



UNIVERSIDADE
ESTADUAL DE LONDRINA

MARTA QUÉZIA SILVA FONTENELE

**O IMPACTO DA SÍNDROME DA BEXIGA HIPERATIVA NA
PRODUTIVIDADE LABORAL DE SERVIDORAS DE UM
HOSPITAL PÚBLICO BRASILEIRO COM UM NOVO
INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO SUBJETIVA E
COMPORTAMENTAL**

Londrina

2023

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33

MARTA QUÉZIA SILVA FONTENELE

**O impacto da síndrome da bexiga hiperativa na produtividade
laboral de servidoras de um hospital público brasileiro com um
novo instrumento de avaliação subjetiva e comportamental**

Dissertação apresentada ao Programa de
Pós-Graduação em Ciências da Saúde da
Universidade Estadual de Londrina, como
requisito parcial para o título de mestre em
Ciências da Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Silvio Henrique Maia de Almeida
Co-Orientadora: Prof. Dra. Janaina Meyer de Oliveira Nunes

Londrina
2023

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor, através do Programa de Geração Automática do Sistema de Bibliotecas da UEL

F683o Fontenele, Marta Quézia Silva.
O impacto da síndrome da bexiga hiperativa na produtividade laboral de servidoras de um hospital público brasileiro com um novo instrumento de avaliação subjetiva e comportamental / Marta Quézia Silva Fontenele. - Londrina, 2023.
86 f. : il.

Orientador: Silvio Henrique Maia de Almeida.
Coorientador: Janaina Meyer de Oliveira Nunes.
Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) - Universidade Estadual de Londrina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, 2023.
Inclui bibliografia.

1. Síndrome da bexiga hiperativa - Tese. 2. Produtividade laboral - Tese. 3. Saúde do trabalhador - Tese. 4. Mão de obra em saúde - Tese. I. Almeida, Silvio Henrique Maia de. II. Nunes, Janaina Meyer de Oliveira. III. Universidade Estadual de Londrina. Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde. IV. Título.

CDU 614.8

1 MARTA QUÉZIA SILVA FONTENELE

2

3 **O impacto da síndrome da bexiga hiperativa na produtividade**
4 **laboral de servidoras de um hospital público brasileiro com um**
5 **novo instrumento de avaliação subjetiva e comportamental**

6

7 Dissertação apresentada ao Programa de
8 Pós-Graduação em Ciências da Saúde da
9 Universidade Estadual de Londrina, como
10 requisito parcial para o título de mestre em
Ciências da Saúde.

11

12 **BANCA EXAMINADORA**

13

14 _____

15 Orientador: Prof. Dr. Silvio Henrique Maia de Almeida
16 Universidade Estadual de Londrina

17

18 _____

19 Prof. Dra. Cintia Magalhães Carvalho Grion
20 Universidade Estadual de Londrina

21

22 _____

23 Prof. Dr. Emerson Pereira Gregorio
24 Pontifícia Universidade Católica do Paraná – Campus Londrina

25

26

27

28

29

30

31

32

33 Londrina, 17 de abril de 2023

DEDICATÓRIA

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19

A **Deus**, “Porque dele, e por meio dele, e para ele são todas as coisas. A ele, pois, a glória eternamente. Amém!” Romanos 11:36

A **Maria do Socorro**, minha mãe, por seu amor e cuidado sem medida. Obrigada pelo apoio, preocupação, incentivo em meus estudos, sempre ensinando-me a importância da dedicação e responsabilidade em tudo que me comprometo a fazer.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente à **Deus** porque "...Até aqui nos ajudou o Senhor" 1 Samuel 7:12. Dele sou totalmente dependente e a Ele dou graças por suprir minhas necessidades básicas, não me deixando faltar nada. Ele me deu saúde, inteligência e coragem para conduzir esse mestrado e me sustentou quando me faltava disciplina, constância e ânimo para continuar. Sem Ele nenhuma só palavra seria escrita nesta dissertação.

Em especial, à minha **mãe Socorro** por ser minha base sólida e por sempre doar de si mesma para me ajudar. Sou imensamente grata por tanto cuidado, incentivo e amor, profundo e insubstituível.

Aos **meus familiares**, agradeço pela constante torcida, encorajamento, apoio financeiro e orações.

Ao meu namorado **Lucas Valentin**, pela paciência e compreensão, sempre me encorajando e aconselhando com amor durante a coleta e escrita desse trabalho.

Aos **meus amigos**, por todo apoio, encorajamento, orações, conselhos, e momentos compartilhados. Vocês trouxeram equilíbrio e leveza nesse processo.

Ao meu orientador **Dr. Silvio Almeida**, a qual tenho muita admiração e respeito, por sua constante orientação na realização desta dissertação, sempre contribuindo com correções, sugestões e aprendizados compartilhados.

À minha co-orientadora **Dra. Janaina Mayer**, pelo incentivo em realizar o mestrado e por ter me dado oportunidade e me confiado a continuidade do estudo sobre SBH. Muito carinho e respeito por sua caminhada.

Ao **Dr. Fuad Hazime**, pela disponibilidade e por todo o auxílio nas análises estatísticas, esclarecendo dúvidas e dividindo conhecimentos.

À **banca examinadora**, pela disposição em participar e por todas as contribuições para dar mais valor e qualidade a esse trabalho.

À **Tamires Lima**, minha amiga, pela parceria e ajuda durante esse mestrado.

Às professoras **Ms. Roberta Romaniolo e Dra. Adriana Fontana** pela oportunidade de estágio em docência. Sem dúvidas foi uma experiência enriquecedora para minha carreira acadêmica. Todas as sugestões, críticas e elogios foram fundamentais para mim.

Ao **Hospital Universitário Regional Norte do Paraná e Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde/UEL**, por proporcionarem a execução e viabilização da coleta de dados e demais atribuições do mestrado.

Às **funcionárias do HURNP**, pela participação na pesquisa, pela paciência e acolhimento.

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34

Epígrafe

“Há um momento certo para tudo, um tempo para cada atividade debaixo do céu. Há tempo de nascer, e tempo de morrer; tempo de plantar, e tempo de colher” (Eclesiastes 3:1-2)

1 **O impacto da síndrome da bexiga hiperativa na produtividade laboral de**
2 **servidoras de um hospital público brasileiro com um novo instrumento de**
3 **avaliação subjetiva e comportamental.** 2023. 86p. Dissertação (Mestrado em
4 Ciências da Saúde) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina. 2023.

