

**PREVALÊNCIA E TRATAMENTO DE INCONTINÊNCIA
URINÁRIA NA POPULAÇÃO PORTUGUESA NÃO
INSTITUCIONALIZADA**

Serviço de Higiene e Epidemiologia

Faculdade de Medicina da Universidade do Porto

Porto, 7 de Março de 2008

Índice

1. Enquadramento.....	5
2. Objectivos.....	6
3. Participantes e métodos.....	7
3.1. População em estudo	7
3.2. Tamanho da amostra	7
3.3. Selecção de números de telefone	7
3.4. Metodologia de entrevista	8
3.5. Informação recolhida	9
3.6. Procedimentos prévios à realização de entrevistas	11
3.7. Armazenamento e análise de dados	12
3.8. Entrevistas	12
3.9. Caracterização da amostra estudada	13
4. Resultados.....	16
5. Discussão.....	31
6. Conclusões.....	34
7. Referências.....	36
Financiamento	37
Anexos.....	38
Anexo 1 – Convite de participação.....	38
Anexo 2 - Questionário estruturado	38
Anexo 3 - Caracterização do tratamento	38
Anexo 4 - Manual de Procedimentos	38

Índice de Figuras e tabelas

Figura 1 – Prevalência de incontinência urinária, de incontinência urinária diagnosticada pelo médico e de bexiga hiperactiva em mulheres de Portugal Continental, por classes de idade.	18
Figura 2 - Prevalência de incontinência urinária, de incontinência urinária diagnosticada pelo médico e de bexiga hiperactiva em homens de Portugal Continental, por classes de idade.	18
Figura 3 - Prevalência de incontinência urinária de esforço em Portugal Continental e em cada Unidade Territorial (NUT II), por sexo.	20
Figura 4 - Prevalência de incontinência urinária de imperiosidade em Portugal Continental e em cada Unidade Territorial (NUT II), por sexo.....	20
Figura 5 - Prevalência de incontinência urinária mista em Portugal Continental e em cada Unidade Territorial (NUT II), por sexo.	21
Figura 6 - Distribuição dos tipos de incontinência urinária em Portugal Continental e em cada Unidade Territorial (NUT II), em mulheres	22
Figura 7 -Distribuição dos tipos de incontinência urinária em Portugal Continental e em cada Unidade Territorial (NUT II), em homens	22
Figura 8 - Prevalência de incontinência urinária diagnosticada por médico em Portugal Continental e em cada Unidade Territorial (NUT II), por sexo	24
Figura 9 - Tipos de tratamento efectuados para incontinência urinária.....	27
Figura 10 - Percepção global do efeito de cada tipo de tratamento no problema de incontinência urinária.....	28
Tabela 1 - Proporção de entrevistas realizadas por dia de semana e horário	12
Tabela 2 - Caracterização socio-demográfica da população residente com idade igual ou superior a 40 anos (de acordo com os resultados definitivos dos Censos 2001, INE) e da amostra avaliada, por Nomenclatura de Unidades Territoriais (NUT II).	14
Tabela 3 - Características da amostra estudada, por Nomenclatura de Unidades Territoriais (NUT II).....	15
Tabela 4 – Proporção de participantes com incontinência urinária (segundo ICS), incontinência urinária diagnosticada pelo médico e sintomatologia indicativa de bexiga hiperactiva, por sexo e idade.	16
Tabela 5 - Prevalência de incontinência urinária (segundo ICS), incontinência urinária diagnosticada pelo médico e sintomatologia indicativa de bexiga hiperactiva em Portugal Continental, por sexo e idade.....	17

Tabela 6 – Prevalência de incontinência urinária global, de esforço, de imperiosidade e mista em Portugal Continental, por sexo	19
Tabela 7 – Associação entre características socio-demográficas, clínicas e comportamentais e incontinência urinária, por sexo.....	23
Tabela 8 - Associação entre características socio-demográficas, clínicas e comportamentais e incontinência urinária diagnosticada por médico, por sexo.....	25
Tabela 9 - Associação entre características socio-demográficas, clínicas e comportamentais e sintomas indicativos de bexiga hiperactiva, por sexo.	29

1. ENQUADRAMENTO

Estima-se que os problemas de incontinência urinária ou de bexiga hiperactiva afectem cerca de 200 milhões de pessoas em todo o mundo¹. Nos Estados Unidos os custos associados a bexiga hiperactiva são aproximadamente de 4,4 mil milhões de dólares anuais², entre diagnóstico, cuidados de rotina e tratamento. Estas patologias têm sido crescentemente reconhecidas como tendo fortes impactos biológico e psicossocial, associados à diminuição da qualidade de vida, afectando aspectos sociais, psicológicos, físicos ou sexuais³. Por outro lado, as consequências de saúde relacionadas com incontinência são variadas, como a ocorrência de quadros depressivos⁴, dermatite associada a incontinência⁵, aumento do número de fracturas e perturbações de sono³.

As estimativas de prevalência de incontinência urinária variam consideravelmente de estudo para estudo, tendo sido reportados em dois recentes estudos multicêntricos europeus valores oscilando entre 18% e 42% nas mulheres^{6,7} e 7% e 13% nos homens^{6,8}. Apesar de reconhecidamente implicar uma importante perturbação das actividades diárias, é muitas vezes longamente ocultada pelos afectados e esquecida pelos que providenciam os cuidados de saúde estando frequentemente subdiagnosticada⁹. Assim uma grande proporção dos indivíduos não beneficia de cuidados médicos adequados, que poderiam resolver ou atenuar este problema¹⁰. Em Portugal não é conhecida a prevalência de incontinência urinária a nível nacional. Da mesma forma, pouco se sabe sobre a abordagem clínica da patologia.

As Associações Portuguesas de Urologia (APU) e de Neuro-Urologia e Neuro-Ginecologia (APNUG) solicitaram ao Serviço de Higiene e Epidemiologia da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto o desenvolvimento de uma investigação com o objectivo de quantificar a prevalência de incontinência urinária em Portugal (por auto-declaração) e caracterizar os tratamentos efectuados. O desenho da investigação foi discutido com representantes da APU e a APNUG de forma a dar resposta aos objectivos definidos adequando-se ao tempo e aos recursos disponíveis para a sua realização.

2. OBJECTIVOS

Com base na avaliação de uma amostra de indivíduos não institucionalizados, com idade igual ou superior 40 anos e residentes em Portugal Continental, os objectivos deste estudo foram:

1. Quantificar a prevalência de incontinência urinária de acordo com a definição proposta pela *International Continence Society*.
 - 1.1. Quantificar a prevalência de incontinência urinária de esforço.
 - 1.2. Quantificar a prevalência de incontinência urinária de imperiosidade.
 - 1.3. Quantificar a prevalência de incontinência urinária mista.
2. Quantificar a prevalência de casos de incontinência urinária diagnosticados pelo médico.
3. Caracterizar os tratamentos efectuados nos casos de incontinência urinária diagnosticada pelo médico.
4. Quantificar a prevalência de sintomas indicativos de bexiga hiperactiva;

3. PARTICIPANTES E MÉTODOS

3.1. População em estudo

Adultos não institucionalizados, residentes em Portugal Continental, com idade igual ou superior a 40 anos.

3.2. Tamanho da amostra

Os participantes foram seleccionados usando como espaço amostral a região geográfica correspondente à Nova Nomenclatura das Unidades Territoriais (NUTS II) para Portugal Continental que divide o país em 5 zonas: Norte, Centro, Lisboa, Alentejo e Algarve.

O cálculo do tamanho da amostra foi efectuado de forma a permitir estimar, para cada NUT II considerada, prevalências de incontinência urinária de 50%, com uma precisão na estimativa de 5%, a um nível de confiança de 95%. Com estes pressupostos verificou-se ser necessário avaliar 385 indivíduos por região, num total de 1925 entrevistas a efectuar em Portugal Continental.

3.3. Selecção de números de telefone

Eram elegíveis para participar neste estudo todos os indivíduos com idade igual ou superior a 40 anos que residissem numa habitação cujo número de telefone constasse nas listas telefónicas da Portugal Telecom® do ano 2007/2008.

Foram geradas três listas de números aleatórios, para a selecção das páginas a utilizar, para a selecção de uma coluna de cada página e para a selecção da posição do número a escolher em cada coluna.

Foram inicialmente seleccionadas 385 páginas por cada NUT II, de modo a seleccionar um participante por página. Após selecção da coluna a utilizar (entre 4 colunas possíveis) criou-se uma lista de 20 números correspondentes à posição onde se encontra cada número de telefone na coluna. Existem quantidades diferentes de números de telefone por coluna, optando-se por produzir listas de números aleatórios de 1 a 150 (estimativa do número máximo de números de telefone apresentados em cada coluna). Os 20 números aleatórios, correspondentes a posições na coluna

seleccionada, foram utilizados sequencialmente pelo inquiridor até efectuar uma entrevista com sucesso. Foi utilizada a mesma lista de posições em todas as colunas. Nas situações em que se esgotaram os 20 números propostos (por recusa, chamadas não atendidas ou não elegibilidade), seleccionou-se aleatoriamente uma nova coluna. Quando o mesmo sucedeu na nova coluna, optou-se por aleatorizar uma nova página, seguindo o processo descrito.

Excluíram-se números de telefone atribuídos a entidades colectivas, números não atribuídos, números que estivessem ocupados no momento ou cujo telefonema não fosse atendido ao fim de 10 toques de chamada, bem como números em que o telefonema fosse atendido por indivíduos que não falassem português. Nas situações referidas anteriormente, em caso de recusa ou na falta de um elemento residente na habitação e com a idade pretendida, os números de telefone foram substituídos pelo número correspondente ao número de ordem seguinte na lista de números aleatórios utilizada para a selecção.

A amostragem baseada nas listas telefónicas tenderá a sobre-representar indivíduos mais idosos e do sexo feminino. De forma a minimizar este efeito desenharam-se os procedimentos para que fossem efectuadas mais entrevistas em horário nocturno e durante o fim-de-semana, em que se considerou ser mais provável identificar indivíduos mais novos e do sexo masculino.

As chamadas realizaram-se a partir das 9.30H (nos dias úteis) ou 11.00H (ao fim-de-semana) até às 21.00H.

3.4. Metodologia de entrevista

Em cada residência foi entrevistada a pessoa que atendeu a chamada, caso cumprisse os critérios definidos e aceitasse participar. No caso de esta ter menos de 40 anos de idade era-lhe perguntado se estava mais alguém em casa no momento, residente habitual, com 40 ou mais anos e com possibilidade de participar. Em caso afirmativo a entrevista era efectuada a essa pessoa, se fosse a única. Existindo mais do que uma pessoa que cumprisse os critérios pretendidos solicitava-se a presença daquela que tivesse nascido no dia e mês mais próximos do dia 1 de Janeiro, considerando o dia 2 de Janeiro como o mais próximo e o dia 31 de Dezembro como o mais afastado.

No início da entrevista o inquiridor identificava-se, referia o local de onde estava a ser efectuada a chamada e explicava que se pretendia uma entrevista de 5 a 10 minutos

com questões relacionadas com aspectos da saúde dos potenciais participantes. Referia ainda que todos os dados que fossem fornecidos eram anónimos e confidenciais. Nesta fase não era mencionado o tema “incontinência urinária” de forma a evitar recusas motivadas pela presença de sintomatologia sugestiva de incontinência urinária ou diagnóstico médico de incontinência urinária. Aos indivíduos que aceitavam participar, o inquiridor referia, antes de se iniciar o questionário, que iriam ser efectuadas algumas perguntas sobre incontinência urinária e “problemas de bexiga”. Houve apenas um participante que desligou o telefone imediatamente após receber esta informação (Anexo 1).

Considerou-se que os indivíduos que não responderam ao questionário na íntegra recusaram participar e foram seleccionados outros participantes para os substituir, seguindo a metodologia previamente descrita. Não foram excluídos participantes que recusaram responder a apenas a algumas das questões efectuadas.

3.5. Informação recolhida

Para a avaliação dos participantes foi desenhado um questionário estruturado (Anexo 2), constituído essencialmente por perguntas fechadas. A estrutura e conteúdo do questionário foram definidos de forma a haver equilíbrio entre a quantidade de informação obtida e o tempo dispendido na entrevista, prevendo-se uma duração média de 10 minutos. Foram revistas várias versões dos questionários por diferentes profissionais de saúde, incluindo um representante das Associações Portuguesa de Urologia e Neuro-Urologia e Neuro-Ginecologia.

Para todos os participantes incluídos foi recolhida informação socio-demográfica incluindo idade, escolaridade, profissão e situação na profissão (a exercer, desempregado, doméstico, reformado ou outra). Relativamente a aspectos comportamentais foi recolhida informação sobre hábitos tabágicos. As características clínicas avaliadas incluíram história de diagnóstico médico de diabetes, asma ou bronquite crónica, cancro da próstata (homens), cancros do útero, ovários ou mama (mulheres) e indicadores antropométricos (altura e peso actuais). No caso do participante não saber a sua altura era-lhe solicitado que reportasse a registada no bilhete de identidade.

As participantes do sexo feminino responderam ainda a perguntas relativas à sua história obstétrica, incluindo informação sobre gravidezes anteriores, número de filhos, tipos de parto e história de histerectomia.

Incontinência Urinária

A prevalência de incontinência urinária foi quantificada através da questão: *No último mês teve um ou mais episódios de perdas de urina?*, segundo a definição da International Continence Society (ICS). Aos indivíduos que responderam afirmativamente a esta questão foi perguntada a frequência com que os episódios ocorreram (*Mais do que uma vez por dia / Uma vez por dia / Várias vezes por semana (2 a 6 vezes) / Uma vez por semana / Menos de uma vez por semana*).

Consideraram-se casos de “incontinência urinária de esforço” aqueles que deram uma resposta afirmativa à questão *aconteceu sem vontade de urinar e/ou quando fazia algum esforço (exemplo, caminhar, tossir, fazer a cama)?*, casos de “incontinência urinária de imperiosidade” os que responderam afirmativamente à questão *aconteceu quando teve uma vontade repentina de urinar?* e casos de “incontinência urinária mista” os que deram resposta afirmativa a ambas as perguntas anteriores.

Incontinência Urinária diagnosticada por médico

Independentemente de qualquer resposta anterior, era perguntado aos participantes se, alguma vez, algum médico lhes tinha diagnosticado incontinência urinária ou “perdas de urina” e, em caso afirmativo, há quanto tempo tinha sido efectuado o diagnóstico. Foi ainda avaliada a percepção de da situação actual relativamente a problemas de incontinência urinária.

Caracterização do tratamento

Os participantes que referiram ter um diagnóstico de incontinência urinária foram questionados acerca da realização de tratamentos médicos, cirúrgicos ou outros (Anexo 3).

Foram identificados os medicamentos utilizados no tratamento e os participantes foram questionados sobre a existência e os motivos de mudança ou abandono de terapêutica, quando aplicável. As causas foram classificadas como: (existência de) efeitos adversos, falha das expectativas, perspectiva de cronicidade, preço elevado ou outro. Para cada tipo de tratamento efectuado avaliou-se a percepção do respectivo impacto na evolução da patologia (*Curou o problema / Não curou mas melhorou / Não fez nada (manteve a situação) / Piorou o problema*).

