



FIOCRUZ

**FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
CENTRO DE PESQUISAS GONÇALO MONIZ**

**CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM BIOTECNOLOGIA EM
SAÚDE E MEDICINA INVESTIGATIVA**

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

**PREVALÊNCIA E GRAU DE DESCONFORTO DE BEXIGA
HIPERATIVA NUMA ÁREA URBANA NO NORDESTE
BRASILEIRO**

RAIMUNDO CELESTINO SILVA NEVES

**Salvador - Bahia – Brasil
2008**

Ficha Catalográfica elaborada pela Biblioteca do
Centro de Pesquisas Gonçalo Moniz / FIOCRUZ - Salvador - Bahia.

N518p Neves, Raimundo Celestino Silva
Prevalência e grau de desconforto de bexiga hiperativa numa área urbana no nordeste brasileiro / Raimundo Celestino Silva Neves. - 2008.
97 f.; 30 cm

Datilografado (fotocópia).

**Dissertação (mestrado) – Fundação Oswaldo Cruz. Centro de Pesquisa Gonçalo
Moniz. Pós-Graduação em Biotecnologia em Saúde e Medicina Investigativa, 2008.**

Orientadora: Prof. Edson Duarte Moreira Jr.

1. Epidemiologia. 2. Prevalência. 3. Bexiga Urinária Hiperativa. 3. Qualidade de vida
I. Título.

CDU 616.62.001.5(813.8)

RAIMUNDO CELESTINO SILVA NEVES

PREVALÊNCIA E GRAU DE DESCONFORTO DE BEXIGA
HIPERATIVA NUMA ÁREA URBANA NO NORDESTE
BRASILEIRO

Dissertação apresentada ao Programa de
Pós-Graduação em Biotecnologia em
Saúde e Medicina Investigativa para a
obtenção do título de Mestre.

Área de concentração:
Epidemiologia Molecular e Medicina
Investigativa

Orientador:
Prof. Dr. Edson Duarte Moreira Jr.

Salvador
2008

DEFESA PÚBLICA

Membros Titulares da comissão examinadora

Dr. Jackson Mauricio Lopes Costa
Pesquisador Titular da Fundação Oswaldo Cruz

Dr. Dr. Néviton Matos de Castro
Doutor em Medicina e Saúde – Universidade Federal da Bahia, Faculdade de
Medicina

Dr. Edson Duarte Moreira Junior (professor-orientador)
Pesquisador Titular III da Fundação Oswaldo Cruz

Membros Suplentes da comissão examinadora

Dr. Marco Antônio Vasconcelos Rego
Professor Adjunto - Universidade Federal da Bahia, Faculdade de Medicina

Local

Auditório Aluísio Prata, Fundação Oswaldo Cruz, Salvador, Bahia

Data

15 de Fevereiro de 2008

Dedico esse trabalho a
Deus, que é fortaleza e luz;
a Raymundo e Alvanete, perseverança e fé;
a Liliane, amor e felicidade.

AGRADECIMENTOS

Agradeço ao meu orientador e coordenador do Laboratório de Epidemiologia Molecular e Bioestatística, Prof. Dr. Edson Duarte Moreira Júnior pela oportunidade de participar desse projeto, pela dedicação, paciência e grande exemplo de profissionalismo e caráter.

Agradeço aos professores do Curso de Pós-graduação em Biotecnologia em Saúde e Medicina Investigativa pela oportunidade de aprender.

Agradeço à Fundação de Amparo à Pesquisa da Bahia pela bolsa de estudos concedida, possibilitando-me maior dedicação ao projeto.

Aos professores Geraldo Gileno e Luciano Kalabric pela contribuição através das valiosas críticas e sugestões.

Agradeço aos colegas da pós-graduação, exemplos de determinação, companheirismo e generosidade, especialmente à Priscila, Simone e Vanessa.

Agradeço a equipe do LEMB pelo incentivo e apoio: André, Carol, Juliana, Luciene, Márcia, Sívia, Záira, ‘coordenados’ pela alegria da sra. Eliene.

À Anita e Isabella que administram nosso laboratório com carinho e alegria.

Sou grato à Conceição, Cristiane, Fred e Verena pela experiência compartilhada com desprendimento e entusiasmo.

O meu muito obrigado a Aldo, Fernando, Caroline, Danilo e Jonas, estudantes promissores, a verdadeira tropa de elite da estatística.

À Taise Caires, que com sua simpatia está sempre disposta a ajudar.

Ao amigo Tiago que conseguia resolver todos os nossos problemas.

Agradeço aos professores do Departamento de Estatística da UFBA que tanto me incentivaram a buscar novas fontes de conhecimento.

Às meninas do Hospital Santo Antônio que me ensinaram muito sobre compromisso e ética em pesquisa.

Agradeço a toda equipe de campo: entrevistadores que trabalharam com empenho e dedicação, supervisionados pela competência de Fafá, Terezinha e Fernando Lobo.

Agradeço a todas as pessoas que aceitaram participar da pesquisa.

Agradeço também aos meus familiares e amigos que contribuíram com carinho e amor para construção desse projeto.

Aos meus pais (os culpados), meus queridos irmãos (exemplos desde a minha infância) e aos amados sobrinhos Maildes, Raul, Sara, Camily e o pequeno Vítor, inspiração de simplicidade e ternura.

À Eloísa e Viviane, sempre torcendo e transmitindo energias positivas.

Um agradecimento, sublime e especial à Liliane, esposa, companheira e amiga. Otimista por natureza, ensina-me todos os dias que tudo pode ser melhor, que cada momento é único e foi fundamental nessa jornada.

Enfim, muito obrigado a todas as pessoas, que mesmo não citadas, contribuíram de inúmeras maneiras: com palavras, gestos ou ações durante toda essa trajetória.

Todos os seres humanos nascem livres e iguais em dignidade e em direitos. Dotados de razão e de consciência, devem agir uns para com os outros em espírito de fraternidade.

Declaração Universal dos Direitos Humanos (ONU, 1948)

NEVES, R. C. S. **Prevalência e grau de desconforto de bexiga hiperativa numa área urbana no Nordeste Brasileiro**, Salvador, 2007. 97p. Dissertação (Mestrado em Biotecnologia em Saúde e Medicina Investigativa) – Instituto Gonçalo Moniz, Fundação Oswaldo Cruz, Salvador, Bahia.

RESUMO

Objetivo: Estimar a prevalência da síndrome de bexiga hiperativa (BH) e de outros sintomas referentes ao trato urinário inferior em uma amostra com base populacional de um grande centro urbano do nordeste brasileiro. Adicionalmente, pretendeu-se avaliar o impacto desses sintomas na qualidade de vida dos participantes, investigar possíveis fatores associados à prevalência de BH e descrever a busca por tratamento para essa síndrome. **Métodos:** A prevalência de BH foi avaliada segundo sua definição mais recente, estabelecida em 2002, pela Sociedade Internacional de Continência (SIC) e o inquérito domiciliar utilizou o método de amostragem estratificado em três estágios, abrangendo 17 regiões administrativas da cidade de Salvador. Os resultados são apresentados de acordo com o sexo e a faixa etária. **Resultados:** Três mil indivíduos com idade ≥ 30 anos foram incluídos no estudo, sendo 1.500 homens e 1.500 mulheres (taxa de resposta de 82,9%). A prevalência de BH foi de 5,1% em homens e 10% em mulheres. Nictúria (≥ 1 por noite) esteve presente em 64,4% dos homens e 71,2% das mulheres, enquanto que a prevalência de nictúria (≥ 2 por noite) foi de 33,3% e 36,5%, respectivamente. Já a frequência urinária aumentada foi descrita por 15,4% dos homens e 23,7% das mulheres. A maioria das pessoas com urgência, 80% dos homens e 78% das mulheres, relatou algum grau de desconforto em possuir esse sintoma e indivíduos com BH tiveram alto grau de depressão e ansiedade ($p < 0,001$). **Conclusão:** Esse é o maior estudo epidemiológico com base populacional no Brasil e que utiliza as novas definições referentes ao trato urinário inferior, recomendadas pela SIC em 2002. O incômodo provocado nos indivíduos, o impacto na qualidade de vida e a prevalência dos sintomas de BH destacam a gravidade dessa síndrome.

Descritores

Epidemiologia, prevalência, bexiga hiperativa, trato urinário inferior, incômodo, qualidade de vida, tratamento.

NEVES, R. C. S. **Prevalence and bother of overactive bladder in an urban area in the Brazilian Northeastern**, Salvador, 2007. 97p. Dissertation (Master of Biotechnology in Health and Investigative Medicine) – Gonçalo Moniz Institute, Oswaldo Cruz Foundation, Salvador, Bahia.

ABSTRACT

Objectives: To estimate the prevalence of overactive bladder syndrome (OAB) and the other lower urinary tract symptoms (LUTS) in a sample of the big urban center in the Brazilian Northeastern. Additionally, to evaluate the impact of these symptoms in quality of life of participants, to investigate possible factors associates to the prevalence of OAB and to describe help seeking behaviors for urinary problems. **Methods:** The prevalence of OAB was evaluated according to your more recent definition established in 2002 for the International Continence Society (ICS) and the domiciliary inquiry used a three-step sampling method, enclosing 17 administrative regions of the city of Salvador. The results are presented according to gender and age cohort. **Results:** A total of three thousand individuals aged ≥ 30 years were analyzed in the study, (1,500 men and 1,500 women) with response rate of 82.9%. The prevalence of BH was 5.1% in men and 10% in women. Nocturia (≥ 1 time/ night) was present in 64.4% of men and 71.2% of the women, while that the prevalence of nocturia (≥ 2 time/ night) was 33.3% and 36.5%, respectively. However the increased frequency was described for 15,4% of men and 23.7% of the women. The majority of the people with urgency, 80% of men and 78% of the women, report any bother with symptom and OAB subjects had high level of depression and anxiety. **Conclusion:** This is the largest epidemiologic study with population-based in Brazil and that it uses the new definitions of the ICS of 2002. The bother provoked in the individuals, the impact in the quality of life and the prevalence of the LUTS salient the gravity of this syndrome.

Key words

Epidemiology, prevalence, overactive bladder, lower urinary tract, bother, quality of life, treatment.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1. Definição de sintomas referentes ao trato urinário inferior e associados à bexiga hiperativa.....	15
Figura 1. Fluxograma sugerido no manejo de bexiga hiperativa.....	22
Figura 2. Mapa da cidade de Salvador, incluindo regiões administrativas.....	32
Tabela 1. Características de 3.000 participantes do estudo epidemiológico sobre bexiga hiperativa segundo o sexo, Salvador, Brasil,2006.....	37
Tabela 2. Comparação (%) de idade e sexo de 3.000 participantes do estudo epidemiológico sobre bexiga hiperativa e a população urbana no Brasil, 2006.....	38
Tabela 3a. Prevalência (%;95%CI) de STUI em homens segundo o sexo, Estudo epidemiológico sobre bexiga hiperativa, Salvador, Brasil, 2006.....	40
Tabela 3b. Prevalência (%;95%CI) de STUI em mulheres segundo o sexo, Estudo epidemiológico sobre bexiga hiperativa, Salvador, Brasil, 2006.....	41
Figura 3. Desconforto auto-declarado provocado pelos sintomas urinários (em uma escala variando de 0 (nenhum) a 10 (completo)) segundo o sexo, Salvador, Brasil, 2006.....	42
Tabela 4. Associação da prevalência de BH e características selecionadas, Salvador, Brasil, 2006.....	43
Tabela 5. Grau de ansiedade e depressão em homens e mulheres segundo presença de urgência, Salvador, Brasil, 2006.....	44
Tabela 6. Prevalência (%) de comportamentos para busca de ajuda para sintomas de BH de acordo o sexo, Salvador, Brasil, 2006.....	45
Tabela 7. Atitudes, comportamentos e conhecimentos (%) sobre o diagnóstico e tratamento dos problemas urinários de acordo o sexo, Salvador, Brasil, 2006.....	46

ABREVIATURAS E SIGLAS UTILIZADAS

Ach – Acetilcolina.

BH – Bexiga hiperativa.

DTUI – Disfunção do trato urinário inferior.

HADS – Hospital anxiety and depression scale (Escala de ansiedade e depressão hospitalar).

HAM/ TSP – Mielopatia/ Paraparesia espática Tropical.

HTLV-I – Vírus T-linfotrópicos humanos tipo I.

IBGE – Instituto brasileiro de geografia e estatística.

IMC – Índice de massa corporal.

IU – Incontinência urinária.

IUM – Incontinência urinária mista.

IUS – Incontinência urinária de *stress*.

IUU – Incontinência urinária de urgência.

Qol – Quality of life (Qualidade de vida).

S2 – 2º Segmento sacral da medula espinhal.

S4 – 4º Segmento sacral da medula espinhal.

SIC – Sociedade Internacional de Continência.

STUI – Sintomas referentes ao trato urinário inferior.

TUI – Trato urinário inferior.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	11
2. REVISÃO DA LITERATURA.....	13
2.1. Terminologia e definição dos sintomas.....	13
2.2. Fisiopatologia.....	15
2.2.1. Teoria Neurogênica.....	16
2.2.2. Teoria Miogênica.....	17
2.2.3. Obstrução urinária.....	17
2.2.4. Outras causas.....	18
2.3. Diagnóstico.....	18
2.4. Tratamento.....	23
2.5. Epidemiologia.....	25
3. JUSTIFICATIVA.....	29
4. OBJETIVOS.....	31
4.1. Geral.....	31
4.2. Específicos.....	31
5. METODOLOGIA.....	32
5.1. Seleção da amostra.....	32
5.2. Critérios de inclusão e exclusão	33
5.3. Levantamento de dados.....	33
5.4. Definição de casos.....	34
5.5. Análise de Dados.....	34
5.6. Equipe de trabalho.....	35
6. RESULTADOS.....	36
7. DISCUSSÃO.....	47
7.1. Méritos, limitações e perspectivas.....	49
8. CONCLUSÕES E IMPLICAÇÕES.....	51
9. REFERÊNCIAS.....	52
10. RESULTADO DA DISSERTAÇÃO EM FORMA DE ARTIGO.....	58
Abstract.....	60
Key words.....	60
Introduction.....	61
Methods.....	63
Results.....	65
Discussion.....	66

<i>References</i>	74
<i>Appendix</i>	76
11. ANEXOS	77
<i>11.1. Termo de consentimento livre e esclarecido</i>	78
<i>11.2. Questionário</i>	79

1. INTRODUÇÃO

Bexiga hiperativa, ou simplesmente BH, é uma síndrome caracterizada pela ocorrência de alguns sintomas sugestivos de disfunção no trato urinário inferior (DTUI). A definição dessa síndrome utilizada atualmente foi estabelecida em 2002, pela subcomissão de padronização da Sociedade Internacional de Continência (SIC) (ABRAMS *et al.*, 2003a). Nessa ocasião, a SIC definiu a síndrome de BH ou de urgência/ frequência como “a urgência urinária com ou sem a incontinência, geralmente com frequência e nicturia na ausência de infecção ou de outra patologia óbvia”. A nova definição de BH identifica a urgência como o principal sintoma que os pacientes devem experimentar para ter a síndrome e estabelece que o diagnóstico deva ser feito independentemente do diagnóstico urodinâmico da hiperatividade do músculo da bexiga, o detrusor (TUBARO, 2004). Esta característica destaca a natureza sintomática desta desordem comum; indicando a possibilidade de um tratamento para a síndrome baseada nos sintomas.

A subcomissão de padronização da SIC realizou uma revisão detalhada na terminologia dos sintomas referentes ao trato urinário inferior (STUI). Foi incorporada às novas definições de urgência e frequência, a perspectiva do paciente (ABRAMS *et al.*, 2003a). Pelo documento da SIC-2002, frequência foi definida como uma queixa em que o paciente considera que urina muito durante o dia. O mesmo critério ocorreu com urgência, situação em que o paciente sente uma vontade incontrolável de urinar, que aparece subitamente e que é difícil de segurar. A SIC levou em conta, ainda, a necessidade de incorporar os relatos de incômodo dos sintomas dos pacientes e o impacto na qualidade de vida (QoL) dentro da nova definição de BH.

Adicionalmente, os estudos de BH mostraram que a urgência e a frequência são mais prevalentes do que a incontinência urinária de urgência (MILSOM *et al.*, 2001). A

incontinência de urgência afeta somente uma parcela da população total com BH: 33% têm BH com incontinência de urgência, enquanto 67% têm BH sem incontinência de urgência (STEWART *et al.*, 2003). Apesar da pequena importância da incontinência de urgência na definição de BH, ela permanece como um importante e incômodo sintoma no trato urinário inferior. De fato, a incontinência de urgência tem se mostrado, significativamente, mais incômoda aos pacientes do que a incontinência de *stress* (geralmente associada a esforço físico, tosse espirro, etc.) (HUNSKAAR e VINSNES, 1991).

A síndrome de BH não é uma condição endêmica a uma cultura em particular. A prevalência varia em diferentes países, com taxas que variam entre 11% e 22% na França, Itália, Alemanha, Suécia, Reino Unido, e na Espanha (IRWIN *et al.*, 2006a). No geral, estimou-se que a BH afeta aproximadamente 17% da população de adultos na Europa e nos Estados Unidos; sendo que a prevalência mundial é estimada entre 50 e 100 milhões de casos (MILSOM *et al.*, 2001; WEIN e ROVNER, 2002). Mesmo sendo esses números elevados, eles podem representar uma subestimação significativa dos indivíduos com a BH; pois, relativamente, poucos são os pacientes que buscam o tratamento da doença. Muitos pacientes com BH podem estar incomodados e silenciosos, mas não sem conseqüências psicológicas. Em longo prazo, a depressão ocorre freqüentemente e a qualidade de vida é prejudicada significativamente em pacientes com sintomas sérios de BH, mesmo na ausência de incontinência.

2. REVISÃO DA LITERATURA

2.1. Terminologia e definição dos sintomas

A terminologia utilizada para definir os sintomas referentes ao trato urinário inferior há muito tempo gera controvérsias. Muitos estudos usam definições variadas e algumas vezes imprecisas. Como resultado disso, a ocorrência de diferenças substanciais nas taxas da prevalência desses sintomas é comum e sub ou superestimação são relatadas com frequência. Além disso, a discrepância entre essas prevalências dificulta a comparação de estudos e a troca de informações entre os profissionais da área. Para reduzir esse problema, a Sociedade Internacional de Continência realiza reuniões periódicas através de uma subcomissão formada para promover a padronização da terminologia referente ao trato urinário inferior.

O primeiro encontro aconteceu em 1976 e desde então a subcomissão de padronização realizou sete reuniões, onde essa terminologia foi sendo aperfeiçoada por profissionais de diferentes nacionalidades e áreas da saúde incluindo, entre outros, médicos, cirurgiões, enfermeiros, fisioterapeutas e cientistas. Em 2002, ocorreu a mais recente padronização quando algumas definições sofreram alterações e outras novas foram criadas. Para um melhor entendimento dos sintomas referentes ao trato urinário inferior, segue um breve histórico das principais definições descritas pela SIC relacionadas com a bexiga hiperativa.

Por muito tempo, os termos utilizados para definir essa síndrome foram associados diretamente à disfunção do músculo detrusor que envolve a bexiga (BATES *et al.*, 1980; ABRAMS *et al.*, 1988; WEIN e ROVNER, 2002). A hiperatividade do músculo detrusor foi definida como “contrações involuntárias durante a fase de armazenamento da urina, que podem ser espontâneas ou provocadas”; a partir dessa definição, os termos *hiperreflexia do detrusor* e *detrusor instável* começaram a ser utilizados. *Hiperreflexia do detrusor* foi

caracterizada pela hiperatividade com origem neurológica como, por exemplo, esclerose múltipla. Já o termo *detrusor instável* (ou *instabilidade idiopática do detrusor*) foi relacionado a contrações involuntárias sem causas neurológicas aparente.

A utilização desses termos começou a ser questionada em 1996, quando Abrams e Wein foram convidados a organizar uma conferência sobre *bexiga instável*. Eles acreditavam que o termo *instável* possuía uma conotação pejorativa e muitos pacientes se sentiam ofendidos com essa expressão. Adicionalmente, estudos urodinâmicos, invasivos e complicados, eram exigidos para que se obtivesse um diagnóstico definitivo e Abrams e Wein acreditavam que para muitos pacientes, o diagnóstico baseado apenas em sintomas era suficiente para realizar uma conduta inicial em relação ao tratamento (WEIN e ROVNER, 1999). Dessa forma, em 1999, a subcomissão de padronização da SIC propôs que *hiperatividade do detrusor* permanecesse como uma definição das contrações involuntárias do músculo da bexiga determinadas por estudos urodinâmicos; e que o termo *bexiga hiperativa*, mais compreensivo para o paciente, fosse utilizado para caracterizar a síndrome baseada em sintomas, sem a necessidade de um diagnóstico definitivo através de exame de urodinâmica.

Uma nova revisão nas definições dos sintomas, sinais, observações urodinâmicas e condições associadas a disfunções do trato urinário foi realizada pela SIC em 2002, com o objetivo de padronizar a terminologia urológica, facilitando a comparação de estudos nessa área e o diálogo entre os profissionais envolvidos (ABRAMS, 2003b). Observações urodinâmicas e definições de sintomas foram descritas em categorias diferentes. Pelo relatório da SIC, os sintomas são indicativos de doença e são avaliados qualitativamente segundo a percepção do paciente e as observações urodinâmicas são determinadas por estudos urodinâmicos. Dessa forma, *bexiga hiperativa* passou a ser considerada um diagnóstico clínico avaliado através de sintomas, e *detrusor hiperativo* é uma condição determinada por estudos urodinâmicos.

A definição de bexiga hiperativa e sintomas associados, propostos e aprovados nessa reunião, estão descritos no quadro 1.

Quadro 1. Definição de sintomas referentes ao trato urinário inferior e associados à Bexiga hiperativa.	
Sintomas	Definição pela SIC 2002
<i>Bexiga hiperativa</i>	Urgência urinária com ou sem a incontinência, geralmente com frequência e nictúria na ausência de infecção ou de outra patologia óbvia.
<i>Frequência</i>	Queixa do paciente que considera que urina muito durante o dia.
<i>Nictúria</i>	Queixa do paciente que relata levantar durante a noite uma vez ou mais para urinar.
<i>Urgência</i>	Queixa de vontade incontrolável de urinar, que aparece subitamente/ de repente e que é difícil de segurar.
<i>Incontinência urinária (IU)</i>	Queixa de perda involuntária de urina.
<i>Incontinência urinária de urgência (IUU)</i>	Queixa de perda involuntária de urina acompanhada ou precedida imediatamente de urgência.
<i>Incontinência urinária de stress (IUS)</i>	Queixa de perda de urina resultado de esforço físico, tosse ou espirro.
<i>Incontinência urinária mista (IUM)</i>	Queixa de perda involuntária de urina associada com urgência e também com esforço físico, tosse ou espirro.
<i>Intermitência</i>	Queixa do paciente que pára e começa a urinar uma ou mais vezes durante a micção.
<i>Fluxo fraco</i>	Queixa de redução do fluxo/ jato urinário comparado a micções anteriores.
<i>Esforço</i>	Relato de esforço para iniciar, manter ou melhorar a micção.
<i>Gotejamento terminal</i>	Relato de parte final da micção prolongada, quando o fluxo/ jato fica mais fraco e fino e termina com gotejamento.
<i>Esvaziamento incompleto</i>	Queixa de sensação de não ter esvaziado a bexiga completamente após terminar de urinar.
<i>Gotejamento pós-micção</i>	Relato de perda involuntária de urina imediatamente após urinar e sair do banheiro.

