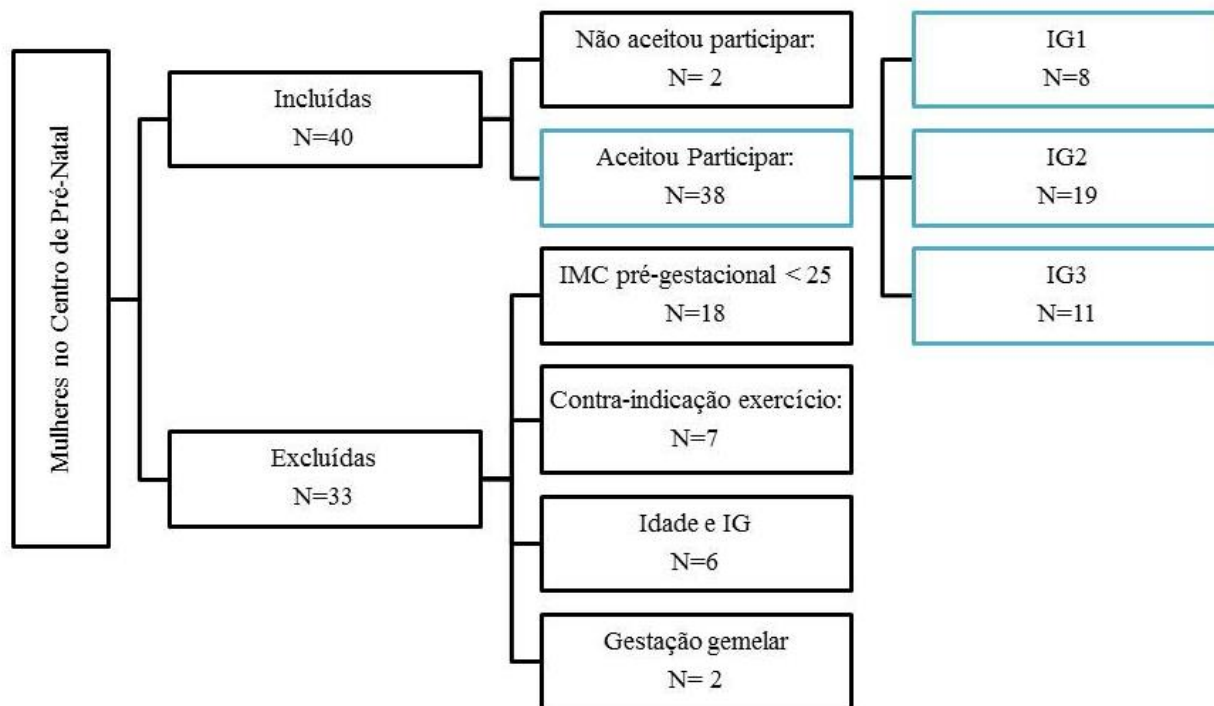


Figura 1. Fluxograma de Inclusão da amostra no estudo.

Tabela 1. Análise do Perfil Sociodemográfico das Gestantes.

Cor	N(%)
Branca	5 (13,16%)
Preta	2 (5,26%)
Parda	30 (78,95%)
Amarela	1 (2,63%)
Reside com Parceiro(a)	N(%)
Sim	36 (94,74%)
Não	2 (5,26%)
Educação Completa	N(%)
Nunca Frequentou Escola	1 (2,63%)
Ens. Fundamental	18 (47,37%)
Ens. Médio	18 (47,37%)
Tecnólogo	0 (0%)
Universitário	1 (2,63%)
Renda Familiar Mensal	N(%)
Menor ou Igual a 1 Salário Mínimo	24 (63,16%)
Dois salários Mínimos	10 (26,32%)
Três salários Mínimos	4 (10,53%)
Quatro ou mais Salários Mínimos	0 (0%)
Auxílio do Governo	N(%)
Sim	13 (34,21%)
Não	25 (65,79%)
Trabalho remunerado na Gestação	N(%)
Sim	11 (28,95%)
Não	27 (71,05%)

Tabela 2. Histórico Antropométrico, Ginecológico e Obstétrico.