Os participantes foram questionados sobre a necessidade de utilização de fraldas ou pensos e qual o montante mensal que disponibilizavam para os mesmos.

Sintomatologia indicativa de bexiga hiperactiva

Para avaliar a percepção de sintomas que sejam indicativos de bexiga hiperactiva foi utilizada a versão Portuguesa validada no Brasil, do questionário Overactive Bladder Awareness Tool, 8 item version: OAB-q8, Pfizer®.

Este questionário^{11,12} quantifica o incómodo causado por 8 sintomas de bexiga descritos, indicando a sua resposta numa escala de zero (*Nada*) a cinco (*Muitíssimo*), de acordo com o grau de incómodo sentido.

O *score* foi obtido segundo as indicações, através da soma das respostas a cada um dos itens e adicionando 2 pontos ao *score* final dos indivíduos do sexo masculino (a escala tem em consideração um limiar de incómodo mais baixo nos homens). O resultado final varia entre 0 e 40 nas mulheres e entre 2 e 42 nos homens.

Considerou-se que indivíduos com resultado final igual ou superior a 8 tinham sintomatologia indicativa de bexiga hiperactiva.

3.6. Procedimentos prévios à realização de entrevistas

Foi elaborado um manual de procedimentos (Anexo 4) incluindo uma breve descrição do estudo e descritas as metodologias para a realização de entrevistas de forma a uniformizar os procedimentos adoptados. Neste manual foram detalhadamente explicadas as perguntas a efectuar bem como os procedimentos necessários para a codificação da informação recolhida.

Foram treinados nove inquiridores através das seguintes actividades:

- a) Acção de formação com apresentação do estudo, questionário a aplicar e metodologias a utilizar;
- b) Análise do manual de procedimentos;
- c) Realização de entrevistas fictícias entre si, com observação de um inquiridor treinado, num mínimo de 6 por inquiridor;
- d) Realização de entrevistas telefónicas fictícias, em sistema de alta-voz, com supervisão de um inquiridor treinado.

Na fase final de treino dos inquiridores o questionário foi aplicado telefonicamente a uma amostra de 36 indivíduos que permitiu a reformulação de algumas questões ambíguas ou de difícil compreensão.

O estudo foi submetido à apreciação da Comissão de Ética do Hospital de S. João, tendo sido obtido parecer positivo para a sua realização.

3.7. Armazenamento e análise de dados

Os dados obtidos foram informatizados e armazenados numa base de dados no programa Microsoft Access® e a sua análise estatística foi efectuada utilizando o programa Stata® versão 9.0.

Foram calculadas proporções e respectivos intervalos de confiança a 95% (IC95%).

As prevalências apresentadas foram calculadas considerando amostragem estratificada por NUT II e atribuindo-se a cada indivíduo um peso correspondente à razão entre o número de participantes do mesmo sexo e da mesma classe etária (40 a 59, 60 a 79 e ≥80 anos) avaliados por NUT II e o número total de residentes do mesmo sexo e da mesma classe etária na mesma região.

Foram quantificadas as associações entre incontinência urinária, diagnóstico de casos de incontinência e sintomas de bexiga hiperactivas e as variáveis sociodemográficas, clínicas e comportamentais avaliadas, através do cálculo de *odds ratio* (OR) e respectivos IC95% por regressão logística não condicional.

3.8. Entrevistas

As entrevistas foram realizadas entre 21 de Janeiro e 27 de Fevereiro de 2008. Distribuíram-se por 6 dias de semana e em cada dia pelos períodos da manhã (9.30-14.00H), tarde (14.00-18.00H) e noite (18-21.00H). A distribuição semanal e por horário pode ser visualizada na Tabela 1.

Tabela 1 - Proporção de entrevistas realizadas por dia de semana e horário

	%
Dias da semana	
Segunda-feira	18,7%
Terça-feira	12,4%
Quarta-feira	27,3%
Quinta-feira	18,6%
Sexta-feira	14,9%
Fim-de-semana	8,1%
Horário	
Manhã	29,8%
Tarde	23,6%
Noite	46,6%

* Manhã (9.30-14.00H); Tarde (14:00-18:00H); Noite (18.00: 21:00H)

Foram efectuadas cerca de 4500 chamadas telefónicas, excluindo números não atribuídos, ocupados ou não atendidos. De todas as chamadas realizadas, 22% foram consideradas não elegíveis, maioritariamente por não se tratarem de residências.

Aceitaram participar (até ao final do questionário) 59,3% dos indivíduos, tendo 38,3% recusado imediatamente e 2,4% desistido no decorrer da entrevista.

Aos indivíduos que recusavam imediatamente era perguntado se tinham idade igual ou superior a 40 anos, sendo que 13% não eram elegíveis (32% não responderam à questão). Desta forma, a proporção final de participação foi de 64,8%.

3.9. Caracterização da amostra estudada

Foram avaliados 1934 participantes, distribuídos pelas cinco unidades territoriais consideradas (NUT II).

A **Erro! Auto-referência de marcador inválida.** apresenta a comparação, por NUT II, entre as características socio-demográficas da amostra estudada e as da população residente com idade igual ou superior a 40 anos, de acordo com os resultados dos Censos 2001.

Neste estudo responderam ao questionário mais mulheres (76,7%) distribuídas de forma semelhante por todas as NUT II.

A idade média dos participantes foi de 63 anos. Em cada região a proporção de indivíduos com idade entre os 40 e os 49 anos foi menor e foram mais frequentes as entrevistas a pessoas com idade superior a 59 anos. Não houve também diferenças entre as diferentes NUT II quanto à idade dos participantes avaliados.

A proporção de indivíduos com 3º ciclo (9º ano de escolaridade) ou grau académico superior foi mais elevada que na população geral para todas as regiões.

São apresentadas na Tabela 3 outras características comportamentais e clínicas dos indivíduos avaliados.

As regiões do Algarve e do Alentejo apresentaram, respectivamente, a maior e menor proporção de fumadores actuais ou ex-fumadores, 26,8% e 17,8%. Nesta amostra 63,3% dos indivíduos tinha excesso de peso ou obesidade, sendo estas condições mais frequentes na região do Centro (67,2%) e menos frequentes no Algarve (57,6%). O diagnóstico médico de diabetes foi efectuado a 14,9% dos participantes, sem diferenças significativas entre as regiões. Foi diagnosticada asma ou bronquite crónica a 11% dos indivíduos, sendo a proporção maior na região Centro (13,5%) e menor no Algarve (7,3%).

A região de Lisboa registou a menor proporção de mulheres com história de parto vaginal (75,9%), tendo o Alentejo registado 87,5%. Referiram ter sido hysterectomizadas 17,2% das mulheres.

Tabela 2 - Caracterização socio-demográfica da população residente com idade igual ou superior a 40 anos (de acordo com os resultados definitivos dos Censos 2001, INE) e da amostra avaliada, por Nomenclatura de Unidades Territoriais (NUT II).

	Norte		Centro		Lisboa		Alentejo		Algarve	
	Censos n (%)	Amostra n (%)	Censos n (%)	Amostra n (%)	Censos n (%)	Amostra n (%)	Censos n (%)	Amostra n (%)	Censos n (%)	Amostra n (%)
Total	1 602 276	387	1 178 239	385	1 284 412	391	414 835	386	198 593	385
Sexo										
Feminino	868 267 (54,2)	304 (78,5)	636 875 (54,1)	289 (75,1)	702 626 (54,7)	299 (76,5)	220 731 (53,2)	300 (77,7)	103 003 (51,9)	291 (75,6)
Masculino	734 009 (45,8)	83 (21,5)	541 364 (45,9)	96 (24,9)	581 786 (45,3)	92 (23,5)	194 104 (46,8)	86 (22,3)	95 590 (48,1)	94 (24,4)
Idade										
40-49	513 585 (32,1)	70 (18,1)	312 349 (26,5)	61 (15,8)	369 814 (28,8)	64 (16,4)	101 095 (24,4)	68 (17,6)	55 078 (27,7)	63 (16,4)
50-59	399 772 (24,9)	90 (23,3)	273 358 (23,2)	78 (20,2)	356 106 (27,7)	88 (22,5)	90 612 (21,8)	87 (22,5)	47 649 (24,0)	78 (20,3)
60-69	341 283 (21,3)	99 (25,6)	273 979 (23,2)	107 (27,8)	284 948 (22,2)	109 (27,9)	102 487 (24,7)	84 (21,8)	44 638 (22,5)	111 (28,8)
70-79	243 661 (15,2)	91 (23,5)	217 197 (18,4)	93 (24,2)	193 220 (15,0)	92 (23,5)	83 172 (20,1)	100 (25,9)	34 275 (17,3)	99 (25,7)
≥80	103 975 (6,5)	37 (9,5)	101 356 (8,6)	46 (12,0)	80 324 (6,3)	38 (9,7)	37 469 (9,0)	47 (12,2)	16 953 (8,5)	34 (8,8)
Escolaridade										
Nenhuma	480 568 (30,0)	117 (30,3)	411 189 (34,9)	100 (26,0)	237 928 (18,5)	41 (10,5)	163 662 (39,5)	107 (27,8)	60 063 (30,3)	90 (23,4)
1º Ciclo	725 724 (45,3)	151 (39,1)	502 808 (42,7)	158 (41,0)	478 914 (37,3)	160 (40,9)	164 775 (39,7)	148 (38,4)	79 438 (40,0)	139 (36,1)
2º Ciclo	117 790 (7,4)	23 (6,0)	79 440 (6,7)	38 (9,9)	111 742 (8,7)	30 (7,7)	26 396 (6,4)	25 (6,5)	14 752 (7,4)	32 (8,3)
3º Ciclo	100 220 (6,3)	27 (7,0)	68 909 (5,8)	37 (9,6)	155 683 (12,1)	50 (12,8)	23 417 (5,6)	36 (9,4)	15 751 (7,9)	41 (10,6)
Secundário	99 881 (6,2)	31 (8,0)	65 619 (5,6)	24 (6,2)	175 095 (13,6)	50 (12,8)	22 200 (5,3)	39 (10,1)	18 251 (9,2)	40 (10,4)
Superior	78 093 (4,8)	37 (9,6)	50 274 (4,3)	28 (7,3)	125 050 (9,8)	60 (15,3)	14 385 (3,5)	30 (7,8)	10 338 (5,2)	43 (11,2)
Situação na Profissão										
Exerce	672 740 (42,0)	93 (24,0)	461 898 (39,2)	87 (22,6)	610 733 (47,6)	116 (29,7)	157 844 (38,1)	99 (25,7)	86 586 (43,6)	112 (29,1)
Desempregada(o)	44 001 (2,7)	15 (3,9)	21 657 (1,8)	15 (3,9)	41 736 (3,2)	17 (4,3)	11 625 (2,8)	14 (3,6)	4 206 (2,1)	13 (3,4)
Doméstica(o)	175 945 (11,0)	82 (21,2)	126 098 (10,7)	85 (22,1)	87 511 (6,8)	55 (14,1)	28 826 (6,9)	64 (16,6)	17 712 (8,9)	72 (18,7)
Reformada(o)	604 396 (37,7)	186 (48,1)	496 572 (42,2)	191 (49,6)	476 362 (37,1)	201 (51,4)	192 239 (46,3)	207 (53,6)	77 626 (39,1)	185 (48,0)
Outra*	105 194 (6,6)	11 (2,8)	72 014 (6,1)	7 (1,8)	68 070 (5,3)	2 (0,5)	24 301 (5,9)	2 (0,5)	12 463 (6,3)	3 (0,8)

* Incapacitado permanentemente perante o trabalho, estudante

Tabela 3 - Características da amostra estudada, por Nomenclatura de Unidades Territoriais (NUT II).

	Norte (n=387) n (%)	Centro (n=385) n (%)	Lisboa (n=391) n (%)	Alentejo (n=386) n (%)	Algarve (n=385) n (%)
Hábitos Tabágicos (n, %)					
Nunca	312 (80,6)	309 (80,9)	291 (74,8)	312 (82,1)	281 (73,2)
Fumador actual	33 (8,5)	21 (5,5)	39 (10,0)	26 (6,8)	39 (10,1)
Cigarros/dia ¹	15 (8-20)	11 (6-20)	20 (7-25)	18 (10-20)	10 (6-20)
Ex-fumador	42 (10,9)	52 (13,6)	59 (15,2)	42 (11,1)	64 (16,7)
IMC (kg/m²)²					
<18	2 (0,6)	5 (1,4)	2 (0,5)	6 (1,7)	3 (0,9)
18-24	123 (34,9)	111 (31,4)	143 (38,8)	107 (31,5)	147 (41,5)
25-29	155 (44,0)	166 (46,9)	144 (39,0)	142 (41,8)	149 (42,1)
≥30	72 (20,5)	72 (20,3)	80 (21,7)	85 (25,0)	55 (15,5)
Antecedentes patológicos					
Diabetes	69 (17,8)	50 (13,0)	47 (12,0)	63 (16,3)	59 (15,3)
Asma ou bronquite	52 (13,4)	52 (13,5)	42 (10,8)	38 (9,8)	28 (7,3)
Cancro próstata ³	8 (9,6)	2 (2,1)	5 (5,4)	5 (5,8)	0 (0,0)
Cancro útero/ovários/mama ⁴	16 (5,3)	13 (4,5)	14 (4,7)	17 (5,7)	12 (4,1)
Partos anteriores⁴					
Nenhum	32 (10,6)	35 (12,1)	48 (16,1)	30 (10,0)	39 (13,5)
Exclusivamente vaginal	240 (79,2)	229 (79,5)	219 (73,5)	248 (82,7)	223 (77,1)
Exclusivamente cesariana	17 (5,6)	10 (3,5)	24 (8,0)	13 (4,3)	19 (6,6)
Vaginal e cesariana	14 (4,6)	14 (4,9)	7 (2,4)	9 (3,0)	8 (2,8)
Menopausa⁴					
Não					
Sim	237 (78,0)	240 (83,3)	241 (80,6)	249 (83,0)	246 (84,5)
Idade, anos ^{1,5}	49 (45-52)	50 (45-51)	50 (46-53)	50 (46-52)	49 (45-52)
Histerectomia	39 (16,7)	55 (22,9)	43 (17,8)	33 (14,0)	34 (14,5)

¹ Resultados apresentados como mediana (percentil 25 – percentil 75)

² Proporção de indivíduos que não sabe a altura ou o peso: Norte=9,0%; Centro=8,0%; Lisboa=5,6%; Alentejo=11,9%; Algarve=8,0%

³ Considerando apenas indivíduos do sexo masculino (Norte=83; Centro=96; Lisboa=92; Alentejo=86; Algarve=94)

⁴ Considerando apenas indivíduos do sexo feminino (Norte=304; Centro=289; Lisboa=299; Alentejo=300; Algarve=291)

⁵ Proporção de mulheres que não sabe a idade da menopausa: Norte=3,4%; Centro=2,9%; Lisboa=3,7%; Alentejo=2,8%; Algarve=2,4%

4. RESULTADOS

A prevalência de incontinência urinária encontrada neste estudo, não tendo em conta factores de ponderação, foi 19,3% (IC 95%: 17,6-21,2), a prevalência de incontinência urinária diagnosticada pelo médico foi 4,7% (IC95%: 3,8-5,7) e 30,1% (IC95%: 28,0-32,2) dos participantes revelaram sintomas de bexiga hiperactiva. Estas estimativas, estratificadas por sexo e idade são apresentadas na Tabela 4.