2.2. Fisiopatologia

A bexiga hiperativa, caracterizada pela presença dos sintomas clínicos descritos anteriormente, é geralmente associada a contrações involuntárias do músculo detrusor durante

a fase de enchimento da bexiga (WYNDAELE, 2001; WAGG *et al.*, 2007). É importante destacar, porém, que nem todos pacientes com BH apresentam hiperatividade no detrusor e muitos pacientes que, comprovadamente, apresentam o músculo detrusor hiperativo não se queixam dos sintomas característicos da síndrome de bexiga hiperativa (HASHIM e ABRAMS, 2007). Dessa forma, BH é uma síndrome apenas sugestiva da hiperatividade do detrusor e sua fisiopatologia não é totalmente conhecida, pois, inúmeros mecanismos estão envolvidos na determinação dessa desordem (CHU E DMOCHOWSKI, 2006). Os processos de armazenamento e eliminação da urina envolvem complexas interações de atividades que ocorrem em diferentes unidades do trato urinário inferior (bexiga, colo vesical, uretra e esfíncter uretral) e que são coordenadas pelos sistemas nervoso, central e periférico (DE GROAT, 1997). Assim sendo, alterações em alguma dessas estruturas podem provocar os sintomas característicos dessa síndrome.

Atualmente, várias são as teorias associadas às causas de BH (STEERS *et al.*, 1996; GOLDBERG e SAND, 2002; MILLER e HOFFMAN, 2006; CHU e DMOCHOWSKI, 2006; HASHIM e ABRAMS, 2007). As principais e mais relatadas, são relacionadas a disfunções no sistema nervoso (disfunção neurogênica) e disfunções no músculo da bexiga (disfunção miogênica). Várias outras hipóteses são apresentadas, mas sempre correlacionadas com as teorias principais. Além dessas, a etiologia idiopática ou com causa desconhecida é freqüentemente mencionada.

2.2.1. Teoria Neurogênica

O controle da micção é realizado pelo sistema nervoso central que se conecta ao trato urinário inferior através de fibras nervosas (LIMA e GÉO, 2000). Dessa forma, o córtex cerebral exerce uma inibição contínua sobre o músculo detrusor, mantendo-o relaxado na fase de enchimento, e impedindo a contração da bexiga. A micção ocorre quando essa inibição é interrompida após o enchimento da bexiga e em local adequado. Assim, traumatismos

cranianos, tumores, acidente vascular cerebral e doenças neurológicas como Alzheimer, esclerose múltipla, Parkinson e HAM/TSP para HTLV-I, endêmicas em nosso meio, podem provocar inibições deficientes e, conseqüentemente, sintomas de bexiga hiperativa (GOLDBERG e SAND, 2002; CASTRO et. al, 2007a; CASTRO et al., 2007b). São citadas ainda, como causas neurológicas de BH, traumas medulares que provocam interrupções dos sinais conduzidos pelos nervos eferentes ao músculo da bexiga e alterações neurológicas na parede vesical representadas por denervação e ligações intercelulares anormais que podem originar os sintomas de urgência e freqüência miccionais (MILLS *et al.*, 2000).

2.2.2. Teoria Miogênica

Muitos elementos compõem a estrutura da bexiga: colágeno, elastina, músculo detrusor, nervos, entre outros. Alterações em algumas dessas estruturas podem desencadear a bexiga hiperativa (GOLDBERG e SAND, 2002). Observados ao microscópio, o músculo detrusor de pacientes com BH apresenta alterações em suas estruturas que indicam a redução da flexibilidade característica de uma bexiga saudável. Com a flexibilidade reduzida ocorre um aumento na pressão vesicular durante a fase de enchimento, contrações do músculo detrusor e conseqüente sensação de urgência (COOLSAET *et al.*, 1993).

2.2.3. Obstrução urinária

Vários estudos reconhecem a obstrução das vias de saída (colo vesical, uretra e esfíncter uretral) como uma das causas de bexiga hiperativa (STEERS *et al.*, 1996; BOSCH, 1999; GOLDBERG e SAND, 2002; MILLER e HOFFMAN, 2006). Em homens, essa condição pode ser provocada, entre outras coisas, pela hiperplasia prostática e nas mulheres, por distopias acentuadas. Em geral, a obstrução das vias de saída da bexiga ocasiona a hipertrofia do músculo detrusor, acompanhada pela redução da função contrátil e da atividade elétrica espontânea (MOSTWIN *et al.*, 1991). Por outro lado, Steers *et al.* (1996) descrevem que

obstruções prolongadas resultam em deformações no tecido do músculo detrusor, aumentando a produção do fator de crescimento neuronal e ocasionando a hipertrofia de fibras nervosas aferentes e eferentes e o aumento da atividade reflexa da bexiga.

2.2.4. Outras causas

Existem outros fatores que são descritos em menor frequência na etiologia de BH. Morrison (1995) e Andersson e Hedlund (2002) descrevem que alterações na atividade dos impulsos aferentes afetam o controle da micção e estão associados à bexiga hiperativa. Alguns autores relatam ainda, que estímulos químicos com a participação de neurotransmissores e mediadores podem originar sintomas de bexiga hiperativa (LECCI e MAGGI, 2001; ANDERSSON e HEDLUND, 2002). Por outro lado, Ouslander (2004) acredita que defeitos anatômicos na região pélvica estão associados à gênese desses sintomas.

De forma geral, as teorias apresentadas aqui não são mutuamente excludentes e os mecanismos que as determinam podem coexistir produzindo manifestações clínicas (GOLDBERG e SAND, 2002). Assim, disfunções neurológicas podem provocar mudanças na estrutura, sensibilidade e comportamento do músculo detrusor; da mesma forma que alterações no músculo detrusor podem originar anormalidades neurológicas produzindo os sintomas característicos de BH.

A verdadeira causa da síndrome pode variar de indivíduo para indivíduo, incluindo uma ou mais teorias (HASHIM e ABRAMS, 2007). A fisiopatologia de bexiga hiperativa ainda não é totalmente conhecida e futuros estudos devem ser encorajados para melhor entender a(s) sua(s) causa(s) considerada(s) idiopática(s).

2.3. Diagnóstico

A síndrome de bexiga hiperativa é determinada por um diagnóstico clínico, caracterizado, principalmente, pelas observações dos sintomas que a definem. Por sua vez, a

hiperatividade do músculo detrusor refere-se a um diagnóstico urodinâmico, caracterizado por contrações involuntárias do músculo observadas na cistometria (ABRAMS *et al.*, 2003a). Aqui, serão enfatizados, os procedimentos clínicos que determinam o diagnóstico de bexiga hiperativa.

Como visto anteriormente, as causas dos sintomas de BH são numerosas, por essa razão o seu diagnóstico envolve uma série de procedimentos; a grande maioria dos autores recomenda a utilização do algoritmo definido na terceira Conferência Internacional sobre Incontinência (WYNDAELE, 2001; WEIN e RACKLEY, 2006; HASHIM e ABRAMS, 2007). Foi determinado que uma avaliação básica de BH deve incluir, entre outras práticas, um estudo completo e detalhado da história clínica do paciente, um exame físico e investigações apropriadas como urinálise (sumário de urina), medida residual de volume urinário, diário miccional e utilização de questionários para avaliar a qualidade de vida dos pacientes.

A história clínica é um procedimento chave na realização do diagnóstico na maioria dos casos (WYNDAELE, 2001). Ela pode ajudar a definir a contribuição de fatores como diabetes, lesões na medula espinhal e outras doenças crônicas ou neurológicas na ocorrência da síndrome (CHU e DMOCHOWSKI, 2006). Além disso, frequência, duração e a intensidade dos sintomas, bem como possíveis causas transitórias e uso de medicamentos devem ser investigados. História prévia de cirurgias e radioterapias na região pélvica pode indicar disfunções no trato urinário (WEIN e RACKLEY, 2006). O conhecimento de detalhes da dieta e ingestão de líquidos também é citado como elemento facilitador do diagnóstico (OUSLANDER, 2004). Alguns questionamentos podem, inclusive, definir o tipo de incontinência vivenciado pelo paciente. Se o indivíduo relata perda de urina quando tosse, espirra, ri ou pratica esporte, a incontinência de esforço pode estar presente; por outro lado, queixas de dor ao urinar ou sensação de não esvaziamento da bexiga após micção sugerem

cistite intersticial ou obstrução (CHU e DMOCHOWSKI, 2006). Em segundo lugar, deve-se realizar o exame físico, com apalpação do abdômen na busca por sinais sugestivos de bexiga distendida, presença de infecções ou hérnias (DWYER e ROSAMILIA, 2002; CHU e DMOCHOWSKI, 2006). Além disso, em homens, um exame retal pode verificar o tamanho e consistência da próstata; em mulheres, exames ginecológicos podem descobrir prolapso vaginal e incontinência (WEIN e RACKLEY, 2006). Pode-se também, realizar uma avaliação neurológica ao examinar os segmentos sacrais da medula espinhal (S2 a S4) onde se encontram os nervos motores da bexiga e uretra (DWYER e ROSAMILIA, 2002).

Exames de urinálise são recomendados para verificar a presença de bacteriúria, piúria e hematúria. Microscopia da urina e culturas, além de serem rápidos e baratos, são métodos definitivos para diagnosticar infecções no trato urinário.

Alguns especialistas indicam ainda, a estimação do volume residual de urina após a micção em pacientes com sintomas de BH, especialmente em mulheres com histórico de cirurgias pélvicas e problemas neurológicos por possuírem alto risco para disfunções miccionais (DWYER e ROSAMILIA, 2002).

Um outro tipo de recurso muito eficiente e bastante utilizado no diagnóstico de bexiga hiperativa é o diário miccional. Esse diário é uma ferramenta fundamental na avaliação de BH (DWYER e ROSAMILIA, 2002; HASHIM e ABRAMS, 2007). Nele é reproduzido, de forma confiável, o padrão de micção dos pacientes com a síndrome: ingestão de líquido, frequência, tempo e volume de cada micção; além dos episódios de incontinência e suas causas podem ser registrados nessa caderneta.

Por afetar negativamente a qualidade de vida dos pacientes, é recomendada a administração de questionários que avaliam objetivamente esse aspecto. Nesse sentido,

Hashim e Abrams (2007) acreditam que questionários específicos para BH devem ser escolhidos para esse propósito.

Por fim, quando o diagnóstico é incerto ou obscuro ou quando terapias conservadoras falham no tratamento dos sintomas, testes urodinâmicos são indicados (WYNDAELE, 2001; WEIN e RACKLEY, 2006). De qualquer forma, um diagnóstico preciso é essencial e favorece o início de um tratamento eficaz, aumentando rapidamente a qualidade de vida dos pacientes com a síndrome de bexiga hiperativa. A relação entre diagnóstico e tratamento é mostrada na figura 1 (adaptado de Freeman e Adekanmi, 2005) que apresenta um fluxograma para o manejo de BH.

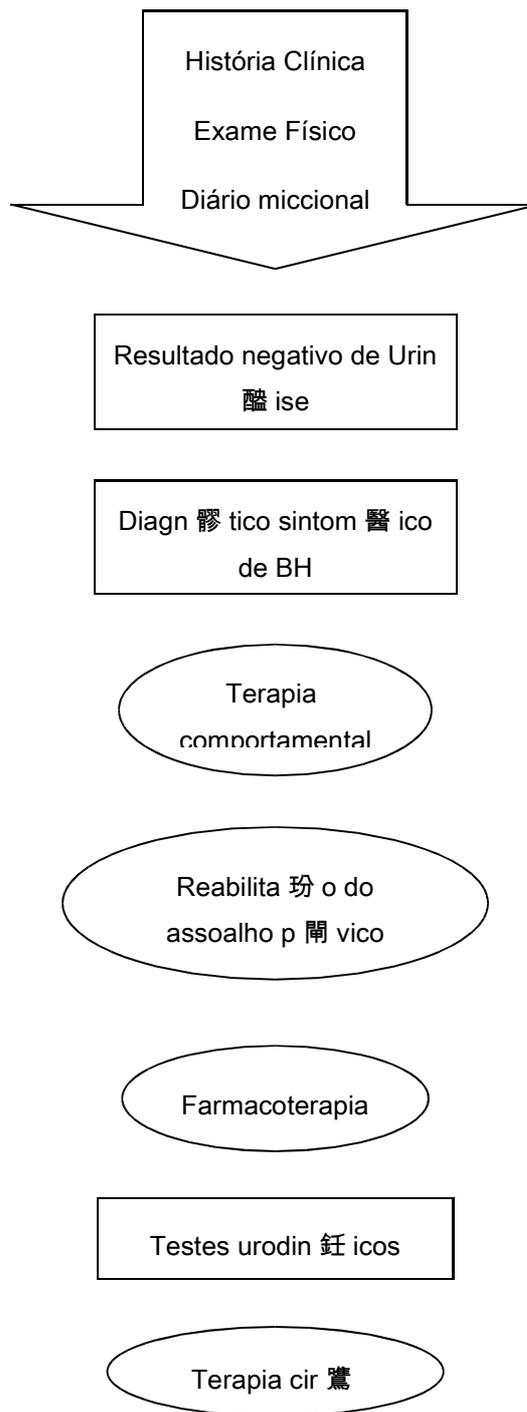


Figura 1. Fluxograma sugerido no manejo de bexiga hiperativa (BH).

2.4. Tratamento

Os sintomas de BH podem ser tratados, inicialmente, sem a necessidade do envolvimento de especialistas e com a utilização de procedimento simples e não invasivos, obtendo sucesso na maioria dos casos; são os chamados tratamentos conservadores (WYNDAELE, 2001; CHU e DMOCHOWSKI, 2006; WAGG *et al.*, 2007). Esses tratamentos são baseados no diagnóstico clínico seguido da exclusão de outras patologias como infecções no trato urinário (HASHIM e ABRAMS, 2007). Chu e Dmochowski (2006) destacam ainda, que em pacientes idosos, os sintomas de bexiga hiperativa não devem ser aceitos simplesmente como um processo natural de envelhecimento.

De forma geral, a seqüência de procedimentos descritos na literatura segue o seguinte algoritmo: intervenções no estilo de vida (terapia comportamental); exercícios para a musculatura do assoalho pélvico (fisioterapia, “bio-feedback”); re-treinamento da bexiga; farmacoterapia; e por fim, nas situações em que as terapias conservadora ou farmacológica não obtêm o resultado esperado e um diagnóstico definitivo é estabelecido com base em testes urodinâmicos, procedimentos mais invasivos como neuromodulação e cirurgias são recomendados (WYNDAELE, 2001; CHU e DMOCHOWSKI, 2006; MILLER e HOFFMAN, 2006; WAGG *et al.*, 2007).

Alterações no estilo de vida são o primeiro passo no tratamento de indivíduos que sofrem com os sintomas de BH, obtendo resultados satisfatórios com a utilização de procedimentos não invasivos e não tóxicos (WEIN e RACKLEY, 2006). Esses procedimentos incluem a educação dos pacientes com a explicação do funcionamento normal do trato urinário inferior e aspectos dinâmicos e clínicos da hiperatividade (WYNDAELE, 2001). Incluem ainda, a mudança na ingestão de líquidos e nos hábitos dietéticos (HASHIM e ABRAMS, 2007). Como exemplo disso, recomenda-se evitar beber líquido quatro horas antes

de dormir, esvaziar a bexiga antes de sair de casa e antes de se deitar à noite. Esses mesmo autores acreditam também que parar de fumar, perder peso, restrição no consumo de bebidas alcoólicas e cafeinadas podem contribuir para a redução dos sintomas.

Exercícios para a musculatura do assoalho pélvico (fisioterapia ou “bio-feedback”) e re-treinamento da bexiga são procedimentos realizados geralmente de forma simultânea. Eles podem produzir, entre outros resultados, a interrupção ou redução das contrações involuntárias do músculo detrusor aumentando assim, o volume de urina eliminada, o intervalo entre as micções e conseqüentemente, a freqüência miccional (HASHIM e ABRAMS, 2007). Além disso, Wyndaele (2001) descreve que pacientes treinados com a técnica de “bio-feedback” conseguem reduzir a pressão intravesical durante o momento em que a bexiga inicia o armazenamento da urina, reduzindo também as contrações involuntárias.

Avanços na compreensão da neurofisiologia do controle da bexiga oferecem novas direções na modulação farmacológica de suas funções. A acetilcolina (Ach) é um neurotransmissor que age nos receptores muscarínicos do músculo detrusor, estimulando as contrações da bexiga. Nesse sentido, os antimuscarínicos são os medicamentos mais utilizados no tratamento de BH (HASHIM e ABRAMS, 2007; WAGG *et al.*, 2007). Eles são agentes anticolinérgicos que agem bloqueando a atividade desses receptores (CHU e DMOCHOWSKI, 2006; WEIN e RACKLEY, 2006) e têm o objetivo de reduzir as contrações do detrusor, além de aumentar a capacidade da bexiga durante o armazenamento da urina (MILLER e HOFFMAN, 2006). Nos Estados Unidos, cinco antimuscarínicos são atualmente aprovados para o tratamento de BH (darifenacina, oxibutinina, solifenacina, tolterodina e trospium); na Europa, além desses cinco medicamentos, a propiverina também é amplamente utilizada (WEIN e RACKLEY, 2006).

Para realizar tratamentos eficientes e obter resultados satisfatórios todos os autores citados são enfáticos em recomendar a combinação das terapias mencionadas até aqui;

entretanto, quando as terapias convencionais não conseguem reduzir a hiperatividade do detrusor nem amenizar os sintomas de bexiga hiperativa, procedimentos cirúrgicos são as opções (WAGG *et al.*, 2007). Muitos desses procedimentos têm sido recomendados; contudo, a pouca eficácia e efeitos adversos graves levaram ao abandono da maioria deles. Por serem mais invasivas e estarem associadas a maiores riscos e complicações, as cirurgias para o tratamento de BH necessitam de um adequado aconselhamento médico e são recomendadas apenas para pacientes com completa avaliação urológica (WAGG *et al.*, 2007; HASHIM e ABRAMS, 2007).

2.5. Epidemiologia

Muitos estudos têm sido realizados com o objetivo de estimar a prevalência de disfunções no trato urinário, porém, nem todos eles utilizam inteiramente as definições estabelecidas pela Sociedade Internacional de Continência em 2002. A prevalência de bexiga hiperativa varia de acordo com o local do estudo, a população selecionada e, principalmente, a metodologia utilizada. Mesmo após a padronização da terminologia referente ao trato urinário em 2002, muitos estudos ainda utilizam definições individuais para classificar os indivíduos com bexiga hiperativa. As definições mais comuns são aquelas que realizam o diagnóstico de BH através de combinações dos sintomas urgência, frequência, nictúria e incontinência; enquanto que a SIC descreve essa combinação sugestiva apenas da hiperatividade do detrusor demonstrada urodinamicamente e não de BH, que é um diagnóstico clínico.

No geral, as mulheres mais jovens apresentam maior prevalência de BH e ainda que não seja considerada um processo relacionado ao envelhecimento (CHU e DMOCHOWSKI, 2006), a prevalência dos sintomas dessa síndrome aumenta com o avanço da idade.

Uma pesquisa com base populacional conduzida na Europa por Milsom *et al.* (2001) estimou a prevalência de BH em 16,6% (15,6% em homens e 17,4% em mulheres).

Aproximadamente, 17 mil entrevistas foram conduzidas em seis países europeus. A amostra era composta por pessoas com idade ≥ 40 anos e bexiga hiperativa foi definida pela presença simples ou combinada de urgência, frequência e incontinência urinária. A prevalência de BH variou entre 12% (na França) e 22% (na Espanha). Ainda na Espanha, Castro *et al.* (2005) usando amostra semelhante e a definição de BH estabelecida em 2002 pela SIC, estimaram a prevalência em 19,9%, sendo significativamente maior entre as mulheres (25,6%) do que nos homens (17,4%).

Irwin *et al.* (2006a) realizaram uma grande avaliação no Canadá, Alemanha, Itália, Suécia e Reino Unido que incluiu homens e mulheres com idade a partir de 18 anos representativos da população geral desses países. A prevalência de BH (de acordo a definição de 2002 da SIC) foi 11,8% (10,8% em homens e 12,8% em mulheres). Além disso, nictúria foi o sintoma mais prevalente, atingindo, aproximadamente, metade dos entrevistados. Já Temml *et al.* (2005), usando combinações de sintomas para definir BH, encontraram uma prevalência de 10,2% em homens e 16,8% em mulheres na cidade de Viena. Esse foi, inclusive, um dos poucos trabalhos que avaliou o impacto de BH na qualidade de vida e na sexualidade dos pacientes. Um impacto moderado ou grave na qualidade de vida foi descrito por 12,3% dos homens e 13,6% das mulheres; já a sexualidade foi afetada negativamente em 24% e 31%, respectivamente. Por outro lado, Tikkinen *et al.* (2007) utilizando uma amostragem representativa da distribuição etária da Finlândia e a atual definição de BH relataram a prevalência dessa síndrome em 6,5% no sexo masculino e 9,3% entre as mulheres.

Nos Estados Unidos, Stewart *et al.* (2003) realizaram uma avaliação nacional de bexiga hiperativa numa amostra representativa da população em relação ao sexo, idade e regiões geográficas. Estimaram a prevalência de BH, através de definições próprias, em 16,5%, com taxas semelhantes entre os sexos. Por outro lado, entre os mais jovens, a prevalência foi bem maior no sexo feminino; as mulheres apresentaram maior prevalência de incontinência de

urgência e a prevalência de BH se mostrou associada ao avanço da idade. Em outro trabalho realizado no Canadá (CORCOS e SCHICK, 2004) a prevalência de BH foi estimada em 18,1%, sendo menor nos homens (14,8%) em relação às mulheres (21,2%).

