

QUESTIONÁRIO

A Incontinência Urinária em mulheres praticantes de exercício regular

A Incontinência Urinária é definida como qualquer perda involuntária de urina. A perda de urina pode acontecer em diversas situações e em vários graus, desde a perda de pequenas gotas até maiores quantidades. Estima-se que este problema afete cerca de metade da população adulta feminina, com uma prevalência de 25 a 45% nas mulheres não grávidas com mais de 20 anos.

No âmbito da Tese de Mestrado da aluna M^a Francisca Silva, da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto (FMUP), estamos a realizar um estudo sobre incontinência urinária em mulheres que pratiquem exercício físico recreativo regularmente em ginásios, com o objetivo de investigar quantas têm perda de urina, em que situações tal acontece e se esta situação as incomoda.

Assim, solicitamos a sua colaboração, preenchendo este breve questionário. Não demorará mais que 5 minutos.

A participação neste estudo é completamente voluntária e os dados recolhidos são confidenciais. Nenhuma identificação pessoal será utilizada na publicação dos resultados deste trabalho. A escolha em responder a este questionário não implica quaisquer custos ou riscos para si. Ao responder a este inquérito declara que compreende todas as informações anteriormente descritas, designadamente que as informações recolhidas com o presente questionário apenas serão usadas no âmbito deste projeto.

Este estudo foi aprovado pela Comissão de Ética para a Saúde (CES) do Centro Hospitalar Universitário São João (CHUSJ).

Responsáveis pelo estudo: Mestranda Maria Francisca Silva e Dra. Susana Moreira

Contacto: mimed1206024@med.up.pt.

Muito Obrigada pela colaboração!

DADOS GERAIS

Idade: _____ Peso: _____ kg Escolaridade: 4ºano 6ºano 9ºano
 Altura: _____ cm 12º ano Licenciatura/mestrado

ANTECEDENTES MÉDICOS

(Nas perguntas que se seguem pode selecionar mais que uma alínea. Por favor escolha todas as que se aplicam a si)

- Tenho tosse crónica
- Sou obstipada (dificuldade nas dejeções/prisão de ventre)
- Sou Diabética
- Sou Hipertensa
- Tenho uma depressão
- Já tive um AVC (acidente vascular cerebral)

Tomo alguma desta medicação diariamente?

- Medicação para a hipertensão
- Medicação diurética
- Medicação para a depressão/para dormir melhor

ANTECEDENTES GINECOLÓGICOS

- 1- Está na menopausa? Sim Não
 Se sim, faz terapêutica hormonal com estrogénios sistémica?
 Sim Não
- 2- Tem prolapso vaginal? Sim Não
- 3- Já fez alguma cirurgia genito-urinária (ex: histerectomia)?
 Sim Não
- 4- Alguma vez lesionou (ex: queda) ou fez tratamento (ex: radioterapia) na zona pélvica? Sim Não

Gravidez e parto

- 1- Quantas vezes esteve grávida? _____
- 2- Que tipo de parto teve em cada gravidez? (coloque o número total em cada) Normal _____ Cesariana _____
- 3- Teve complicações em algum dos partos? Sim Não
 Se sim, qual? _____

ACTIVIDADE FÍSICA

- 1- É uma atleta de alta competição? Sim Não Se sim, qual a modalidade? _____
- 2- Há quanto tempo começou a frequentar este ou outro ginásio? _____
- 3- Que tipo de exercício faz? (assinale TODAS as situações que se aplicam a si)

Nº treinos por semana

- Nado na Piscina _____
- Treino com um *Personal Trainer (PT)* _____
Se assinalou a alínea anterior e souber responder: Treino maioritariamente de Cardio ou Musculação
- Treino sozinha/"nas máquinas" _____
Se assinalou a alínea anterior e souber responder: Treino maioritariamente de Cardio ou Musculação

Aulas de grupo		Tipo de aula	Nº treinos por semana	Tipo de aula	Nº treinos por semana
		Pilates <input type="checkbox"/>		Cycling/RPM <input type="checkbox"/>	
		Yoga <input type="checkbox"/>		Cross <input type="checkbox"/>	
		Body Balance <input type="checkbox"/>		Localizada <input type="checkbox"/>	
		Body Attack <input type="checkbox"/>		TotalCondiocinamento <input type="checkbox"/>	
		Body Combat <input type="checkbox"/>		Core/CXWork <input type="checkbox"/>	
		Body Pump <input type="checkbox"/>		Circuito/Funcional <input type="checkbox"/>	
		Power Jump <input type="checkbox"/>		Hidroginástica <input type="checkbox"/>	
		Step <input type="checkbox"/>		Zumba <input type="checkbox"/>	