Tabela 4 – Proporção de participantes com incontinência urinária (segundo ICS), incontinência urinária diagnosticada pelo médico e sintomatologia indicativa de bexiga hiperactiva, por sexo e idade.

	n	Incontinência Urinária % (IC95%)	Diagnóstico médico % (IC95%)	Bexiga Hiperactiva % (IC95%)
Mulheres				
40-59	565	18,2 (15,1-21,7)	2,8 (1,6-4,6)	26,9 (23,3-30,8)
60-79	764	26,3 (23,2-29,6)	6,3 (4,7-8,2)	30,2 (27,0-33,6)
≥ 80	154	22,1 (15,8-29,5)	5,8 (2,7-10,8)	27,9 (21,0-35,7)
Homens				
40-59	182	4,4 (1,9-8,5)	2,8 (0,9-6,3)	29,7 (23,1-36,9)
60-79	221	9,5 (6,0-14,2)	5,4 (2,8-9,3)	37,1 (30,7-43,8)
≥ 80	48	14,6 (6,1-27,8)	2,1 (0,0-11,1)	41,7 (27,6-57,8)

A diferente distribuição dos sexos e idades na amostra estudada e na população geral poderá originar sobre ou subestimativas das prevalências em Portugal Continental. Desta forma, todos os resultados apresentados daqui em diante são ponderados para a região, sexo e idade, quando se referem a Portugal Continental, ou para sexo e idade, quando se referem a cada uma das unidades territoriais.

Considerando a definição baseada na ICS – pelo menos um episódio de perda de urina nas últimas 4 semanas, a prevalência estimada para Portugal Continental foi de 15,1% (IC95%: 13,2-17,0), sendo 21,4 (IC95%: 19,0-23,9) nas mulheres e 7,6 (IC95%: 4,8-10,4) nos homens. A prevalência foi mais elevada no Alentejo, 18,0% (IC95%: 14,0-22,0), e Lisboa registou o valor mais baixo, 10,5% (IC95%: 7,3-13,7). Quanto ao diagnóstico médico de incontinência urinária, a prevalência ponderada para o país foi de 4,0% (IC95%: 3,0-5,0), mais elevada na região Centro (4,9%, IC95%: 2,3-7,5) e mais baixa no Algarve (2,3%, IC95%: 0,6-4,0). A prevalência de bexiga hiperactiva (*score* ≥ 8) foi de 32,0% (IC95%: 29,1-35,0) em Portugal Continental, tendo a região

Norte apresentado a prevalência mais elevada (39,3%, IC95%: 33,2-45,5) e Lisboa a mais baixa (24,9%, IC95%: 19,9-30,0).

Na Tabela 5 são apresentadas as prevalências, por sexo e idade, para Portugal Continental. A prevalência de incontinência urinária foi significativamente diferente entre homens e mulheres, sendo o valor máximo encontrado em mulheres dos 60 aos 79 anos (26,0%, IC95%: 22,4-29,6). Nos homens atingiu 21,6% (IC95%: 6,9-36,3) entre os indivíduos com idade igual ou superior a 80 anos. Foi nestas classes etárias que a prevalência de incontinência urinária diagnosticada por médico foi menor.

A declaração de sintomas indicativos de bexiga hiperactiva foi, nas mulheres, diminuindo com a idade (30% em mulheres entre os 40 e os 59 anos e 25% com idade maior que 79 anos), acontecendo o inverso com os homens (32% em indivíduos entre os 40 e os 59 anos e 47,5% nos indivíduos com mais de 79 anos).

Tabela 5 - Prevalência de incontinência urinária (segundo ICS), incontinência urinária diagnosticada pelo médico e sintomatologia indicativa de bexiga hiperactiva em Portugal Continental, por sexo e idade.

	Incontinência Urinária % (IC95%)	Diagnóstico médico % (IC95%)	Bexiga Hiperactiva % (IC95%)
Mulheres			
40-59	18,0 (14,4-21,7)	3,3 (1,6-5,1)	30,1 (25,7-34,5)
60-79	26,0 (22,4-29,6)	1,6 (0,0-3,5)	29,5 (25,8-33,2)
≥ 80	20,9 (13,8-28,1)	6,7 (4,7-8,8)	25,3 (17,7-32,9)
Homens			
40-59	4,0 (0,6-7,3)	5,4 (2,0-8,7)	32,2 (23,8-40,5)
60-79	11,0 (6,3-15,7)	5,4 (1,2-9,7)	37,7 (30,6-44,8)
≥ 80	21,6 (6,9-36,3)	0,7 (0,0-2,1)	47,5 (30,8-64,1)

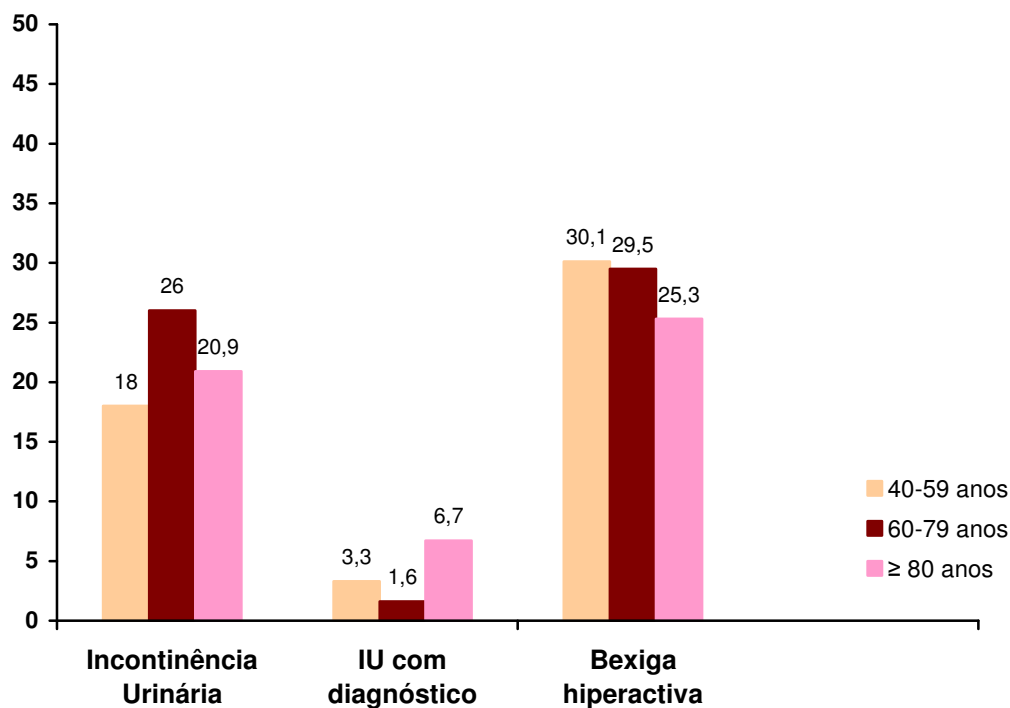


Figura 1 – Prevalência de incontinência urinária, de incontinência urinária diagnosticada pelo médico e de bexiga hiperactiva em mulheres de Portugal Continental, por classes de idade.

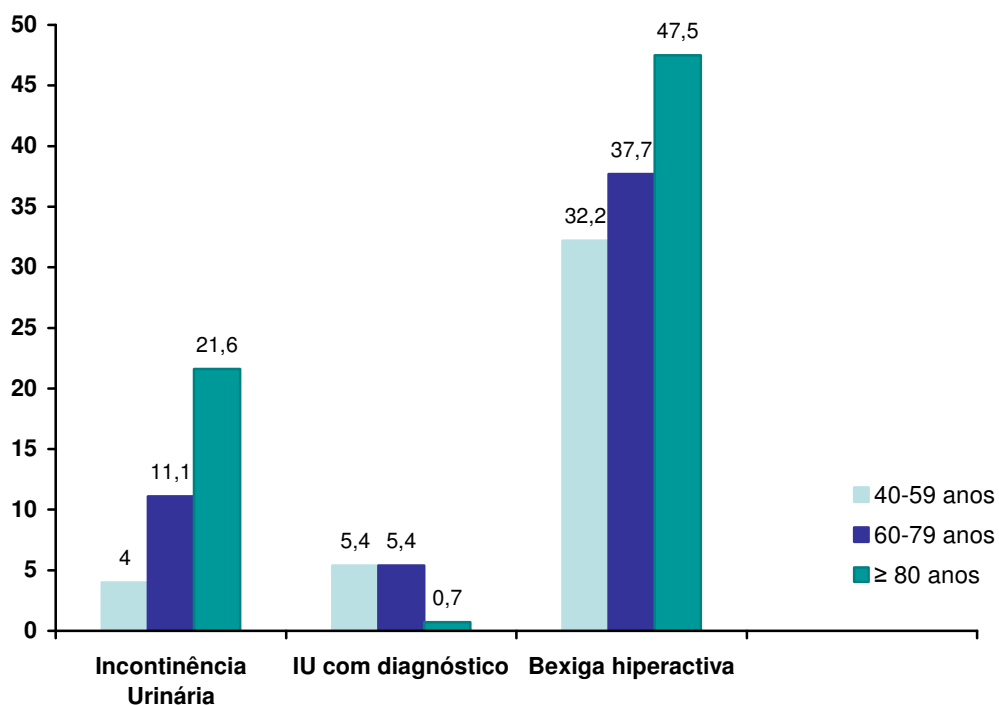


Figura 2 - Prevalência de incontinência urinária, de incontinência urinária diagnosticada pelo médico e de bexiga hiperactiva em homens de Portugal Continental, por classes de idade.

4.1. Incontinência urinária de esforço, imperiosidade e mista

Neste estudo foram avaliados diferentes tipos de incontinência urinária: de esforço, de imperiosidade e mista. Foi calculada a prevalência de cada uma das formas e, entre os casos de incontinência urinária, como estão distribuídas. Verificou-se existirem diferenças significativas de acordo com o género, pelo que os resultados serão apresentados separadamente para mulheres e homens. Na Tabela 6 é apresentada, para Portugal Continental a prevalência de cada um dos tipos de incontinência urinária, por sexo.

As prevalências de incontinência urinária de esforço e incontinência urinária mista são cinco a sete vezes mais elevadas nas mulheres, mas a incontinência urinária de imperiosidade é ligeiramente mais frequente nos homens.

Tabela 6 – Prevalência de incontinência urinária global, de esforço, de imperiosidade e mista em Portugal Continental, por sexo

	Portugal Continental	
	Mulheres (n=1483) % (IC95%)	Homens (n=451) % (IC95%)
Incontinência Urinária (IU)	21,4 (19,0-23,9)	7,6 (4,8-10,4)
IU de esforço*	8,7 (7,0-10,4)	1,2 (0,0-2,4)
IU de imperiosidade*	3,4 (2,3-4,4)	4,3 (2,1-6,5)
IU mista*	8,5 (6,9-10,1)	1,6 (0,5-2,7)

* Exclui participantes que não souberam responder ao tipo de incontinência, fazendo com que o somatório dos três tipos não seja coincidente com a prevalência global de incontinência urinária.

Nas figuras 3, 4 e 5 são apresentadas as prevalências para cada tipo de incontinência urinária, de acordo com o sexo, para Portugal Continental e para cada uma das cinco regiões avaliadas.

A prevalência de incontinência urinária de esforço foi semelhante em cada NUT II e em Portugal Continental, não se tendo registado nenhum caso nos homens da região Centro, Alentejo e Algarve.

A prevalência de incontinência urinária de imperiosidade foi mais frequente nos homens na região do Centro e do Algarve e mais frequente nas mulheres de Lisboa, Alentejo e região Norte. A incontinência urinária mista foi, em toas as regiões, mais prevalente no sexo feminino atingindo 12,2% das mulheres no Alentejo.

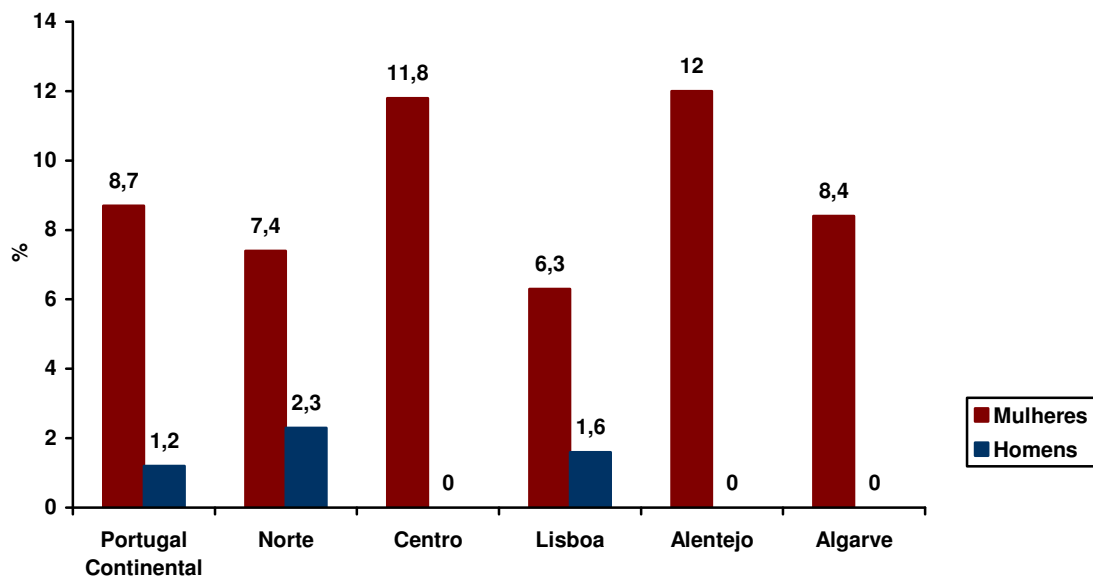


Figura 3 - Prevalência de incontinência urinária de esforço em Portugal Continental e em cada Unidade Territorial (NUT II), por sexo.