Na Ásia, poucos estudos epidemiológicos com base populacional têm sido realizados. Homma *et al.* (2005), por exemplo, utilizaram um questionário auto-administrável enviado pelos correios para 10.096 japoneses com idade a partir de 40 anos. Usando critérios próprios como definição, a prevalência de BH foi estimada em 12,4%, com uma diferença inédita entre homens (14%) e mulheres (11%). Essa prevalência aumentou com o avanço da idade e metade dessas pessoas apresentou BH com incontinência. Em outros dois estudos multinacionais na Ásia, a prevalência de BH em pacientes atendidos em uma consulta médica foi bastante elevada: 29,9% em homens (MOORTHY *et al.*, 2003) e 53,1% em mulheres (LAPITAN e CHYE, 2001). Já Yu *et al.* (2006), usando uma adaptação da definição da SIC, descreveram a prevalência de BH em uma comunidade rural de Taiwan em 17%.

Recentemente, Zhang *et al.* (2006) conduziram uma pesquisa para estimar a prevalência de bexiga hiperativa em uma amostra de mulheres saudáveis na China e investigar potenciais fatores de risco associados a essa desordem. A definição atual da SIC e um questionário auto-administrável foram utilizados para esse propósito. A prevalência de BH foi descrita em 8%, mostrando um significativo aumento com o avanço da idade. Menopausa, paridade > 2 e alto IMC foram associados ao aumento dessa prevalência.

No Brasil, o mais recente estudo sobre a prevalência de bexiga hiperativa foi realizado por Teloken *et al.* (2006). Um total de 399 homens e 449 mulheres com idade entre 15 e 55 anos foram selecionados em áreas públicas de Porto Alegre. A prevalência, segundo a definição da SIC, foi 18,9% (14% em homens e 23% no sexo feminino) sem, no entanto, estar associada à idade dos participantes. As pessoas com BH descreveram impacto negativo em suas atividades diárias (tarefas domésticas, atividades físicas, vida social, vida sexual, etc.) e

distúrbios emocionais (depressão, ansiedade, etc.) mais freqüentemente que indivíduos saudáveis.

3. JUSTIFICATIVA

A bexiga hiperativa é descrita freqüentemente como uma desordem altamente prevalente, sendo comum em homens e mulheres. No entanto, os dados populacionais da prevalência de BH são escassos, uma vez que a maioria dos estudos sobre essa síndrome foi limitada aos pacientes de clínicas especializadas ou às pessoas idosas e focalizada especificamente na BH com incontinência de urgência; além disso, nenhum estudo em grande escala na população geral no Brasil usou a definição mais recente de SIC de 2002.

As estimativas da prevalência de BH variam largamente, em parte devido à variação na avaliação dos sintomas na população examinada, nos métodos usados na coleta dos dados e nos critérios usados para definir BH. Alguns estudos sobre prevalência de BH que utilizaram grandes amostras foram publicados recentemente (MILSOM *et al.*, 2001; LAPITAN e CHYE, 2001; STEWART *et al.*, 2003). Infelizmente, estes estudos usaram definições diferentes de BH, nenhuma seguindo inteiramente a proposta atual da SIC. Em consequência do uso de definições distintas, diferenças substanciais nas taxas da prevalência de BH foram relatadas.

Muitos estudos documentaram que BH tem significativas implicações negativas na saúde e qualidade de vida e que o seu tratamento tem apresentado benefícios na QoL (KOBELT *et al.*, 1999). Os sintomas de BH podem impactar áreas múltiplas de funcionamento, incluindo domínios sociais, psicológicos e ocupacionais (ABRAMS *et al.*, 2000; WEIN e ROVNER, 1999). Os portadores de BH tentam freqüentemente compensar seus sintomas urinários anormais adotando comportamentos para evitar a sensação de urgência e da potencial perda de urina. Até o momento, poucos estudos epidemiológicos de prevalência na população recolheram dados sobre o impacto dos sintomas de BH nos pacientes relatados. Assim, pouco é conhecido sobre o impacto individual de BH sem incontinência de urgência; além de estar associado a elevados custos econômicos (Wagner e

Hu, 1998; HU *et al.*,2003), poucos estudos descrevem o comportamento dos pacientes para a busca de tratamento.

Dessa forma, realizamos um estudo de corte transversal para estimar a prevalência dos seguintes sintomas urinários: bexiga hiperativa, com e sem incontinência, (que usam a definição 2002 de SIC), incontinência urinária de *stress* (IUS), incontinência urinária mista (IUM) e outros sintomas referentes ao trato urinário (STUI). Adicionalmente, o impacto que estes sintomas provocam em alguns aspectos da qualidade de vida, os fatores associação à BH e o comportamento de procura por tratamento nos pacientes foram examinados.

4. OBJETIVOS

4.1. Geral

1. Estudar aspectos epidemiológicos de BH e dos sintomas referentes ao trato urinário (STUI) em uma amostra da população geral na cidade de Salvador;

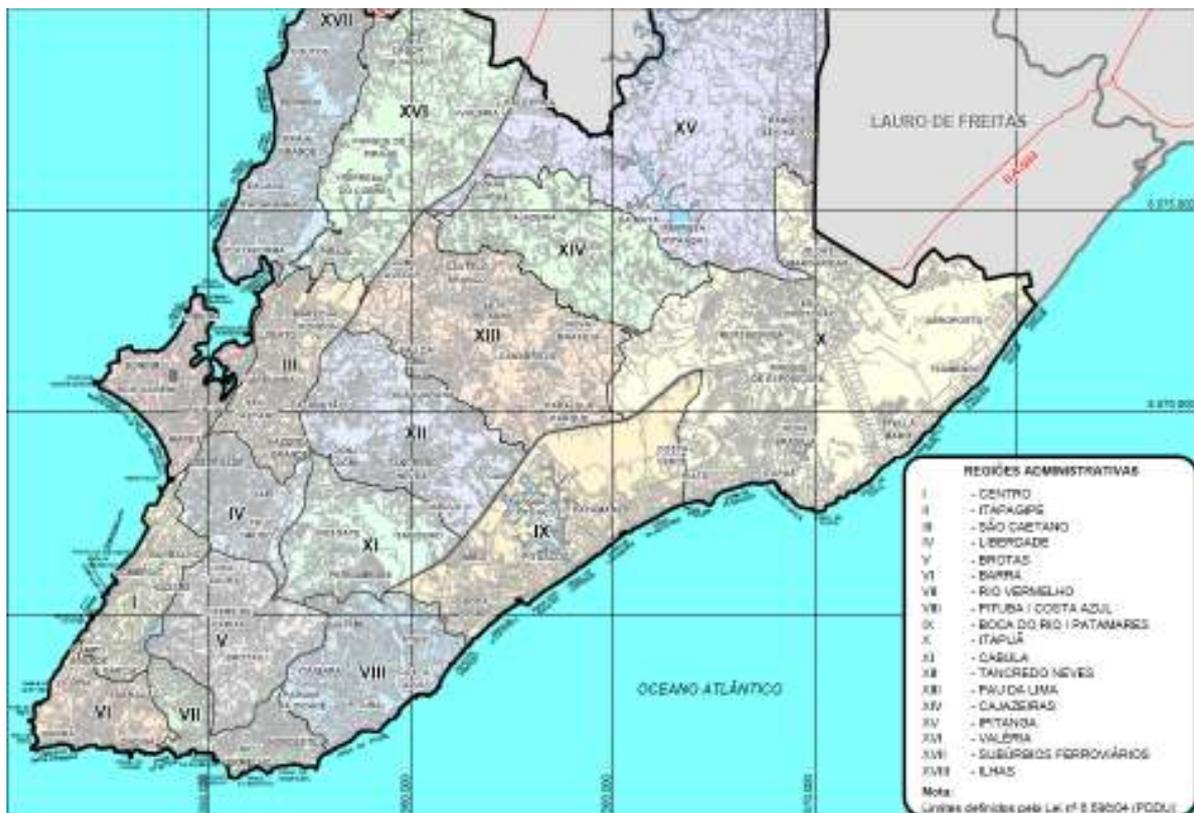
4.2. Específicos

1. Estimar a prevalência de BH e de outros sintomas referentes ao trato urinário (STUI) em homens e mulheres com 30 anos ou mais;
2. Avaliar o grau de desconforto de BH e dos sintomas referentes ao trato urinário (STUI);
3. Investigar potenciais fatores de risco para BH;
4. Descrever o comportamento de procura por tratamento nos pacientes com BH.

5. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de corte transversal que através de um inquérito domiciliar coletou informações de uma amostra aleatória de homens e mulheres com idade a partir de 30 anos, entre os meses de agosto a dezembro de 2006, na cidade de Salvador, terceiro maior centro urbano brasileiro.

Figura 2. Mapa da cidade de Salvador, incluindo regiões administrativas.



5.1. Seleção da amostra

O levantamento de dados e o método de amostragem foram escolhidos a fim de obter uma amostra representativa da população brasileira no que diz respeito ao sexo e à idade. Para selecionar os participantes, foi realizada uma amostragem aleatória estratificada baseada em variáveis geográficas, usando informações do censo demográfico realizado em 2000 pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE (2000). A amostra de domicílios e

setores censitários foi selecionada de maneira a atingir o número final de indivíduos estabelecidos para cada região administrativa da cidade e proporcional à população geral e em cada domicílio foi selecionado um indivíduo para participar da pesquisa, se fosse necessário, agendamentos de entrevistas eram realizadas.

5.2. Critérios de inclusão e exclusão

Foram incluídos na amostra homens e mulheres com idade a partir de trinta anos. Pessoas com infecção urinária, gravidez atual ou nos últimos seis meses, além de alterações cognitivas, que dificultassem a compreensão das perguntas do questionário, não puderam participar da pesquisa. Os indivíduos que leram e assinaram o termo de consentimento (anexo 1) foram incluídos na análise.

5.3. Levantamento de dados

O estudo foi realizado por entrevistadores que, além de ser do mesmo sexo que os entrevistados, foram treinados e submetidos à certificação em métodos de entrevista e na terminologia médica utilizada no questionário para a entrevista direta com o paciente. Os dados foram colhidos através de um questionário (anexo 2) padronizado, validado e pré-testado numa amostra piloto, elaborado por especialistas de diversas áreas; incluiu perguntas sobre demografia, situação no trabalho, atividades físicas e sociais, hábitos de sono e ingestão de líquidos. Além disso, o questionário incluiu perguntas sobre complicações médicas auto declaradas (isto é, diabetes, insuficiência cardíaca congestiva, esclerose múltipla, doença de Parkinson, lesão na medula espinhal, câncer, e cistite intersticial).

Para avaliar o impacto da BH e de outros sintomas de TUI nos pacientes, os entrevistados foram solicitados a classificar quão incomodados se sentiam em possuir estes sintomas, selecionando um número de 0 (significando “nem um pouco incomodado”) a 10 (significando “muito incomodado”). A avaliação de transtornos no humor foi realizada por uma escala de ansiedade e depressão (HADS) que inicialmente foi desenvolvida para

identificar sintomas de ansiedade e de depressão em pacientes de hospitais e, posteriormente, validada para utilização em outros tipos de pacientes, em pacientes não-internados e em indivíduos da população geral (HERRMANN, 1997; SPINHOVEN *et al.*, 1997; BJELLAND *et al.*, 2002).

5.4. Definição de casos

BH foi estabelecida de acordo com a definição mais recente de 2002 da SIC: “Urgência urinária com ou sem a incontinência, geralmente com freqüência e nictúria na ausência de infecção ou de outra patologia óbvia”. Os sintomas referentes ao trato urinário inferior (STUI) foram divididos em três grupos: armazenamento da urina (nictúria, freqüência, urgência, IUU, IUS, IUM e outras IU); esvaziamento da bexiga ou micção (intermitência, fluxo fraco, força para começar a urinar e gotejamento terminal) e sintomas pós-micção (sensação de esvaziamento incompleto e gotejamento pós-micção).

5.5. Análise de Dados

As informações coletadas através dos questionários pré-codificados foram compiladas em banco de dados informatizados para posterior análise estatística. A entrada dos dados foi feita através de uma tela de entrada criada no programa EPI-Info versão 6.04, utilizando sistema de checagem automática de erros.

Em seguida, o banco de informações foi editado. Esta etapa compreendeu a aferição da qualidade do processo de entrada de dados e a correção dos erros detectados. Isto foi feito através do exame da distribuição de freqüência de cada variável para identificação de: valores fora de limites; checagem de valores inválidos; identificação de entradas em duplicata; checagem de dados incompatíveis ou contraditórios, etc.. Em seguida, foram analisados usando os métodos estatísticos apropriados aos estudos de corte transversal. Os participantes foram classificados quanto à presença de BH e estimativas da prevalência foram ajustadas por idade e sexo. Comparações simples utilizando razão de prevalência, com respectivos

intervalos de confiança foram realizadas para investigar possíveis fatores de risco. Outras comparações foram testadas através do qui-quadrado ou exato de Fisher, conforme o mais apropriado. A análise estatística foi realizada no software Epi Info 3.4.

5.6. Equipe de trabalho

O presente trabalho foi realizado pelo Laboratório de Epidemiologia Molecular e Bioestatística do Centro de pesquisa Gonçalo Moniz, unidade da Fundação Oswaldo Cruz na Bahia. Esse laboratório conta com uma equipe multidisciplinar formada, entre outros, por médico, estatístico e estudantes de áreas exatas e biológicas que foram responsáveis pelo planejamento e execução da pesquisa, incluindo a elaboração do questionário, planejamento amostral, entrada e análise dos dados, interpretação e sumariação dos resultados, além da confecção de manuscritos. A coleta dos dados e a supervisão da equipe de campo contaram com a colaboração de profissionais com experiência em pesquisas realizadas pelo IBGE.

6. RESULTADOS

Um total de 3.616 indivíduos elegíveis foi contatado e 3.000 (1.500 homens e 1.500 mulheres) aceitaram participar do estudo (taxa de resposta igual a 82,9%). As características da população estudada estão descritas na tabela 1 e estão estratificadas por sexo. A distribuição etária é bastante semelhante entre homens e mulheres, e aproximadamente 60% dos indivíduos encontram-se na faixa entre 30 e 49 anos de idade. Os entrevistados que se declararam casados são a maioria, tanto no sexo masculino como no feminino. Contudo, o percentual de divorciados e viúvos é bem menor nos homens, sendo o percentual de viúvos seis vezes maior nas mulheres. Homens e mulheres também são semelhantes quanto à escolaridade e destaca-se o baixo percentual de analfabetismo na amostra, aproximadamente 2%; no entanto, cerca de um terço dos entrevistados estudou no máximo até a quarta série do ensino fundamental. E enquanto metade das pessoas concluiu o ensino médio, apenas 15,5% dos homens e 12,4% das mulheres afirmaram ter alcançado o ensino superior. Em relação à situação atual de emprego, sobressai a pouca quantidade de estudantes, o grande número de donas de casas e a diferença na quantidade de indivíduos trabalhando em cada um dos sexos (66,6% dos homens e apenas 43,9% de mulheres).

O índice de massa corpórea (IMC) avaliado foi ligeiramente maior entre as mulheres. Quando solicitadas a realizar uma avaliação do estado geral de sua saúde, as mulheres se consideraram pior que os homens; elas avaliam sua saúde como regular ou ruim em 41,2% das vezes, enquanto esse número é aproximadamente 30% nos homens. A co-morbidade mais freqüentemente relatada foi pressão alta, sendo maior no sexo feminino. Doenças do coração, depressão e infecções urinárias também foram mais relatadas pelas mulheres. Quanto ao tabagismo, no geral 63% dos entrevistados nunca fumaram qualquer tipo de tabaco, porém este percentual é maior entre as mulheres (68,3%). O mesmo ocorre com a ingestão de álcool,

onde a frequência desse hábito entre os homens é o dobro do verificado no sexo oposto. A característica utilizada como indicador do nível sócio-econômico foi a renda familiar. Nesse estudo, quase dois terços da população estudada reside em famílias com renda entre 1 e 5 salários mínimos.

Tabela 1. Características de 3.000 participantes do estudo epidemiológico sobre bexiga hiperativa segundo o sexo, Salvador, Brasil, 2006.

	Homem n=1.500	Mulher n=1.500
Faixa etária (anos)		
30–39	32,4	26,8
40–49	29,9	28,8
50–59	19,5	23,6
60–69	11,4	11,7
≥ 70	6,8	9,1
Estado civil		
Solteiro(a)	18,5	24,3
Casado(a)	61,0	40,0
Morando com o(a) parceiro(a)	13,0	11,3
Divorciado(a)/ Separado(a)	5,9	12,1
Viúvo(a)	1,6	12,3
Escolaridade		
Analfabeto	1,3	2,5
Ensino fundamental	34,3	34,7
Ensino médio	48,9	49,9
Superior	15,5	12,9
Situação de emprego		
Empregado	66,6	43,9
Aposentado	20,1	15,8
Desempregado	13,2	12,1
Estudante	0,1	0,5
Dono(a) de casa	0,0	27,7
IMC (Índice de Massa Corporal = $\text{Peso}(\text{kg})/\text{Altura}(\text{m})^2$)		
Subpeso (≤ 18.5)	2,3	3,9
Normal (18.6 – 24.9)	43,5	45,7
Sobrepeso (25 – 29.9)	40,0	31,2
Obeso (30.0 – 39.9)	13,8	17,9
Obeso grave (≥ 40)	0,4	1,3
Auto-avaliação geral da saúde		
Excelente	13,1	9,1
Muito bom	10,8	9,2
Bom	46,0	40,5
Regular	26,5	37,1
Ruim	3,6	4,1

Tabela 1. Características de 3.000 participantes do estudo epidemiológico sobre bexiga hiperativa segundo o sexo, Salvador, Brasil, 2006. (continuação)

	Homem n=1.500	Mulher n=1.500
Condições médicas		
Pressão arterial alta	22,9	32,1
Diabetes	7,2	7,0
Doença do coração	3,3	7,5
Depressão	2,3	6,5
Infecção urinária (mais de três episódios no ano)	1,3	3,7
Tabagismo		
Nunca fumou	56,9	68,3
Fumou, não fuma mais	25,3	20,4
Fuma atualmente	17,8	11,3
Etilismo		
Não	40,6	69,3
Sim	59,4	30,7
Renda familiar (em números de salários mínimo)*		
≤1	8,9	18,1
1,1 a 2	25,1	22,5
2,1 a 3	18,9	21,8
3,1 a 5	21,2	21,0
5,1 a 10	13,0	10,1
10,1 a 20	4,1	2,7
> 20	0,8	0,1
Recusou-se a responder	8,0	3,7

*Salário mínimo = R\$ 350,00 em 08/2006.

A representatividade da amostra é avaliada na tabela 2. A comparação da idade e do sexo dos participantes com a população geral brasileira revelou semelhanças em todas as faixas etárias de homens e mulheres.

Tabela 2. Comparação (%) de idade e sexo de 3.000 participantes do estudo epidemiológico sobre bexiga hiperativa e a população urbana no Brasil, 2006.

	Homem			Mulher		
	Estudo BH	Brasil†	Diferença‡	Estudo BH	Brasil†	Diferença‡
Faixa etária (em anos)						
30 – 39	32,4	36,6	-4,2	26,8	34,9	-8,1
40 – 49	29,9	27,8	2,1	28,8	26,8	2,0
50 – 59	19,5	17,3	2,2	23,6	17,1	6,5
60 – 69	11,4	10,7	0,7	11,7	11,6	0,1
≥ 70	6,8	7,7	-0,9	9,1	9,6	-0,5

† Censo IBGE 2000; ‡ Diferença (percentual do estudo – percentual da população) em cada categoria.

A tabela 3a apresenta a prevalência de BH e alguns sintomas referentes ao trato urinário inferior em homens e a tabela 3b, em mulheres; os dados estão estratificados por faixa etária. De modo geral, a prevalência de STUI aparentemente aumentou com a idade e foi maior nas mulheres.

Urgência, sintoma principal de BH, estava presente em 7,5% dos participantes, sendo 10% nas mulheres e 5,1% nos homens (valor de $p < 0,001$). O impacto causado por esse sintoma fica evidenciado quando se compara urgência com e sem incômodo; sendo o primeiro, quatro vezes maior que o segundo, tanto em homens como mulheres. No grupo masculino, 25,4% dos indivíduos com algum grau de desconforto com BH apresentou urgência com incontinência, enquanto que nas mulheres esse percentual foi três vezes menor.

Considerando a definição de 2002 da SIC, nictúria foi o sintoma mais relatado; em média 2/3 dos indivíduos do estudo apresentou essa manifestação clínica. Já a frequência diária aumentada foi citada por um quarto das mulheres e apenas 15,4% dos homens (valor de $p < 0,001$).

Entre os sintomas de micção, apenas gotejamento terminal foi perguntado a homens e mulheres, sendo inclusive o mais prevalente desses sintomas. Cerca de um terço dos participantes referiu gotejamento ao final da micção. Intermitência ao urinar, fluxo urinário fraco e forçar para começar a urinar foram pouco frequentes.

Em relação aos sintomas de pós-micção, gotejamento após sair do banheiro foi quase o dobro em homens (20,9%) comparado às mulheres (12,8%) (valor de $p < 0,001$). A sensação de não ter esvaziado a bexiga completamente após terminar de urinar foi avaliada somente em homens e sua ocorrência foi menor que o sintoma de gotejamento terminal.

A presença de algum sintoma de armazenamento, em homens e mulheres, foi mais freqüente do que os de esvaziamento e pós-micção e a frequência de pelo menos um sintoma do trato urinário inferior foi bastante elevada. Quando combinados, os sintomas de

armazenamento e esvaziamento se apresentaram com maior frequência, nos dois sexos. Em seguida, aparecem armazenamento e pós-micção, e por fim esvaziamento e pós-micção.

Tabela 3a. Prevalência (%;95%CI) de STUI em homens segundo o sexo, Estudo epidemiológico sobre bexiga hiperativa, Salvador, Brasil, 2006.