6 RESUMO

8 **Introdução:** A síndrome da bexiga hiperativa (SBH) é uma condição de saúde comum
9 e prevalente, caracterizada por sintomas urinários altamente incômodos que impactam
10 substancialmente na produtividade laboral (PL). **Objetivos:** Avaliar o impacto dos
11 sintomas urinários da síndrome da bexiga hiperativa (SBH) nos domínios subjetivos
12 (DS) e comportamentais (DC) relacionados a produtividade laboral (PL) de funcionárias
13 de um hospital público brasileiro através de um novo questionário desenvolvido com
14 esse fim. **Métodos:** Estudo observacional e do tipo transversal, com servidoras de um
15 hospital público universitário, ativas em sua função. As funcionárias foram recrutadas
16 em seus postos de trabalho e todas responderam a um questionário de dados gerais, e
17 aos instrumentos *8-item Overactive Bladder Questionnaire* (OAB-V8) e *International*
18 *Consultation on Incontinence Questionnaire Overactive Bladder* (ICIQ-OAB). Coletou-
19 se dados pessoais, laborais, clínicos e de hábitos e vícios; para verificar a presença de
20 SBH e o grau de incômodo dos sintomas na amostra, foi utilizado o questionário OAB-
21 V8 e para avaliar o comprometimento na qualidade de vida (QV), severidade e incômodo
22 dos sintomas da SBH, foi utilizado o questionário ICIQ-OAB. Para àquelas com
23 pontuação ≥ 8 e presença de urgência miccional no OAB-V8, foi aplicado um
24 questionário estruturado para avaliação da PL na SBH, para domínios (DS) subjetivos
25 e comportamentais (DC), na parte 1, e por sintoma específico (parte 2). As relações
26 entre os subtipos de SBH e as pontuações e domínios de PL foram realizadas pelo
27 testes Qui-quadrado e Exato de Fisher, e pelo teste de Mann Whitney. A correlação
28 entre as pontuações de PL com os questionários OAB-V8 e ICIQ-OAB foram realizadas
29 pelo teste de Spearman; adotou-se um nível de significância de 5%. **Resultados:**
30 Participaram do estudo 576 servidoras, 63 apresentavam SBH seca e 66 SBH úmida.
31 Encontrou-se um impacto significativo na PL por sintoma urinário ($p=0,03$), entre os
32 domínios de produtividade/eficiência ($p=0,03$), agitação ($p < 0,05$) e interrupções para
33 idas ao banheiro ($p=0,03$), principalmente entre as funcionárias com SBHU. A urgência
34 e incontinência urinária de urgência (IUU) foram os sintomas de maior impacto produtivo
35 na amostra ($p=0,01$ e $p < 0,001$). Houve uma correlação significativa do incomôdo dos
36 sintomas com os domínios de PL e o impacto produtivo por sintoma específico,
37 respectivamente, pela pontuação do OAB-V8 (SBHS: $r=0,37$, $p=0,01$, 95% IC=0,08 a
38 0,06; SBHU: $r=0,45$, $p < 0,05$, 95% IC=0,18 a 0,66) (SBHS: $r=0,36$, $p=0,02$, 95% IC=0,06
39 a 0,59; SBHU: $r=0,44$, $p < 0,05$, 95% IC=0,16 a 0,65) e da escala numérica do ICIQ-OAB
40 (SBHS: $r=0,47$, $p=0,001$, 95% IC=0,19 a 0,67; SBHU: $r=0,43$, $p=0,003$, 95% IC=0,14 a
41 0,65) (SBHS: $r=0,52$, $p < 0,001$, 95% IC=0,26 a 0,71; SBHU: $r=0,48$, $p < 0,001$, 95%
42 IC=0,21 a 0,68), em ambos os grupos. A PL correlacionou-se com a severidade dos
43 sintomas e QV quanto aos DS e DC, apenas na SBHU ($r=0,48$, $p < 0,001$, 95% IC=0,21 a
44 0,68) e quanto ao impacto por sintoma em ambos os grupos (SBHS: $r=0,64$, $p < 0,001$,
45 95% IC=0,46 a 0,77; SBHU: $r=0,63$, $p < 0,001$, 95% IC=0,45 a 0,76). **Conclusão:** Os
46 sintomas da SBH impactaram significativamente a PL, em DS (eficiência e agitação) e
47 DC (interrupções para idas ao banheiro), sendo a urgência e a IUU os sintomas de maior
48 impacto. Esses resultados foram associados ao maior incômodo, severidade e impacto
49 na QV dos sintomas.

1 **Palavras-chave:** Bexiga urinária hiperativa; Eficiência; Trabalho; Saúde do
2 trabalhador; Mão de obra em saúde.

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

14

15

16

17

18

19

20

21

22

23

24

25

26

27

28

29

30

31

32

1 **The impact of overactive bladder syndrome on the work productivity of employees**
2 **at a Brazilian public hospital with a new instrument for subjective and behavioral**
3 **assessment..** 2023. 86p. Dissertation (Master in Health Sciences) – State University of
4 Londrina, Londrina. 2023.