Tipos de Obesidade	N (%)
Sobrepeso	11 (28,95%)
Obesidade Tipo I	15 (39,47%)
Obesidade Tipo II	7 (18,42%)
Obesidade Tipo III	5 (13,16%)
Histórico Gestacional	N (%)
Primigestas	9 (23,68%)
Multigestas/Nº de Gestações	
2	11 (28,95%)
≥3	18 (47,37%)
Aborto	N (%)
Sim	11 (36,67%)
Não	19 (63,33%)
Gestação Planejada	N (%)
Sim	15 (39,47%)
Não	23 (60,53%)
Tabagismo na Gestação	N (%)
Sim	1 (2,63%)
Não	37 (97,37%)
Hipertensão	N (%)
Não	17 (44,74%)
Crônica	12 (31,58%)
Gestacional	8 (21,05%)
Pré-eclâmpsia	1 (2,63%)
Diabetes	N (%)
Não	26 (68,42%)
Pré-Gestacional	2 (5,26%)
Gestacional	10 (26,32%)

Tabela 3. Frequência dos tipos de IU pelo IMC pré-gestacional de acordo com o questionário UDI-6.

	Total (N=38)	Sobrepeso (N=11)	Obesidade (N=27)	Valor de p
Prevalência de IU	23 (60,52%)	8 (72,7%)	15 (55,5%)	0,32
Tipos de IU				
IUU	2 (8,69%)	1 (12,5%)	1 (6,67%)	0,58
IUE	10 (43,47%)	3 (37,5%)	7 (46,67%)	0,51
IUM	11 (47,84%)	4 (50%)	7 (46,67%)	0,61

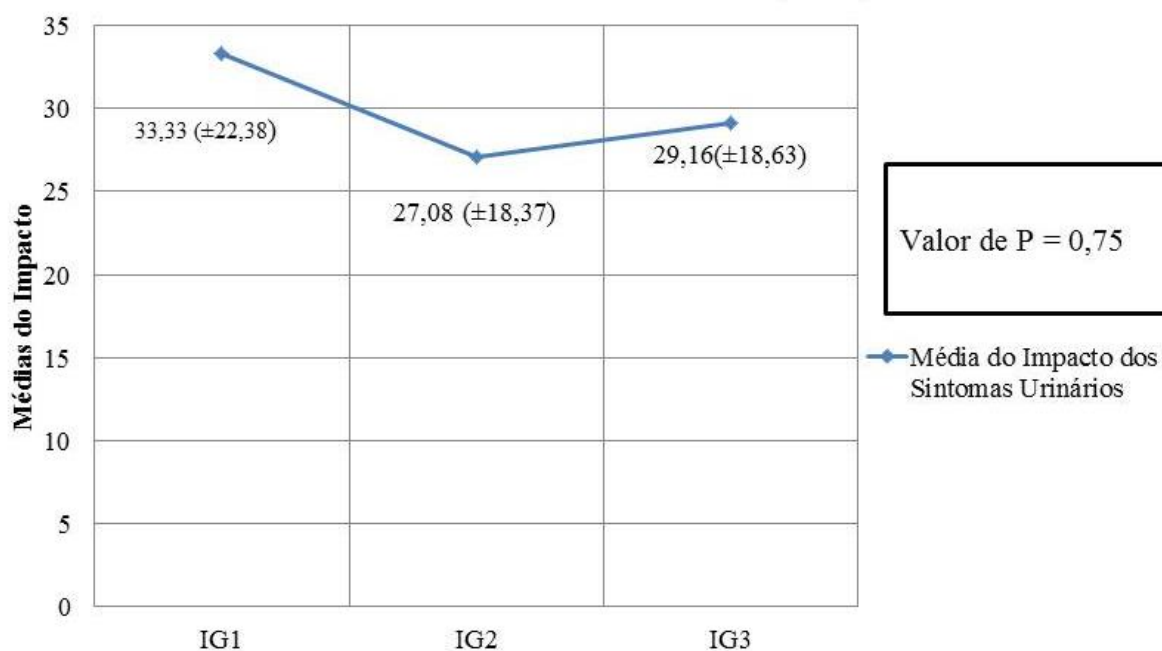
Tabela 4. Severidade da IU pelo IMC pré-gestacional de acordo com ICIQ-SF.

Severidade da IU	Sobrepeso (N=8)	Obesidade (N=15)	Valor de p
Leve	3 (37,5%)	4 (26,67%)	0,41
Moderada	2 (25%)	8 (53,33%)	
Grave	3 (37,5%)	3 (20%)	
Muito Grave	0 (0%)	0 (0%)	

Tabela 5. Médias do impacto dos sintomas urinários na QV pelo IMC pré-gestacional de acordo com domínios avaliados no UDI-6.