- 4- Faz outra atividade física (aula de grupo, dança, desporto, etc) para além das referidas anteriormente? Sim Não
Se sim, qual e quantas vezes por semana _____
- 5- Levanta pesos de elevada carga frequentemente (em casa, trabalho ou ginásio)? Sim Não

INCONTINÊNCIA URINÁRIA

Por favor responda às perguntas que se seguem, tendo em conta aquilo que tem sentido, em média, nas ÚLTIMAS QUATRO SEMANAS.

No dia a dia	Na prática do exercício
Com que frequência tem perdas de urina? (Escolha UMA opção) Nunca <input type="checkbox"/> Uma vez por semana ou menos <input type="checkbox"/> Duas ou três vezes por semana <input type="checkbox"/> Uma vez por dia <input type="checkbox"/> Várias vezes por dia <input type="checkbox"/> Constantemente <input type="checkbox"/>	Com que frequência tem perdas de urina no Ginásio? (Escolha UMA opção) Nunca <input type="checkbox"/> Uma vez por semana ou menos <input type="checkbox"/> Duas ou três vezes por semana <input type="checkbox"/> Uma vez por dia <input type="checkbox"/> Várias vezes por dia <input type="checkbox"/> Constantemente <input type="checkbox"/>
Gostaríamos de saber a quantidade de urina que acha que perde. Que quantidade de urina costuma perder (quer use ou não proteção) (escolha uma opção) Nenhuma <input type="checkbox"/> Uma quantidade pequena <input type="checkbox"/> Uma quantidade moderada <input type="checkbox"/> Uma grande quantidade <input type="checkbox"/>	Gostaríamos de saber a quantidade de urina que acha que perde quando pratica exercício físico no ginásio. Que quantidade de urina costuma perder (quer use ou não proteção) (escolha uma opção) Nenhuma <input type="checkbox"/> Uma quantidade pequena <input type="checkbox"/> Uma quantidade moderada <input type="checkbox"/> Uma grande quantidade <input type="checkbox"/>

No geral, a perda de urina interfere muito no seu dia-a-dia? <i>Faça um círculo entre 0 (nada) e 10 (bastante)</i>											No geral, a perda de urina interfere com a prática exercício físico? <i>Faça um círculo entre 0 (nada) e 10 (bastante)</i>										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nada											Bastante										

Quando tem perdas de urina? *(Escolha TODAS as opções que se aplicam a si)*

Nunca – não tem perdas de urina

Tem perdas de urina antes de conseguir chegar à casa de banho

Tem perdas de urina quando tosse ou espirra

Tem perdas de urina quando está a dormir

Tem perdas de urina quando está fisicamente ativa / a fazer exercício

Tem perdas de urina quando acabou de urinar e está vestida

Tem perdas de urina sem razão aparente

Tem perdas de urina constantemente

1- Alguma vez teve de modificar a forma como realizava os exercícios, durante os treinos, devido a perdas de urina? (ex: saltar menos, fazer menor número de repetições/séries, diminuir os pesos) Sim Não

2- Alguma vez realizou alguma destas medidas, como prevenção da perda urinária, quando ia praticar exercício físico? *(Escolha TODAS as opções que se aplicam a si)*

- Usou um penso como protecção (excluindo situações em que estava menstruada)
- Evitou beber água antes do exercício
- Foi à WC antes da prática de exercício

3- Se tem perdas urinárias, alguma vez falou com o seu médico sobre elas? Sim Não

EXERCÍCIOS DOS MÚSCULOS DO PAVIMENTO PÉLVICO

1- Alguma vez ouviu falar dos Exercícios dos músculos do pavimento pélvico - *Pelvic floor muscle training (PFMT)*? Sim Não

2- Na sua avaliação física inicial, realizada pelo ginásio quando se inscreveu, o instrutor perguntou se tinha alguma queixa de perda de urina? Sim Não

3- Alguma vez um instrutor, numa aula de grupo, orientou para a realização de exercícios para melhorar ou não agravar a Incontinência Urinária? Sim Não

4- Alguma vez um instrutor, num treino individual, orientou para a realização de exercícios para melhorar ou não agravar a Incontinência Urinária? Sim Não

Muito Obrigada pela colaboração!