5
6 **ABSTRACT**
7

8 **Introduction:** Overactive bladder syndrome (OABS) is a common and prevalent health
9 condition, characterized by highly bothersome urinary symptoms that substantially
10 impact work productivity (WP). **Objectives:** To evaluate the impact of urinary symptoms
11 of overactive bladder syndrome (OABS) on the subjective (SD) and behavioral (BD)
12 domains related to work productivity (WP) of employees of a Brazilian public hospital
13 through a new questionnaire developed for this purpose. **Methods:** Observational and
14 cross-sectional study, with employees of a university public hospital, active in their role.
15 The employees were recruited at their workstation and all answered a general data
16 questionnaire, and the *8-item Overactive Bladder Questionnaire* (OAB-V8) and
17 *International Consultation on Incontinence Questionnaire Overactive Bladder* (ICIQ-
18 OAB). Personal, work, clinical and habits and addictions data were collected; to verify
19 the presence of OABS and the degree of discomfort of the symptoms in the sample, the
20 OAB-V8 questionnaire was used, and to assess the impairment in quality of life (QoL),
21 severity and discomfort of OABS symptoms, the ICIQ- OAB. For those with a score ≥ 8
22 and the presence of urinary urgency in the OAB-V8, a structured questionnaire was
23 applied to assess the WP in the OABS, for subjective (SD) and behavioral (BD) domains,
24 in part 1, and by specific symptom (part 2). Relationships between OABS subtypes and
25 WP scores and domains were performed using the Chi-square and Fisher's exact tests,
26 and the Mann Whitney test. The correlation between WP scores with the OAB-V8 and
27 ICIQ-OAB questionnaires was performed using the Spearman test; a significance level
28 of 5% was adopted. **Results:** A total of 576 servants participated in the study, 63 had
29 DOABS and 66 WOABS. A significant impact was found on PL by urinary symptom
30 ($p=0.03$), between the domains of productivity/efficiency ($p=0.03$), unrest ($p < 0.05$) and
31 interruptions for going to the bathroom ($p = 0.03$), especially among employees with
32 WOABS. Urgency and urge urinary incontinence (UUI) were the symptoms with the
33 greatest productive impact in the sample ($p=0.01$ and $p < 0.001$). There was a significant
34 correlation of bothersome symptoms with the WP domains and productive impact per
35 specific symptom, respectively, by the OAB-V8 score (DOABS: $r=0.37$, $p=0.01$, 95%
36 CI=0, 08 to 0.06; WOABS: $r=0.45$, $p < 0.05$, 95% CI=0.18 to 0.66) (DOABS: $r=0.36$,
37 $p=0.02$, 95% CI =0.06 to 0.59; WOABS: $r=0.44$, $p < 0.05$, 95%CI=0.16 to 0.65) and the
38 numerical scale of the ICIQ-OAB (DOABS: $r=0, 47$, $p=0.001$, 95% CI=0.19 to 0.67;
39 WOABS: $r=0.43$, $p=0.003$, 95% CI=0.14 to 0.65) (DOABS: $r=0.52$, $p < 0.001$, 95%
40 CI=0.26 to 0.71; WOABS: $r=0.48$, $p < 0.001$, 95% CI=0.21 to 0.68), in both groups. WP
41 correlated with the severity of symptoms and QoL regarding SD and BD, only in WOABS
42 ($r=0.48$, $p < 0.001$, 95% CI=0.21 to 0.68) and regarding the impact per symptom in both
43 groups (DOABS: $r=0.64$, $p < 0.001$, 95% CI=0.46 to 0.77; WOABS: $r=0.63$, $p < 0.001$, 95%
44 CI=0.45 to 0,76). **Conclusion:** OABS symptoms significantly impacted WP, in SD
45 (efficiency and unrest) and BD (interruptions to go to the bathroom), with urgency and
46 UUI being the symptoms with the greatest impact. These results were associated with
47 greater discomfort, severity and impact on the QoL of symptoms.

48
49 **Keywords:** Overactive bladder; Efficiency; Work; Occupational health; Health
50 workforce.
51

1 **LISTA DE FIGURAS**

2

3 **Figura 1:** Fluxograma das voluntárias envolvidas no estudo.....39

4

5

6

7 **LISTA DE TABELAS**

8

9 **Tabela 1:** Demonstração dos dados sociodemográficos e clínicos das voluntárias e sua
10 associação com os subtipos da SBH.....40

11 **Tabela 2:** Apresentação dos dados laborais das voluntárias e sua associação com os
12 subtipos da SBH.....41

13 **Tabela 3:** Apresentação das Pontuações dos questionários OAB-V8 e ICIQ-OAB e suas
14 associações com os subtipos de SBH.....42

15 **Tabela 4:** Demonstração das pontuações do questionário de PL e sua associação com
16 os subtipos de SBH.....44

17 **Tabela 5:** Correlação entre a PL e o incômodo, severidade e comprometimento na QV
18 dos sintomas de SBH.....46

19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31

LISTA DE ABREVIATURAS

1		
2		
3	CEP-UEL	Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Londrina
4	COVID-19	Coronavirus Disease
5	DC	Domínio Comportamental
6	DS	Domínio Subjetivo
7	HURNP	Hospital Universitário Regional do Norte do Paraná
8	HWQ	<i>Health and Work Questionnaire</i>
9	IU	Incontinência Urinária
10	IUU	Incontinência Urinária de Urgência
11	ITU	Infecção do trato urinário
12	IAPT	Instrumento Rápido para Avaliação Subjetiva de Produtividade Laboral
13		Intrajornada
14	ICS	<i>International Continence Society</i>
15	ICIQ-OAB	<i>International Consultation on Incontinence Questionnaire Overactive</i>
16		<i>Bladder</i>
17	OAB-V8	<i>8-item Overactive Bladder Questionnaire</i>
18	PL	Produtividade Laboral
19	QV	Qualidade de vida
20	SBH	Síndrome da Bexiga Hiperativa
21	SBHS	Síndrome da Bexiga Hiperativa Seca
22	SBHU	Síndrome da Bexiga Hiperativa Úmida
23	STUI	Sintomas do Trato Urinário Inferior
24	SPS-6	<i>Stanford Presenteeism Scale</i>
25	SPSS	<i>Statistical Package for the Social Sciences</i>
26	TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
27	UEL	Universidade Estadual de Londrina

- 1 US\$ Dólar americano
- 2 WHO-HPQ *World Health Organization Health and Performance Questionnaire*
- 3 WLQ *Work Limitations Questionnaire*
- 4 WPAI-GH *Work Productivity and Activity Impairment - General Health*
- 5 WPAI-SH *Work Productivity and Activity Impairment - Specific Health*
- 6

SUMÁRIO

1		
2		
3	1. INTRODUÇÃO	14
4	1.1 Síndrome da bexiga hiperativa	14
5	1.1.1 Sintomas	14
6	1.1.2 Epidemiologia	14
7	1.1.3 Fisiopatologia	15
8	1.1.4 Diagnóstico	16
9	1.1.5 Tratamento	17
10	1.2 Produtividade Laboral	Erro! Indicador não definido.
11	1.2.1 Absenteísmo e Presenteísmo	18
12	1.2.2 Avaliação de produtividade laboral	19
13	1.2.3 Avaliação da perda de produtividade laboral relacionada a síndrome da bexiga hiperativa	20
14		
15	2. JUSTIFICATIVA	21
16	3. OBJETIVOS	22
17	3.1 Objetivos gerais	22
18	3.2 Objetivos específicos	22
19	4. MATERIAL E MÉTODOS	23
20	4.1 Delineamento e cenário do estudo	23
21	4.2 Aspectos éticos	23
22	4.3 Amostra de pacientes	23
23	4.4 Critérios de inclusão e exclusão	23
24	4.5 Variáveis	24
25	4.6 Coleta de dados	24
26	4.6.1 Recrutamento da amostra	24
27	4.6.2 Instrumentos de avaliação	25
28	4.7 Elaboração do Questionário de PL	26
29	4.8 Viés	27
30	4.9 Análise estatística	27
31	5. RESULTADOS E DISCUSSÃO	29
32	5.1 Artigo	30
33	6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	54
34	7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	56
35	ANEXOS	60