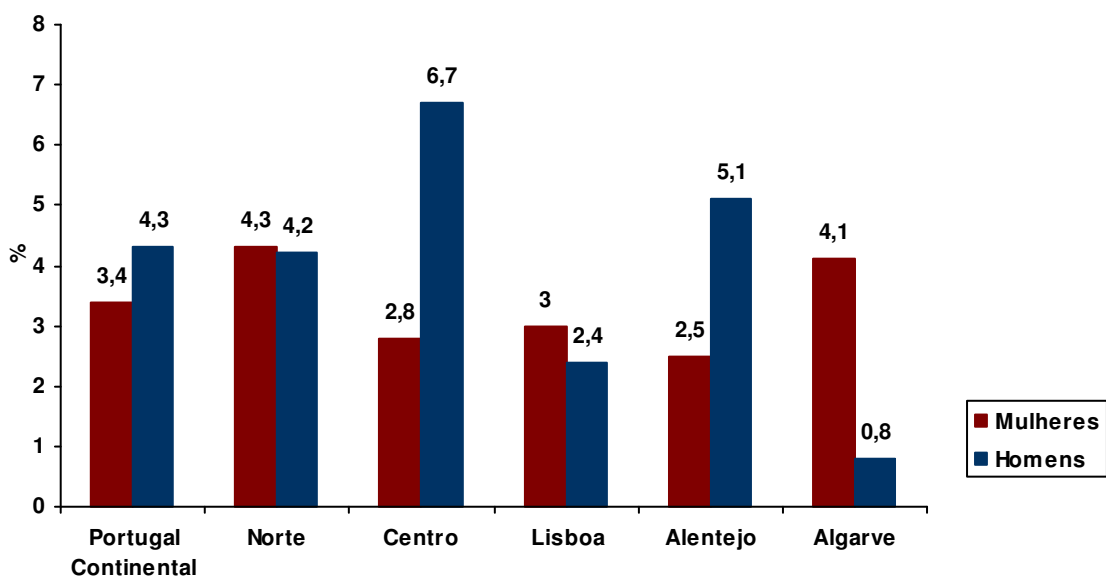


Figura 4 - Prevalência de incontinência urinária de imperiosidade em Portugal Continental e em cada Unidade Territorial (NUT II), por sexo.

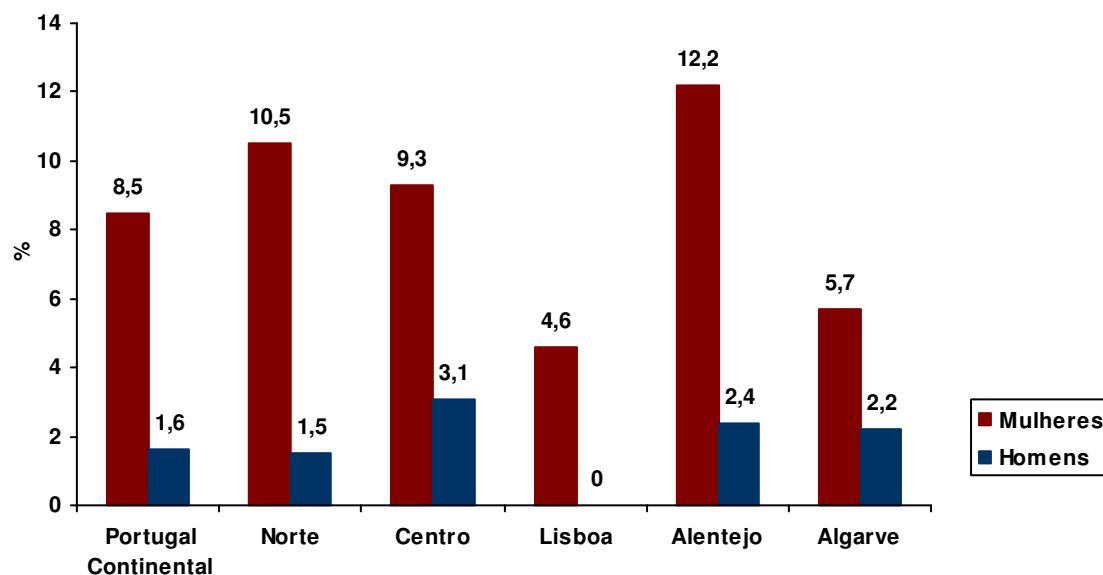


Figura 5 - Prevalência de incontinência urinária mista em Portugal Continental e em cada Unidade Territorial (NUT II), por sexo.

Dos indivíduos com perdas de urina nas últimas 4 semanas, 52,0% (IC 95%: 45,2-58,8) declararam que lhes acontecia uma ou mais vezes por dia, 23,1% (IC95%: 17,6-28,6) uma a seis vezes por semana e 24,9% (IC95%: 18,4-31,3) menos de uma vez por semana.

Considerando a distribuição dos diferentes tipos entre os casos de incontinência, a incontinência urinária de imperiosidade foi o tipo menos prevalente entre as mulheres de todas as NUT II. O tipo mais frequente foi a incontinência de esforço nas participantes do Centro (49,5%), Lisboa (45,5%) e Algarve (46,2%) e a incontinência mista entre as habitantes das zonas Norte (47,8%) e Alentejo (47,6%). No que diz respeito aos homens, a incontinência urinária de imperiosidade foi, excepto no Algarve, o tipo mais prevalente, variando entre 44,5% (Norte) e 66,7% (Centro, Lisboa e Alentejo). Apenas nas regiões Norte e Lisboa houve casos de incontinência urinária de esforço, sendo que nesta região não ocorreram situações de incontinência mista.

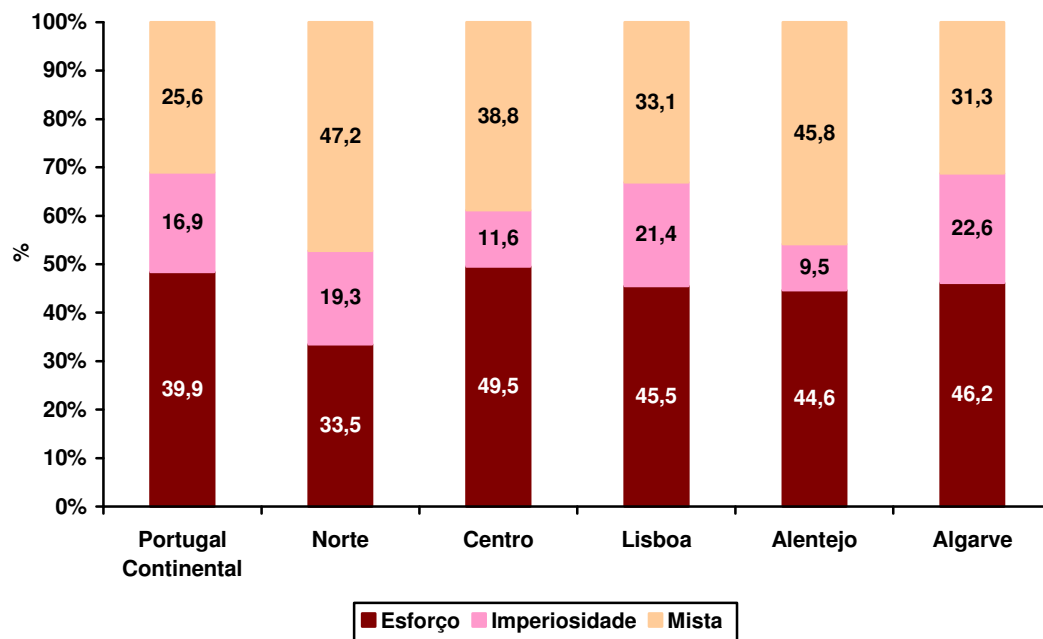


Figura 6 - Distribuição dos tipos de incontinência urinária em Portugal Continental e em cada Unidade Territorial (NUT II), em mulheres

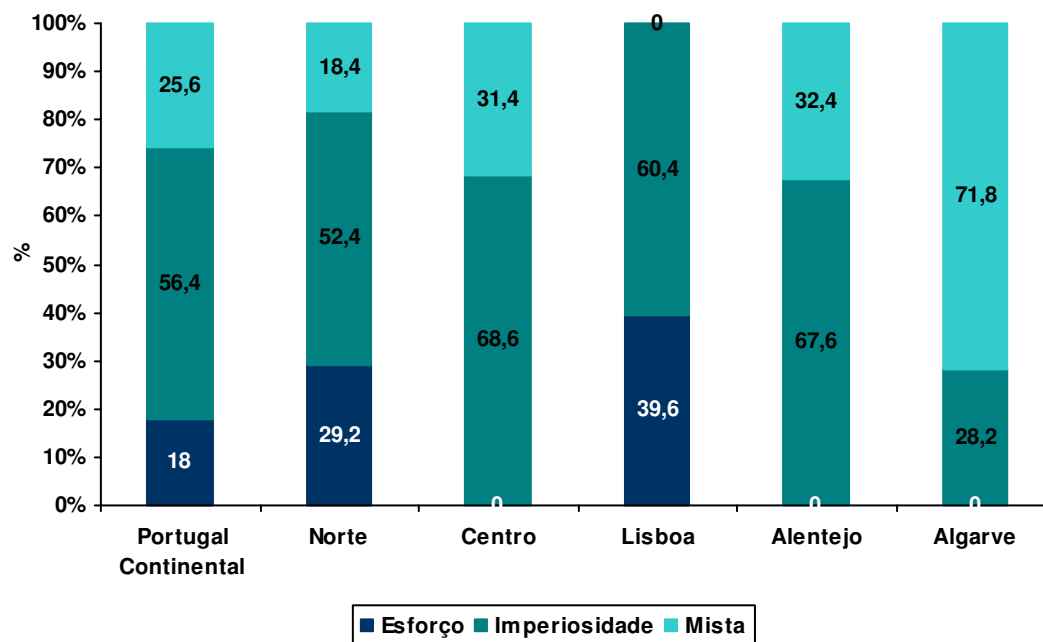


Figura 7 - Distribuição dos tipos de incontinência urinária em Portugal Continental e em cada Unidade Territorial (NUT II), em homens

Como apresentado na Tabela 7, as mulheres do Algarve declararam com menor frequência episódios de perdas de urina (OR ajustado=0,61; IC95%: 0,40-0,94), quando comparadas com as residentes no Norte do país. As mulheres de 60 e os 79 anos declararam mais frequentemente perdas de urina (OR ajustado 1,55; IC95%: 1,10-2,20), quando comparadas com as mulheres mais novas. Nas mulheres a obesidade (IMC \geq 30Kg/m²) associou-se à ocorrência de incontinência urinária (IMC \geq 30Kg/m² vs. <25Kg/m²: OR ajustado 1,69; IC95%: 1,10-2,60). Nos homens, apenas aqueles com idade igual ou superior a 80 anos revelaram mais frequentemente sofrerem de incontinência urinária (OR ajustado 4,67, IC95%: 1,21-17,99), comparados com os homens mais novos (40-59 anos).

Tabela 7 – Associação entre características socio-demográficas, clínicas e comportamentais e incontinência urinária, por sexo.

	Incontinência Urinária Mulheres		Incontinência Urinária Homens	
	OR bruto (IC95%)	OR ajustado* (IC95%)	OR bruto (IC95%)	OR ajustado** (IC95%)
NUT II				
Norte	1	1	1	1
Centro	0,99 (0,67-1,46)	0,90 (0,59-1,37)	1,25 (0,47-3,36)	1,07 (0,40-2,87)
Lisboa	0,54 (0,35-0,82)	0,51 (0,32-1,80)	0,68 (0,20-2,31)	0,62 (0,15-2,54)
Alentejo	1,18 (0,82-1,71)	1,08 (0,72-1,63)	0,93 (0,30-2,89)	0,86 (0,26-2,79)
Algarve	0,71 (0,48-1,06)	0,61 (0,40-0,94)	0,53 (0,15-1,89)	0,49 (0,13-1,80)
Idade				
40-59	1	1	1	1
60-79	1,59 (1,17-2,17)	1,55 (1,10-2,20)	3,00 (1,09-8,22)	2,14 (0,70-6,59)
\geq 80	1,20 (0,73-1,98)	1,17 (0,63-2,18)	6,70 (1,94-23,17)	4,67 (1,21-17,99)
Escolaridade				
<9	1	1	1	1
\geq 9	0,80 (0,57-1,12)	1,08 (0,72-1,60)	0,36 (0,13-1,01)	0,58 (0,20-1,69)
Profissão				
Não manual	1	1	1	1
Manual	1,21 (0,84-1,74)	0,95 (0,59-1,52)	3,76 (1,61-8,77)	2,72 (0,77-9,60)
Doméstica	1,16 (0,79-1,69)	0,95 (0,59-1,51)	----	----
Fumador(a) actualmente	0,83 (0,44-1,58)	1,02 (0,52-1,99)	0,29 (0,09-0,98)	0,50 (0,12-2,09)
IMC				
<25	1	1	1	1
25-29	1,20 (0,84-1,72)	1,10 (0,76-1,60)	1,24 (0,43-3,60)	1,10 (0,37-3,23)
\geq 30	1,82 (1,21-2,72)	1,69 (1,10-2,60)	1,77 (0,57-5,53)	1,74 (0,51-5,92)
Diabetes				
Sim	1,51 (1,02-2,24)	1,32 (0,83-2,10)	2,24 (0,98-5,14)	2,02 (0,87-4,70)
Asma ou bronquite crónica				
Sim	1,65 (1,10-2,48)	1,57 (0,99-2,48)	0,96 (0,34-2,74)	0,76 (0,27-2,11)

* OR ajustado para a idade, NUT II, IMC, diabetes, asma e histerectomia;

** OR ajustado para idade, escolaridade e hábitos tabágicos

Tabela 7 - continuação

	Incontinência Urinária Mulheres		Incontinência Urinária Homens	
	OR bruto (IC95%)	OR ajustado* (IC95%)	OR bruto (IC95%)	OR ajustado** (IC95%)
Cancro da próstata				
Sim	-----	-----	2,39 (0,63-2,08)	1,41 (0,36-5,44)
Cancro do útero/ovários/mama				
Sim	1,43 (0,77-2,65)	1,03 (0,50-2,14)	-----	-----
História de Parto Vaginal				
Sim	1,83 (0,89-1,99)	1,17 (0,76-1,80)	-----	-----
Histerectomia				
Sim	1,89 (1,30-2,74)	1,72 (0,72-1,60)	-----	-----

* OR ajustado para a idade, NUT II, IMC, diabetes, asma e histerectomia

** OR ajustado para idade, escolaridade e hábitos tabágicos

4.2. Prevalência de incontinência urinária diagnosticada por médico

A prevalência de incontinência urinária diagnosticada por médico foi 4,9% (IC95%: 3,6-6,1%) nas mulheres e 3,0% (IC95%:1,3-4,7%) nos homens. A proporção mais elevada foi encontrada nas mulheres da região Norte (6,0%, IC95%: 3,4-8,6) e a mais reduzida em homens da região de Lisboa (2,5%, IC95%: 0,0-5,2).