	≤ 39 anos (n=487)	40-59 anos (n=740)	≥ 60 anos (n=273)	Total (n=1.500)
<i>Sintomas de armazenamento</i>				
Nictúria				
≥ 1 vez/noite	58,9 (54,4-63,3)	62,4 (58,8-65,9)	79,5 (74,2-84,1)	64,4 (61,9-66,8)
≥ 2 vez/noite	24,8 (21,1-28,9)	30,9 (27,6-34,4)	54,9 (48,8-60,9)	33,3 (30,9-35,8)
Frequência	14,0 (11,0-17,4)	14,5 (12,0-17,2)	20,7 (5,9-9,9)	15,4 (13,6-17,3)
Urgência (BH)	2,7 (1,4-4,5)	4,6 (3,2-6,4)	10,6 (7,2-14,9)	5,1 (4,0-6,3)
Urgência sem incômodo	0,2 (0,0-1,1)	1,2 (0,5-2,3)	2,6 (1,0-5,2)	1,1 (0,7-1,8)
Urgência com algum incômodo	2,5 (1,3-4,3)	3,4 (2,2-4,9)	8,0 (5,1-11,9)	4,0 (3,0-5,0)
Incontinência urinária[‡]				
IUU	25,0 (5,5-57,2)	36,0 (18,0-57,5)	50,0 (28,2-71,8)	39,0 (26,5-52,6)
IUS	16,7 (2,1-48,4)	20,0 (6,8-40,7)	36,4 (17,2-59,3)	25,4 (15,0-38,4)
IUM	0,0 (0,0-26,5)	4,0 (0,1-20,4)	0,0 (0,0-15,4)	1,7 (0,0-9,1)
Outra IU	0,0 (0,0-26,5)	4,0 (0,1-20,4)	0,0 (0,0-15,4)	1,7 (0,0-9,1)
Alguma IU (IUU, IUS, IUM, Outra)	8,3 (0,2-38,5)	8,0 (1,0-26,0)	13,6 (2,9-34,9)	10,2 (3,8-20,8)
Algum sintoma de armazenamento (nictúria ≥ 1 vez/noite)	62,0 (57,5-66,3)	66,2 (62,7-69,6)	81,7 (76,6-86,1)	67,7 (65,2-70,0)
Algum sintoma de armazenamento (nictúria ≥ 2 vez/noite)	33,5 (29,3-37,9)	37,8 (34,3-41,4)	60,8 (54,7-66,6)	40,6 (38,1-46,1)
<i>Sintomas de micção</i>				
Intermitência	7,2 (5,6-9,8)	10,0 (7,9-12,4)	14,7 (10,7-19,4)	9,9 (8,5-11,6)
Fluxo fraco	7,0 (4,9-9,6)	12,2 (9,9-14,7)	24,2 (19,2-29,7)	12,7 (11,0-14,5)
Esforço	7,0 (4,9-9,6)	6,5 (4,8-8,5)	9,2 (6,1-13,2)	7,1 (5,9-8,5)
Gotejamento terminal	33,4 (29,1-37,6)	26,1 (22,9-29,4)	30,5 (25,0-36,2)	29,3 (26,9-31,6)
Algum sintoma de micção	40,0 (35,6-44,5)	36,6 (33,1-40,2)	47,6 (41,6-53,7)	39,7 (37,2-42,3)
<i>Sintomas de pós-micção</i>				
Esvaziamento incompleto	17,3 (13,9-20,9)	14,1 (11,6-19,8)	15,4 (11,3-20,2)	15,4 (13,5-17,2)
Gotejamento pós-miccional	21,4 (17,8-25,3)	21,9 (18,9-25,0)	17,3 (12,9-22,2)	20,9 (18,8-23,0)
Algum sintoma pós-miccional	32,4 (28,3-36,8)	31,1 (22,8-34,5)	27,8 (22,6-33,6)	30,9 (28,6-33,3)
<i>Algum STUI</i>				
Nictúria ≥ 1 vez/noite				
Armazenamento e Micção	73,1 (48,0-57,1)	76,2 (73,0-79,2)	88,3 (83,9-91,8)	77,4 (75,2-79,5)
Armazenamento e Pós-micção	70,0 (65,7-74,1)	75,8 (72,6-78,9)	84,2 (79,4-88,4)	75,5 (73,2-77,6)
Micção e Pós-micção	53,2 (48,6-57,7)	48,4 (44,7-52,0)	55,7 (49,6-61,7)	51,3 (48,7-53,8)
Nictúria ≥ 2 vez/noite				
Armazenamento e Micção	56,5 (51,9-60,9)	57,3 (53,6-60,9)	75,1 (69,5-80,1)	60,3 (57,7-62,7)
Armazenamento e Pós-micção	51,1 (46,6-55,6)	55,4 (51,7-59,0)	67,8 (61,9-73,3)	56,3 (53,7-58,8)
Micção e Pós-micção	53,2 (48,6-57,7)	48,4 (44,7-52,0)	55,7 (49,6-61,7)	51,3 (48,7-53,8)

[‡] Entre indivíduos que relataram urgência com algum grau de incômodo.

STUI= sintomas referentes ao trato urinário inferior; IU= Incontinência urinária; IUU= Incontinência urinária de urgência; IUS= Incontinência urinária de stress; IUM= Incontinência urinária mista.

Tabela 3b. Prevalência (%;95%CI) de STUI em mulheres segundo o sexo, Estudo epidemiológico sobre bexiga hiperativa, Salvador, Brasil, 2006.

	≤ 39 anos (n=402)	40-59 anos (n=785)	≥ 60 anos (n=313)	Total (n=1.500)
<i>Sintomas de armazenamento</i>				
Nictúria				
≥ 1 vez/noite	66,4 (61,6-71,0)	70,1 (66,7-73,2)	80,2 (75,3-81,5)	71,2 (68,8-73,5)
≥ 2 vez/noite	30,1 (25,6-34,8)	34,5 (31,2-38,0)	49,8 (44,2-55,5)	36,5 (34,1-39,0)
Frequência	21,6 (17,7-26,0)	23,7 (20,7-26,8)	26,5 (21,7-31,8)	23,7 (21,6-25,9)
Urgência (BH)				
Urgência sem incômodo	5,5 (3,5-8,2)	11,7 (8,4-12,8)	11,5 (8,2-15,6)	10,0 (8,5-11,6)
Urgência com algum incômodo	0,5 (0,1-1,8)	2,5 (1,6-3,9)	1,6 (0,5-3,7)	1,8 (1,2-2,6)
	5,0 (3,1-7,6)	9,2 (7,2-11,4)	9,9 (6,8-13,8)	8,2 (6,9-9,7)
Incontinência urinária[‡]				
IUU	15,0 (3,2-37,9)	4,2 (0,9-11,7)	16,1 (5,5-33,7)	8,9 (4,5-15,4)
IUS	10,0 (1,2-31,7)	15,3 (7,9-25,7)	0,0 (0,0-11,2)	10,6 (5,7-17,4)
IUM	20,0 (5,7-43,7)	43,0 (31,4-55,3)	35,5 (19,2-54,6)	37,4 (28,8-46,6)
Outra IU	0,0 (0,0-16,8)	0,0 (0,0-5,0)	3,2 (0,1-16,7)	0,8 (0,0-3,9)
Alguma IU (IUU, IUS, IUM, Outra)	45,0 (23,1-68,5)	62,5 (50,3-73,6)	54,8 (36,0-72,7)	57,7 (48,5-66,6)
Algum sintoma de armazenamento (nictúria ≥ 1 vez/noite)	71,6 (67,0-76,0)	75,3 (72,1-78,2)	85,3 (80,9-89,0)	76,4 (74,2-78,5)
Algum sintoma de armazenamento (nictúria ≥ 2 vez/noite)	43,0 (33,1-48,0)	47,1 (43,6-50,7)	62,3 (56,7-67,7)	49,2 (46,6-51,8)
<i>Sintomas de micção</i>				
Gotejamento terminal	36,3 (31,6-41,2)	35,0 (31,7-38,9)	26,8 (22,0-32,1)	33,7 (31,3-36,1)
<i>Sintomas de pós-micção</i>				
Gotejamento pós-miccional	13,2 (10,0-16,9)	13,6 (11,3-16,2)	10,2 (7,1-14,1)	12,8 (11,1-14,6)
<i>Algum STUI</i>				
Nictúria ≥ 1 vez/noite				
Armazenamento e Micção	80,3 (76,1-84,1)	83,2 (80,4-85,7)	88,2 (84,1-91,5)	83,5 (81,5-85,3)
Armazenamento e Pós-micção	73,1 (68,5-77,4)	77,7 (74,6-80,6)	85,6 (81,2-89,3)	78,1 (75,9-80,2)
Micção e Pós-micção	41,3 (36,4-46,3)	40,0 (36,5-43,5)	31,9 (26,8-37,4)	38,7 (36,2-41,2)
Nictúria ≥ 2 vez/noite				
Armazenamento e Micção	60,9 (56,0-65,7)	64,1 (60,6-67,4)	72,5 (67,2-77,4)	65,0 (62,5-67,4)
Armazenamento e Pós-micção	48,5 (43,5-53,5)	52,0 (48,4-55,5)	64,5 (59,0-69,8)	53,7 (51,1-56,2)
Micção e Pós-micção	41,3 (36,4-46,3)	40,0 (36,5-43,5)	31,9 (26,8-37,4)	38,7 (36,2-41,2)

[‡] Entre indivíduos que relataram urgência com algum grau de incômodo.

STUI= sintomas referentes ao trato urinário inferior; IU= Incontinência urinária; IUU= Incontinência urinária de urgência; IUS= Incontinência urinária de stress; IUM= Incontinência urinária mista.

O incômodo causado nos participantes que apresentaram alguns dos sintomas de TUI é indicado na figura 3. As mulheres relataram mais incômodo que os homens em todos os sintomas avaliados. Urgência é o sintoma que mais incomoda os participantes, aproximadamente 70% deles têm algum grau de incômodo. No sexo feminino, esse sintoma provoca um grave incômodo (42%), quase três vezes mais que nos homens. Gotejamento pós-micção, apesar de ser mais frequente em homens, incomoda muito mais as mulheres. Frequência ocupa uma posição intermediária em termos de incômodo aos indivíduos. E por

último, mas não menos importante, gotejamento terminal e nictúria são os sintomas menos incomodativos.

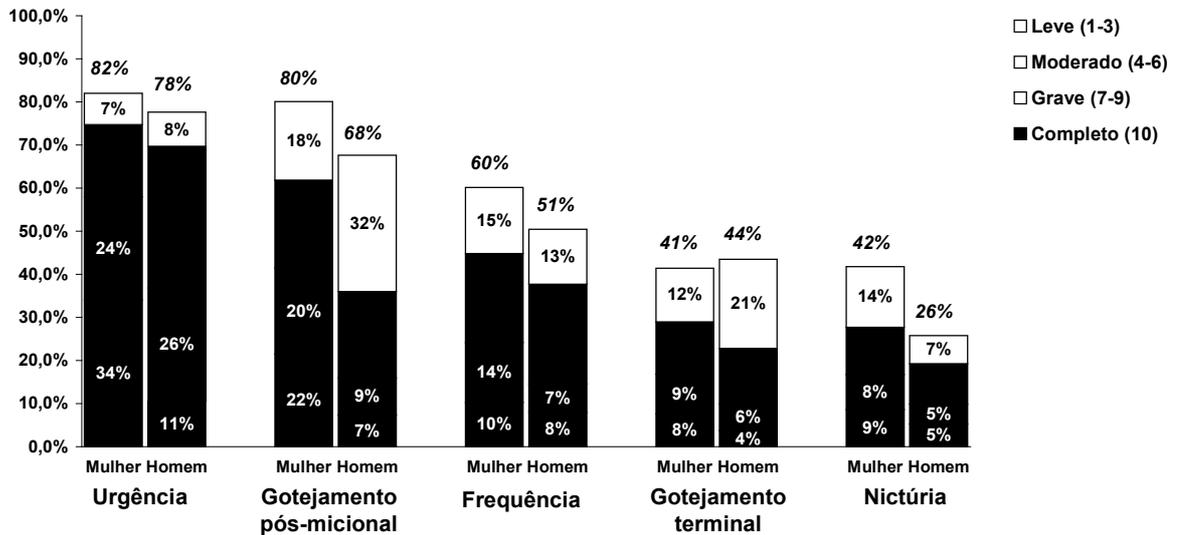


Figura 3. Desconforto auto-declarado provocado pelos sintomas urinários (em uma escala variando de 0 (nenhum) a 10 (completo)) segundo o sexo, Salvador, Brasil, 2006.

A investigação de possíveis fatores de risco é mostrada na tabela 4. O índice de massa corporal foi associado estatisticamente à BH apenas no sexo feminino, uma vez que a prevalência foi aproximadamente 70% maior entre as mulheres obesas. Já em relação ao hábito de fumar algum tipo de tabaco, os indivíduos (de ambos os sexos) que consomem grandes quantidades desses produtos apresentaram prevalência de BH bastante elevada em comparação aos não fumantes: três vezes maior entre os homens e mais que o dobro entre as mulheres.

O tipo de parto também é avaliado como potencial fator de risco na tabela 4. No geral, mulheres com parto vaginal apenas apresentam prevalência de bexiga hiperativa duas vezes maior do que quem nunca pariu. No entanto, quando estratificadas em faixas etárias distintas, mulheres com essa característica não apresentam aumento significativo na prevalência de BH, embora o intervalo de confiança para a razão dessas prevalências esteja no limite de significância.

Tabela 4. Associação da prevalência de BH e características selecionadas, Salvador, Brasil, 2006.

	Homens (n=1.500)			Mulheres (n=1.500)		
	n/total	(%)	RP (95%IC)	n/total	(%)	RP (95%IC)
IMC (Peso(kg) / altura(m)²)						
≤ 25.0 (Normal)	37/695	(5,3)	1,0 (referência)	61/758	(8,0)	1,0 (referência)
25.0 - 29.9 (Sobrepeso)	31/593	(5,2)	1,0 (0,6 - 1,6)	51/459	(11,1)	1,4 (1,0 - 2,0)
≥30 (Obeso)	8/206	(3,9)	0,7 (0,4 - 1,5)	38/283	(13,4)	1,7 (1,1 - 2,4)
Tabagismo (total de maços)						
0	31/855	(3,6)	1,0 (referência)	85/1025	(8,3)	1,0 (referência)
1 – 1095	5/135	(3,7)	1,0 (0,4 - 2,6)	21/157	(13,4)	1,6 (1,0 - 2,5)
1096 – 3604	8/142	(5,6)	1,5 (0,7 - 3,3)	13/122	(10,7)	1,3 (0,7 - 2,2)
3605 – 8760	9/173	(5,2)	1,4 (0,7 - 3,0)	13/107	(12,1)	1,5 (0,9 - 2,5)
≥8761	22/191	(11,5)	3,2 (1,9 - 5,4)	17/85	(20,0)	2,4 (1,5 - 3,9)
Tipo de parto						
Nulípara	-	-	-	9/178	(5,1)	1,0 (referência)
Cesárea apenas	-	-	-	29/310	(9,4)	1,9 (0,9 - 3,8)
Vaginal e cesárea	-	-	-	22/235	(9,4)	1,9 (0,9 - 3,9)
Vaginal apenas	-	-	-	90/777	(11,6)	2,3 (1,2 - 4,5)

RP= Razão de prevalência. 95%IC = Intervalo de confiança ao nível de 95%.

As emoções desempenham um papel importante na maioria das doenças e por essa razão todos os participantes foram solicitados a responder uma ficha que através de questões pessoais avaliou o grau de ansiedade e depressão vivenciado na semana anterior ao estudo.

A tabela 5 apresenta uma comparação do grau de ansiedade e depressão em indivíduos com ou sem o principal sintoma de BH. Os resultados estão estratificados por sexo e em todas as comparações apresentaram diferenças significativas do ponto de vista estatístico. No geral, as alterações no humor foram mais freqüentes no sexo feminino. A ansiedade foi mais freqüente em indivíduos com urgência miccional; nas mulheres com esse sintoma, o grau moderado de ansiedade foi quase o dobro e a ansiedade grave foi aproximadamente três vezes maior do que o outro grupo. A avaliação da depressão segue essa mesma tendência; enquanto apenas 10% dos participantes masculinos sem urgência têm algum grau de depressão, esse percentual é quase três vezes maior entre aqueles que relataram esse sintoma. Já entre as mulheres, depressão moderada ou grave foi quase quatro vezes maior em quem se queixou de urgência.

Tabela 5. Grau de ansiedade e depressão em homens e mulheres segundo presença de urgência, Salvador, Brasil, 2006.

	Homens			Mulheres		
	Com urgência (n=76)	Sem urgência (n=1.422)	p- valor	Com urgência (n=150)	Sem urgência (n=1.350)	p- valor
Escala de ansiedade*						
Normal (0 - 7)	67,1 [†]	83,1		40,0	63,2	
Leve (8 - 10)	15,8	11,9	0,001	27,3	18,2	0,001
Moderado (11 - 14)	17,1	3,9		20,7	14,3	
Grave (15 - 21)	0,0	1,1		12,0	4,3	
Escala de depressão*						
Normal (0 - 7)	72,4	90,1		56,0	80,5	
Leve (8 - 10)	19,7	7,6	0,001	22,0	13,3	0,001
Moderado (11 - 14)	7,9	1,9		19,3	5,5	
Grave (15 - 21)	0,0	0,4		2,7	0,7	

*Avaliada através do HADS – *Hospital Anxiety and Depression Scale* numa escala de 0 a 21.

[†](%)

O comportamento para busca de ajuda dos indivíduos que se queixaram dos sintomas de bexiga hiperativa é descrito na tabela 6. Através de profissionais da saúde ou de outras vias, as mulheres procuram ajuda mais freqüentemente do que os homens. Em ambos os sexos, entre os participantes que procuraram um profissional da saúde, quase a totalidade preferiu falar com um médico. No entanto, existe uma diferença no comportamento de homens e mulheres que não falaram com um profissional da saúde. A iniciativa mais relatada pelos homens foi falar com a parceira, enquanto que as mulheres procuraram ajuda, com maior freqüência, em conversas com algum membro da família. Por outro lado, é bastante elevado o percentual de homens que não procurou nenhum tipo de ajuda, aproximadamente três vezes maior que as mulheres.

Tabela 6. Prevalência (%) de comportamentos para busca de ajuda para sintomas de BH* de acordo o sexo, Salvador, Brasil, 2006.

	Homens (n=59)	Mulheres (n=122)
<u>Não procurou ajuda</u>	42,4	14,8
<u>Falou com um profissional da saúde</u>	32,2	45,9
Médico	100,0	98,2
Farmacêutico	0,0	1,8
<u>Tomou outra atitude**</u>	25,4	39,3
Falou com o(a) parceiro(a)	26,5	16,1
Falou com membros da família	14,3	25,8
Falou com amigos	8,2	15,1
Procurou informações na Internet, livros ou revistas	4,1	4,3
Outras ações	3,4	5,3

* Baseado em repostas de participantes que relataram desconforto com a BH.

** Mais de uma resposta era aceitável.

Para conhecer melhor as atitudes, comportamentos e conhecimentos sobre o diagnóstico e o tratamento dos problemas urinários foram realizados alguns questionamentos aos participantes da pesquisa (tabela 7). Inicialmente foi perguntado a todos os indivíduos, se em uma consulta de rotina, algum médico havia averiguado a presença de sintomas ou problemas urinários sem o paciente se pronunciar a respeito disso; os dados mostram que apenas um em cada quatro médicos utiliza esse procedimento. É um resultado interessante, uma vez que, aproximadamente 90% dos homens e mulheres acreditam ser importante que o médico faça esses questionamentos em uma consulta de rotina. Em seguida foi perguntado às pessoas que se queixaram de sintomas de BH e não procuraram ajuda, quais as razões que as levaram a não falar com um profissional da saúde sobre esses sintomas. As principais razões relatadas por dois terços dos entrevistados foram achar que não era um problema sério ou estar esperando o problema melhorar sozinho. Quase metade dos homens e mulheres que não procurou ajuda, acreditava que seus sintomas eram normais da idade ou não lhes causavam desconforto. É interessante verificar que homens e mulheres se comportam de forma diferente em relação a alguns itens. Enquanto 26,5% dos homens não têm médico regular ou acha o atendimento caro, entre as mulheres essa crença é muito maior, chegando a mais que o dobro.

Além disso, as mulheres se sentem menos à vontade para falar com um médico sobre os sintomas de bexiga hiperativa, percentual seis vezes maior que os homens.

Tabela 7. Atitudes, comportamentos e conhecimentos (%) sobre o diagnóstico e tratamento dos problemas urinários de acordo o sexo, Salvador, Brasil, 2006.

	Homem (n=40)	Mulheres (n=66)
Razões para não procurar ajuda de um profissional da saúde*		
<i>Não achei que fosse um problema sério/ Estava esperando o problema melhorar sozinho</i>	63,9	71,0
<i>Acho normal da idade /Sinto-me confortável do jeito que estou</i>	47,1	47,1
<i>Não tenho um médico regular/ É muito caro consultar um médico</i>	26,5	58,2
<i>Achei que um médico não pudesse ajudar/ Achei que não era um problema médico</i>	20,6	32,8
<i>Não me sentiria confortável falando com um médico/ O médico é um amigo próximo/ O médico é do sexo oposto</i>	11,8	17,9
<i>Acho que o medico não ficaria à vontade ao falar sobre problemas urinários</i>	2,9	17,9
Durante uma consulta de rotina, algum médico lhe perguntou especificamente sobre possíveis problemas/ sintomas urinários?***	27,1	25,1
Você acha que os médicos deveriam perguntar rotineiramente a seus pacientes sobre possíveis problemas/ sintomas urinários?***	87,1	90,2

* Baseado em repostas de participantes que relataram desconforto com a BH e que não procuraram ajuda com profissional da saúde.

** Baseado em respostas de todos os participantes.

7. DISCUSSÃO

Esse é o maior estudo epidemiológico com base populacional no Brasil e que utiliza as novas definições da SIC de 2002 para avaliar os sintomas sugestivos de BH. Nossa amostra é representativa de uma grande capital brasileira que ocupa a terceira posição no ranking nacional de habitantes.

Dos recentes estudos epidemiológicos realizados, Stewart *et al.* (2002), Irwin *et al.* (2006) e Teloken *et al.* (2006) são os que mais se assemelham ao presente trabalho. A alta prevalência dos sintomas de armazenamento da urina verificada nesse estudo (67,7% em homens e 76,4%, nas mulheres) é semelhante ao verificado por Irwin *et al.* (2006). Encontramos uma grande diferença na prevalência de freqüência entre os sexos (15,4% nos homens e 23,7% nas mulheres). A respeito disso, Stewart *et al.* (2002) destacam diferenças no mecanismo de continência de homens e mulheres. Nictúria foi o sintoma mais relatado entre os participantes, da mesma forma que o encontrado por Irwin *et al.* (2006) e Teloken *et al.* (2006).

Quanto ao diagnóstico de BH, alguns estudos utilizam uma combinação de sintomas para definir a síndrome, porém Abrams *et al.* (2003a) acreditam que urgência apenas é suficiente para definir BH, assim como a SIC a considera um sintoma chave. No nosso estudo a prevalência isolada do sintoma que define BH (7,5%) foi uma das menores entre os recentes estudos publicados, uma vez que eles utilizaram como definição uma combinação de urgência e outros sintomas (STEWART *et al.*, 2002; TEMML *et al.*, 2005; e TELOKEN *et al.*, 2006). Entretanto, a grande diferença encontrada na prevalência de BH entre os sexos (5,1% em homens e 10% nas mulheres) concorda com alguns estudos prévios (TEMML *et al.*, 2005; e TELOKEN *et al.*, 2006).

Em relação à incontinência de urgência, de maneira geral, nossos resultados não diferem substancialmente do verificado na literatura atual (STEWART *et al.*, 2003). BH com incontinência representa aproximadamente 37% dos participantes com a síndrome (28% dos homens e 46% das mulheres).

Como esperado por Brubaker (2004), urgência foi o sintoma que mais gerou algum incômodo aos indivíduos com BH. O grau máximo de incômodo gerado pela urgência foi relatado por 42% das mulheres e 15% dos homens. Esse resultado ratifica a importância desse sintoma na definição de 2002 da SIC.