IMC Pré-Gestacional	Sintomas de Irritação (n=33)	Valor de P	Sintomas de Esforço (n=23)	Valor de P	Sintomas de Obstrução (n=16)	Valor de p
Sobrepeso	45,45	0,44	50,00	0,89	45,83	0,19
Obesidade	37,50		51,66		31,78	

GRÁFICO 1. Impacto dos Sintomas Urinários na QV nos Diferentes Períodos Gestacionais (N=35)



APÊNDICE 2- Questionário Sociodemográfico, Antropométrico e Histórico da Saúde

1. Informações pessoais

- 1.1. Data de nascimento: ___/___/___
- 1.2. Idade: _____ anos
- 1.3. Altura: |___|,|___|___| m
- 1.4. Cor: [1] Branca [2] Preta [3] Parda [4] Amarela [5] Indígena
- 1.5. Reside: [1] Com parceiro [2] Sem parceiro
- 1.6. Nº de pessoas na família: _____
- 1.7. Renda média familiar por mês: _____ SM
- 1.8. Educação completa: [1] Ensino fundamental [2] Ensino médio [3] Tecnólogo [4] Universidade
- 1.9. Profissão:

- 1.10. Trabalho durante a gestação? [1] Sim [2] Não
Qual: _____ horas/sem: _____

Telefones:

() _____

() _____

2. Informações obstétricas

- 2.1. Nº de gestações: |___|___| 2.2. Abortos: |___|___| 2.3. Paridade: |___|___|
- 2.4. Parto vaginal: |___|___| 2.5. Parto cesárea: |___|___| 2.6. Filhos vivos: |___|___|
- #### **História da gestação atual:**
- 2.7. Planejado: [1] Sim [2] Não
- 2.8. Idade gestacional: |___|___| sem + |___| dias
- 2.9. Peso pré-gestacional: |___|___|,|___|___| Kg
- 2.10. Peso atual: |___|___|,|___|___| Kg
- #### **Complicações gestacionais:**
- 2.11. Hipertensão: [1] Não [2] Crônica [3] Gestacional [4] Pré-eclâmpsia
- 2.12. Diabetes: [1] Não [2] Pré-gestacional Tipo: |___| [3] Gestacional
- 2.13. Outros: _____
- 2.14. Tabagismo na gestação: [1] Sim [2] Não

APÊNDICE 3 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Dieta, atividade física e ansiedade em gestantes com obesidade

Você está sendo convidado a participar como voluntário de um estudo. Este documento, chamado Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, visa assegurar seus direitos e deveres como participante e é elaborado em duas vias, uma que deverá ficar com você e outra com o pesquisador.

Por favor, leia com atenção e calma, aproveitando para esclarecer suas dúvidas. Se houverem perguntas antes ou mesmo depois de assiná-lo, você poderá esclarecê-las com o pesquisador. Se preferir, pode levar para casa e consultar seus familiares ou outras pessoas antes de decidir participar. Se você não quiser participar ou retirar sua autorização, a qualquer momento, não haverá nenhum tipo de penalização ou prejuízo.

Justificativa e objetivos:

Durante a gestação acontecem algumas mudanças na rotina de alimentação e prática de atividade física e a compreensão dessas mudanças podem auxiliar a guiar a atenção à saúde das gestantes durante o pré-natal. Neste sentido, este estudo tem o objetivo de avaliar e comparar o estilo de vida das gestantes com obesidade em diferentes culturas comparando o início, o período intermediário e o final da gestação.

Procedimentos:

Participando do estudo você está sendo convidada a responder um questionário sobre suas informações sociodemográficas, informações obstétricas, incluindo dados da gestação atual e de gestações anteriores. Você vai preencher um questionário sobre sua alimentação nas últimas 24 horas, com detalhes de preparação, condimentos e as bebidas consumidas; além de outro questionário com 24 questões sobre sua alimentação, outro sobre a prática de atividade física nos últimos três meses e o último questionário contém seis questões sobre sua percepção de ansiedade. Também serão aplicados dois questionários, com seis questões cada, sobre sintomas urinários, perdas involuntárias de urina e o quanto os sintomas urinários afetam sua vida.