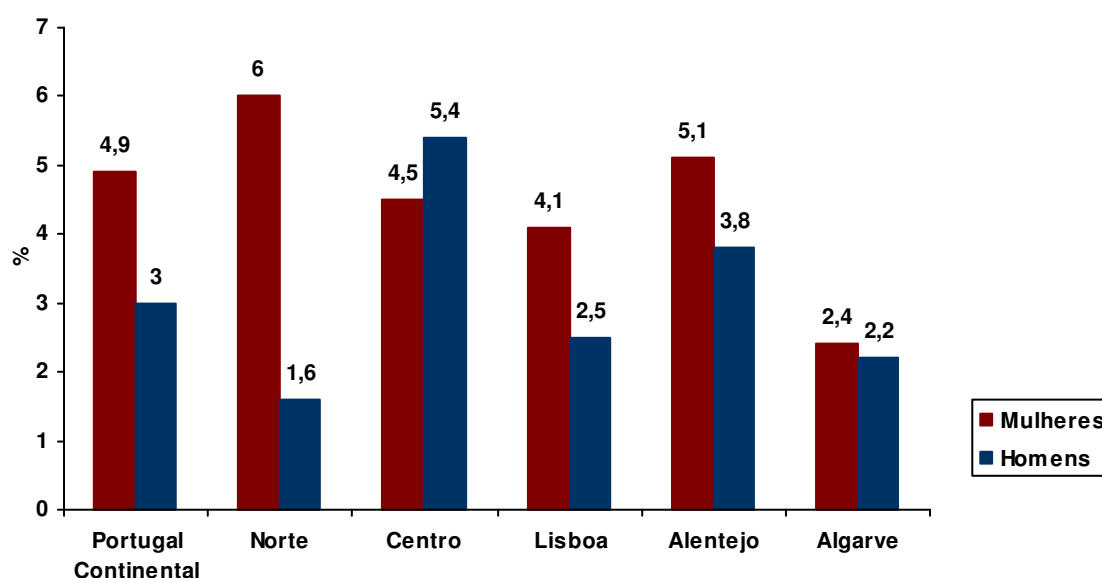


Figura 8 - Prevalência de incontinência urinária diagnosticada por médico em Portugal Continental e em cada Unidade Territorial (NUT II), por sexo

Como apresentado na tabela 8, a incontinência urinária diagnosticada pelo médico observou-se menos frequentemente entre as mulheres do Algarve (OR ajustado=0,38; IC95% 0,16-0,90) e mais frequentemente na faixa etária dos 60 aos 79 anos (OR ajustado = 2,08; IC95%: 1,08-3,98). Entre os homens, a declaração de diagnóstico médico foi mais frequente naqueles com história de diagnóstico de cancro de próstata (OR ajustado = 8,04; IC95%: 1,73-37,34).

Tabela 8 - Associação entre características socio-demográficas, clínicas e comportamentais e incontinência urinária diagnosticada por médico, por sexo.

	Incont. urinária diagnosticada Mulheres		Incont. urinária diagnosticada Homens	
	OR bruto (IC95%)	OR ajustado* (IC95%)	OR bruto (IC95%)	OR ajustado** (IC95%)
NUT II				
Norte	1	1	1	1
Centro	0,74 (0,36-1,51)	0,66 (0,32-1,37)	1,28 (0,29-5,55)	1,65 (0,31-8,67)
Lisboa	0,71 (0,34-1,48)	0,69 (0,33-1,45)	0,57 (0,11-2,85)	0,56 (0,10-3,11)
Alentejo	0,90 (0,45-1,77)	0,81 (0,41-1,61)	0,87 (0,17-4,39)	0,77 (0,14-4,24)
Algarve	0,38 (0,16-0,90)	0,38 (0,16-0,90)	0,71 (0,14-3,61)	1,00 (0,16-6,34)
Idade				
40-59	1	1	1	1
60-79	2,10 (1,11-3,97)	2,08 (1,09-3,97)	2,27 (0,65-7,90)	1,71 (0,44-6,59)
≥ 80	2,06 (0,82-5,17)	2,17 (0,86-5,49)	0,24 (0,02-2,34)	0,15 (0,01-1,77)
Escolaridade				
<9	1	1	1	1
≥ 9	0,71 (0,37-1,35)	1,00 (0,45-2,22)	0,92 (0,28-3,05)	1,62 (0,41-6,36)
Profissão				
Não manual	1	1	1	1
Manual	1,10 (0,55-2,22)	0,88 (0,41-1,88)	0,63 (0,20-1,96)	0,48 (0,16-1,46)
Doméstica	1,50 (0,74-3,03)	1,18 (0,54-2,58)	-----	-----
Fumador(a) actualmente	0,81 (0,21-3,06)	1,08 (0,28-4,18)	0,88 (0,25-3,10)	1,20 (0,26-5,52)
IMC				
<25	1	1	1	1
25-29	1,38 (0,71-2,67)	1,28 (0,64-2,58)	0,43 (0,10-1,78)	0,38 (0,08-1,77)
≥ 30	1,65 (0,78-3,52)	1,58 (0,73-3,44)	1,22 (0,31-4,85)	0,91 (0,23-3,60)
Diabetes				
Sim	0,77 (0,36-1,63)	0,63 (0,29-1,34)	0,62 (0,14-2,62)	0,59 (0,13-2,60)
Asma ou bronquite crónica				
Sim	1,90 (0,97-3,72)	1,83 (0,93-3,58)	2,34 (0,44-12,33)	2,82 (0,45-17,77)
Cancro da próstata				
Sim	-----	-----	8,61 (2,22-33,41)	8,04 (1,73-37,34)

*OR ajustado para a idade, NUT II, histerectomia

**OR ajustado para a idade, cancro da próstata

Tabela 8 - continuação

	Incont. urinária diagnosticada Mulheres		Incont. urinária diagnosticada Homens	
	OR bruto (IC95%)	OR ajustado* (IC95%)	OR bruto (IC95%)	OR ajustado** (IC95%)
Cancro do útero/ovários/mama Sim	1,38 (0,52-3,65)	1,26 (0,48-3,29)	-----	-----
História de Parto Vaginal Sim	2,14 (0,92-5,00)	1,96 (0,82-4,67)	-----	-----
Histerectomia Sim	2,04 (1,08-3,88)	1,93 (1,00-3,71)	-----	-----

*OR ajustado para a idade, NUT II, histerectomia

**OR ajustado para a idade, cancro da próstata

A média de anos de diagnóstico de incontinência urinária foi de 7,0 anos (IC95%: 4,73-9,28) anos nas mulheres e 3,8 anos (IC95%: 1,9-5,6 anos) nos homens.

Na altura da entrevista, 76,9% (IC95% 65,2-88,7%) das mulheres e 81,9% (IC95% 61,4-1,02) dos homens com diagnóstico prévio considerava ter ainda problemas de incontinência urinária.

Dos indivíduos que declararam diagnóstico de incontinência urinária, 52% não reportou a existência de episódios de perdas de urina no último mês.

4.3. Caracterização do tratamento

A análise relativa a ao tipo de tratamentos efectuados foi feita sem estratificação por sexo ou NUT II, dado o reduzido número de indivíduos com diagnóstico médico de incontinência urinária (n=86). Em Portugal Continental 74,1% (IC: 63,1-85,0) dos indivíduos com diagnóstico médico efectuou algum tratamento (medicamentos, cirurgia ou outro).

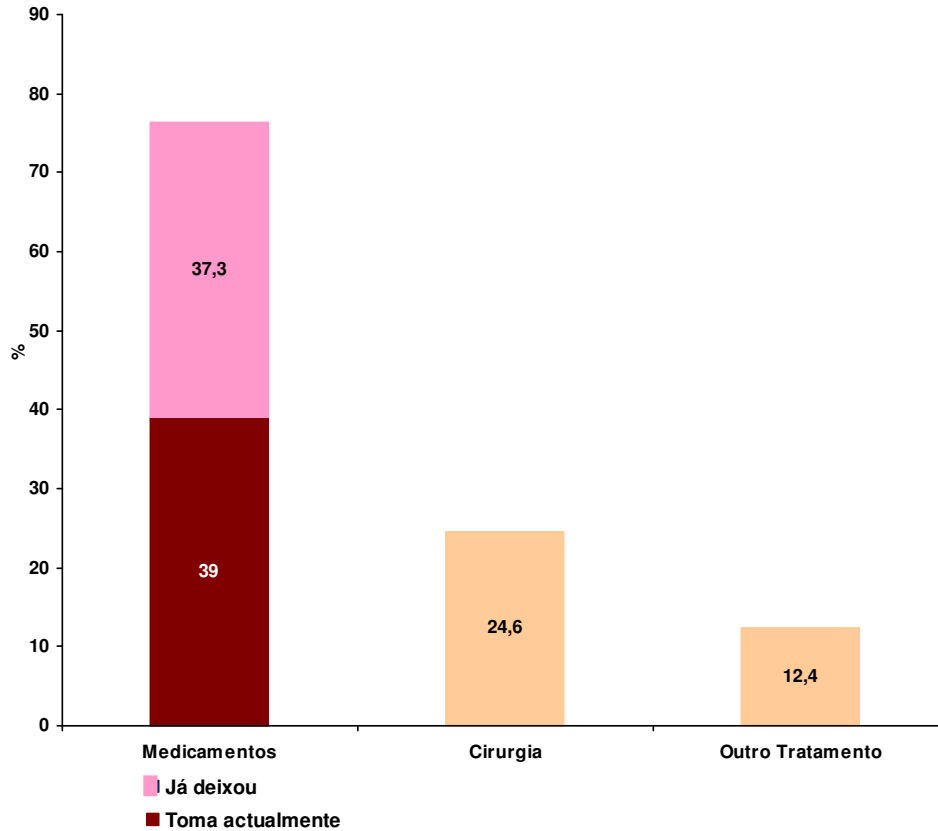


Figura 9 - Tipos de tratamento efectuados para incontinência urinária.

Trinta e nove por cento (IC95%: 22,6-55,5) dos indivíduos tomam actualmente algum medicamento e 37,2% (IC95%: 22,5-52,0) já efectuou tratamento farmacológico mas não o faz actualmente. Destes, 49% (IC95%: 23,2-75,6) deixou de tomar por falha de expectativas (associada ou não a cirurgia para corrigir o problema), 21,1% (IC95% 0,2-41,9) por ter curado o problema, 7,7% (IC95% 0,0-19,6) pelos efeitos laterais indesejáveis, 4,8% (IC95% 0,0-12,7) pelo preço ser elevado e ainda 26,2% (IC95%: 4,4-47,9) dos indivíduos referiu outras situações (ex. recomendação médica) para o abandono.

Daqueles que fazem actualmente terapia farmacológica, apenas uma pessoa mudou de medicamento por recomendação médica.

Realizaram cirurgia 24,6% (IC95%:11,6-37,5) dos indivíduos, dos quais apenas um era homem. Outro tratamento foi efectuado por 12,4% (IC95%: 0,6-24,2) dos indivíduos, sempre referido como “fisioterapia”ou “ginástica”.

A percepção global de cada um dos tipos de tratamentos pode ser visualizada na Figura 10. A maioria dos indivíduos considera que o tratamento não curou a situação, mas melhorou o seu estado. A cura foi reportada por 29,4% dos indivíduos sujeitos a cirurgia e por 14,1% dos sujeitos a terapia farmacológica.

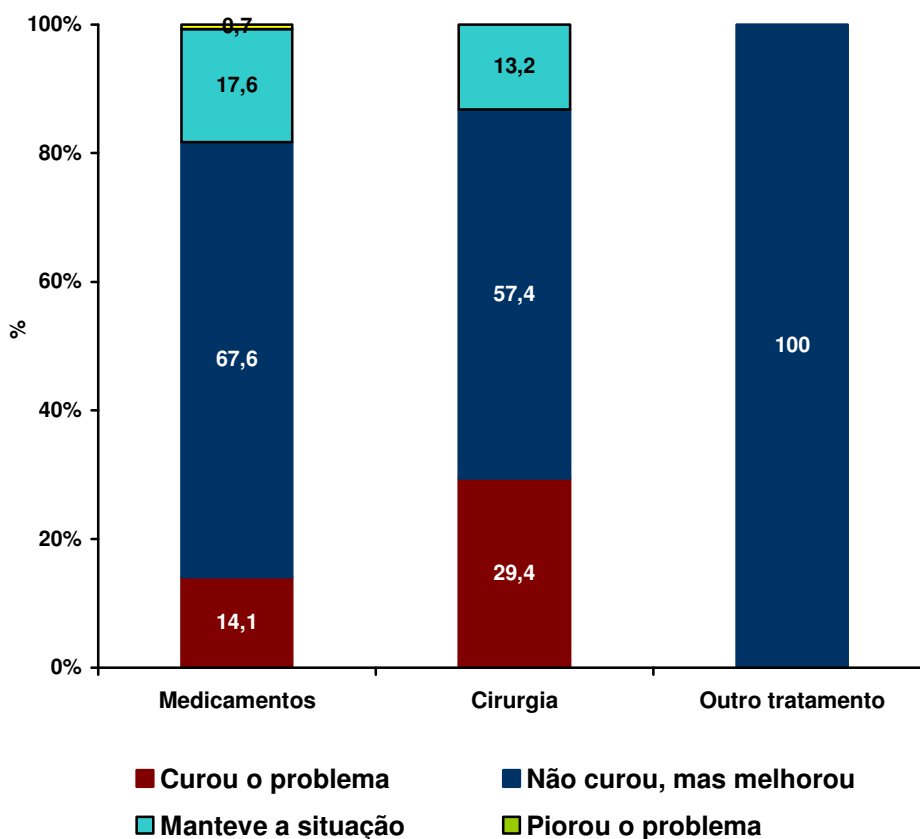
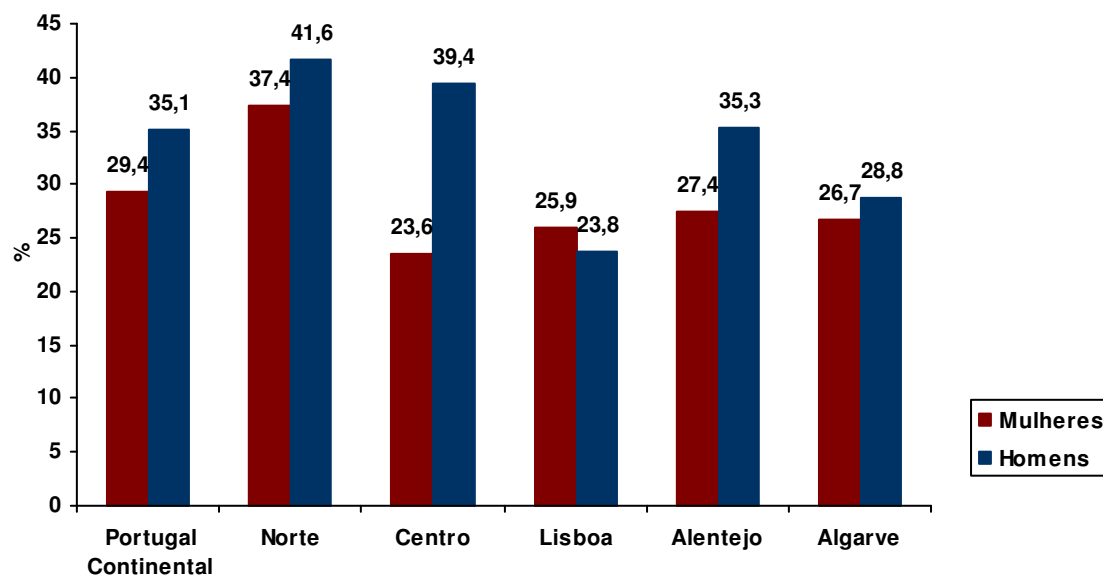


Figura 10 - Percepção global do efeito de cada tipo de tratamento no problema de incontinência urinária

4.4. Percepção de sintomas de bexiga hiperactiva

A percepção de sintomas de bexiga hiperactiva (BH), como referido anteriormente, foi avaliada através da versão portuguesa da escala OAB-qV8 (Overactive Bladder questionnaire). A mediana de *score* obtida foi 4,0 (percentil 25-75: 1,5-8,5), sendo nas mulheres 3,0 (percentil 25-75: 0,0-8,5) e nos homens 5,5 (percentil 25-75: 2,0-9,0).