Os sintomas de bexiga hiperativa provocam sofrimentos em muitos pacientes (ABRAMS *et al.*, 2000); BH é uma síndrome com forte impacto negativo na qualidade de vida dos pacientes (TEMML *et al.*, 2005). Afirmações semelhantes são encontradas em quase todos os estudos referentes a essa importante síndrome. A SIC recomenda a inclusão da avaliação da qualidade de vida em estudos sobre disfunções no trato urinário como complemento da avaliação clínica. Existem estudos, inclusive, que têm o único objetivo de avaliar especificamente o impacto de BH nos mais variados domínios da qualidade de vida. No presente trabalho, entre outros aspectos avaliados, está a ansiedade e depressão. Os resultados dessa avaliação concordam com os relatos de estudos prévios (KOBELT *et al.*, 1999; STEWART *et al.*, 2003; TELOKEN *et al.*, 2006). Homens e mulheres com BH apresentam grau de ansiedade e depressão bem mais elevado do que os indivíduos sem essa síndrome. Mesmo sendo provável que a BH provoque essas emoções por se encontrarem num contexto de corte transversal, nossos resultados sugerem apenas uma associação entre essas observações e não uma relação causal.

A investigação dos potenciais fatores de risco para BH podem ajudar na identificação precoce dos sintomas e na sua prevenção (FREEMAN e ADEKANMI, 2005). Dallosso *et al.* (2003) e Zhang *et al.* (2006) descrevem, entre outros fatores de risco, o tabagismo e a

obesidade. No presente estudo, essas duas características se apresentam associadas ao aumento da prevalência de BH. É possível que as toxinas encontradas em produtos à base de tabaco e eliminadas na urina desempenhem alguma função na etiologia da BH. Por outro lado, é possível que a obesidade aumente a pressão no assoalho pélvico, além de estar associada à diabetes e condições neurológicas. Nossos resultados apontam também uma associação entre sintomas de BH e o tipo de parto, assim como outros estudos nessa área (LAPITAN e CHYE, 2001; RORTVEIT *et al.*, 2001).

Já em relação ao comportamento para busca de tratamento, nossos resultados evidenciam uma característica tipicamente feminina: 85% das mulheres procuraram algum tipo de ajuda e entre essas mais da metade preferiu falar com um médico. No geral, o percentual de pessoas que procuram um médico para falar de seus problemas urinários é menor do que o descrito por Milson *et al.* (2001) (60 % contra 41%), porém, é maior que o encontrado por Teloken *et al.* (2006) em Porto Alegre (27% contra 41%).

7.1. Méritos, limitações e perspectivas – Os resultados descritos no presente trabalho estão baseados numa metodologia robusta, bem elaborada e executada com sucesso, embora apresente, naturalmente, algumas limitações. O principal mérito é fornecer estimativas confiáveis, originadas de um estudo com base populacional e de uma amostra representativa da cidade de Salvador, aliada ao fato de trabalhar com altas taxas de resposta em ambos os sexos. Utilizar a mais recente definição de BH estabelecida pela SIC é outro fator de destaque nesse trabalho. Adicionalmente, o presente trabalho não só estima a prevalência dos sintomas do trato urinário inferior, como também se preocupa em estabelecer a contribuição desses problemas no desconforto dos indivíduos expostos. Por fim, dados sobre o comportamento para busca por tratamento, pouco descrito na literatura urológica, são também apresentados aqui.

Por outro lado, mesmo se tratando de estimativas populacionais, talvez não possamos considerar que os resultados sejam representativos da população brasileira. Fatores regionais, não examinados, podem interferir de maneira significativa nas taxas descritas por esse estudo. Além disso, no que se refere aos fatores de risco, o desenho de estudo utilizado não é o mais indicado para teste de hipóteses, podendo, no entanto, estimulá-los.

Por essa razão nós pretendemos conduzir um estudo longitudinal para estimar a incidência de nova BH, e a progressão da BH existente. Investigaremos também se BH sem incontinência progride para BH com incontinência, e olharemos potenciais seqüelas da urgência e incontinência de urgência, como quedas e fraturas associadas à BH; além de correlacionar a incidência às circunstâncias médicas e comportamentais que precedem o início da BH ou sua mudança no grau.

8. CONCLUSÕES E IMPLICAÇÕES

Ao finalizar esse trabalho citamos as seguintes conclusões e implicações:

1. Por se tratar de um estudo populacional, os resultados encontrados nesse trabalho ratificam a síndrome de bexiga hiperativa como uma desordem comum que atinge milhões de pessoas no Brasil e apontam para necessidade de planejamento adequado em saúde pública que atenda satisfatoriamente às pessoas envolvidas.
2. Nossos dados apontam para uma tendência de aumento da prevalência dos sintomas do trato urinário com o avanço da idade, assim como a ocorrência desses sintomas é maior no sexo feminino.
3. Os sintomas de BH, urgência, frequência e nictúria, foram altamente prevalentes e, além disso, provocam grande desconforto nos pacientes, produzindo um impacto negativo na qualidade de vida desses indivíduos. Isso reforça a necessidade de atenção especial para essa patologia, enfatizando a importância da qualificação da classe médica para tratar corretamente os sujeitos atingidos.
4. Por fim, é interessante criar programas que ajudem os indivíduos sintomáticos, educando-os sobre seus problemas urinários e as possíveis formas de tratamento.

9. REFERÊNCIAS

1. Abrams, P., J. G. Blaivas, et al. (1988). "The standardisation of terminology of lower urinary tract function. The International Continence Society Committee on Standardisation of Terminology." *Scand J Urol Nephrol Suppl* 114: 5-19.
2. Abrams, P., C. J. Kelleher, et al. (2000). "Overactive bladder significantly affects quality of life." *Am J Manag Care* 6(11 Suppl): S580-90.
3. Abrams, P., L. Cardozo, et al. (2003a). "The standardisation of terminology in lower urinary tract function: report from the standardisation sub-committee of the International Continence Society." *Urology* 61(1): 37-49.
4. Abrams, P. (2003b). "Describing bladder storage function: overactive bladder syndrome and detrusor overactivity." *Urology* 62(5 Suppl 2): 28-37; discussion 40-2.
5. Andersson, K. E. and P. Hedlund (2002). "Pharmacologic perspective on the physiology of the lower urinary tract." *Urology* 60(5 Suppl 1): 13-20; discussion 20-1.
6. Bates, P., W. E. Bradley, et al. (1980). "[Function of the lower urinary tract. 3rd Report on standardization of terminology (author's transl)]." *Urologe A* 19(5): 315-7.
7. Bjelland, I., A. A. Dahl, et al. (2002). "The validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale. An updated literature review." *J Psychosom Res* 52(2): 69-77.
8. Bosch, J. L. (1999). "The overactive bladder: current aetiological concepts." *BJU Int* 83 Suppl 2: 7-9.
9. Brubaker, L. (2004). "Urgency: the cornerstone symptom of overactive bladder." *Urology* 64(6 Suppl 1): 12-6.
10. Castro, D., M. Espuna, et al. (2005). "[Prevalence of overactive bladder in Spain: a population-based study]." *Arch Esp Urol* 58(2): 131-8.
11. Castro, N. M., D. M. Freitas, et al. (2007a). "Urodynamic features of the voiding dysfunc-

- tion in HTLV-1 infected individuals." *Int Braz J Urol* 33(2): 238-44; discussion 244-5.
12. Castro, N. M., W. Rodrigues, Jr., et al. (2007b). "Urinary symptoms associated with human T-cell lymphotropic virus type I infection: evidence of urinary manifestations in large group of HTLV-I carriers." *Urology* 69(5): 813-8.
 13. Chu, F. M. and R. Dmochowski (2006). "Pathophysiology of overactive bladder." *Am J Med* 119(3 Suppl 1): 3-8.
 14. Coolsaet, B. L., W. A. Van Duyl, et al. (1993). "New concepts in relation to urge and detrusor activity." *Neurourol Urodyn* 12(5): 463-71.
 15. Corcos, J. and E. Schick (2004). "Prevalence of overactive bladder and incontinence in Canada." *Can J Urol* 11(3): 2278-84.
 16. Dallosso, H. M., C. W. McGrother, et al. (2003). "The association of diet and other lifestyle factors with overactive bladder and stress incontinence: a longitudinal study in women." *BJU Int* 92(1): 69-77.
 17. de Groat, W. C. (1997). "A neurologic basis for the overactive bladder." *Urology* 50(6A Suppl): 36-52; discussion 53-6.
 18. Debruyne, F. M. and J. P. Heesakkers (2004). "Clinical and socioeconomic relevance of overactive bladder." *Urology* 63(3 Suppl 1): 42-4.
 19. Dwyer, P. L. and A. Rosamilia (2002). "Evaluation and diagnosis of the overactive bladder." *Clin Obstet Gynecol* 45(1): 193-204.
 20. Freeman, R. M. and O. A. Adekanmi (2005). "Overactive bladder." *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 19(6): 829-41.
 21. Goldberg, R. P. and P. K. Sand (2002). "Pathophysiology of the overactive bladder." *Clin Obstet Gynecol* 45(1): 182-92.
 22. Hashim, H. and P. Abrams (2007). "Overactive bladder: an update." *Curr Opin Urol* 17(4): 231-6.

23. Herrmann, C. (1997). "International experiences with the Hospital Anxiety and Depression Scale--a review of validation data and clinical results." *J Psychosom Res* 42(1): 17-41.
24. Homma, Y., O. Yamaguchi, et al. (2005). "An epidemiological survey of overactive bladder symptoms in Japan." *BJU Int* 96(9): 1314-8.
25. Hu, T. W., T. H. Wagner, et al. (2003). "Estimated economic costs of overactive bladder in the United States." *Urology* 61(6): 1123-8.
26. Hunskaar, S. and A. Vinsnes (1991). "The quality of life in women with urinary incontinence as measured by the sickness impact profile." *J Am Geriatr Soc* 39(4): 378-82.
27. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Censo demográfico de 2000. Rio de Janeiro: IBGE, 2000.
28. Irwin, D. E., I. Milsom, et al. (2006a). "Population-based survey of urinary incontinence, overactive bladder, and other lower urinary tract symptoms in five countries: results of the EPIC study." *Eur Urol* 50(6): 1306-14; discussion 1314-5.
29. Irwin, D. E., I. Milsom, et al. (2006b). "Impact of overactive bladder symptoms on employment, social interactions and emotional well-being in six European countries." *BJU Int* 97(1): 96-100.
30. Kobelt, G., I. Kirchberger, et al. (1999). "Review. Quality-of-life aspects of the overactive bladder and the effect of treatment with tolterodine." *BJU Int* 83(6): 583-90.
31. Lapitan, M. C. and P. L. Chye (2001). "The epidemiology of overactive bladder among females in Asia: a questionnaire survey." *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 12(4): 226-31.
32. Lecci, A. and C. A. Maggi (2001). "Tachykinins as modulators of the micturition reflex in the central and peripheral nervous system." *Regul Pept* 101(1-3): 1-18.
33. Lima, R. S. B. C. G., M S (1997). Incontinência Urinária e Infecção do Trato Urinário. In:

- BIBLIOTECA VIRTUAL MÉDICA. Ginecologia e Obstetrícia - Manual Para o TEGO. 1ª ed. Belo Horizonte: Medsi, 1997. Disponível em <www.bibliomed.com.br/book/emailorprint.cfm?id=1850>. Acesso em: 22 out. 2007.
34. Miller, J. and E. Hoffman (2006). "The causes and consequences of overactive bladder." *J Womens Health (Larchmt)* 15(3): 251-60.
 35. Mills, I. W., J. E. Greenland, et al. (2000). "Studies of the pathophysiology of idiopathic detrusor instability: the physiological properties of the detrusor smooth muscle and its pattern of innervation." *J Urol* 163(2): 646-51.
 36. Milsom, I., P. Abrams, et al. (2001). "How widespread are the symptoms of an overactive bladder and how are they managed? A population-based prevalence study." *BJU Int* 87(9): 760-6.
 37. Moorthy, P., M. C. Lapitan, et al. (2004). "Prevalence of overactive bladder in Asian men: an epidemiological survey." *BJU Int* 93(4): 528-31.
 38. Morrison, J. F. (1995). "The excitability of the micturition reflex." *Scand J Urol Nephrol Suppl* 175: 21-5.
 39. Mostwin, J. L., O. M. Karim, et al. (1991). "The guinea pig as a model of gradual urethral obstruction." *J Urol* 145(4): 854-8.
 40. Ouslander, J. G. (2004). "Management of overactive bladder." *N Engl J Med* 350(8): 786-99.
 41. Rortveit, G., Y. S. Hannestad, et al. (2001). "Age- and type-dependent effects of parity on urinary incontinence: the Norwegian EPINCONT study." *Obstet Gynecol* 98(6): 1004-10.
 42. Spinhoven, P., J. Ormel, et al. (1997). "A validation study of the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) in different groups of Dutch subjects." *Psychol Med* 27(2): 363-70.
 43. Staskin, D. R., A. J. Wein, et al. (2002). "Overview consensus statement." *Urology* 60(5

- Suppl 1): 1-6.
44. Steers, W. D., D. J. Creedon, et al. (1996). "Immunity to nerve growth factor prevents afferent plasticity following urinary bladder hypertrophy." *J Urol* 155(1): 379-85.
 45. Stewart, W. F., J. B. Van Rooyen, et al. (2003). "Prevalence and burden of overactive bladder in the United States." *World J Urol* 20(6): 327-36.
 46. Teloken, C., F. Caraver, et al. (2006). "Overactive bladder: prevalence and implications in Brazil." *Eur Urol* 49(6): 1087-92.
 47. Temml, C., S. Heidler, et al. (2005). "Prevalence of the overactive bladder syndrome by applying the International Continence Society definition." *Eur Urol* 48(4): 622-7.
 48. Tikkinen, K. A., T. L. Tammela, et al. (2007). "Is the prevalence of overactive bladder overestimated? A population-based study in Finland." *PLoS ONE* 2(2): e195.
 49. Tubaro, A. (2004). "Defining overactive bladder: epidemiology and burden of disease." *Urology* 64(6 Suppl 1): 2-6.
 50. Wagg, A., A. Majumdar, et al. (2007). "Current and future trends in the management of overactive bladder." *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 18(1): 81-94.
 51. Wagner, T. H. and T. W. Hu (1998). "Economic costs of urinary incontinence in 1995." *Urology* 51(3): 355-61.
 52. Wein, A. J. and E. S. Rovner (1999). "The overactive bladder: an overview for primary care health providers." *Int J Fertil Womens Med* 44(2): 56-66.
 53. Wein, A. J. and E. S. Rovner (2002). "Definition and epidemiology of overactive bladder." *Urology* 60(5 Suppl 1): 7-12; discussion 12.
 54. Wein, A. J. and R. R. Rackley (2006). "Overactive bladder: a better understanding of pathophysiology, diagnosis and management." *J Urol* 175(3 Pt 2): S5-10.
 55. Wyndaele, J. J. (2001). "The overactive bladder." *BJU Int* 88(2): 135-40.
 56. Yu, H. J., C. Y. Liu, et al. (2006). "Overactive bladder syndrome among community-

dwelling adults in Taiwan: prevalence, correlates, perception, and treatment seeking."

Urol Int 77(4): 327-33.

57. Zhang, W., Y. Song, et al. (2006). "Prevalence and risk factors of overactive bladder syndrome in Fuzhou Chinese women." *Neurourol Urodyn* 25(7): 717-21.

10. RESULTADO DA DISSERTAÇÃO EM FORMA DE ARTIGO

**PREVALENCE AND ASSOCIATED BOTHER OF OVERACTIVE BLADDER IN
BRAZILIAN NORTHEASTERN: A POPULATION-BASED SURVEY**

▪ **Raimundo Celestino Silva Neves**

Gonçalo Moniz Research Center - Oswaldo Cruz Foundation - Brazilian Ministry of Health.

Tel: +55-71-3176-2243, Waldemar Falcão Street, 121, Candeal, Salvador, Bahia.

rneves@bahia.fiocruz.br

▪ **Edson Duarte Moreira Júnior**

Gonçalo Moniz Research Center - Oswaldo Cruz Foundation - Brazilian Ministry of Health.

Tel: +55-71-3176-2343, Waldemar Falcão Street, 121, Candeal, Salvador, Bahia.

edson@bahia.fiocruz.br

PREVALENCE AND ASSOCIATED BOTHER OF OVERACTIVE BLADDER IN BRAZILIAN NORTHEASTERN: A POPULATION-BASED SURVEY

Raimundo Celestino Silva Neves, Edson Duarte Moreira Júnior.

Abstract

Objectives: To estimate the prevalence of overactive bladder syndrome (OAB) and the other lower urinary tract symptoms (LUTS) in a sample of the big urban center in the Brazilian Northeastern. Additionally, to evaluate the impact of these symptoms in quality of life of participants, to investigate possible factors associates to the prevalence of OAB and to describe help seeking behaviors for urinary problems. **Methods:** The prevalence of OAB was evaluated according to your more recent definition established in 2002 for the International Continence Society (ICS) and the domiciliary inquiry used a three-step sampling method, enclosing 17 administrative regions of the city of Salvador. The results are presented according to gender and age cohort. **Results:** A total of three thousand individuals aged ≥ 30 years were analyzed in the study, (1,500 men and 1,500 women) with response rate of 82.9%. The prevalence of BH was 5.1% in men and 10% in women. Nicturia (≥ 1 time/ night) was present in 64.4% of men and 71.2% of the women, while that the prevalence of nictúria (≥ 2 time/ night) was 33.3% and 36.5%, respectively. However the increased frequency was described for 15,4% of men and 23.7% of the women. The majority of the people with urgency, 80% of men and 78% of the women, report any bother with symptom and OAB subjects had high level of depression and anxiety. **Conclusion:** This is the largest epidemiologic study with population-based in Brazil and that it uses the new definitions of the ICS of 2002. The bother provoked in the individuals, the impact in the quality of life and the prevalence of the LUTS salient the gravity of this syndrome.

Key words

Epidemiology, prevalence, overactive bladder, lower urinary tract, bother

Gonçalo Moniz Research Center - Oswaldo Cruz Foundation - Brazilian Ministry of Health.
Valdemar Falcão Street, 121, Candeal, Salvador, Bahia, Brazil, CEP 40.295-001
Telefax: +55-71-3176-2343, e-mail: edson@bahia.fiocruz.br

Introduction

Overactive bladder (OAB) is a common, disabling condition with considerable negative impact on quality of life (QoL), quality of sleep, and mental health (ABRAMS, 2003; STEWART, 2003); in addition, it is associated with profound economic costs (HU, 2003). Estimates of the prevalence and related social burden of OAB vary widely, in part due to variation in the assessment of symptoms, the population surveyed, the methods used to collect data, and the criteria used to define OAB.

In 2002, the Standardization Sub-committee of the International Continence Society (ICS) took into account the need to incorporate patient-reported symptom bother and QoL impact within the definition of OAB. They defined OAB or urgency/frequency syndrome as ‘urgency with or without incontinence, usually with frequency and nocturia in the absence of infection or other obvious pathology’ (ABRAMS, 2002). The new definition of OAB identifies urgency as the pivotal symptom that patients must experience to have OAB. This highlights the symptom-specific nature of this common disorder; it also highlights the possibility of a symptom-based treatment approach to this syndrome.

It is generally accepted that OAB is a highly prevalent disorder that increases with age in both sexes and that has a profound impact on quality of life. Solid data on the prevalence of OAB in both sexes are scant. Three large-scale studies on the prevalence of OAB have recently been published (MILSOM, 2001; LAPITAN, 2001; STEWART, 2003). Unfortunately, these studies used individual definitions of OAB, none of which was entirely conform to the current ICS proposal. As a result of this inconsistency, substantial differences on OAB prevalence rates have been reported. Recently, Temml *et al.* (2005)

conducted a study to estimate the prevalence of OAB in both sexes using the most recent 2002 ICS definition. The prevalence of OAB in men was 10.2% and 16.8% in women.

The OAB syndrome is not a disease endemic to a particular culture. Prevalence varies across different countries, with rates ranging between 11% and 22% in France, Italy, Germany, Sweden, the United Kingdom, and Spain. Overall, OAB is estimated to affect approximately 17% of the adult population in Europe and the United States, with worldwide prevalence estimated between 50 million and 100 million people suffering from OAB (MILSOM, 2001; WEIN, 2002). As high as these numbers are, they may represent a significant underestimation of individuals with OAB because relatively few patients with the disease seek treatment. Many patients with OAB may be uncomfortable and silent, but not without psychological consequences. In the long term, depression often occurs and quality of life is significantly impaired for patients with serious OAB symptoms, even in the absence of incontinence.

Several studies have documented that OAB has significant negative health-related quality of life (HRQoL) implications and that treatment for OAB has been shown to have HRQoL benefits (KOBELT, 1999). OAB symptoms can impact multiple areas of functioning including social, psychological and occupational domains (ABRAMS, 2000; WEIN, 1999). OAB sufferers often try to compensate for their abnormal urinary symptoms by adopting coping behaviors to avoid the feeling of urgency and potential urinary leakage. To date, few population-based epidemiology prevalence surveys have collectively gathered data on the impact of OAB symptoms on patient reported outcomes. Most studies of the individual impact of OAB have been limited to patients in specialty clinics or the elderly and have specifically focused on OAB with urge incontinence. Thus, little is known about

the individual impact of OAB without urge incontinence. Moreover, no large-scale population-based surveys in Brazil have used the most recent 2002 ICS definition.

We conducted an epidemiologic study to estimate the prevalence of new OAB, mixed urinary incontinence (MUI), stress urinary incontinence (SUI) and other lower urinary tract symptoms (LUTS) in a sample of the general population of Brazil using the 2002 International Continence Society (ICS) definitions. In addition, the impact that these symptoms have on patient reported outcomes relating to work productivity, mental health, quality of life, overall bother and sexuality will be examined.

Methods

This was a population-based, cross-sectional, household survey of adults aged > 30 yr in Salvador, Bahia state in northeastern Brazil, conducted from September to November 2006. Salvador is the third largest city in Brazil, with a racially diverse population of 2.3 million. On the basis of previous estimates, we determined that a total sample size of 1,500 men and 1,500 women would be adequate to yield stable age-specific estimates of the prevalence of OAB. All interviews were conducted in person. All interviewers underwent standardized training and regular quality-control checks. Ethics committee approval was obtained according to national regulations.

Survey sampling: Cluster samples of households were drawn from census tracts representing all 16 administrative zones in Salvador. Each zone contributed subjects to the total sample proportional to the age distribution in that zone. Trained, certified interviewers went in person to households identified in the cluster sample. At each home, they explained the study, determined whether an eligible subject (aged ≥ 30 y) lived in the

household, recruited eligible subjects, and administered the questionnaire. If more than one subject was eligible, the one with the birthday most closely following the interview date was selected. When an eligible subject was identified but not immediately available, a folder describing the study was delivered and a follow-up meeting was scheduled. If the selected person was unwilling to participate, no substitution was made in that household.