O tempo médio para preenchimento dos questionários é de 40 minutos a uma hora, você não precisará se descolar ao seu local de pré-natal para participar do estudo. Essa pesquisa acontecerá enquanto você aguarda sua consulta médica de pré-natal.

Para avaliar se houve alguma mudança nos diferentes momentos da gestação, você responderá esses questionários em três momentos:

- Avaliação inicial (~ 24 semanas de gestação)
- Avaliação intermediária (28-30 semanas de gestação)
- Avaliação final (36-38 semanas de gestação)

Após o parto os pesquisadores irão acessar seu prontuário para coletar informações sobre o parto, qual tipo de parto foi realizado e se houve trabalho de parto espontâneo. Além disso, informações sobre seu bebê também serão analisados, dados sobre o peso, altura a idade gestacional. Caso você não tenha seu parto no hospital universitário, os pesquisadores entrarão em contato por telefone ou e-mail para solicitar essas informações.

Desconfortos e riscos:

Você não deve participar deste estudo se apresentar contraindicação absoluta para realizar atividade física durante a gestação, como em casos de doença cardíaca significativa, doença lombar restritiva, colo uterino incompetente ou cerclagem, gestação múltipla em risco de parto prematuro, parto prematuro durante a gestação atual, ruptura membranas, pré-eclâmpsia ou hipertensão induzida pela gestação e anemia grave.

Sua participação nesta pesquisa não trará riscos previsíveis ao responder as perguntas dos questionários, sendo considerado um risco mínimo de desconforto ao responder os

questionamentos. Em caso de desconfortos, a pesquisadora imediatamente interromperá as perguntas para preservar sua individualidade.

Benefícios:

Este estudo vai ajudar a compreender as diferentes fases da gestação e o comportamento alimentar, a prática de atividade física, ansiedade e sintomas urinários que acontecem durante esse período. Isso vai guiar a adaptação dos profissionais de saúde, para que possam ser implementadas ações de saúde mais eficientes para essa população. Não haverá nenhum benefício direto à sua participação neste estudo.

Acompanhamento e assistência:

As entrevistas acontecerão durante sua espera para consulta médica de pré-natal, caso seja detectado a necessidade de alguma intervenção (médica, nutricional, fisioterápica ou outra), o pesquisador informará o profissional de saúde adequado e realizará o encaminhamento. Após o encerramento da pesquisa, caso você queira ter acesso à informação dos seus questionários, o pesquisador responsável pode ser contatado para solicitação do mesmo.

Sigilo e privacidade:

Você tem a garantia de que sua identidade será mantida em sigilo e nenhuma informação será dada a outras pessoas que não façam parte da equipe de pesquisadores. Na divulgação dos resultados desse estudo, seu nome não será citado.

Ressarcimento:

Este estudo não fornecerá nenhum tipo de ressarcimento de despesas. O participante da pesquisa tem direito à indenização em casos de danos decorrentes diretamente relacionados à sua participação nessa pesquisa.

Contato:

Em caso de dúvidas sobre o estudo, você poderá entrar em contato com Dra. Simony Lira do Nascimento, Rua Coronel Nunes de Melo, nº 1127, 1º andar – Campus do Porangabussu Rodolfo Teófilo – CEP 60430-275 – Fortaleza – Ceará, telefone: (85) 3366 8632. Em caso de denúncias ou reclamações sobre sua participação no estudo, você pode entrar em contato com a secretaria do Comitê de Ética em Pesquisa da Maternidade Escola Assis Chateaubriand (MEAC), localizado na Rua Coronel Nunes de Melo, s/n – CEP 60.430-270 – Bairro Rodolfo Teófilo – telefone: (85)3366 8569 – e-mail: cepmeac@gmail.com.

Consentimento livre e esclarecido:

Após ter sido esclarecimento sobre a natureza da pesquisa, seus objetivos, métodos, benefícios previstos, potenciais riscos e o incômodo que esta possa acarretar, aceito participar:

Nome do(a) participante: _____ Data: ____/____/____.