A prevalência de sintomas indicativos de bexiga hiperactiva em Portugal Continental, foi 32,0% (IC95%: 29,1-35,0), sendo 29,4% (IC95%: 26,6-32,2) nas mulheres e 35,1% (IC95%: 29,6-40,6) nos homens.



Os sintomas indicativos de bexiga hiperactiva foram mais prevalentes nos homens, em todas as regiões excepto na de Lisboa.

Nas mulheres, a prevalência de sintomas de bexiga hiperactiva foi menos frequente em todas as regiões comparativamente com a região Norte. As mulheres com IMC $\geq 30 \text{ kg/m}^2$ reportaram mais frequentemente sintomas (OR ajustado = 1,55; IC95%: 1,06-2,26), bem como as que tinham história de diagnóstico de asma ou bronquite crónica (OR ajustado = 1,48 (1,01-2,18) ou histerectomia (OR ajustado = 1,80 (1,23-2,66)). Nos homens, reportaram menos sintomas os indivíduos da região de Lisboa comparativamente com os do Norte (OR ajustado = 0,44, IC95% 0,22-0,88).

Tabela 9 - Associação entre características socio-demográficas, clínicas e comportamentais e sintomas indicativos de bexiga hiperactiva, por sexo.

	Sintomas indicativos de bexiga hiperactiva Mulheres		Sintomas indicativos de bexiga hiperactiva Homens
	OR bruto (IC95%)	OR ajustado* (IC95%)	OR bruto (IC95%)
NUT II			
Norte	1	1	1
Centro	0,52 (0,36-0,75)	0,51 (0,34-0,75)	0,91 (0,47-1,75)
Lisboa	0,58 (0,41-0,84)	0,57 (0,38-0,84)	0,44 (0,22-0,88)
Alentejo	0,63 (0,44-0,90)	0,60 (0,40-0,88)	0,76 (0,39-1,49)
Algarve	0,61 (0,43-0,87)	0,60 (0,41-0,88)	0,57 (0,29-1,10)
Idade			
40-59	1	1	1
60-79	0,97 (0,74-1,28)	0,99 (0,74-1,33)	1,28 (0,78-2,08)
≥ 80	0,79 (0,50-1,24)	0,75 (0,43-1,30)	1,91 (0,88-4,13)

* OR ajustado para NUT II, IMC, asma e histerectomia

Tabela 9 - continuação

	Sintomas indicativos de bexiga hiperactivaMulheres		Sintomas indicativos de bexiga hiperactivaHomens
	OR bruto (IC95%)	OR ajustado* (IC95%)	OR bruto (IC95%)
Escolaridade			
<9	1	1	1
≥ 9	1,00 (0,74-1,36)	1,00 (0,70-1,42)	0,73 (0,43-1,22)
Profissão			
Não manual	1	1	1
Manual	1,02 (0,73-1,44)	1,00 (0,69-1,46)	1,17 (0,71-1,93)
Doméstica	1,39 (0,98-1,97)	1,37 (0,94-2,02)	-----
Fumador(a) actualmente	0,90 (0,51-1,60)	0,82 (0,45-1,50)	0,62 (0,30-1,31)
IMC			
<25	1	1	1
25-29	0,88 (0,64-1,22)	0,87 (0,62-1,21)	0,90 (0,51-1,60)
≥ 30	1,51 (1,04-2,18)	1,48 (1,01-2,18)	1,02 (0,51-2,05)
Diabetes			
Sim	1,29 (0,90-1,86)	1,10 (0,71-1,70)	1,25 (0,67-2,32)
Asma ou bronquite crónica			
Sim	1,46 (0,98-2,17)	1,59 (1,04-2,44)	0,57 (0,25-1,28)
Cancro da próstata			
Sim	-----	-----	2,47 (0,92-6,61)
Cancro do útero/ovários/mama			
Sim	1,50 (0,84-2,69)	1,19 (0,63-2,25)	-----
História de Parto Vaginal			
Sim	1,20 (0,84-1,72)	1,22 (0,83-1,80)	-----
Histerectomia			
Sim	1,63 (1,13-2,34)	1,80 (1,23-2,66)	-----

* OR ajustado para NUT II, IMC, asma e histerectomia

5. DISCUSSÃO

A prevalência de incontinência urinária, segundo a definição da *International Continence Society*, estimada para Portugal Continental foi 21,4% nas mulheres e 7,6% nos homens.

A prevalência global de incontinência urinária nas mulheres foi inferior à encontrada em outros estudos^{7,13}. Hunskaar *et al.*, em 2004, através de um estudo transversal multicêntrico, reportaram 35% de incontinência urinária em quatro países, a variar entre 23% em Espanha e 44% em França. As diferenças culturais em países como Espanha ou Portugal, associadas a algum embaraço ou vergonha em reportar sintomas relacionados com perdas de urina poderão explicar a menor prevalência encontrada. Tal como no presente estudo, a prevalência aumentou com a idade, atingindo um valor máximo entre os 50 e os 79 anos e sofrendo, em mulheres mais velhas, um ligeiro decréscimo.

No sexo feminino observou-se uma prevalência de incontinência urinária de esforço, de imperiosidade e mista de respectivamente 8,7%, 3,4% e 8,5%. A prevalência dos mesmos tipos de incontinência nos homens foi, respectivamente, 1,2%, 4,3% e 1,6%. A maior proporção de incontinência de esforço nas mulheres em relação à incontinência de imperiosidade, comum entre os homens, está também condizente com que vem sendo reportado, tendo um estudo europeu recente – The EPIC Study, revelado prevalências globais dos diferentes tipos de incontinência urinária muito semelhantes⁶.

Nas mulheres, a idade dos 60 aos 79 anos e índice de massa corporal igual ou superior a 30kg/m² foram as únicas variáveis que se mostraram estatisticamente associadas à ocorrência de incontinência. Nos homens, a idade superior a 79 anos foi o factor encontrado associado a maior prevalência da patologia. O desenho deste estudo privilegiou a sua dimensão descritiva pelo que a possibilidade de inferência sobre factores de risco foi limitada pela dimensão da amostra avaliada. Nota-se porém, uma associação positiva com a ocorrência de incontinência urinária e algumas variáveis clínicas como a diabetes, asma ou bronquite crónica, parto vaginal ou histerectomia.

A prevalência de incontinência urinária diagnosticada por médico foi de 4,9% nas mulheres e 3% nos homens. Um estudo multicêntrico (UREPIK) realizado no sentido de estimar a prevalência de sintomas do tracto urinário em homens e mulheres¹⁴ mostrou resultados semelhantes em homens (1,7% em França, 4,9% no Reino Unido)¹⁵. A pouca importância atribuída à patologia, considerando-a um “problema normal da idade”, e o constrangimento em reportá-la poderão explicar a diferença entre as prevalências de ocorrência e de diagnóstico. Não foi possível avaliar com este estudo a possível subvalorização do clínico perante eventuais perdas de urina dos pacientes nem validar a declaração de diagnóstico com registos clínicos. O diagnóstico prévio de cancro da próstata mostrou-se positivamente associado com a declaração de incontinência urinária diagnosticada.

Dos indivíduos com diagnóstico de incontinência, 52% não reportaram perdas de urina no último mês, estando já em tratamento. Destes, 41% considerava estar já curado da patologia. A diferença entre a proporção de indivíduos com perdas de urina e com diagnóstico de incontinência urinária (15% nas mulheres e 5% nos homens) estará assim subestimada.

A prevalência de sintomas indicativos de bexiga hiperactiva foi 29,4% nas mulheres e 35,1% nos homens. A prevalência foi mais elevada do que o reportado em outros países recentemente que estimam que entre 13% e 23% das mulheres e 11% e 19% dos homens sofram de problemas de bexiga hiperactiva^{6,16}, possivelmente explicada pelos diferentes instrumentos utilizados na avaliação. Por outro lado, não foram avaliadas as propriedades psicométricas da escala na população portuguesa o que impede conclusões relativas à sua validade ou fiabilidade.

A selecção da amostra não teve em consideração as Regiões Autónomas dos Açores e da Madeira, pelo que os resultados são apenas referentes a Portugal Continental. A validade externa desta estimativa poderia ter sido condicionada pelo método de amostragem, que contribuiu para a avaliação de indivíduos mais velhos, mais escolarizados e com uma diferente situação perante o trabalho comparativamente com a população geral e predominantemente do sexo feminino, apesar do esforço desenvolvido para realizar entrevistas em horários e dias da semana em que essas diferenças pudessem ser minimizadas. Contudo, foram produzidas estimativas de prevalência para Portugal Continental ponderadas por região, sexo e idade e relativamente às variáveis escolaridade e situação perante o trabalho não se observou associação com a incontinência urinária avaliada por autodeclaração ou o seu diagnóstico pelo médico nem com os sintomas indicativos de bexiga hiperactiva.

As estimativas de prevalência consideradas neste estudo não têm em consideração indivíduos institucionalizados onde a prevalência de incontinência urinária é mais elevada, pelo que subestimam a frequência da incontinência urinária na população em geral.

6. CONCLUSÕES

- Com base na definição proposta pela International Continence Society, em Portugal Continental:
 - A prevalência de incontinência urinária foi 21,4% nas mulheres e 7,6% nos homens;
 - As prevalências mais elevadas de incontinência urinária, em cada sexo, foram observadas nas mulheres de 60 a 79 anos (26,0%) e nos homens com mais de 79 anos (21,6%);
 - A prevalência de incontinência urinária de esforço foi 8,7% nas mulheres e 1,2% nos homens;
 - A prevalência de incontinência urinária de imperiosidade foi 4,3% nos homens e 3,4% nas mulheres;
 - A prevalência de incontinência urinária mista foi 8,5% nas mulheres e 1,6% nos homens;
 - A incontinência urinária de esforço foi o tipo mais frequente de incontinência urinária entre as mulheres (39,9%) e a incontinência urinária de imperiosidade o mais frequente nos homens (56,4%).
 - Os episódios de perdas de urina ocorreram uma ou mais vezes por dia em 52% dos indivíduos e pelo menos uma vez por semana a 23%.
- A prevalência de sintomas indicativos de bexiga hiperactiva foi 29,4% nas mulheres e 35,1% nos homens;
- A prevalência de incontinência urinária diagnosticada por um médico foi 4,9%, sendo 6,1% nas mulheres e 3% nos homens;
- Dos casos diagnosticados, 71% efectuaram algum tipo de tratamento;
 - O tratamento farmacológico foi efectuado por 76,3% dos indivíduos;
 - Cerca de 25% dos indivíduos foram sujeitos a cirurgia;
 - Outro tipo de tratamento (fisioterapia) foi aplicado a 12% dos doentes;
 - Apesar de apenas 14% e 29% dos indivíduos considerar que a terapêutica farmacológica e a cirurgia curaram a patologia, mais de 80% dos indivíduos referiram estar satisfeitos com o tratamento efectuado;

- Observa-se uma grande diferença entre a prevalência de incontinência urinária autodeclarada e a existência de diagnóstico médico dessa condição (15% nas mulheres e 5% nos homens) realçando a necessidade de educação da população e de alerta dos profissionais para esta patologia.

7. REFERÊNCIAS

1. WHO. World Health Organization Calls First International Consultation on Incontinence. Press Release WHO/49. 1998.
2. Hu TW, Wagner TH. Health-related consequences of overactive bladder: an economic perspective. *BJU Int* 2005;96 Suppl 1:43-5.
3. Brown JS, McGhan WF, Chokroverty S. Comorbidities associated with overactive bladder. *Am J Manag Care* 2000;6(11 Suppl):S574-9.
4. Vigod SN, Stewart DE. Major depression in female urinary incontinence. *Psychosomatics* 2006;47(2):147-51.
5. Junkin J, Selekof JL. Prevalence of incontinence and associated skin injury in the acute care inpatient. *J Wound Ostomy Continence Nurs* 2007;34(3):260-9.
6. Irwin DE, Milsom I, Hunskaar S, Reilly K, Kopp Z, Herschorn S, Coyne K, Kelleher C, Hampel C, Artibani W, Abrams P. Population-based survey of urinary incontinence, overactive bladder, and other lower urinary tract symptoms in five countries: results of the EPIC study. *Eur Urol* 2006;50(6):1306-14; discussion 1314-5.
7. Hunskaar S, Lose G, Sykes D, Voss S. The prevalence of urinary incontinence in women in four European countries. *BJU Int* 2004;93(3):324-30.
8. Diokno AC, Estanol MV, Ibrahim IA, Balasubramaniam M. Prevalence of urinary incontinence in community dwelling men: a cross sectional nationwide epidemiological survey. *Int Urol Nephrol* 2007;39(1):129-36.
9. Swanson JG, Kaczorowski J, Skelly J, Finkelstein M. Urinary incontinence: common problem among women over 45. *Can Fam Physician* 2005;51:84-5.
10. Silva P, Mateus P, Barros H. Prevalência e gravidade de incontinência urinária em mulheres do Porto. *Arq Med* 1999;13 (Supl 5):16-19.
11. Acquadro C, Kopp Z, Coyne KS, Corcos J, Tubaro A, Choo MS, Oh SJ. Translating overactive bladder questionnaires in 14 languages. *Urology* 2006;67(3):536-40.
12. Coyne KS, Zyczynski T, Margolis MK, Elinoff V, Roberts RG. Validation of an overactive bladder awareness tool for use in primary care settings. *Adv Ther* 2005;22(4):381-94.
13. Melville JL, Katon W, Delaney K, Newton K. Urinary incontinence in US women: a population-based study. *Arch Intern Med* 2005;165(5):537-42.
14. Boyle P, Robertson C, Mazzetta C, Keech M, Hobbs FD, Fourcade R, Kiemenev L, Lee C. The prevalence of male urinary incontinence in four centres: the UREPIK study. *BJU Int* 2003;92(9):943-7.
15. Boyle P, Robertson C, Mazzetta C, Keech M, Hobbs FD, Fourcade R, Kiemenev L, Lee C. The prevalence of lower urinary tract symptoms in men and women in four centres. The UrEpik study. *BJU Int* 2003;92(4):409-14.
16. Teloken C, Caraver F, Weber FA, Teloken PE, Moraes JF, Sogari PR, Graziottin TM. Overactive bladder: prevalence and implications in Brazil. *Eur Urol* 2006;49(6):1087-92.

FINANCIAMENTO

Este estudo foi financiado pela OM Portuguesa. A entidade financiadora não teve interferência no desenho do estudo, na recolha e análise dos dados, nem na interpretação dos resultados.

ANEXOS

Anexo 1 – Convite de participação

Anexo 2 - Questionário estruturado

Anexo 3 - Caracterização do tratamento

Anexo 4 - Manual de Procedimentos

Anexo 1 - Convite de participação

PREVALÊNCIA E TRATAMENTO DA INCONTINÊNCIA URINÁRIA NA POPULAÇÃO PORTUGUESA

Data |__| |__| - |__| |__| - |__| |__| |__|

Inquiridor |__| |__|

Hora de início |__| |__| H |__| |__| MIN

Bom dia/boa tarde/boa noite. Estou a falar-lhe da Faculdade de Medicina do Porto. O meu nome é *NOME DO ENTREVISTADOR*.