Data collection: The survey was administered by lay interviewers trained in research methods and medical terminology by in-person direct interview. Data was gathered with a standardized and validated questionnaire, which included questions about demographics, work status, exercise, social activities, sleep habits, and fluid intake. The instrument had also questions about the following potential OAB symptoms: frequency, nocturia, urgency, urge incontinence, stress incontinence, and coping and help-seeking behaviors. OAB was defined according to the most recent 2002 ICS definition. In addition, the interview included questions about physician-diagnosed medical conditions (i.e., diabetes, congestive heart failure, multiple sclerosis, Parkinson's disease, spinal cord injury, cancer, and interstitial cystitis). Participants' quality of life was assessed using the Overactive Bladder questionnaire (OAB-q), a validated instrument that measures multiple domains of function in patients with urinary symptoms.

Data Analysis: The data was first checked for quality. Then the data was analyzed using appropriate statistical methods. The prevalence of OAB and associated urinary tract symptoms were stratified by sex, age, other demographic factors and common chronic medical conditions. In addition to the prevalence of OAB we estimated prevalence ratios for each of the possible risk factors. Unadjusted sex specific prevalence estimates of OAB

with and without urge incontinence were derived by age, education, income, race, body-mass index, prostate problems, and lower urinary tract infections.

Results

Overall, 3,616 eligible subjects were contacted in order to reach a total sample of 3,000 participants (1,500 men and 1,500 women). Thus, the response rate was 83%. Selected characteristics of the study sample are presented in Table 1. The age distribution of men and women was similar; approximately 60% of subjects were 30 to 49 years old. The majority was married and there were more widowed and divorced among the women. The educational attainment was also similar in both gender, most men and women had finished high school. Two-thirds of men were currently employed compared to 44% of women. Forty one percent of women reported their overall health as being fair or poor compared to 30% of men. The most common medical condition reported was hypertension. Ever smoking was reported by 37% of men and by 32% of women, drinking alcohol was also more common among men.

Table 2 depicts the comparison between the frequency distribution of age-sex in our sample and in the Brazilian population. The age distribution in our sample were similar to the Brazilian population in both men and women.

The prevalence of OAB and other urinary tract symptoms (LUTS) in men and in women is shown in Tables 3a and 3b, respectively. In general, the prevalences of LUTS increased with age and were higher among women. Urgency was reported by 7.5% of the participants, 10% in women and 5.1% in men. Of those, urgency urinary incontinence (UUI) was present in 25% of men and in 9% of women. Nocturia was the most common

symptom reported in both gender. Storage symptoms were more prevalent than voiding and post-micturition symptoms.

The degree of botherness for each urinary symptom surveyed is shown in Figure 1. In general, women were more bothered by their urinary symptoms than men. Urgency was the most bothersome symptom, about 70% of men and women reported some botherness associated with this symptom. Although post-micturition dribble was more prevalent in men, it caused more bother to women. Frequency caused an intermediate degree of botherness, and terminal dribble and nocturia elicited the least botherness.

Discussion

To our knowledge, this is the largest population-based survey and the first to use the ICS 2002 definitions to study OAB and LUTS in Brazil. Our sample is representative of a three-million people city (Salvador), which is currently the third largest city in Brazil. Among the recent studies about the epidemiology of OAB, few have completed followed the ICS-2002 definition of OAB (LAPITAN and CHYE 2001; RORTVEIT *et al.*, 2001; MILSOM *et al.*, 2001; STEWART *et al.*, 2002; MOORTHY *et al.*, 2004; TEMML *et al.*, 2005; HOMMA *et al.*, 2006; IRWIN *et al.*, 2006a; TELOKEN *et al.*, 2006), and even fewer have population-based samples.

The prevalence of LUTS in our survey was high in both men and women, particularly the storage symptoms. These findings are similar to those reported by Irwin *et al.* (2006), in a population-based survey in six European countries. In this study, these symptoms were similarly prevalent in both gender, while in our survey women were more often affected than men, 23.7% vs. 15.4%, respectively. Stewart *et al.* (2003) have argued that differences

in the mechanism of LUTS among women and men might account for these differences in prevalence. In our sample, nocturia was the most common symptom reported, this was also true in the studies by Irwin *et al.* (2006) and Teloken *et al* (2006).

Even after the standardization of the terminology of LUTS by the ICS in 2002, the definition of OAB is still subject to controversy. While some surveys employ a combination of symptoms to define OAB, others such as Abrams *et al.* (2003) believe that urgency only is sufficient to define OAB, the according to ICS definition. In our survey, the prevalence of the defining symptom of OAB, urgency, was 7,5%. This estimate is smaller than most of the recently one published in other studies. One possible explanation for this difference is that the other surveys considered a combination of symptoms and other symptoms to define OAB (STEWART, 2002; TEMML, 2005). The difference in gender we reported in our study, however, has also been found in other studies (TEMML, 2005; e TELOKEN, 2006).

In regard to urinary incontinence in subjects with urgency, our results were similar to those previously reported (STEWART, 2003). OAB with incontinence accounted for 37% of the total percentage. Urgency is the key symptom in OAB, and as reported by Brubaker (2004), this symptom was the most bothersome among men and women with OAB. Our data support that urgency is the crucial symptom in OAB and should be kept as the main part of the definition of this syndrome.

Table 1. Characteristics of 3,000 participants of Natural History of Overactive Bladder survey by gender, Salvador, Brazil, 2006.

	Men n=1,500	Women n=1,500
<i>Age group (years)</i>		
30–39	32.4	26.8
40–49	29.9	28.8
50–59	19.5	23.6
60–69	11.4	11.7
≥ 70	6.8	9.1
<i>Current marital status</i>		
Single, never married	18.5	24.3
Married	61.0	40.0
Living with partner (not married)	13.0	11.3
Divorced/ Separated	5.9	12.1
Widowed	1.6	12.3
<i>Education</i>		
Illiterate	1.3	2.5
Primary school or less	34.3	34.7
Secondary/high school	48.9	49.9
At least some college	15.5	12.9
<i>Current employment status</i>		
Employed	66.6	43.9
Retired	20.1	15.8
Unemployed	13.2	12.1
Student	0.1	0.5
Full time homemaker	0.0	27.7
<i>Body Mass Index (Weight(kg)/ height(m)²)</i>		
Underweight (≤ 18.5)	2.3	3.9
Normal (18.6 – 24.9)	43.5	45.7
Overweight (25 – 29.9)	40.0	31.2
Obese (30.0 – 39.9)	13.8	17.9
Morbidly Obese (≥ 40)	0.4	1.3
<i>Self-assessment of general health</i>		
Excellent	13.1	9.1
Very good	10.8	9.2
Good	46.0	40.5
Fair	26.5	37.1
Poor	3.6	4.1
<i>Medical conditions</i>		
High blood pressure	22.9	32.1
Diabetes	7.2	7.0
Heart disease	3.3	7.5
Depression	2.3	6.5
Urinary infection	1.3	3.7
<i>Smoked any type of tobacco</i>		
Never	56.9	68.3
Current	17.8	11.3

Past	25.3	20.4
<i>Drink any type of alcohol</i>		
No	40.6	69.3
Yes	59.4	30.7
<i>Monthly income</i>		
≤ 1 minimal wage*	8.9	18.1
1.1 to 2	25.1	22.5
2.1 to 3	18.9	21.8
3.1 to 5	21.2	21.0
5.1 to 10	13.0	10.1
10.1 to 20	4.1	2.7
> 20	0.8	0.1
Refused	8.0	3.7

*Minimal wage = R\$ 350.00 08/2006

Table 2. Age and gender distributions of 3,000 survey participants and the general population of Brazil, 2006.

	Men			Women		
	Survey	Brazil [†]	Difference	Survey	Brazil [†]	Difference
Age group (years)						
30 - 39	32.4	36.6	-4.2	26.8	34.9	-8.1
40 - 49	29.9	27.8	2.1	28.8	26.8	2.0
50 - 59	19.5	17.3	2.2	23.6	17.1	6.5
60 - 69	11.4	10.7	0.7	11.7	11.6	0.1
≥ 70	6.8	7.7	-0.9	9.1	9.6	-0.5

[†] Source: Brazilian National Census, 2000.

Table 3a. Prevalence (%;95%CI) of LUTS in men by age, Natural History of Overactive Bladder survey, Salvador, Brazil, 2006.

	Men			Total (n=1,500)
	≤ 39 years (n=487)	40-59 years (n=740)	≥ 60 years (n=273)	
<i>Storage symptoms</i>				
Nocturia				
≥ 1 time/night	58.9 (54.4-63.3)	62.4 (58.8-65.9)	79.5 (74.2-84.1)	64.4 (61.9-66.8)
≥ 2 time/night	24.8 (21.1-28.9)	30.9 (27.6-34.4)	54.9 (48.8-60.9)	33.3 (30.9-35.8)
Frequency	14.0 (11.0-17.4)	14.5 (12.0-17.2)	20.7 (5.9-9.9)	15.4 (13.6-17.3)
Urgency (overall)	2.7 (1.4-4.5)	4.6 (3.2-6.4)	10.6 (7.2-14.9)	5.1 (4.0-6.3)
Urgency without bother	0.2 (0.0-1.1)	1.2 (0.5-2.3)	2.6 (1.0-5.2)	1.1 (0.7-1.8)
Urgency with some bother	2.5 (1.3-4.3)	3.4 (2.2-4.9)	8.0 (5.1-11.9)	4.0 (3.0-5.0)
Urinary Incontinency*				
UUI	16.7 (2.1-48.4)	20.0 (6.8-40.7)	36.4 (17.2-59.3)	25.4 (15.0-38.4)
SUI	0.0 (0.0-26.5)	4.0 (0.1-20.4)	0.0 (0.0-15.4)	1.7 (0.0-9.1)
MUI	0.0 (0.0-26.5)	4.0 (0.1-20.4)	0.0 (0.0-15.4)	1.7 (0.0-9.1)
Other UI	8.3 (0.2-38.5)	8.0 (1.0-26.0)	13.6 (2.9-34.9)	10.2 (3.8-20.8)
Any UI (UUI, SUI, MUI, Other)	25.0 (5.5-57.2)	36.0 (18.0-57.5)	50.0 (28.2-71.8)	39.0 (26.5-52.6)
Any storage symptoms (nocturia ≥ 1 time/night)	62.0 (57.5-66.3)	66.2 (62.7-69.6)	81.7 (76.6-86.1)	67.7 (65.2-70.0)
Any storage symptoms (nocturia ≥ 2 time/night)	33.5 (29.3-37.9)	37.8 (34.3-41.4)	60.8 (54.7-66.6)	40.6 (38.1-46.1)
<i>Voiding symptoms</i>				
Intermittency	7.2 (5.6-9.8)	10.0 (7.9-12.4)	14.7 (10.7-19.4)	9.9 (8.5-11.6)
Slow stream	7.0 (4.9-9.6)	12.2 (9.9-14.7)	24.2 (19.2-29.7)	12.7 (11.0-14.5)
Straining	7.0 (4.9-9.6)	6.5 (4.8-8.5)	9.2 (6.1-13.2)	7.1 (5.9-8.5)
Terminal dribble	33.4 (29.1-37.6)	26.1 (22.9-29.4)	30.5 (25.0-36.2)	29.3 (26.9-31.6)
Any voiding symptoms	40.0 (35.6-44.5)	36.6 (33.1-40.2)	47.6 (41.6-53.7)	39.7 (37.2-42.3)
<i>Postmicturition symptoms</i>				
Incomplete emptying	17.3 (13.9-20.9)	14.1 (11.6-19.8)	15.4 (11.3-20.2)	15.4 (13.5-17.2)
Postmicturition dribble	21.4 (17.8-25.3)	21.9 (18.9-25.0)	17.3 (12.9-22.2)	20.9 (18.8-23.0)
Any Postmicturition symptoms	32.4 (28.3-36.8)	31.1 (22.8-34.5)	27.8 (22.6-33.6)	30.9 (28.6-33.3)
<i>Any LUTS</i>				
Nocturia ≥ 1 time/night				
Storage or Voiding	73.1 (48.0-57.1)	76.2 (73.0-79.2)	88.3 (83.9-91.8)	77.4 (75.2-79.5)
Storage or Postmicturition	70.0 (65.7-74.1)	75.8 (72.6-78.9)	84.2 (79.4-88.4)	75.5 (73.2-77.6)
Voiding or Postmicturition	53.2 (48.6-57.7)	48.4 (44.7-52.0)	55.7 (49.6-61.7)	51.3 (48.7-53.8)
Nocturia ≥ 2 time/night				
Storage or Voiding	56.5 (51.9-60.9)	57.3 (53.6-60.9)	75.1 (69.5-80.1)	60.3 (57.7-62.7)
Storage or Postmicturition	51.1 (46.6-55.6)	55.4 (51.7-59.0)	67.8 (61.9-73.3)	56.3 (53.7-58.8)
Voiding or Postmicturition	53.2 (48.6-57.7)	48.4 (44.7-52.0)	55.7 (49.6-61.7)	51.3 (48.7-53.8)

LUTS= lower urinary tract symptoms; UI= Urinary incontinence; UUI= urgency urinary incontinence; SUI= stress urinary incontinence; MUI= mixed urinary incontinence.

Table 3b. Prevalence (%;95%CI) of LUTS in women by age, Natural History of Overactive Bladder survey, Salvador, Brazil, 2006.

	Women			
	≤ 39 years (n=402)	40-59 years (n=785)	≥ 60 years (n=313)	Total (n=1,500)
<i>Storage symptoms</i>				
Nocturia				
≥ 1 time/night	66.4 (61.6-71.0)	70. (66.7-73.2)	80.2 (75.3-81.5)	71.2 (68.8-73.5)
≥ 2 time/night	30.1 (25.6-34.8)	34. (31.2-38.0)	49.8 (44.2-55.5)	36.5 (34.1-39.0)
Frequency	21.6 (17.7-26.0)	23. (20.7-26.8)	26.5 (21.7-31.8)	23.7 (21.6-25.9)
Urgency (overall)				
Urgency without bother	0.5 (0.1-1.8)	2.5 (1.6-3.9)	1.6 (0.5-3.7)	1.8 (1.2-2.6)
Urgency with some bother	5.0 (3.1-7.6)	9.2 (7.2-11.4)	9.9 (6.8-13.8)	8.2 (6.9-9.7)
Urinary Incontinency[‡]				
UUI	15.0 (3.2-37.9)	4.2 (0.9-11.7)	16.1 (5.5-33.7)	8.9 (4.5-15.4)
SUI	10.0 (1.2-31.7)	15. (7.9-25.7)	0.0 (0.0-11.2)	10.6 (5.7-17.4)
MUI	20.0 (5.7-43.7)	43. (31.4-55.3)	35.5 (19.2-54.6)	37.4 (28.8-46.6)
Other UI	0.0 (0.0-16.8)	0.0 (0.0-5.0)	3.2 (0.1-16.7)	0.8 (0.0-3.9)
Any UI (UUI, SUI, MUI, Other)	45.0 (23.1-68.5)	62. (50.3-73.6)	54.8 (36.0-72.7)	57.7 (48.5-66.6)
Any storage symptoms (nocturia > 1 time/night)	71.6 (67.0-76.0)	75. 3 (72.1-78.2)	85.3 (80.9-89.0)	76.4 (74.2-78.5)
Any storage symptoms (nocturia ≥ 2 time/night)	43.0 (33.1-48.0)	47. 1 (43.6-50.7)	62.3 (56.7-67.7)	49.2 (46.6-51.8)
<i>Voiding symptoms</i>				
Terminal dribble				
	36.3 (31.6-41.2)	35. (31.7-38.9)	26.8 (22.0-32.1)	33.7 (31.3-36.1)
<i>Postmicturition symptoms</i>				
Postmicturition dribble				
	13.2 (10.0-16.9)	13. (11.3-16.2)	10.2 (7.1-14.1)	12.8 (11.1-14.6)
<i>Any LUTS</i>				
Nocturia ≥ 1 time/night				
Storage or Voiding	80.3 (76.1-84.1)	83. (80.4-85.7)	88.2 (84.1-91.5)	83.5 (81.5-85.3)
Storage or Postmicturition	73.1 (68.5-77.4)	77. (74.6-80.6)	85.6 (81.2-89.3)	78.1 (75.9-80.2)
Voiding or Postmicturition	41.3 (36.4-46.3)	40. (36.5-43.5)	31.9 (26.8-37.4)	38.7 (36.2-41.2)
Nocturia ≥ 2 time/night				
Storage or Voiding	60.9 (56.0-65.7)	64. (60.6-67.4)	72.5 (67.2-77.4)	65.0 (62.5-67.4)
Storage or Postmicturition	48.5 (43.5-53.5)	52. (48.4-55.5)	64.5 (59.0-69.8)	53.7 (51.1-56.2)
Voiding or Postmicturition	41.3 (36.4-46.3)	40. (36.5-43.5)	31.9 (26.8-37.4)	38.7 (36.2-41.2)

LUTS= lower urinary tract symptoms; UI= Urinary incontinence; UUI= urgency urinary incontinence; SUI= stress urinary incontinence; MUI= mixed urinary incontinence.

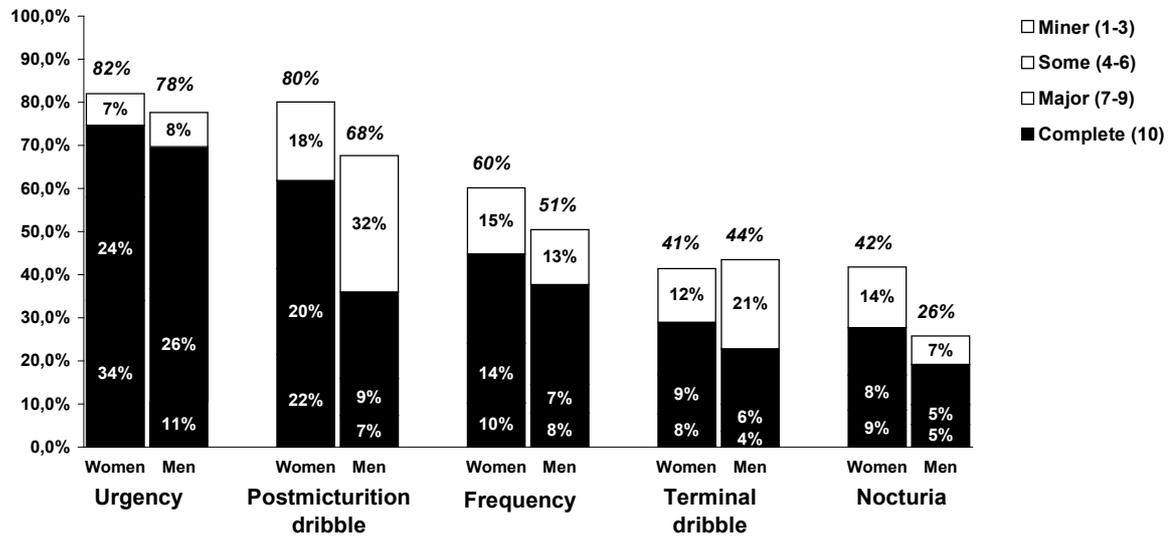


Figure 1. Self-reported bother of urinary symptoms (in scale ranging from 0 to 10) by gender, Salvador, Brazil, 2006.

References

1. Abrams P, Kelleher CJ, Kerr LA, Rogers RG. Overactive bladder significantly affects quality of life. *Am J Manag Care* 2000;6(11 Suppl):S580-90.
2. Abrams P, Cardozo L, Fall M, et al. The standardisation of terminology of lower urinary tract function: report from the Standardisation Sub-committee of the International Continence Society. *Neurourol Urodyn* 2002;21(2):167-78.
3. Abrams P, Cardozo L, Fall M, et al. The standardisation of terminology of lower urinary tract function: report from the Standardisation Sub-committee of the International Continence Society. *Am J Obstet Gynecol* 2002;187(1):116-26.
4. Abrams P, Cardozo L, Fall M, et al. The standardisation of terminology in lower urinary tract function: report from the standardisation sub-committee of the International Continence Society. *Urology* 2003;61(1):37-49.
5. Hu TW, Wagner TH, Bentkover JD, et al. Estimated economic costs of overactive bladder in the United States. *Urology* 2003;61(6):1123-8.
6. Hunskar S, Vinsnes A. The quality of life in women with urinary incontinence as measured by the sickness impact profile. *J Am Geriatr Soc* 1991;39(4):378-82.
7. Kobelt G, Kirchberger I, Malone-Lee J. Review. Quality-of-life aspects of the overactive bladder and the effect of treatment with tolterodine. *BJU Int* 1999;83(6):583-90.
8. Lapitan MC, Chye PL. The epidemiology of overactive bladder among females in Asia: a questionnaire survey. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 2001;12(4):226-31.
9. Milsom I, Abrams P, Cardozo L, Roberts RG, Thuroff J, Wein AJ. How widespread are the symptoms of an overactive bladder and how are they managed? A population-based prevalence study. *BJU Int* 2001;87(9):760-6.
10. Stewart WF, Van Rooyen JB, Cundiff GW, et al. Prevalence and burden of overactive

- bladder in the United States. *World J Urol* 2003;20(6):327-36.
11. Temml C, Heidler S, Ponholzer A, Madersbacher S. Prevalence of the Overactive Bladder Syndrome by Applying the International Continence Society Definition. *Eur Urol* 2005.
 12. Wein AJ, Rovner ES. The overactive bladder: an overview for primary care health providers. *Int J Fertil Womens Med* 1999;44(2):56-66.
 13. Wein AJ, Rovner ES. Definition and epidemiology of overactive bladder. *Urology* 2002;60(5 Suppl 1):7-12.

Appendix

Appendix 1. Definitions in Natural History of Overactive Bladder survey, Salvador, Brazil, 2006.

Symptom/ condition	Defining question
<i>Frequency</i>	In your opinion, do you feel that you urinate too often during the day
<i>Nocturia</i>	Over the past month, on average how many times did you get up to urinate from the time you went to bed at night until the time you got up in the morning?
<i>Urgency (OAB)</i>	Do you ever [or sometimes] experience a sudden compelling desire to urinate which is difficult to put off? (What I mean is a sudden intense feeling of urgency where you feel you must immediately urinate?)
<i>Urinary incontinence (UI)</i>	How often do you experience urinary leakage?
<i>Urgency urinary incontinence (UUI)</i>	Do you leak urine in connection with a sudden compelling desire to urinate? By that I mean in connection with a sudden intense feeling of urgency (can't get to the bathroom in time).
<i>Stress urinary incontinence (SUI)</i>	Do you leak urine in connection with sneezing, coughing, or when doing physical activities such as exercising or lifting a heavy object?
<i>Intermittency*</i>	Over the past month, how often have you Found you stopped and started again several times when you urinated?
<i>Slow stream*</i>	Over the past month, how often have you Had a weak urinary stream?
<i>Straining*</i>	Over the past month, how often have you Had to push or strain to begin urination?
<i>Terminal dribble</i>	Does your urinary stream have a prolonged final part of micturition, when the flow slows to a trickle and ends with a dribble (terminal dribble)?
<i>Incomplete emptying*</i>	Over the past month, how often have you Had a sensation of not emptying your bladder completely after you finish urinating?
<i>Postmicturition dribble</i>	Do you experience urine leakage almost immediately after you have finished urinating and walked away from the toilet (post-micturition dribble)?