1	ANEXO A – Aprovação do Comitê de Ética.....	61
2	ANEXO B – 8-item Overactive Bladder Questionnaire (OAB-V8)	62
3	ANEXO C - International Consultation on Incontinence Questionnaire	
4	Overactive Bladder (ICIQ-OAB)	63
5	ANEXO D - Instruções para publicação International Urogynecology Jornal	
6	(IUJ).....	65
7	APÊNDICES	79
8	APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).....	80
9	APÊNDICE B - Questionário de dados gerais.....	82
10	APÊNDICE C - Questionário de Produtividade Laboral	85
11		

1. INTRODUÇÃO

1.1 Síndrome da bexiga hiperativa

Segundo a Sociedade Internacional de Continência (ICS), a síndrome da bexiga hiperativa (SBH) é definida como uma síndrome clínica com urgência urinária, geralmente acompanhada de frequência urinária e noctúria, com ou sem incontinência de urgência (IU), na ausência de infecção do trato urinário (ITU) ou outra patologia óbvia (1).

1.1.1 Sintomas

A urgência miccional é um sintoma de armazenamento vesical (sensorial) caracterizado pelo desejo repentino e compulsivo de urinar, difícil de ser adiado. A frequência urinária diurna aumentada é a queixa de aumento da frequência de micção durante as horas de vigília em relação ao considerado normal anteriormente pelo indivíduo ou seu cuidador (1). Em indivíduos saudáveis, geralmente a frequência urinária normal adotada é de 6 episódios ao dia com um intervalo entre as micções de 3 a 4 horas (2,3). A noctúria, por sua vez, é o número de vezes em que a urina é eliminada durante o principal período de sono, devendo ser na primeira vez em que se acorda para urinar, seguida de sono ou intenção de dormir. Por último, a SBH pode ou não ser associada a IU, que consiste na queixa de perda involuntária de urina, associada a urgência miccional (1).

1.1.2 Epidemiologia

A SBH é uma condição de saúde comum, de prevalência variada. Estudos de base populacional trazem uma taxa de 7% a 27% na população masculina e 9% a 43% na população feminina, sendo mais prevalente e de maior severidade com a idade (2,3).

Em mulheres, em faixas etárias diferentes, sua prevalência é alta e semelhante em estudos recentes realizados em países distintos. Em um estudo europeu realizado com participantes jovens, com idade média de 25,5 anos, a prevalência foi de 21,7% (4). No Brasil, a prevalência foi semelhante entre homens e mulheres (50-59 anos), sendo de 25% e 24% respectivamente (5). Na Coreia, a prevalência da SBH foi de 19,3% entre mulheres de 18 a 80 anos de idade, e aumentou com a idade (6).

1.1.3 Fisiopatologia

A fisiopatologia da SBH tem sido explicada por 3 principais fatores: miogênico, neurogênico e uroteliogênico.

O fator miogênico explica que alterações nas propriedades dos miócitos do detrusor geram uma contração involuntária da musculatura detrusora da bexiga, gerando um aumento instável da pressão intravesical. O aumento desta pressão durante a micção, ocasionado por algum evento, pode ocasionar uma isquemia periódica do músculo liso da bexiga, resultando em danos aos neurônios intrínsecos na parede vesical e alterações secundárias nas propriedades do musculo liso ao longo do tempo. Essas modificações podem gerar aumento da excitabilidade e o acoplamento elétrico entre as células e hipersensibilidade do detrusor aos neurotransmissores, aumentando a resposta à estimulação. A alteração na ativação dos ions Ca^{2+} também está associada a atividade contrátil na SBH (7).

Já o fator neurogênico explica que a SBH pode ser ocasionada pela hiperatividade do detrusor ocasionada pela deflagração de reflexos miccionais primitivos, devido à lesão das vias inibitórias centrais no cérebro e medula espinhal ou à sensibilização dos terminais aferentes periféricos na bexiga, ocasionados em indivíduos com doenças neurológicas como esclerose múltipla, doença de Parkinson, eventos cerebrovasculares, por exemplo. Esses danos podem gerar a supressão da inibição suprapontina, neurotransmissão periférica anormal ou aumento da atividade aferente, causando alteração da função detrusora (7).

O fator uroteliogênico por sua vez explica que a contratilidade detrusora pode ser afetada pela alteração da excitabilidade dos nervos aferentes devido liberação de neurotransmissores no urotélio, tecido que reveste grande parte do trato urinário, ocasionada por mudanças na sinalização. Essa camada é sensível a estímulos térmicos, mecânicos e químicos, sua ausência leva ao aumento da atividade espontânea do detrusor e sua lesão está associada ao aumento da frequência urinária e diminuição do volume urinado (7).

Qualquer um desses três fatores ou a junção de um ou mais fatores pode ocasionar a SBH. Além disso, distúrbios metabólicos, obstrução da saída da urina e a inflamação também estão associados com a fisiopatologia da SBH por aumentar a excitabilidade da inervação detrusora e alterar as funções sensoriais e de barreira urotelial (7).

1.1.4 Diagnóstico

O diagnóstico da SBH é clínico, por meio da investigação dos sinais e sintomas, excluindo outros distúrbios que poderiam ser a causa dos sintomas. O processo de diagnóstico deve constar da coleta de uma história clínica minuciosa, do exame físico e da análise da urina (2,3,8).

A história clínica deve constar de informações detalhadas quanto à duração e intensidade dos sintomas de base, aos sintomas de armazenamento e de esvaziamento, consumo de fluídos (quantidade e tipo), à frequência urinária diurna e noturna, ao uso de medicamentos, com atenção ao uso de diuréticos, ao incômodo do sintomas, aos antecedentes cirúrgicos ginecológicos e às comorbidades prévias, incluindo doenças neurológicas, déficit de mobilidade, diabetes mellitus, distúrbios anorretais, infecção do trato urinário inferior (ITU) de repetição, hematúria macroscópica, câncer pélvico e outros. O diário miccional e os questionários autoaplicados podem ser importantes instrumentos para quantificar os sintomas e o consumo de líquidos e mensurar o incômodo dos sintomas e a qualidade de vida (QV), respectivamente (2,3,8).