A nossa equipa de investigação está a conduzir um estudo sobre o estado de saúde da população. Para isso gostaríamos de lhe fazer algumas perguntas que durarão entre 5 a 10 minutos e são confidenciais. Será possível falar consigo um bocadinho? Sim Não

Se NÃO: Pode-me só dizer se tem 40 anos ou mais?

Sim, tenho

Não, tenho menos

Não responde

Muito obrigado pelo tempo dispensado! Bom dia/boa tarde/boa noite.

Hora de fim |__| |__| H |__| |__| MIN

Se SIM:

1) Tem 40 ou mais anos?

Sim

Não (passar à pergunta 2)

Se sim, aceita participar neste estudo?

Sim

Não

1.1) *Se sim, iniciar o questionário*

1.2) *Se não,*

Muito obrigado pelo tempo dispensado! Bom dia/boa tarde/boa noite.

Hora de fim |__| |__| H |__| |__| MIN

2) Tem menos de 40 anos:

Estas perguntas são destinadas a pessoas com 40 ou mais anos. Há alguma pessoa residente que tenha 40 ou mais anos que possa participar? Sim (2.2.) Não (2.1.)

2.1. **Não há ninguém**

Agradeço na mesma o tempo dispensado e a sua colaboração!

Bom dia/boa tarde/boa noite. Hora de fim |__| |__| H |__| |__| MIN

2.2. **Há uma ou mais pessoas**

2.2.1. **Há uma pessoa**

É possível falar com essa pessoa?

Depois da pessoa estar ao telefone, repetir a introdução, incluindo ponto 1).

2.2.2. **Há mais do que uma**

Se há mais do que uma pessoa, pode dizer-me em que dia e mês nasceram essas pessoas?

Escolher a pessoa que tiver nascido na data mais próxima do início do ano.

Pode chamar a pessoa que nasceu a XXX?

Depois da pessoa estar ao telefone, repetir a introdução, incluindo ponto 1).

Anexo 2 - Questionário

As perguntas que lhe vamos fazer pretendem abordar alguns aspectos sobre incontinência urinária ou problemas de bexiga

Data |__|__| - |__|__| - |__|__|__|__|

Inquiridor |__|__|

Hora de início |__|__| H |__|__| MIN

1. Qual o seu sexo? Feminino Masculino

2. Qual a sua idade (quantos anos tem)? |__|__|__| anos

3. Quantos anos de escolaridade tem? |__|__| anos

4. Qual é a sua **situação na profissão** actualmente?
 Exerce profissão
 Desempregado
 Doméstica(o)
 Reformado(a)
 Outra situação. Qual? _____

5. Qual a sua **profissão** (se reformado ou desempregado, indique a profissão anterior)?
_____ |__|

6. **Fuma** ou alguma vez fumou regularmente (um ou mais cigarros por dia)?
 Sim Não (*passar à pergunta 7*)
6.1. Se sim, neste momento quantos cigarros fuma por dia? |__|__| cigarros
6.2. Se é ex-fumador(a), há quanto tempo deixou de fumar? Há |__|__| anos

Se for homem, passe para OAB Awareness Tool.

Se for mulher responda à pergunta 7.

7. Já alguma vez esteve **grávida (independentemente de ter tido filhos)**?
 Sim Não (*passar à pergunta 8*)
7.1. Se sim, quantos filhos nasceram (quantos partos teve)? |__|__| filhos
(*se zero filhos, passar à pergunta 8*)
7.2. Quantos nasceram por parto "normal" (vaginal sem auxílio de ventosa/fórceps – "ferros")?
|__|__| filhos
7.3. Quantos nasceram por ventosa ou fórceps? |__|__| filhos
7.4. Quantos nasceram por cesariana? |__|__| filhos

8. Ainda tem **período menstrual** (“Ainda é assistida”)?

Sim (*passar para OAB Awareness Tool*) Não

8.1. Se não, com que idade deixou de ter (*ser*)? |__|__| anos

8.2. Se não, deixou de ter (*ser*) por ter sido operada (*ou foi natural*)?

Sim Não (*passar para OAB Awareness Tool*)

8.3. Retirou o útero? Sim Não Não Sabe

OAB Awareness Tool – INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA BEXIGA HIPERATIVA

(Brazilian Portuguese version of the OAB Awareness Tool)

As perguntas abaixo são sobre o quanto se tem sido incomodado/a por alguns sintomas de bexiga. Algumas pessoas são incomodadas por sintomas de bexiga e podem não se dar conta de que existem tratamentos para os seus sintomas. Indique a resposta que melhor descreve o quanto você tem sido incomodado/a por cada sintoma.

O quanto se tem sentido incomodado/a por	Nada	Quase nada	Um pouco	Bastante	Muito	Muitíssimo
9. Urinar frequentemente durante o dia?	0	1	2	3	4	5
10. Ter uma vontade urgente e desconfortável de urinar?	0	1	2	3	4	5
11. Ter uma vontade repentina e urgente de urinar com pouco ou nenhum aviso prévio?	0	1	2	3	4	5
12. Perdas acidentais de pequenas quantidades de urina?	0	1	2	3	4	5
13. Ter que levantar durante a noite para urinar?	0	1	2	3	4	5
14. Acordar durante a noite porque teve que urinar?	0	1	2	3	4	5
15. Ter uma vontade incontrolável e urgente de urinar?	0	1	2	3	4	5
16. Perda de urina associada a uma forte vontade de urinar?	0	1	2	3	4	5

Anexo 3 – Caracterização do tratamento

Caracterização do tratamento (Existência de diagnóstico de incontinência urinária)

21. Se lhe foi diagnosticada **incontinência urinária**, há quanto tempo foi o diagnóstico?

Há |__| |__| anos

22. Realizou algum **tratamento** (incluindo a utilização de medicamentos, a realização de operações ou outro tratamento)?

Sim Não (*passar à pergunta 26*)

23. Toma ou alguma vez tomou **medicamento(s)** para a incontinência urinária ou para bexiga hiperactiva (como por exemplo spasmolex®, ditropan®, vesicare®, miconorm® ou detrusitol®)?

Nunca tomou (*passar à pergunta 24*)
 Tomou mas já não toma (*passar à pergunta 23.1.*)
 Toma actualmente (*passar à pergunta 23.2.*)

23.1. Se **tomou mas já não toma medicamento(s)**, porque deixou de tomar?

(*inclua a resposta acima referida nas seguintes classes*)

efeitos laterais perspectiva de cronicidade
 falha das expectativas preço Outra

(*passar à pergunta 23.3*)

23.2. Se **toma actualmente**, é o mesmo medicamento desde o início?

Sim (*passar à pergunta 23.3*) Não

23.2.1. Se mudou de medicamento(s), qual o(s) motivo(s)?

(*inclua a resposta acima referida nas seguintes classes*)

efeitos laterais perspectiva de cronicidade
 falha das expectativas preço Outra

(*passar à pergunta 23.3*)

23.3. **No global**, considera que os medicamentos: (*escolha a hipótese que melhor se adequa*)

Curaram o problema
 Não curaram, mas melhoraram o problema

- Não fizeram nada (mantiveram a situação)
 Pioraram o problema
24. Realizou alguma **intervenção cirúrgica** (operação) para tratar a incontinência urinária?
 Não (*passar à pergunta 25*) Sim
- 24.1. Se sim, qual? _____
- 24.2. Considera que a intervenção (escolha a hipótese que melhor se adequa):
 Curou o problema
 Não curou, mas melhorou o problema
 Não fez nada (manteve a situação)
 Piorou o problema
25. Realizou algum **outro tratamento** para tratar a incontinência urinária?
 Não (*passar à pergunta 26*) Sim
- 25.1. Se sim, qual? _____
- 25.2. Se sim, o tratamento (escolha a hipótese que melhor se adequa):
 Curou o problema
 Não curou, mas melhorou o problema
 Não fez nada (manteve a situação)
 Piorou o problema
26. Usa ou usou **fraldas ou pensos**, devido à incontinência urinária?
 Não (*passar à pergunta 27*) Sim
- 26.1. Se sim, quanto gasta ou gastava, em média, por mês com fraldas/pensos? |_|_|_| €
27. **Neste momento**, considera que **ainda tem problemas** de perdas de urina?
 Sim (*terminar*) Não
- 27.1. Se não, há quanto tempo curou o problema? Há |_|_| anos

Eram estas as perguntas que lhe queríamos colocar. Muito obrigada pela sua colaboração!

Hora de fim |_|_| H |_|_| MIN

- 1. OBJECTIVOS**

- 2. SELECÇÃO DA AMOSTRA**
 - 3. IDENTIFICAÇÃO DOS PARTICIPANTES**
 - 3.1. Nomenclatura das Unidades Territoriais (NUT II)**
 - 3.2. Listas telefónicas da Portugal Telecom**
 - 3.3. Número sequencial**

- 4. IDENTIFICAÇÃO DOS ENTREVISTADORES**

- 5. METODOLOGIA DE ENTREVISTA**
 - 5.1. Identificação**
 - 5.2. Questionário**

- 6. REGISTO**
 - 6.1. Páginas a utilizar**
 - 6.2. Folha de Registo final**

PREVALÊNCIA E TRATAMENTO DA INCONTINÊNCIA URINÁRIA NA POPULAÇÃO PORTUGUESA NÃO INSTITUCIONALIZADA

As Associações Portuguesa de Urologia (APU) e de Neuro-Urologia e Neuro-Ginecologia (APNUG) são as promotoras deste projecto, desenvolvido pelo Serviço de Higiene e Epidemiologia.

1. Objectivos

Numa amostra de indivíduos não institucionalizados, residentes em Portugal Continental, com 40 ou mais anos pretende-se:

- Quantificar a prevalência de incontinência urinária;
- Quantificar a prevalência de indivíduos com percepção dos sintomas de incontinência urinária;
- Caracterizar os tratamentos efectuados nos casos de incontinência urinária diagnosticada

2. Selecção da amostra

Os participantes foram seleccionados usando como espaço amostral a região geográfica correspondente à Nova Nomenclatura das Unidades Territoriais (NUTS II) para Portugal Continental.

Serão avaliados 1925 indivíduos, igualmente distribuídos pelas seguintes cinco regiões (segundo a Nomenclatura das Unidades Territoriais, NUT2): Norte, Centro, Lisboa, Alentejo e Algarve. Para estimar prevalências de 50%, com uma precisão de 5%, a um nível de confiança de 95%, será necessário avaliar 385 participantes por NUT2, num total de 1925 entrevistas em Portugal Continental. Os resultados serão apresentados por NUT II.

Foram seleccionados números de telefone a partir das listas telefónicas da Portugal Telecom do ano de 2007.

Geraram-se números aleatórios das páginas correspondentes a cada lista, sendo que cada uma corresponderá a um questionário realizado.

Em cada página foi seleccionada, também aleatoriamente, a coluna a utilizar. De cada coluna escolheram-se da mesma forma 20 posições de números de telefone. Deverá ser escolhida a primeira posição seleccionada, sendo as outras utilizadas sequencialmente em caso de insucesso no telefonema (recusa, não resposta). Serão também excluídos da avaliação os números não atribuídos ou atribuídos a entidades colectivas.

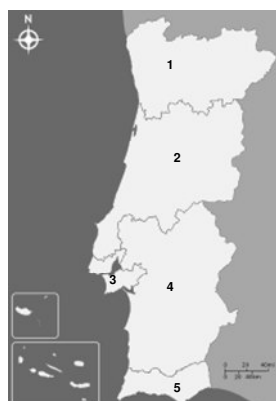
3. Identificação dos participantes

Cada participante é identificado através de um ID, gerado da seguinte forma:

_	_ _	_ _ _ _
Código NUT	Código Lista Telef.	Número Sequencial

3.1. Nomenclatura das Unidades Territoriais (NUT II)

Existem 5 regiões segundo a Nomenclatura das Unidades Territoriais (NUT II) que correspondem:



Região	NUT II
Norte	1
Centro	2
Lisboa e Vale do Tejo	3
Alentejo	4
Algarve	5

3.2. Listas telefónicas da Portugal Telecom

Os números de telefone a utilizar encontram-se distribuídos pelas seguintes listas telefónicas:

NUT II	Código	Lista
1	MN	Minho
1	ML	Baixo Minho e Douro Litoral

NUT II	Código	Lista
1	TM	Trás-os-Montes e Alto Douro
1	SD	Sul do Douro
1	ND	Norte do Douro
1	PR	Porto
1	VI	Viseu

NUT II	Código	Lista
2	AO	Região Aveiro
2	BI	Beira Interior
2	CB	Coimbra
2	LR	Leiria
2	VI	Região Viseu
2	RE	Ribatejo e Estremadura

NUT II	Código	Lista
3	SN	Linha de Sintra
3	CS	Linha Cascais
3	ZN	Zona a Norte de Lisboa
3	LX	Lisboa Residentes
3	ZS	Margem Sul do Tejo
3	AT	Alentejo / Setúbal

NUT II	Código	Lista
4	AT	Alentejo / Setúbal
4	RE	Ribatejo e Estremadura

NUT II	Código	Lista
5	AG	Algarve

3.3. Número sequencial

Cada entrevistador não fará simultaneamente telefonemas de mais do que uma NUT. Cada lista telefónica será entregue a um entrevistador, excepto nas situações em que correspondem a mais do que uma NUT. Nas situações em que uma lista tenha números de duas NUT, o entrevistador que ficar com essa lista deverá efectuar todos os telefonemas correspondentes a, pelo menos, uma das NUT.

O número sequencial será criado por cada lista telefónica. Cada número sequencial tem 4 dígitos. Para, mais uma vez, evitar numeração repetida, cada número terá como primeiro dígito o código da NUT correspondente. Assim, a numeração iniciar-se-à por 1001 (NUT 1), 2001 (NUT 2), 3001 (NUT 3), 4001 (NUT 4) e 5001 (NUT 5).

Exemplo:

Participante 1 da Lista de Viseu, correspondente à NUT 1 (a) e participante 1 da lista de Viseu correspondente à NUT 2 (b).

a)	1	V 1	1 0 0 1
	Código NUT	Código Lista Telef.	Número Sequencial
b)	2	V 1	2 0 0 1
	Código NUT	Código Lista Telef.	Número Sequencial

4. Identificação dos Entrevistadores

Em todos os questionários deverá ser identificada a pessoa que o aplicou através dos seguintes códigos:

<u>Entrevistador</u>	<u>ID</u>
Ivo André Jordão	11
Helena Real	12
Hugo Pinto	13
Joana Maranhas	14
Mariana Bessa	15
Mariana Pinto	16
Sara Teixeira	17
Tânia Cordeiro	18
Carla Sousa	19
Marta Calado	20

5. Metodologia de entrevista

- Estima-se que cada entrevista tenha uma duração média de cerca de 10 minutos e que as recusas ocupem um tempo médio de 2 minutos.
- Cada entrevistador terá uma lista em que figura a **lista telefónica a utilizar**, a **página** correspondente, a coluna e as posições de números a utilizar (ver 6. Registo).
- **NÃO ESQUECER**: preencher a data e hora de início.
- Não são considerados os números de telefone que não correspondam a residências.
- Em cada residência será entrevistada a pessoa que atender a chamada.
- Excepções:
 - Tiver menos de 40 anos,
 - Não for residente
 - Recusar

5.1. Identificação

Em todas as chamadas o entrevistador deverá identificar-se segundo o texto descrito no início do questionário.