(Assinatura do participante ou nome e assinatura do responsável)

Responsabilidade do Pesquisador:

Asseguro ter cumprido as exigências da resolução 466/2012 CNS/MS e complementares na elaboração do protocolo e na obtenção deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Asseguro, também, ter explicado e fornecido uma cópia deste documento ao participante. Informo que o estudo foi aprovado pelo CEP perante o qual o projeto foi apresentado. Comprometo-me a utilizar o material e os dados obtidos nesta pesquisa exclusivamente para as finalidades previstas neste documento ou conforme o consentimento dado pelo participante.

_____ Data: ____/____/____

(Assinatura do pesquisador)

ANEXOS

Anexo 1 – Questionário de Consulta Internacional sobre Incontinência (ICIQ - SF)

ICIQ - SF										
Nome do Paciente: _____ Data de Hoje: ____/____/____										
Muitas pessoas perdem urina alguma vez. Estamos tentando descobrir quantas pessoas perdem urina e o quanto isso as aborrece. Ficaríamos agradecidos se você pudesse nos responder às seguintes perguntas, pensando em como você tem passado, em média nas ÚLTIMAS QUATRO SEMANAS.										
1. Data de Nascimento: ____/____/____ (Dia / Mês / Ano)										
2. Sexo: Feminino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>										
3. Com que freqüência voce perde urina? (assinale uma resposta)										
Nunca	<input type="checkbox"/> 0									
Uma vez por semana ou menos	<input type="checkbox"/> 1									
Duas ou três vezes por semana	<input type="checkbox"/> 2									
Uma vez ao dia	<input type="checkbox"/> 3									
Diversas vezes ao dia	<input type="checkbox"/> 4									
O tempo todo	<input type="checkbox"/> 5									
4. Gostaríamos de saber a quantidade de urina que você pensa que perde (assinale uma resposta)										
Nenhuma	<input type="checkbox"/> 0									
Uma pequena quantidade	<input type="checkbox"/> 2									
Uma moderada quantidade	<input type="checkbox"/> 4									
Uma grande quantidade	<input type="checkbox"/> 6									
5. Em geral quanto que perder urina interfere em sua vida diária? Por favor, circule um número entre 0 (não interfere) e 10 (interfere muito)										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Não interfere										Interfere muito
ICIQ Escore: soma dos resultados 3 + 4 + 5 = _____										
6. Quando você perde urina? (Por favor assinale todas as alternativas que se aplicam a você)										
Nunca	<input type="checkbox"/>									
Perco antes de chegar ao banheiro	<input type="checkbox"/>									
Perco quando tusso ou espiro	<input type="checkbox"/>									
Perco quando estou dormindo	<input type="checkbox"/>									
Perco quando estou fazendo atividades físicas	<input type="checkbox"/>									
Perco quando terminei de urinar e estou me vestindo	<input type="checkbox"/>									
Perco sem razão óbvia	<input type="checkbox"/>									
Perco o tempo todo	<input type="checkbox"/>									
"Obrigado por você ter respondido às questões"										

Anexo 2- Inventário de Angústia Urogenital (UDI - 6)

1. Você urina com uma frequência maior do que considera normal?

SIM

NÃO

Se SIM, o quanto isso te incomoda?

NEM UM POUCO

UM POUCO

MODERADAMENTE

BASTANTE

2. Você usualmente apresenta incontinência urinária associada ao sentimento de urgência, ou seja, uma sensação forte de que precisa ir ao banheiro imediatamente?

SIM

NÃO

Se SIM, o quanto isso te incomoda?

NEM UM POUCO

UM POUCO

MODERADAMENTE

BASTANTE

3. Você usualmente apresenta incontinência urinária associada à tosse, espirros ou risos?

SIM

NÃO

Se SIM, o quanto isso te incomoda?

NEM UM POUCO

UM POUCO

MODERADAMENTE

BASTANTE

4. Você apresenta perda de pequenas quantidades de urina em gotas?

SIM

NÃO

Se SIM, o quanto isso te incomoda?

NEM UM POUCO

UM POUCO

MODERADAMENTE

BASTANTE

5. Você tem dificuldade em esvaziar sua bexiga ou sente que ainda há urina na bexiga após ter ido ao banheiro?

SIM

NÃO

Se SIM, o quanto isso te incomoda?

NEM UM POUCO

UM POUCO

MODERADAMENTE

BASTANTE

6. Você sente dor ou desconforto na região genital ou abdominal baixa?

SIM

NÃO

Se SIM, o quanto isso te incomoda?

NEM UM POUCO

UM POUCO

MODERADAMENTE

BASTANTE