* Men only

11. ANEXOS

11.1. Termo de consentimento livre e esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TÍTULO: Estudo sobre a história natural da bexiga hiperativa.

Você está sendo convidado(a) para participar de uma pesquisa. Leia este termo de consentimento com atenção e pergunte sobre qualquer dúvida que você possa ter. Por favor, use o tempo necessário para decidir.

Por que este estudo está sendo realizado? O objetivo deste estudo é obter informações gerais sobre a saúde e a presença de sintomas urinários em adultos. Estas informações serão utilizadas para ajudar a entender as causas destes problemas e a melhorar a qualidade de vida das pessoas.

O que deverei fazer? Você deverá responder a um questionário com perguntas sobre sua saúde em geral, hábitos de vida e história de sintomas urinários. Esta entrevista dura de 15 a 30 minutos. Conforme os resultados encontrados nesta etapa, a pesquisa poderá ser repetida daqui a um ano para acompanhar mudanças nas informações prestadas.

Quantas pessoas irão participar do estudo? Aproximadamente 1.500 mulheres e 1.500 homens com 30 anos ou mais deverão participar deste estudo.

Que benefícios ou malefícios posso esperar por participar deste estudo? Como este estudo não irá oferecer tratamento, nenhum benefício direto é esperado. No entanto, a ciência pode se beneficiar das informações que serão obtidas. Não antecipamos, entretanto, nenhum efeito negativo pela participação neste estudo.

As informações coletadas são confidenciais e você não será identificado(a) em nenhuma etapa desta pesquisa. Você não terá despesas e também não receberá pagamento pela participação neste estudo. Sua participação no estudo é voluntária. Você pode decidir não participar dele ou também pode desistir de participar a qualquer momento da pesquisa. Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa. Você receberá uma cópia assinada deste formulário de consentimento; caso ache necessário, poderá entrar em contato com o Dr. Edson Moreira (Tel. 3176-2243) para maiores informações ou esclarecimentos sobre a pesquisa.

Eu li e entendi este formulário de consentimento. Todas as minhas dúvidas foram respondidas. Decidi participar deste estudo voluntariamente.

_____ Data _____
Assinatura do(a) paciente

_____ Data _____
Assinatura de quem conduziu a revisão do consentimento

_____ RG _____ Data _____
Assinatura de Testemunha
(se apropriado)

11.2. Questionário

HISTÓRIA NATURAL DA BEXIGA HIPERATIVA
QUESTIONÁRIO DO ESTUDO

PARTE A: A SER COMPLETADA POR TODOS OS PARTICIPANTES

Seleção:

Critérios de inclusão		
Idade ≥ 30	SIM	NÃO
Ausência de alteração cognitiva	SIM	NÃO

Critérios de exclusão		
Infecção urinária atualmente	SIM	NÃO
[MULHERES APENAS] Gravidez atual, ou deu à luz nos últimos 6 meses	SIM	NÃO

Nº DO ENTREVISTADO:

___ / ___ / ___ Data da Entrevista

_____ Iniciais do Entrevistador

__:__ Hora de início AM PM

__:__ Hora do Término AM PM

Data da Versão: 06 de Abril de 2006

INTRODUÇÃO

Gostaríamos de solicitar sua ajuda para o preenchimento deste breve questionário. O objetivo deste estudo é obter informações gerais sobre saúde em adultos. Estas informações serão utilizadas para ajudar a tratar alguns problemas urinários e melhorar a qualidade de vida dos pacientes. Agradecemos sua participação, pois ela é muito importante para chegarmos a conclusões precisas. É importante que você responda às perguntas da forma mais honesta possível. Toda informação fornecida permanecerá totalmente confidencial e será utilizada apenas para fins de pesquisa.

SEÇÃO A: INFORMAÇÕES GERAIS

Estas primeiras perguntas são sobre informações gerais:

- A1. Sexo: [NÃO PERGUNTE, APENAS CIRCULE A RESPOSTA]
1. FEMININO
 2. MASCULINO
- A2. Qual seu estado civil? Você é... [LEIA DE 1-5 E CIRCULE APENAS UMA RESPOSTA]
1. Solteiro(a), nunca se casou
 2. Casado(a)
 3. Vivo com um(a) companheiro(a) [não casado(a)]
 4. Divorciado(a)/ Separado(a)
 5. Viúvo(a)
- A3. Qual a sua escolaridade? [CIRCULE UMA RESPOSTA]
1. ANALFABETO
 2. ALFABETIZADO
 3. 1º GRAU INCOMPLETO
 4. 1º GRAU COMPLETO
 5. 2º GRAU INCOMPLETO
 6. 2º GRAU COMPLETO
 7. CURSO SUPERIOR INCOMPLETO
 8. CURSO SUPERIOR COMPLETO
 9. PÓS-GRADUAÇÃO
- A4. Qual dos seguintes itens melhor descreve sua cor? [LEIA DE 1-5 E CIRCULE UMA RESPOSTA]
1. Branca
 2. Negra
 3. Parda
 4. Amarela
 5. Outra (especifique: _____)
 6. RECUSOU-SE A RESPONDER
- A5. Atualmente, você está empregado?
1. NÃO
 2. SIM

▼

VÁ PARA A P # A8

- A6. Qual categoria melhor descreve sua ocupação atual? [LEIA DE 1-10 E CIRCULE UMA RESPOSTA]
1. Trabalho profissional/técnico
 2. Trabalho de gerência
 3. Trabalho administrativo
 4. Vendas
 5. Setor de prestação de serviços
 6. Serviço de segurança
 7. Agricultura/pecuária/silvicultura/piscicultura
 8. Transporte/comunicação
 9. Mão-de-obra qualificada/ mineração/ manufatura/ construção
 10. Outro _____

A7. Quanto tempo você leva para chegar ao seu local de trabalho?

1. _____ minutos OU _____ horas
2. Não saio, trabalho em casa.
3. Não aplicável (Motorista, Vendedor, etc.).

A7a. [SE SAI DE CASA] Que tipo de transporte você utiliza para ir ao trabalho? (Escolha mais de um se aplicável).

- Ônibus
- Carro
- Trem/Metrô.
- Caminho até chegar ao trabalho
- Outro _____

[SE AS PERGUNTAS A5-A7 FORAM RESPONDIDAS, VÁ PARA A Q# A11]

A8. Qual categoria melhor descreve sua situação atual? [LEIA 1-8 E CIRCULE UMA RESPOSTA]

1. Aposentado(a): por idade ou opção
2. Aposentado(a): por incapacidade ou doença
3. Desempregado(a): procurando emprego
4. Desempregado(a): temporariamente, mas com um trabalho para retornar
5. Trabalha num negócio de família sem salário
6. Estudante em tempo integral
7. Dona de casa em tempo integral
8. Faz trabalho voluntário

A9. Você já teve um emprego remunerado (com salário)?

1. NÃO
2. SIM

▼

VÁ PARA A P # A11

A10. Qual destas categorias melhor descreve sua ocupação anterior? [LEIA DE 1-10 E CIRCULE UMA RESPOSTA]

1. Trabalho profissional/técnico
2. Trabalho de gerência
3. Trabalho administrativo
4. Vendas
5. Setor de prestação de serviços
6. Serviço de segurança
7. Agricultura/pecuária/silvicultura/piscicultura
8. Transporte/comunicação
9. Mão-de-obra qualificada/ mineração/ manufatura/ construção
10. OUTRO _____

A11. Nos últimos 12 meses, qual foi a renda média mensal da sua família (somando os rendimentos de todos os membros da família em sua casa, incluindo o seu)? (LEIA DE 1-7 E MARQUE UMA RESPOSTA APENAS)

1. Até 1 salário mínimo (R\$350 ou menos)
2. Mais de 1 a 2 salários mínimos (R\$351 a R\$700)
3. Mais de 2 a 3 salários mínimos (R\$701 a R\$1050)
4. Mais de 3 a 5 salários mínimos (R\$1051 a R\$1750)
5. Mais de 5 a 10 salários mínimos (R\$1751 a R\$3500)
6. Mais de 10 a 20 salários mínimos (R\$3501 a R\$7000)
7. Mais de 20 salários mínimos (mais de R\$7000)
8. RECUSOU-SE A RESPONDER

				Se SIM, você fez radioterapia?		Qual era sua idade quando lhe disseram que você tinha _____?	
	NÃO	SIM	NÃO SABE	NÃO	SIM	IDADE	ou ANO
B5n. Câncer de bexiga	1	2	3	1	2	<input type="text"/>	<input type="text"/>
B5o. Câncer colorretal (intestino grosso)	1	2	3	1	2	<input type="text"/>	<input type="text"/>
B5p. [HOMENS APENAS] Câncer de próstata	1	2	3	1	2	<input type="text"/>	<input type="text"/>
B5q. [MULHERES APENAS] Câncer de colo do útero ou de corpo do útero	1	2	3	1	2	<input type="text"/>	<input type="text"/>

B6. Atualmente, você está tomando alguma das seguintes medicações? [LEIA CADA MEDICAÇÃO ANTES DE PROSSEGUIR]

	NÃO	SIM	NÃO SABE
B6a. Diuréticos ou “comprimidos para urinar”	1	2	3
B6b. Antidepressivos?	1	2	3
B6c. Duloxetina (Cymbalta®, Xeristar®, Yentreve®)?	1	2	3
B6d. [HOMENS APENAS] Medicação p/próstata aumentada?	1	2	3
B6e. [MULHERES APENAS] Reposição hormonal?	1	2	3
B6f. Outra (Por favor, especifique: _____)			

B7. Nos últimos 12 meses, você consultou um profissional da saúde por qualquer razão?

1. NÃO 2. SIM → B7a. Quantas vezes?

B8. Durante uma consulta de rotina, algum médico lhe perguntou especificamente sobre possíveis problemas/sintomas urinários como urgência e perda involuntária de urina, sem que você tocasse no assunto primeiro?

1. NÃO 2. SIM

B9. Você acha que os médicos deveriam perguntar rotineiramente a seus pacientes sobre estes problemas/sintomas urinários?

1. NÃO 2. SIM

B10. [PERGUNTE APENAS AOS HOMENS] Você já fez cirurgia p/ problema de próstata aumentada?

1. NÃO 2. SIM

VÁ PARA A P #B15

[QUESTÕES B11 A B14: PERGUNTE APENAS PARA AS MULHERES]

B11. Você já fez cirurgia para prolapso, útero ou bexiga caída, perda involuntária de urina (ou incontinência), ou cirurgia de plástica vaginal:

1. NÃO 2. SIM 3. NÃO SABE

B11a. Se SIM, quantas vezes? |__|__| vezes

B12. Você já engravidou?

1. NÃO 2. SIM

VÁ PARA A P #B15

B13. Quantas dessas gravidezes foram...?

1. Nascidos vivos:
2. Abortos, gravidez tubária (nas trompas):
3. Natimortos:

B14. Para cada nascido vivo, preencha os campos abaixo:

	Idade da mãe quando cada filho nasceu	Tipo de parto (1.Normal; 2.Cesárea)	Se cesárea: 1.Agendada, eletiva (nunca entrou em trabalho de parto); 2.Entrou em trabalho de parto (mas não teve dilatação suficiente)	Se parto normal: Fórceps ou Vácuo? (1.NÃO ; 2.SIM)	Peso do bebê (em gramas)
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					

B15. Você já fumou algum tipo de tabaco (cigarros, charuto ou cachimbo)?

1. NÃO 2. SIM

VÁ PARA A P # B17

B16. Atualmente, você fuma algum tipo de tabaco. (cigarros, charuto ou cachimbo)?

1. NÃO (FAÇA AS PERGUNTAS B16a, B16b, B16c) 2. SIM (FAÇA AS PERGUNTAS B16a, B16b)

B16a. Em média, você fumava quantas unidades de cigarros, charutos ou cachimbo em um dia normal?

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	UNIDADES POR DIA
----------------------	----------------------	----------------------	------------------

B16b. Quantos anos você tinha quando começou a fumar regularmente?

<input type="text"/>	<input type="text"/>	Anos de idade
----------------------	----------------------	---------------

B16c. Quantos anos você tinha quando parou de fumar regularmente?

<input type="text"/>	<input type="text"/>	Anos de idade
----------------------	----------------------	---------------

B16a. Em média, você fuma quantas unidades de cigarros, charutos ou cachimbo em um dia normal?

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	UNIDADES POR DIA
----------------------	----------------------	----------------------	------------------

B16b. Quantos anos você tinha quando começou a fumar regularmente?

<input type="text"/>	<input type="text"/>	Anos de idade
----------------------	----------------------	---------------

B17. Numa semana comum, você bebe algum tipo de álcool (cerveja, vinho ou bebidas destiladas como licor, cachaça ou whisky) ?

1. NÃO 2. SIM

VÁ PARA A P # B19

B18. Numa semana comum, quantas cervejas, taças de vinho ou bebidas destiladas (licor, cachaça, whisky) você bebe em média?

B18a. Quantas cervejas? Latas [] OU Garrafas []

B18b. Quantas taças de vinho?

B18c. Quantos drinques/doses de bebidas destiladas?

B19. Num dia comum, você bebe algum tipo de bebida cafeinada (como chá, café, refrigerantes)?

1. NÃO 2. SIM



VÁ PARA A P # B21

B20. Num dia comum, quantas bebidas cafeinadas você bebe em média?

B20a. Quantas xícaras de chá?

B20b. Quantas xícaras de café?

B20c. Quantos refrigerantes cafeinados à base de cola (Coca Cola, Pepsi Cola)?

B21. Num dia comum, quantos copos de água você bebe aproximadamente?

B22. Num dia comum, quantos copos de outros líquidos (como sucos, refrigerantes não cafeinados, etc.) você geralmente toma?

SEÇÃO C: AVALIAÇÃO DO HUMOR E RELACIONAMENTO SOCIAL

As emoções desempenham um papel importante na maioria das doenças. As próximas perguntas foram idealizadas para saber como você se sente. Vou ler alguns itens, após cada um, por favor, indique qual a resposta que mais se aproxima de como você se sentiu na última semana.

Não pense muito para responder as perguntas, sua reação imediata a cada item provavelmente será mais precisa do que uma resposta longa, muito pensada.

HAD-S

C1. Eu me sinto tenso ou 'ansioso'

- 3. Na maior parte do tempo
- 2. Grande parte do tempo
- 1. De tempos em tempos
- 0. Nem um pouco

C2. Eu ainda gosto das coisas que gostava

- 0. Com certeza
- 1. Nem tanto
- 2. Só um pouco
- 3. Quase não gosto mais

C3. Tenho uma certa sensação de medo como se algo ruim fosse acontecer

- 3. Com certeza e muito ruim
- 2. SIM, mas não muito ruim
- 1. Um pouco, mas não me incomoda
- 0. De jeito nenhum

C4. Eu consigo rir e ver o lado engraçado das coisas

- 0. Tanto quanto sempre fiz
- 1. Não muito agora
- 2. Definitivamente não muito agora
- 3. Nem um pouco

C5. Pensamentos preocupantes invadem minha mente

- 3. Na maior parte do tempo
- 2. Numa parte do tempo
- 1. Não com muita frequência
- 0. Muito pouco

C6. Sinto-me contente

- 3. Nunca
- 2. Não com frequência
- 1. Algumas vezes
- 0. Na maior parte do tempo

C7. Eu consigo sentar e me sentir relaxado

- 0. Com certeza
- 1. Geralmente
- 2. Não muito frequentemente
- 3. Nem um pouco

C8. Eu sinto como se estivesse ficando mais lento/devagar

- 3. Quase o tempo todo
- 2. Muito frequentemente
- 1. Algumas vezes
- 0. Nem um pouco

C9. Eu sinto uma certa sensação de medo como um 'friozinho' no estômago

- 0. Nem um pouco
- 1. Às vezes
- 2. Frequentemente
- 3. Muito frequentemente

C10. Perdi o interesse em minha aparência

- 3. Com certeza
- 2. Não me cuido mais como deveria
- 1. Talvez eu não me cuide muito
- 0. Tenho me cuidado como sempre

C11. Sinto-me inquieto como se tivesse que me mexer sempre

- 3. O tempo todo
- 2. Bastante
- 1. Não muito
- 0. Nem um pouco

C12. Eu procuro me divertir com as coisas

- 0. Como sempre fiz
- 1. Menos do que eu costumava fazer
- 2. Definitivamente menos do que costumava fazer
- 3. Raramente

C13. Tenho sensação de pânico de repente

- 3. Realmente, com muita frequência
- 2. Com certa frequência
- 1. Não muito frequentemente
- 0. Nem um pouco

C14. Eu consigo apreciar um bom livro ou programa de rádio ou televisão

- 0. Frequentemente
- 1. Algumas vezes
- 2. Não muito frequentemente
- 3. Raramente

Itens sobre Relacionamento Social [CIRCULE APENAS UMA RESPOSTA]

C15. Além do(a) seu(sua) atual companheiro(a), quantos membros da família ou parentes você sente que são apegados a você?

- a. Um
- b. Dois a três
- c. Quatro a nove
- d. Dez a vinte
- e. Mais de vinte
- f. NENHUM

C16. Quantos amigos você tem aproximadamente?

- a. Um
- b. Dois a três
- c. Quatro a nove
- d. Dez a vinte
- e. Mais de vinte
- f. NENHUM

C17. Nos últimos 12 meses, com que frequência você se reuniu socialmente com amigos ou parentes?

- a. Várias vezes na semana
- b. A cada semana
- c. Cerca de uma vez por mês
- d. Várias vezes por ano
- e. Cerca de uma ou duas vezes por ano
- f. Menos que uma vez por ano
- g. Nunca

C18. Com que frequência você se reúne com seus vizinhos apenas para conversar ou para uma visita social?

- a. Diariamente ou quase todos os dias
- b. Várias vezes na semana
- c. Várias vezes por mês
- d. Várias vezes por ano
- e. Quase nunca

C19. Nos últimos 12 meses, com que frequência você fez trabalhos voluntários para igrejas, instituições de caridade, políticos, relacionados à saúde ou outras organizações?

- a. Várias vezes na semana
- b. A cada semana
- c. Cerca de uma vez por mês
- d. Várias vezes por ano
- e. Cerca de uma ou duas vezes por ano
- f. Menos que uma vez por ano
- g. Nunca

C20. Nos últimos 12 meses, com que frequência você compareceu a reuniões organizadas por grupos? (exemplos incluem: coral, comitê, grupo de suporte, grupo de esportes ou exercícios, grupo de lazer ou sociedade profissional?)

- a. Várias vezes na semana
- b. A cada semana
- c. Cerca de uma vez por mês
- d. Várias vezes por ano
- e. Cerca de uma ou duas vezes por ano
- f. Menos que uma vez por ano

g. Nunca

SEÇÃO D: TRIAGEM PARA SINTOMAS URINÁRIOS/BEXIGA

Gostaria de lhe fazer mais algumas perguntas sobre sua saúde e sobre sintomas urinários ou da bexiga que você esteja sentindo ou não. Algumas vezes parecerá que estou sendo repetitivo, mas tenho que fazer as perguntas numa ordem específica, então, por favor, tenha paciência e responda da melhor forma possível.

D1. De quando acorda até a hora de dormir, com que frequência você esvazia a bexiga em média?

1. Mais do que a cada 6 horas
2. A cada 5 a 6 horas
3. A cada 3 a 4 horas
4. A cada 1 a 2 horas
5. Mais do que uma vez por hora

D1.1 Na sua opinião, você acha que urina com muita frequência durante o dia?

1. NÃO
2. SIM

D1.2 O quanto você se sente incomodado (se é que se sente), pela frequência com que precisa esvaziar a bexiga? Favor classificar quão incomodado você se sente selecionando um número de 0 (significando “nem um pouco incomodado”) a 10 (significando “muito incomodado”)

Nem um pouco 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Muito incomodado incomodado

D2. **[HOMENS APENAS]** No último mês, com que frequência você...

	Nem um pouco	Poucas vezes (Menos de 1 vez em 5)	Menos de metade das vezes	Metade das vezes	Mais da metade das vezes	Quase sempre	Pontuação do incômodo*
1. Teve a sensação de não ter esvaziado sua bexiga completamente após terminar de urinar?	1	2	3	4	5	6	()
2. Teve que urinar de novo menos de duas horas após ter acabado de urinar?	1	2	3	4	5	6	()
3. Parou e começou a urinar de novo várias vezes enquanto urinava?	1	2	3	4	5	6	()
4. Teve dificuldade em segurar a urina (deixar para urinar mais tarde)?	1	2	3	4	5	6	()
5. Teve um fluxo urinário fraco?	1	2	3	4	5	6	()
6. Teve que forçar para começar a urinar?	1	2	3	4	5	6	()

*O quanto você se sente incomodado (se é que se sente), pela frequência de cada sintoma? Favor classificar o quão incomodado se sente selecionando um número de 0 (significando “nem um pouco incomodado”) a 10 (significando “muito incomodado”)

D3. No último mês, em média, quantas vezes você se levantou para urinar desde a hora que você foi se deitar à noite até quando se levantou pela manhã? [LEIA E CIRCULE UMA RESPOSTA]

Nenhuma vez	1 vez	2 vezes	3 vezes	4 vezes	5 ou mais vezes
0	1	2	3	4	5

D3.1 Na sua opinião, você acha que urina com muita frequência durante a noite?

1. NÃO
2. SIM

D3.2 O quanto você se sente incomodado (se é que se sente), pela necessidade de ter que levantar à noite para esvaziar a bexiga? Favor classificar o quão incomodado você fica selecionando um número de 0 (significando “nem um pouco incomodado”) a 10 (significando “muito incomodado”)

Nem um pouco 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Muito incomodado incomodado

- D4. Você teve problemas de urinar na cama quando criança?
 1. NÃO 2. SIM 3. NÃO SABE/ NÃO LEMBRA

D4a. Se SIM, até que idade?

--	--

- D5. Atualmente, você tem problemas de urinar na cama?
 1. NÃO 2. SIM

D6. Você tem perda de urina quase que imediatamente após ter terminado de urinar e estar saindo do banheiro (gotejamento pós-miccional)? [ISTO REFERE-SE À PERDA NÃO RELACIONADA À VONTADE SÚBITA, NEM RELACIONADA A ESPIRRO, TOSSE OU OUTRA ATIVIDADE FÍSICA. ESCLAREÇA AO ENTREVISTADO, SE NECESSÁRIO.]?