O exame físico deve ser cuidadoso e direcionado, realizando um exame abdominal para avaliar presença de massas, hérnias, áreas de sensibilidade e distensão suprapúbica, um exame de membros inferiores para avaliar presença de edemas e uma avaliação perineal, visando a musculatura do assoalho pélvico e doenças genitais. A avaliação da capacidade cognitiva também deve ser realizada (2,3,8).

Uma análise da urina deve ser realizada para descartar ITU e hematúria. Na presença de alguma infecção, coleta-se uma urocultura e posteriormente o tratamento. Mediante a resolução do quadro, o indivíduo deve ser questionado novamente sobre os sintomas. São muito úteis a avaliação do resíduo pós-miccional, o diário da bexiga e/ou questionários de sintomas, para descartar outros distúrbios. Exames complementares como urodinâmica, cistoscopia e ultrassom de bexiga não são recomendados na avaliação inicial de indivíduos com SBH sem complicações, apenas em casos complicados ou refratários ao tratamento, e mediante critério clínico. Se necessário, o indivíduo pode ser encaminhado para outros especialistas para elucidação do caso (2,3,8).

1.1.5 Tratamento

Antes de ser iniciado o tratamento da SBH, o indivíduo deve receber uma educação em saúde sobre o funcionamento normal do trato urinário inferior, o que se sabe sobre a SBH, as opções de tratamento, seus riscos e benefícios, bem como ser esclarecido sobre a necessidade de várias opções terapêuticas para o controle dos sintomas (2,3,8).

Para o tratamento da SBH deve ser oferecido a terapia comportamental e a mudança no estilo de vida como tratamentos de primeira linha para todos os indivíduos. Estratégias de controle vesical, como a micção programada e as técnicas de supressão da urgência, treinamento dos músculos do assoalho pélvico, podem ser associados ao biofeedback, gerenciamento de fluídos/caféina, controle de peso, modificações dietéticas, manejo da constipação e otimização de outras comorbidades associadas. A terapia comportamental pode ser associada à terapia farmacológica (2,3,8).

Como tratamento de segunda linha, as diretrizes trazem a terapia medicamentosa por meio da prescrição de antimuscarínicos, ou agonistas β_3 -adrenoceptores, priorizando formulações de liberação lenta e realizando o manejo farmacológico mediante os efeitos adversos e contraindicações. Além disso, a terapia combinada dos fármacos pode ser uma opção em pacientes refratários a monoterapia (2,3,8).

Já no tratamento de terceira linha, pode ser oferecida a toxina botulínica à pacientes cuidadosamente selecionados e aconselhados, refratários as terapias de primeira e segunda linha. A eletroestimulação periférica posterior ao nervo tibial posterior e a neuromodulação sacral são outras terapias de terceira linha ofertadas a pacientes cuidadosamente selecionados, sendo a última recomendada para pacientes com SBH grave refratária não-elegíveis a terapia farmacológica e que aceitam procedimento cirúrgico. Outros tratamentos adicionais cistoplastia e derivação urinária utilizados em casos raros (2,3,8).

1.2 Produtividade Laboral

Produtividade Laboral (PL) é uma medida relacionada ao contexto de trabalho definida em termos simples pela razão entre as saídas (produção) e entradas (custos). Em outras palavras, este termo está associado ao tempo despendido por um grupo de trabalhadores na execução das tarefas atribuídas, gerando uma determinada produção, seja em bens, produtos ou serviços (9,10).

1 A produção gerada por uma determinada força de trabalho é calculada em
2 termos de valor econômico, sendo assim a produtividade é uma medida importante para
3 o sucesso financeiro. Diante disso, para se obter uma boa PL é necessário considerar
4 os aspectos de tempo de execução, qualidade do produto final e custo da atividade
5 (9,10).

6 Existem inúmeros fatores que podem afetar a produtividade de uma
7 determinada força de trabalho. As condições mentais, a motivação, o ambiente de
8 trabalho, a administração vigente, os relacionamentos interprofissionais, condições de
9 saúde, entre outras causas, podem estar relacionadas a redução do desempenho
10 produtivo na execução das atividades de trabalho (11).

12 **1.2.1 Absenteísmo e Presenteísmo**

13
14 Quanto a redução do desempenho produtivo devido a condições de saúde, é
15 importante ressaltar dois tipos de perda de produtividade relacionadas ao trabalho
16 remunerado: o absenteísmo e o presenteísmo. O absenteísmo é definido como a perda
17 de produtividade pela ausência do funcionário no trabalho, devido alguma doença
18 pessoal ou de algum dependente, não comparecendo pela gravidade da condição de
19 saúde ou por necessitar ir a consultas médicas no horário de trabalho. Já o
20 presenteísmo é a redução do desempenho pleno das atividades laborais de um
21 trabalhador por problemas de saúde, mesmo comparecendo para trabalhar, sendo
22 observado pela redução da quantidade e qualidade do trabalho (12,13). É comum que
23 o presenteísmo preceda ou seja seguido do absenteísmo, mas não são em todos os
24 casos. O presenteísmo apresenta uma maior taxa de perda de produtividade (77%) em
25 relação ao absenteísmo (23%), tornando-se mais preocupante para as empresas ou
26 organizações (14).

27 Além disso, segundo um estudo com trabalhadores japoneses, o presenteísmo
28 corresponde a maior parte dos custos relacionados à saúde (64%), com um valor
29 monetário de US\$ 3.055,00 por pessoa ao ano, e o absenteísmo a 11% dos custos (US\$
30 520,00/pessoa/ano), acompanhados por demais custos com despesas médicas,
31 farmacêuticas e de internações (15). Ambos afetam os aspectos econômicos de uma
32 empresa e de um país, no entanto é necessária uma maior atenção para o
33 presenteísmo, porque além de causar um maior ônus aos empregadores, em
34 comparação ao absenteísmo, por vezes é desconsiderado no cálculo dos custos de
35 produtividade e nas avaliações econômicas (13).