Bom dia/boa tarde/boa noite. O meu nome é NOME DO ENTREVISTADOR e estou a telefonar-lhe da Faculdade de Medicina do Porto.

A nossa equipa de investigação está a fazer um conjunto de perguntas sobre o estado de saúde da população a todas as pessoas que aceitarem participar e tenham 40 anos ou mais. A entrevista durará entre 5 a 10 minutos e todos os dados que fornecer são confidenciais.

De acordo com os critérios descritos acima, o entrevistador deverá começar por perguntar a idade da pessoa.

1. Tendo 40 ou mais anos, deverá ser questionado o seu interesse em participar no estudo e, em caso afirmativo, iniciar o questionário.

2. Caso a pessoa tenha **menos de 40 anos** ou **não seja residente**, o entrevistador deverá perguntar se existe alguém em casa com as condições pretendidas. Se existir uma pessoa, será essa seleccionada. Nas situações em que haja mais de uma pessoa, deve ser perguntado o **dia e o mês de nascimento** das pessoas e escolher a que esteja mais próxima do dia 1 de Janeiro (31 de Dezembro é considerado o dia mais afastado). À pessoa seleccionada o entrevistador deverá apresentar-se novamente como descrito no questionário.

Se não existir nenhum residente com a idade pretendida, o entrevistador deverá agradecer o tempo dispensado e registar a hora de fim do telefonema.

3. As recusas de participação, bem como os números em que ninguém atenda, após pelo menos **dez toques de chamada** na tentativa de contacto, serão substituídas por um outro número, na coluna seleccionada.

Se a pessoa recusar antes de dizer a idade, perguntar se é possível dar essa informação (≥ 40 vs < 40).

Em todas as recusas o entrevistador deverá agradecer o tempo dispensado e registar a hora de fim do telefonema.

5.2. Questionário

Antes de iniciar o questionário, deverá ser referido que serão abordados alguns aspectos relacionados com a incontinência urinária e realçar que não levará mais de 10 minutos a terminar.

Estamos a estudar aspectos relacionados com incontinência urinária. Como lhe referi, as perguntas que lhe vou fazer a seguir, não demorarão mais de 10 minutos.

- O questionário deverá ser preenchido com letra perfeitamente legível.
- Todas as perguntas são de resposta única, excepto 22.1 e 22.2.1.
- Nas perguntas com várias hipóteses de escolha, deverão ser referidas todas as opções ao respondente.
- Deverá ser inequívoca a hipótese escolhida. Em caso de erro deverá ser assinalada qual a resposta final.

Exemplo:

- Nunca tomou (*passar à pergunta 23*)
- Tomou mas já não toma (*passar à pergunta 22.1.*)
- Toma actualmente (*passar à pergunta 22.2.*)

Pergunta 2 Deverá ser questionada a idade e, se necessário, ajudar com a frase *quantos anos tem*. Deverá ser tido em atenção que muitas pessoas poderão referir, por exemplo, *vou fazer 56 em Junho* (assinalar 55).

Pergunta 3 Deverá somar-se a totalidade de anos de escolaridade (secundário, licenciatura, etc.). Clarificar se o liceu corresponde a 11 ou 12 anos de escolaridade e qual o número de anos da licenciatura. As contas deverão ser feitas com a pessoa.

Pergunta 4 Deverá ser assinalada a situação actual. Profissão a tempo parcial, incapacidade temporária (baixa) e “pré-reforma” correspondem à opção *Exerce profissão*. Na opção *Outra situação* colocam-se, por exemplo situações de incapacidade permanente.

- Pergunta 5 Descrever a profissão. Se reformado ou desempregado, indicar a profissão anterior. O código correspondente à classificação das profissões poderá ser preenchido no final do questionário.
- Pergunta 6 Considera-se fumador/ex-fumador toda a pessoa que, durante algum período da sua vida fumou regularmente um ou mais cigarros por dia. Se nunca fumou regularmente, passar à pergunta 7 (ou OAB Awareness Tool). Se alguma vez fumou regularmente, passar à pergunta 6.1.
- Pergunta 6.1. Se actualmente não fuma regularmente, assinalar 0 (zero) cigarros e passar à pergunta 6.2. Se fuma pelo menos um cigarro por dia, passar à pergunta 7 (ou OAB Awareness Tool).
- Pergunta 6.2. Se deixou de fumar assinalar, em anos, há quanto tempo não fuma. Se não fuma há menos de 1 ano, dividir o número de meses por 12. Por exemplo, não fuma há 9 meses, assinalar 0,8 anos ($8/12 = 0,75$) (ver 6. Registo).

Se o respondente for um homem, passar para o OAB Awareness Tool.

Se o respondente for uma mulher passar à pergunta 7.

- Pergunta 7 O número de vezes que a mulher esteve grávida inclui número de filhos que nasceram e o número de abortamentos (espontâneos ou não).
Se nunca esteve grávida, passar à pergunta 8.
- Pergunta 7.1. Considerar o número de filhos que a mulher teve. Incluir também aqueles que nasceram mortos, ou seja a resposta corresponde à totalidade de partos efectuados. Se nunca teve nenhum parto, assinalar 0 (zero) e passar à pergunta 8.

A soma das respostas em 7.2., 7.3. e 7.4. tem que ser igual à resposta de 7.1.

- Pergunta 7.2. Considerar todos os filhos que nasceram por parto vaginal (com ou sem anestesia), sem ventosa ou fórceps. Incluir os nados-mortos. Se nunca teve um parto “normal”, assinalar 0 (zero).
- Pergunta 8 Perguntar se a mulher ainda tem período menstrual. Em algumas situações poderá ser necessário explicar com a frase

ainda é assistida. Se não (já está na menopausa), passar à pergunta 8.1.

Se sim, passar ao OAB Awareness Tool.

Pergunta 8.1. Saber há quanto tempo a mulher está na menopausa (deixou de ter período menstrual / deixou de ser assistida).

Pergunta 8.2. Saber se a menopausa foi cirúrgica (resposta sim) ou natural (resposta não). Se entrou na menopausa após operação, passar à pergunta 8.3. Se não, passar ao OAB Awareness Tool.

Pergunta 8.3. Saber se, na operação lhe foi retirado o útero (histerectomia). Não confundir com retirada de ovário(s).

OAB Awareness Tool

Overactive Bladder Awareness Tool, 8 item version (OAB – V8, Pfizer®)

Estas perguntas pretendem caracterizar a percepção de sintomas de bexiga hiperactiva. Trata da versão portuguesa validada no Brasil, pelo que a explicação fornecida e o formato das perguntas não poderá ser alterado. Antes das perguntas deverá fornecer-se a seguinte explicação:

As perguntas abaixo são sobre o quanto se tem sido incomodado/a por alguns sintomas de bexiga. Algumas pessoas são incomodadas por sintomas de bexiga e podem não se dar conta de que existem tratamentos para os seus sintomas. Indique a resposta que melhor descreve o quanto você tem sido incomodado/a por cada sintoma.

O respondente deverá assinalar **o quanto se sente incomodado** por cada uma das situações descritas nas perguntas de 9 a 16. Cada pergunta deverá ter a introdução *O quanto se sente incomodado por* e descritas as várias hipóteses de resposta. Deverá situar a sua escolha na seguinte escala:

Nada (incomodado)

Quase nada (incomodado)

Um pouco (incomodado)

Bastante (incomodado)

Muito (incomodado)

Muitíssimo (incomodado)

- Pergunta 17 Questionar a existência de alguma fractura (partir um osso) ao longo da vida. Se sim, passar à pergunta 17.1. Se não, passar à pergunta 18.
- Pergunta 17.1. Se alguma vez partiu um osso, referir com que idade(s) e em que circunstâncias aconteceu. É necessária informação detalhada. **Exemplos:** “Caí quando ia a correr para apanhar o autocarro” (em vez de “caí a correr”), ou “caí quando ia a correr para o quarto-de-banho porque tive uma vontade urgente de urinar”
- Pergunta 18 Considerar que sim apenas nas situações em que foi um profissional de saúde a referir o excesso de peso/obesidade. Passar à pergunta 18.1. independentemente da resposta ser afirmativa ou negativa.
- Pergunta 18.1. Registrar o peso actual (em kg).
- Pergunta 18.2. Registrar a altura referida (em metros). Se não souber, perguntar se é possível saber qual a altura registada no bilhete de identidade.
- Pergunta 19 Assinalar as patologias para as quais houve **diagnóstico médico**. Devem ser referidas todas as patologias descritas, indicando para cada uma Sim ou Não.
- Diabetes – não considerar se o médico apenas disse que o “açúcar estava ligeiramente alto”.
- Asma / Bronquite asmática – assinalar *sim* se houve diagnóstico, mesmo já não tendo episódios de asma, por exemplo (asma durante a infância).
- Cancro da Próstata – apenas aos respondentes masculinos. Não considerar tumores benignos nem hipertrofia (“próstata aumentada”)
- Cancro Colo útero/ovários/mama – apenas aos respondentes femininos. Não considerar nódulos benignos, ovários poliquísticos.
- Incontinência urinária (“perdas de urina”) – confirmar a existência de diagnóstico médico desta situação.

Se não houve diagnóstico de incontinência urinária, terminar o questionário.

Eram estas as perguntas que lhe queríamos colocar. Muito obrigada pela sua Colaboração!

Assinalar a hora de fim do questionário.

Se houve diagnóstico de incontinência urinária (IU), passar à pergunta 20.

Pergunta 20 Há quanto tempo foi feito o diagnóstico de IU. Se há menos de 1 ano, dividir o número de meses por 12. Por **exemplo**, há 2 meses, assinalar 0,2 anos ($2/12 = 0,167$).

Pergunta 21 Registrar se a pessoa fez algum tipo de tratamento. Os tratamentos poderão consistir na utilização de medicamentos, em intervenções cirúrgicas ou na adopção de técnicas para controlar o problema. Se sim, passar à pergunta 22. Se nunca fez nenhum tratamento, passar à pergunta 25.

Pergunta 22 Devem ser referidos na pergunta os medicamentos descritos (como por exemplo spasmolex®, ditropan®, vesicare®, mictonorm® ou detrusitol®), os normalmente utilizados. O respondente poderá referir outro. Caso aconteça, deverá ser anotado ao lado para confirmar se não poderá estar a confundir com outra patologia. Deverá ser escolhida uma das hipóteses descritas.

Se *nunca tomou*, passar à pergunta 23.

Se *tomou mas já não toma* (nenhum medicamento para a IU) passar à pergunta 22.1.

Se *toma actualmente* (mesmo não sendo o mesmo medicamento) passar à pergunta 22.2.

Pergunta 22.1. Se já deixou de tomar medicamentos para a IU, pedir para referir os motivos pelos quais deixou (não indicando hipóteses). Estes motivos devem ser escritos e o entrevistador deverá enquadrá-los, se for caso disso, nas classes descritas abaixo.

Exemplos:

“Ficava com a boca muito seca quando tomava o medicamento e, além disso, não notei melhoras nenhuma”. Escrever a resposta e assinalar *efeitos laterais e falha de expectativas*.

“Como não ia curar, deixei de tomar”. Escrever a resposta e assinalar *perspectiva de cronicidade*.

Efeitos laterais frequentes: boca seca, visão turva, taquicardia.

Passar à pergunta 22.3.

Pergunta 22.2. Se respondeu *toma actualmente* na pergunta 22, perguntar se alguma vez mudou de medicamento.

Se sim, passar à pergunta 22.3. Se toma o mesmo desde o início, passar à pergunta 22.2.1.

Pergunta 22.2.1. ver explicação da pergunta 22.1.

Pergunta 22.3 Para os respondentes que já alguma vez tomaram medicamentos (independentemente de o fazerem actualmente).

Após referir as hipóteses, deverá ser assinalada apenas a opção que a pessoa ache que melhor se adequa.

Pergunta 23. Perguntar se a pessoa alguma vez foi operada por causa da IU.

Se não, passar à pergunta 24. Se sim, passar à pergunta 23.1.

Pergunta 23.1. As cirurgias mais frequentes são os **slings suburetrais**, tipo de rede que é colocada sob a uretra, com uma agulha. A doente tem alta no próprio dia. Frequentemente são designados, no caso das mulheres, de fitas transvaginais. Mais raramente é efectuada a colocação de **esfíncter artificial**.

Pergunta 23.2. Após referir as hipóteses, deverá ser assinalada apenas a opção que a pessoa ache que melhor se adequa.

Pergunta 24. Se não realizou nenhum outro tratamento para a IU, passar à pergunta 25. Se sim, passar à pergunta 24.1.

Pergunta 24.1. Os tratamentos mais frequentes são a fisioterapia (ginástica específica para treino dos músculos uretrais).

Pergunta 24.2. Após referir as hipóteses, deverá ser assinalada apenas a opção que a pessoa ache que melhor se adequa.

Pergunta 25 Se usa ou alguma vez teve que usar fraldas por causa das perdas de urina. Se não, passar à pergunta 26. Se usa ou já usou, passar à pergunta 25.1.

Pergunta 25.1. Se usa/usou fraldas pedir para a pessoa fazer uma estimativa do gasto médio mensal destinado às fraldas.

Pergunta 26. Assinalar a opinião pessoal relativamente ao estado do problema de IU. Se já não tiver problemas de IU, passar à pergunta 26.1. Se achar que ainda tem problemas de perdas de urina, terminar o questionário.

Pergunta 26.1. Se há menos de 1 ano, dividir o número de meses por 12. Por **exemplo**, há 3 meses, assinalar 0,25 anos ($3/12 = 0,25$).

Eram estas as perguntas que lhe queríamos colocar. Muito obrigada pela sua Colaboração!

Assinalar a hora de fim do questionário.

6. Registo

Nas situações em que se questiona “Há quanto tempo?”, em caso de ocorrência há menos de uma ano. Se:

Meses	Assinalar
1	0,1 anos
2	0,2 anos
3	0,2 anos
4	0,3 anos
5	0,4 anos
6	0,5 anos
7	0,6 anos
8	0,7 anos
9	0,8 anos
10	0,8 anos
11	0,9 anos
12	1,0 anos

6.1. Páginas a utilizar

Cada entrevistador terá uma folha em que está descrita: NUT, lista telefónica, página seleccionada e coluna. Para cada linha haverá um espaço para que seja registada a posição do número de telefone em que foi possível obter o questionário e o ID respectivo (para efeitos de possível verificação de dados).

Exemplo:

NUT	Lista	Página	Coluna	Posição	ID
4	AT	57	2		
4	AT	60	1		
4	AT	62	4		
4	AT	64	4		
4	AT	65	2		
4	AT	66	3		
4	AT	68	1		

6.2. Folha de Registo final

Cada entrevistador deverá, no final do seu horário de trabalho, preencher a folha de registo em anexo.

Esta folha é única por horário, ou seja, nas situações que, no mesmo dia, trabalhe em mais do que um horário, deverá preencher tantas folhas de registo quanto horários efectuados.

A folha de registo é também única por NUT e lista telefónica. Efectuando telefonemas para mais do que uma NUT/lista telefónica, ainda que no mesmo horário, deverá preencher tantas folhas de registo, quantas NUT/listas telefónicas abrangem.