1. NÃO 2. SIM

D6.1 Quão incomodado você se sente (se é que se sente), por essa perda de urina? Favor classificar o quão incomodado você se sente, selecionando um número de 0 (significando “nem um pouco incomodado”) a 10 (significando “muito incomodado”)

Nem um pouco incomodado 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Muito incomodado

D7. Seu fluxo urinário tem uma parte final prolongada da micção, quando o fluxo/jato fica mais fraco e fino e termina com gotejamento (gotejamento terminal)?

1. NÃO 2. SIM

D7.1 Quão incomodado você se sente (se é que se sente), por esse jato final prolongado com gotejamento? Favor classificar o quão incomodado você se sente, selecionando um número de 0 (significando “nem um pouco incomodado”) a 10 (significando “muito incomodado”)

Nem um pouco incomodado 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Muito incomodado

D8. Você sente (ou tem sentido) uma vontade incontrolável de urinar, que aparece subitamente/de repente e que é difícil de segurar? (Quer dizer, uma sensação intensa de urgência, que surge do nada, em que você sente que precisa urinar imediatamente?).

1. NÃO, nunca 2. SIM

ESTE É O FINAL DA ENTREVISTA. OBRIGADO POR SUA COOPERAÇÃO!

D8.1 O quanto você se sente incomodado (se é que se sente), por essa vontade súbita e incontrolável de urinar, difícil de segurar? Favor classificar o quanto você se sente incomodado selecionando um número de 0 (significando “nem um pouco incomodado”) até 10 (significando “muito incomodado”)

Nem um pouco incomodado 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Muito incomodado

ESTE É O FINAL DA ENTREVISTA. OBRIGADO POR SUA COOPERAÇÃO!

IR PARA A PARTE B DESTA QUESTIONÁRIO.

PARTE B: A ser completada pelos participantes que relataram urgência (i.e., que responderam “SIM” à Q.D8 e D8.1 > 0)

ID DO ENTREVISTADO #

SEÇÃO E: HISTÓRIA DE SINTOMAS URINÁRIOS/BEXIGA

Se você disse que sentiu uma vontade súbita (que aparece de repente/do nada) e incontável de urinar, difícil de segurar (quer dizer, uma sensação intensa de urgência, que surge do nada, em que você sente que precisa urinar imediatamente)...

E1. Com que frequência sente isso?

Menos de uma vez por mês	Poucas vezes por mês	Algumas vezes na semana	Várias vezes ao dia	Sempre/ constantemente
1	2	3	4	5

E2. Na última semana, que avaliação você faria da sua urgência para urinar no pior momento (no auge/no pico), selecionando um número de 1 (significando “senti alguma urgência mas não tive que ir urinar imediatamente”) a 10 (significando “tive que parar o que estava fazendo e ir urinar imediatamente”). [Marcar aqui se não teve “Nenhuma urgência”]

“senti certa urgência, mas não tive que ir urinar imediatamente” 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 “tive que parar o que estava fazendo e ir urinar imediatamente”

E3. Na última semana, que avaliação você faria da sua urgência para urinar quando ela estava no mínimo (no “melhor” momento), selecionando um número de 1 (significando “senti alguma urgência mas não tive que ir urinar imediatamente”) a 10 (significando “tive que parar o que estava fazendo e ir urinar imediatamente”). [Marcar aqui se não teve “Nenhuma urgência”]

“senti certa urgência, mas não tive que ir urinar imediatamente” 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 “tive que parar o que estava fazendo e ir urinar imediatamente”

E4. Na última semana, que avaliação você faria da sua urgência para urinar na média, selecionando um número de 1 (significando “senti alguma urgência mas não tive que ir urinar imediatamente”) a 10 (significando “tive que parar o que estava fazendo e ir urinar imediatamente”). [Marcar aqui se não teve “Nenhuma urgência”]

“senti certa urgência, mas não tive que ir urinar imediatamente” 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 “tive que parar o que estava fazendo e ir urinar imediatamente”

E5. Até onde você se lembra, há quanto tempo você começou a ter esses sintomas de urgência para urinar?

Há menos de 6 meses atrás	Entre 6 meses e 1 ano	1-3 anos atrás	4-10 anos atrás	11+ ou anos atrás
1	2	3	4	5

E6. Você perde urina (deixa sair ou “vazar” urina sem querer)?

1. NÃO, nunca 2. SIM

▼
VÁ PARA A Seção F

E7. Com que frequência você perde urina?

Menos de uma vez por mês	Algumas vezes por mês	Poucas vezes na semana	<u>Todo dia/noite</u>
1	2	3	4

E8. Quanta urina você perde a cada vez? [SE O ENTREVISTADO NECESSITAR DE MAIORES ESCLARECIMENTOS: POR 'GOTAS' QUER-SE DIZER: DEIXA VOCÊ ÚMIDO; 'UMA PEQUENA QUANTIDADE' SIGNIFICA UMA QUANTIDADE PEQUENA QUE O DEIXA MOLHADO. 'MAIS' SIGNIFICA UMA QUANTIDADE SUFICIENTE A PONTO DE ENSOPAR A ROUPA OU O ABSORVENTE"]?

Gotas	Uma pequena quantidade	Mais
1	2	3

E9. Você perde urina quando sente uma vontade súbita (repentina) de urinar? Quer dizer, ligada a uma sensação intensa e súbita de urgência para urinar (não consegue chegar ao banheiro em tempo).

1. NÃO 2. SIM

VÁ PARA A Q# E11

E10. Até onde você se lembra, qual sintoma ocorreu primeiro?

Começou com urgência para urinar apenas, depois urgência com perda	Começou com perda apenas, depois urgência com perda	Ambos começaram ao mesmo tempo	NÃO SABE
1	2	3	4

E11. Você perde urina quando espirra, tosse, sorri muito ou quando está fazendo atividades físicas como exercícios ou levantando um objeto pesado?

1. NÃO 2. SIM

[CASO E9= "SIM" E E11= "SIM", RESPONDER E12 A E14, CASO CONTRÁRIO IR PARA SEÇÃO F]

E12. Então, você perde urina quando sente uma vontade súbita de urinar (urgência) e quando espirra, tosse, faz atividade física. Que tipo de perda você diria que ocorre mais frequentemente?

A perda ocorre mais frequentemente ligada a urgência súbita (incontinência de urgência)	A perda ocorre mais frequentemente ligada a espirro, tosse, atividade física (incontinência de estresse)	Ambos os tipos de perda ocorrem com igual frequência	NÃO SABE
1	2	3	4

E13. O que incomoda mais?

A incontinência de urgência (perda ligada à urgência)	A incontinência de estresse (perda ligada a espirro, tosse, atividade física)	Ambas são igualmente incômodas
1	2	3

E14. Até onde você se lembra, qual sintoma ocorreu primeiro?

Começou com urgência e perda apenas, depois apareceu a incontinência de estresse

1

Começou com incontinência de estresse apenas, depois apareceu a urgência com perda

2

Ambos começaram ao mesmo tempo

3

NÃO SABE

4

SEÇÃO F: Q-BHA

Agora irei perguntar-lhe o quanto você se sentiu incomodado (se é que se sentiu incomodado), por seus sintomas urinários durante as últimas 4 semanas. Por favor, escolha a opção que melhor descreve o quanto você se sentiu incomodado por cada sintoma durante as últimas 4 semanas.

Durante as últimas 4 semanas, o quanto você se sentiu incomodado por. . .	Nem um pouco	Um pouquinho	Um pouco	Razoavelmente	Bastante	Muito mesmo
F1. Urinar muito frequentemente durante o dia	1	2	3	4	5	6
F2. Uma sensação desconfortável de urgência p/ urinar	1	2	3	4	5	6
F3. Uma urgência súbita de urinar quase sem aviso ou sinal	1	2	3	4	5	6
F4. Perda acidental (sem querer) de pequenas quantidades de urina	1	2	3	4	5	6
F5. Ter que urinar durante a noite	1	2	3	4	5	6
F6. Acordar à noite porque precisava urinar	1	2	3	4	5	6
F7. Uma necessidade incontrolável de urinar (urgência)	1	2	3	4	5	6
F8. Perda de urina associada a forte necessidade de urinar	1	2	3	4	5	6
F8a. Perda de urina ao tossir ou fazer outras atividades físicas	1	2	3	4	5	6

As perguntas acima foram sobre seus sentimentos quanto a cada sintoma urinário individualmente. Para as perguntas seguintes, pense sobre seus sintomas urinários, no geral, nas últimas 4 semanas e o quanto esses sintomas afetaram sua vida. Favor responder cada pergunta da melhor maneira que puder.

Durante as últimas 4 semanas, com que frequência seus sintomas urinários ...	Nenhum a vez	Um poucas vezes	Algumas vezes	Muitas vezes	Quase sempre	Sempre
F9. Fizeram você planejar cuidadosamente seu trajeto/traslado de um lugar para outro?	1	2	3	4	5	6
F10. Fizeram você se sentir mole ou sonolento durante o dia?	1	2	3	4	5	6
F11. Fizeram você planejar “rotas de escape” para chegar rapidamente a banheiros em locais públicos?	1	2	3	4	5	6
F12. Causaram-lhe estresse?	1	2	3	4	5	6
F13. Deixaram você frustrado?	1	2	3	4	5	6
F14. Fizeram você se sentir como se houvesse algo errado com você?	1	2	3	4	5	6
F15. Interferiram com sua capacidade de ter uma boa noite de sono?	1	2	3	4	5	6
F16. Fizeram você diminuir suas atividades físicas (exercícios, esportes, etc.)?	1	2	3	4	5	6

Durante as últimas 4 semanas, com que frequência seus sintomas urinários ...	Nenhum a vez	Umas poucas vezes	Algumas vezes	Muitas vezes	Quase sempre	Sempre
F17. Impediram você de sentir-se descansado ao acordar de manhã?	1	2	3	4	5	6
F18. Frustraram sua família e amigos?	1	2	3	4	5	6
F19. Causaram-lhe ansiedade ou aborrecimento?	1	2	3	4	5	6
F20. Fizeram você ficar mais tempo em casa do que gostaria?	1	2	3	4	5	6
F21. Fizeram você alterar seus planos de viagem de forma a estar sempre perto de um banheiro?	1	2	3	4	5	6
F22. Fizeram você evitar atividades longe de banheiros (i.e., caminhadas, corrida, escaladas)?	1	2	3	4	5	6
F23. Fizeram você sentir-se frustrado ou aborrecido pela quantidade de tempo que você passa no banheiro?	1	2	3	4	5	6
F24. Acordaram você durante seu sono?	1	2	3	4	5	6
F25. Deixaram-lhe aborrecido com o seu odor ou higiene?	1	2	3	4	5	6
F26. Fizeram você sentir-se desconfortável ao viajar com outras pessoas por precisar parar para ir ao banheiro?	1	2	3	4	5	6
F27. Afetaram seu relacionamento com a família e amigos?	1	2	3	4	5	6
F28. Fizeram você diminuir a participação em encontros sociais, tais como festas ou visitas à família ou amigos?	1	2	3	4	5	6
F29. Causaram-lhe constrangimento?	1	2	3	4	5	6
F30. Impediram que você conseguisse a quantidade de sono necessária?	1	2	3	4	5	6
F31. Causaram-lhe problemas com sua companheira ou esposa?	1	2	3	4	5	6
F32. Fizeram você planejar suas atividades mais cuidadosamente?	1	2	3	4	5	6
F33. Fizeram você localizar o banheiro mais próximo logo que chegasse a algum lugar onde nunca esteve?	1	2	3	4	5	6
F34. Fizeram você evitar iniciar uma atividade sexual?	1	2	3	4	5	6

Quais das seguintes afirmações descrevem melhor seus sintomas de bexiga no momento?

F34. Você diria que seu problema de bexiga ...? [CIRCULE UM NÚMERO]

1. Não lhe causa nenhum problema no geral
2. Causa-lhe alguns problemas muito pequenos
3. Causa-lhe alguns problemas pequenos
4. Causa-lhe (alguns) problemas moderados
5. Causa-lhe problemas sérios
6. Causa-lhe muitos problemas sérios

F35. Você diria que seu problema de bexiga...? [CIRCULE UM NÚMERO]

1. Em geral, não causa problemas ao(s) membro(s) da sua família
2. Causa alguns problemas muito pequenos ao(s) membro(s) da sua família?
3. Causa alguns problemas pequenos ao(s) membro(s) da sua família?
4. Causa ao(s) membro(s) da sua família (alguns) problemas moderados?
5. Causa ao(s) membro(s) da sua família problemas sérios?
6. Causa ao(s) membro(s) da sua família muitos problemas sérios?

F36. Você já mudou de emprego, se aposentou precocemente ou foi demitido por causa de seus sintomas urinários?

1. NÃO 2. SIM

F37. Seus sintomas urinários já pesaram em decisões relacionadas ao local de trabalho ou ao número de horas que você trabalha?

1. NÃO 2. SIM

F38. Alguma das seguintes situações já aconteceu quando você corria para ir ao banheiro à noite para urinar devido aos seus sintomas de bexiga...

F38a. Caiu e se machucou pouco, sem precisar ir ao hospital/Pronto-Socorro?

1. NÃO 2. SIM (quantas vezes? |_|_|).

F38b. Caiu e se machucou, mas sem fratura, precisando ir ao hospital/ Pronto-Socorro?

1. NÃO 2. SIM (quantas vezes? |_|_|).

F38c. Caiu e se machucou, inclusive com fratura, precisando ir ao hospital/ Pronto-Socorro?

1. NÃO 2. SIM (quantas vezes? |_|_|).

F39. Da seguinte lista de afirmações que podem se referir aos seus sintomas urinários, qual opção é a mais importante para você

1. Eu quero urinar menos
2. Eu quero ter menos perda urinária
3. Eu quero ter a capacidade de segurar a urina confortavelmente.
4. Eu quero mudar outro sintoma urinário. (Favor especificar:_____)

F40. Se você tivesse que passar o resto de sua vida com os sintomas urinários que tem atualmente, como se sentiria? [LEIA TODAS AS OPÇÕES, MAS NÃO LEIA OS NÚMEROS]

- | | | | | |
|---------------------|------------------------|------------------------------------|--------------------------|-----------------------|
| Muito
satisfeito | Um pouco
satisfeito | Nem satisfeito nem
insatisfeito | Um pouco
insatisfeito | Muito
insatisfeito |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

SEÇÃO G: LIDANDO COM OS SINTOMAS URINÁRIOS

Agora irei fazer-lhe algumas perguntas sobre os sintomas urinários que você me relatou anteriormente. Note que algumas perguntas podem ser sobre 'sintomas urinários', algumas sobre 'sintomas da bexiga' e algumas podem se referir à 'condição' urinária e/ou da bexiga. Por favor, tenha em mente que apesar de diferenças nas palavras, todas as perguntas referem-se aos sintomas urinários sobre os quais você me falou anteriormente.

G1. Você modificou a quantidade de líquidos que toma por dia para poder lidar com os sintomas urinários ou da bexiga?

1. NÃO 2. SIM **G1a. Se SIM**, de que forma (1. aumentou; 2. diminuiu)?

G2. Você usa algum tipo de absorvente, toalhinhas higiênicas, absorventes ou roupa de baixo especial por causa da perda de urina?

1. NÃO 2. SIM

G3. Para cada ação/tratamento feito para o(s) sintoma(s) urinário(s) ou da bexiga, favor preencher os campos abaixo:

Você tomou / fez / usou...?	O quanto seus sintomas urinários/bexiga melhoraram (se é que houve melhora) em decorrência de...?						Qual é o nome do produto?
	Não	SIM	Nem um pouco	Um pouco	Muito	Bastante	
1. Exercícios para a musculatura do assoalho pélvico (fisioterapia, bio-feedback)	1	2	1	2	3	4	Não aplicável
2. Remédios de venda sem receita ou produtos/tratamentos à base de ervas ou homeopáticos	1	2	1	2	3	4	
3. Remédio prescrito por um profissional de saúde	1	2	1	2	3	4	
4. Cirurgia	1	2	1	2	3	4	Não aplicável
5. Mudança na ingestão de líquidos ou na dieta	1	2	1	2	3	4	Não aplicável
6. Re-treinamento da bexiga	1	2	1	2	3	4	Não aplicável
7. Dispositivo para incontinência urinária (diafragma, adesivo, plug, grampo peniano)	1	2	1	2	3	4	
8. Outro (Especificar: _____)	1	2	1	2	3	4	

G4. Você já tomou a iniciativa de conversar com algum profissional de saúde sobre seu(s) sintoma(s) urinário(s)?

1. NÃO 2. SIM

▼
VÁ PARA A Q# G6

G5. Com qual profissional de saúde você falou? [CIRCULE QUANTOS NECESSÁRIOS]

1. Médico
2. Enfermeira
3. Farmacêutico

4. Outro profissional da saúde [Favor, especificar: _____]

G6. [SOMENTE SE NÃO FALOU COM UM PROFISSIONAL DE SAÚDE (PS)]: Por que não falou com um PS sobre os problemas urinários que você tem sentido? [MARQUE TODAS QUE SE APLICAM]

- [1] Não achei que fossem muito sérios
- [2] Achei que fosse algo normal da idade
- [3] Não queria que ninguém soubesse sobre meus problemas urinários
- [4] Não achei que um médico pudesse fazer muita coisa por mim
- [5] Achei que não me sentiria confortável falando com um médico sobre isso
- [6] Não tenho um médico regular
- [7] Sinto-me confortável/bem do jeito que estou
- [8] Estava esperando para ver se o problema iria melhorar sozinho
- [9] Estava tentando resolver por mim mesmo(a)
- [10] Fiquei preocupado que o médico pudesse achar algo grave em mim
- [11] Não achei que fosse um problema de ordem médica
- [12] Não achei que o médico fosse se sentir à vontade falando sobre esses problemas
- [13] O médico é um amigo próximo
- [14] O médico é muito jovem ou muito velho
- [15] O médico é do sexo oposto e não me senti à vontade
- [16] É muito caro consultar um médico
- [17] Outro– favor

especificar: _____

G7. Durante os últimos 12 meses, você tomou alguma providência para obter ajuda para os problemas urinários que possa ter sentido? [MARQUE TODOS QUE SE APLICAM]

- [1] Procurei informações na Internet, livros ou revistas
- [2] Falei com meu (minha) companheiro(a)
- [3] Falei com membros da família
- [4] Falei com amigos
- [5] Outro – favor especificar: _____

SEÇÃO H – HISTÓRIA PESSOAL

Esta seção do questionário cobre assuntos que são sensíveis e pessoais. Não existem respostas certas ou erradas. Cada pessoa possui diferentes idéias a respeito. Gostaríamos que você respondesse às seguintes perguntas do seu ponto de vista pessoal. Lembre-se, garantimos confidencialidade absoluta. Apenas dê a resposta que melhor descreve sua situação.

H1. Nos últimos 12 meses, o(a) Sr(a) manteve relações sexuais?
1. NÃO 2. SIM

H2. O quanto seus sintomas urinários causaram uma diminuição ou interrupção de sua atividade sexual?

Nem um pouco	Pouco	Muito	Bastante
1	2	3	4

[PERGUNTAS # H3 A H9 APENAS SE SEXUALMENTE ATIVO, P# H1= “SIM”]

H3. Quanto que você acha que os sintomas urinários diminuíram seu prazer na atividade sexual?

Nem um pouco	Pouco	Muito	Bastante
1	2	3	4

H4. Em média, com que frequência você tem alguma atividade sexual? [MARQUE APENAS UM QUADRADINHO]

- MENOS DE UMA VEZ POR MÊS OU
- CERCA DE _____ VEZES POR MÊS OU
- CERCA DE _____ VEZES POR SEMANA

H5. Pensando nos últimos 12 meses, quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual? [CIRCULE APENAS UM NÚMERO]

Muito satisfeito	Um pouco satisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Um pouco insatisfeito	Muito insatisfeito
1	2	3	4	5

H6. Pensando nos últimos 12 meses, o quanto você acha que seu(ua) parceiro(a) está satisfeito(a) com a relação sexual? [CIRCULE APENAS UM NÚMERO]

Muito satisfeito	Um pouco satisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Um pouco insatisfeito	Muito insatisfeito
1	2	3	4	5

Algumas vezes, as pessoas passam por períodos em que não estão interessadas em sexo ou estão tendo dificuldade para atingir satisfação sexual.

H7. Durante os últimos 12 meses, você teve algum dos seguintes sintomas por um período contínuo de dois meses ou mais, onde...? (FAVOR CHECAR APENAS OS QUE SE APLICAM):

- H7a. Faltou interesse em fazer sexo?
 H7b. Não conseguiu atingir o clímax? (ter orgasmo/prazer)
 H7c. Chegou ao clímax (teve um orgasmo) muito rapidamente/depressa demais?
 H7d. Sentiu dor física durante a relação sexual?
 H7e. Não achou o sexo agradável?
 H7f. [MULHERES APENAS] teve problemas para ficar adequadamente lubrificada?
 H7g. [HOMENS APENAS] teve problemas para atingir ou manter uma ereção?

[SE “NÃO” PARA TODOS EM H7, PULE PARA H9]

H8. Para cada uma das seguintes situações, com que frequência você diria que estes problemas ocorreram nos últimos 12 meses? (FAVOR MARCAR APENAS UMA VEZ P/ CADA EXPERIÊNCIA EM H7.)

	Você diria que isso ocorreu...?			Pontuação do incômodo*
	Ocasionalmente / raramente	Algumas vezes	Freqüente mente	
a. Falta de interesse em praticar sexo?	1	2	3	()
b. Incapaz de atingir o clímax? (ter orgasmo)	1	2	3	()
c. Chegou ao clímax (teve orgasmo) muito rápido/depressa demais?	1	2	3	()
d. Teve dor física durante a relação sexual?	1	2	3	()
e. Não achou o sexo prazeroso?	1	2	3	()
f. [Mulheres apenas] Teve problemas em ficar adequadamente lubrificada?	1	2	3	()
g. [Homens apenas] Teve problemas para atingir ou manter uma ereção?	1	2	3	()

*O quanto você se sente incomodado (se é que se sente), pela frequência de cada problema? (por favor, classifique o quanto você se sente incomodado selecionando um número de 0 (significando “nem um pouco incomodado”) a 10 (significando “muito incomodado”))

H9. Se você tivesse que passar o resto de sua vida com a função/saúde sexual do jeito que ela está atualmente, como você se sentiria a respeito? (MARQUE APENAS UM NÚMERO)

Muito satisfeito	Um pouco satisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Um pouco insatisfeito	Muito insatisfeito
1	2	3	4	5

Obrigado por responder estas perguntas e completar esta pesquisa. Suas respostas nos ajudarão a aprender melhor sobre assuntos muito importantes relacionados à saúde e das pessoas.

[PREENCHER INFORMAÇÕES PARA CONTATO NA FOLHA DE CADASTRO]