36 Segundo Howard, Howard e Smyth (12), os fatores que contribuem para o
37 absenteísmo e presenteísmo são diversos, incluindo doenças específicas (alergias,

1 doenças pulmonares, enxaquecas, influenza, dores agudas e crônicas etc.), lesões
2 (ocupacionais, por exemplo), comportamentos de saúde (etilismo, tabagismo,
3 obesidade), fatores psicológicos (ansiedade e depressão) e ocupacionais (estresse, alta
4 demanda, tipo de trabalho).

6 **1.2.2 Avaliação da produtividade laboral**

7
8 A avaliação do declínio na PL de trabalhadores é um desafio. Em alguns casos
9 é mensurado de forma simples pelo número de ausências ou pela quantidade de tarefas
10 concluídas, como em linhas de produção, contudo, muitos trabalhadores executam
11 diversas atividades laborais diferentes, ou atividades complexas e de difícil mensuração,
12 além de existir vários aspectos que afetam a produtividade relacionados ao
13 presenteísmo. Sendo assim a avaliação da produtividade torna-se complexa (11,12).

14 Dentro desse contexto, tem sido desenvolvidos e validados instrumentos
15 autorreferidos para avaliação da produtividade, sendo uma ótima opção para mensurar
16 quantitativamente a PL (16). Alguns desses instrumentos são o *World Health*
17 *Organization Health and Performance Questionnaire* (WHO-HPQ), o *Work Productivity*
18 *and Activity Impairment - General Health* (WPAI-GH) e *Specific Health* (WPAI-SH), o
19 *Work Limitations Questionnaire* (WLQ), o *Stanford Presenteeism Scale* (SPS-6) e o
20 *Health and Work Questionnaire* (HWQ), sendo estes relacionados à saúde e validados
21 para língua portuguesa, exceto o último (17-21).

22 Os instrumentos mais utilizados para avaliação da produtividade nos estudos
23 sobre SBH e produtividade são o WPAI-GH e o WPAI-SH (22-26). Apesar de serem
24 instrumentos amplamente difundidos e suas versões genéricas validadas para língua
25 portuguesa (18), trata-se de instrumentos muito simples e amplos que englobam os
26 aspectos de absenteísmo e presenteísmo. Eles avaliam apenas as horas perdidas de
27 trabalho e o impacto de problemas de saúde gerais (WPAI-GH) e específicos (WPAI-
28 SH) na redução da produtividade no trabalho e da capacidade de realizar atividades
29 diárias por meio de uma escala numérica de 0 a 10, não aprofundando em aspectos
30 relacionados à produtividade e saúde.

31 Outro instrumento utilizado nestes estudos foi o WLQ, em que parte deste
32 questionário foi adaptado para avaliação de participantes com SBH (27-30). A versão
33 completa deste instrumento é disponibilizada somente mediante permissão dos autores,
34 incluindo a versão validada para o português (19). Contudo, o WLQ é um instrumento
35 que avalia o grau de dificuldade para desempenhar algumas atividades no trabalho
36 devido a uma condição de saúde, avaliando a produtividade de uma forma indireta, pela
37 capacidade de execução.

1 O questionário WHO-HPQ apesar de validado para língua portuguesa é um
2 instrumento longo que se detém em fornecer informações sobre vários problemas de
3 saúde gerais, os tratamentos e as consequências na produtividade, incluindo acidentes
4 de trabalho, sendo uma ferramenta pouco específica (17).

5 A escala SPS-6, por sua vez, apesar de considerar aspectos subjetivos
6 relevantes relacionados a produtividade, como estresse, concentração, ânimo, energia,
7 prazer e aptidão para realizar atividades difíceis, não considerou o absentismo na
8 avaliação da perda de produtividade (20). Já o questionário HWQ não apresenta versão
9 validada para o português (21).

10 11 **1.2.3 Avaliação da perda de produtividade laboral relacionada a síndrome da** 12 **bexiga hiperativa**

13
14 Diante da dificuldade em se utilizar os questionários apresentados, antes de
15 avaliar o impacto da SBH na PL, surgiu a necessidade de se criar um instrumento novo,
16 que incorporasse os principais aspectos relacionados ao presenteísmo e absentismo
17 encontrados nestes questionários de uma forma mais completa, objetiva e específica
18 para avaliação de produtividade em indivíduos com SBH, considerando aspectos
19 subjetivos e comportamentais importantes relacionados a produtividade bem como o
20 impacto específico de cada sintoma urinário.

21 Assim, para construção de um novo instrumento foi utilizado os aspectos
22 subjetivos relacionados ao presenteísmo, sobre eficiência, concentração, aptidão, vigor,
23 irritabilidade, agitação, constrangimento e motivação do Instrumento Rápido para
24 Avaliação Subjetiva de Produtividade Laboral Intra-jornada (IAPT) e dos questionários
25 HWQ e WHO-HPQ, pois acredita-se que todos estas ações e emoções podem ser
26 interferidas pelos sintomas da SBH, e que conseqüentemente podem afetar na
27 produtividade (11,17,21).

28 Selecionou-se as questões relacionadas ao aspecto do absentismo dos
29 questionários HPQ e WPAI-GH e das questões adaptadas do WLQ, pois além do
30 presenteísmo, as faltas no trabalho também são responsáveis pela perda de PL e
31 devem ser consideradas (17-19).

32 Aspectos comportamentais como interrupções para idas ao banheiro e
33 mudanças na rotina de trabalho também foram retirados das questões adaptadas do
34 WLQ, pois acredita-se que qualquer modificação no curso normal de uma atividade
35 laboral, pode interferir na sua execução plena, interferindo na capacidade produtiva (19).

36 Por fim, a graduação numérica e a definição utilizada para o presenteísmo no
37 questionário WPAI-GH foram utilizadas para avaliação da produtividade por sintoma

1 urinário específico da SBH, pois a depender do paciente cada sintoma pode apresentar
2 um impacto diferente na produtividade, provavelmente relacionado a sua frequência e
3 gravidade (18).

4 **2. JUSTIFICATIVA**

5
6 Poucos estudos na literatura têm investigado a relação da PL e SBH, e mesmo
7 esses a abordam, em geral, de modo secundário. Alguns artigos apresentam a relação
8 entre o trabalho e a SBH, contudo de uma outra perspectiva, ou seja, do impacto da
9 ocupação no surgimento e gravidade dos sintomas urinários (29,31). Outros estudos,
10 por sua vez, têm avaliado a produtividade e SBH, contudo por meio de questionários de
11 produtividade relacionados a saúde em geral, adaptados ou não para SBH (22-29). E
12 outros autores apenas têm incluído a produtividade, como parte dos desfechos
13 avaliados em seus questionários sobre o impacto da SBH (32).

14 Sabe-se atualmente que existem vários aspectos que influenciam a
15 produtividade no trabalho, e que estes podem ser afetados pelos sintomas de SBH (11),
16 contudo a maioria dos estudos abordam a produtividade de uma forma mais genérica.
17 Torna-se necessário compreender a dimensão com que a SBH tem afetado a rotina
18 laboral, em especial a produtividade, para que seja encarada como um problema de
19 saúde pública e ocupacional e que medidas sejam tomadas para melhorar as condições
20 de saúde dos trabalhadores e seu bem-estar no trabalho (33). O presenteísmo tem sido
21 cada vez mais danoso do que o absenteísmo, quanto aos custos econômicos (13,15),
22 sendo assim compreender a SBH como uma das causas da baixa produtividade no
23 trabalho, tornará essa condição de saúde mais considerada e medidas de prevenção e
24 facilidades no ambiente de trabalho poderão ser tomadas (29).

25

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

- Avaliar o impacto dos sintomas urinários da SBH nos domínios subjetivos e comportamentais relacionados a produtividade laboral de um novo instrumento desenvolvido e aplicado com funcionárias de um hospital público brasileiro.

3.2 Objetivos específicos

- Descrever o perfil sociodemográfico, clínico e laboral das funcionárias sem SBH, com SBH seca e SBH úmida;
- Verificar a associação entre as variáveis sociodemográficas, clínicas e laborais e os subtipos de SBH seca e úmida
- Identificar os domínios subjetivos e comportamentais de PL mais afetados pelos sintomas em relação aos subtipos de SBH;
- Analisar o impacto na PL por sintoma urinário específico em relação aos subtipos de SBH;
- Apresentar as diferenças entre os subtipos SBH seca e úmida quanto a PL, qualidade de vida, incômodo e a severidade dos sintomas urinários;
- Correlacionar a PL com a qualidade de vida, o incômodo e a severidade dos sintomas urinários por subtipo de SBH.

4. MATERIAL E MÉTODOS

4.1 Delineamento e cenário do estudo

Estudo de natureza observacional, analítico do tipo transversal realizado no Hospital Universitário Regional do Norte do Paraná (HURNP) da Universidade Estadual de Londrina (UEL), em Londrina-PR, no período de abril de 2019 até maio de 2022.

4.2 Aspectos éticos

Este projeto já foi aprovado pelo Comitê de Ética em pesquisa do HURNP/UEL (CEP-UEL) pelo parecer de nº 4.279.359 (ANEXO A). As pacientes receberam informações a respeito da pesquisa a ser desenvolvida e aquelas que consentiram a participar assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A).

4.3 Amostra de pacientes

Trata-se de uma amostra por conveniência constituída por mulheres, servidoras do HURNP, ativas em sua função durante o período da coleta de acordo com a listagem de servidoras disponibilizada pela divisão de recursos humanos da instituição. Nesta lista constava os nomes das funcionárias em ordem alfabética, suas funções e locais de trabalho. Por meio da lista, foi identificado as unidades, divisões, seções ou setores hospitalares e então realizadas visitas nestes locais para recrutamento 2 a 4 vezes por semana, alternando turnos (manhã, tarde e noite). Eram visitados vários locais de trabalho por turno, observando-se disponibilidade dos funcionários e funcionamento da unidade/divisão/seção/setor. O critério de finalização das coletas foi a visita a todos os locais de trabalho mais de uma vez e em diferentes turnos.

4.4 Critérios de inclusão e exclusão

Foram incluídas mulheres com 18 anos de idade ou mais, registradas como funcionárias do HURNP, alfabetizadas e que aceitassem participar da pesquisa.

1 Gestantes, até o terceiro mês de puerpério, portadoras de distúrbios psiquiátricos com
2 comprometimento cognitivo e/ou doenças neurológicas que afetem o funcionamento do
3 trato urinário inferior, diagnóstico de ITU no último mês (sintomas de disúria, dor
4 miccional, hematúria, polaciúria ou diagnóstico laboratorial) que tivessem realizado
5 radioterapia pélvica e/ou cirurgias radicais pélvicas (urológicas, ginecológicas ou
6 intestinais) e que fizessem uso de medicamentos para o tratamento da SBH, ITU ou de
7 sintomas do trato urinário inferior (STUI) foram excluídas do estudo. Também se excluiu
8 funcionárias que estivessem afastadas de suas funções durante o período de coleta da
9 pesquisa.

12 **4.5 Variáveis**

14 A variável de desfecho estudada é a produtividade laboral, as variáveis
15 preditoras são o incômodo e severidade dos sintomas, bem como comprometimento na
16 qualidade de vida, sendo a variável de exposição o diagnóstico de SBH. A idade e a
17 presença de doenças psicológicas não diagnosticadas podem ser potenciais fatores de
18 confusão.

21 **4.6 Coleta de dados**

23 **4.6.1 Recrutamento da amostra**

25 As funcionárias foram procuradas em seus postos de trabalho e convidadas a
26 participar da pesquisa mediante agendamento de acordo com sua disponibilidade,
27 sendo as entrevistas desenvolvidas em local reservado.

28 Em seguida explicou-se sobre a finalidade do estudo e entregou-se às
29 voluntárias o TCLE previamente aprovado pelo CEP-UEL, CAAE
30 n°01691218.6.0000.5231. Mediante leitura, compreensão, aceite e assinatura do TCLE
31 foi iniciada a coleta por meio da aplicação dos questionários de dados gerais, OAB-V8
32 e ICIQ-OAB para todas as voluntárias. Para as funcionárias diagnosticadas com SBH,
33 diagnóstico determinado por uma pontuação ≥ 8 e presença de urgência miccional no
34 questionário OAB-V8, foi adicionado a aplicação do questionário de PL. Este
35 instrumento não foi aplicado entre as funcionárias sem SBH, pois o objetivo deste estudo
36 era avaliar o prejuízo da PL entre aquelas com SBH. Todos os instrumentos foram
37 administrados pelos pesquisadores de forma presencial.

1 No período inicial da coleta de dados, o recrutamento da amostra e aplicação
2 dos questionários foram realizados por pesquisadores acadêmicos de fisioterapia. A
3 coleta foi interrompida durante a pandemia por COVID-19, e sucedida por apenas um
4 pesquisador formado.

5 Apesar da possível dificuldade de avaliar a noctúria entre funcionárias do
6 período noturno, estas voluntárias foram incluídas, pois a escala de trabalho dessas
7 profissionais é de 12 horas trabalhadas intercaladas com folga de 36 horas, assim sendo
8 possível apresentar noctúria nestes períodos de folga.

9 10 11 **4.6.2 Instrumentos de avaliação**

12
13 Por meio de um questionário de dados gerais desenvolvido pelos
14 pesquisadores (APÊNDICE B) foram coletados dados pessoais, laborais e clínicos
15 (uroginecológicos e obstétricos), hábitos e vícios, comorbidades e medicamentos em
16 uso.

17 Para diagnóstico da SBH foi aplicado o questionário *8-item Overactive Bladder*
18 *Questionnaire* (OAB-V8), um questionário de rastreamento da SBH validado para língua
19 portuguesa (34) e composto de 8 questões graduadas de 0 a 5 na escala likert com
20 pontuação total variando de 0 a 40 pontos. Pontuações maiores neste questionário
21 indicam um maior incômodo dos sintomas (35). As participantes que apresentaram uma
22 pontuação igual ou superior a 8 pontos e sintoma de urgência miccional foram
23 identificadas com SBH (ANEXO B).

24 Utilizou-se também o questionário *International Consultation on Incontinence*
25 *Questionnaire Overactive Bladder* (ICIQ-OAB), um instrumento validado em português
26 por Pereira et al. (36) que investiga a severidade e o comprometimento dos sintomas
27 urinários relacionados à SBH na qualidade de vida (QV), bem como o grau de incômodo
28 destes sintomas. Seu score total, pontuado pela soma das questões 3a, 4a, 5a e 6a,
29 varia de 0 a 16 pontos, sendo valores maiores indicativos de maior impacto na QV.
30 Também apresenta uma escala numérica de zero a dez para quantificar o incômodo
31 causado por cada sintoma urinário. Este instrumento também foi utilizado para
32 classificar as participantes nos subtipos de SBH, úmida (SBHU) e seca (SBHS) , de
33 acordo com a resposta da questão 6a (ANEXO C).

34 Para avaliação da PL das funcionárias com sintomas de SBH, usou-se um
35 questionário estruturado de autoria dos próprios pesquisadores (APÊNDICE C). O
36 instrumento é composto de 16 questões, sendo dividido em duas partes. A primeira parte,
37 com 12 itens, tem como objetivo avaliar o impacto da SBH em domínios subjetivos (DS)

1 e comportamentais (DC) relacionadas a produtividade nas últimas quatro semanas,
2 sendo cada item graduado de 0 a 3, segundo a escala Likert. Dos itens DS1 a DS8 as
3 participantes deveriam responder com nada (0), um pouco (1), moderadamente (2) ou
4 bastante (3) para mensurar o impacto dos sintomas na eficiência, concentração, aptidão,
5 vigor, irritabilidade, agitação, constrangimento e motivação no trabalho. Dos itens DC1
6 a DC4 (questões 9 a 12), as participantes deveriam responder com não (0), às vezes
7 (1), várias vezes (2) ou sempre (3) a frequência em que acontecem alguns
8 comportamentos que afetam na produtividade (atraso, horas perdidas de trabalho,
9 faltas, dificuldade para manter uma rotina de trabalho e interrupções para idas ao
10 banheiro) devido aos sintomas da SBH. A pontuação total da primeira parte varia de 0
11 a 36 pontos, sendo valores maiores indicativos de um maior impacto dos sintomas da
12 SBH na PL. Já a segunda parte é composta de 4 questões com 1 subitem cada uma,
13 que visam avaliar o impacto de cada sintoma da SBH, isoladamente, na produtividade.
14 As pacientes foram questionadas sobre a presença dos sintomas da SBH (frequência
15 miccional aumentada, urgência, incontinência urinária de urgência (IUU) e noctúria) e o
16 impacto de cada um deles na produtividade geral, sendo mensurado por uma escala
17 numérica variando de 0 (não afeta) a 10 (afeta completamente).

18

19

20 **4.7 Elaboração do Questionário de PL**

21

22 A elaboração do novo instrumento de avaliação de PL se baseou em outros
23 questionários validados sobre produtividade no trabalho, sendo alguns deles
24 relacionados a saúde (11,17,18,21,27). Para o desenvolvimento dos domínios
25 subjetivos relacionados ao presenteísmo, sobre eficiência, concentração, aptidão, vigor,
26 irritabilidade, agitação, constrangimento e motivação, foram tomados como base as
27 questões sobre concentração e eficiência (questão 1), cansaço ou sonolência (questão
28 2), produtividade (questão 3), aptidão (questão 4), irritabilidade (questão 6), vigor
29 (questão 8) e satisfação (questão 10) do IAPT (11), as questões sobre estresse (questão
30 1), satisfação com o trabalho (questão 3), eficiência (questão 12), qualidade geral de
31 trabalho (questão 13), incômodo ou irritabilidade (questão 17), impaciência (questão
32 18), agitação (questão 20), desinteresse ou tédio (questão 21), concentração (questão
33 22) e exaustão (questão 24) do questionário HWQ (21) e os subitens A28a ao A28c,
34 sobre tristeza, nervosismo e inquietação, A28h, sobre impaciência ou irritação, e B12d
35 ao B12g sobre cuidado, qualidade, concentração e quantidade de trabalho do
36 instrumento HPQ (17). Em nosso instrumento optou-se por mensurar o impacto por meio
37 da escala Likert de 4 alternativas, diferente da graduação utilizada nos questionários

1 citados, que se utilizaram de mensurações distintas entre si (escala likert de 5
2 alternativas, graduação de 0 a 10 e escala likert para avaliação da ocorrência das
3 variáveis subjetivas).

4 Para o desenvolvimento das questões 9 e 10 (DC1 e DC2), relacionadas ao
5 absenteísmo, foram utilizados como base uma questão adaptada da subescala *Output*
6 *Demands* do WLQ sobre dificuldade para trabalhar o número necessário de horas, os
7 subitens B9a (faltas de dia inteiro) e B9d (faltas em parte do dia) do instrumento HPQ e
8 o item 2 sobre horas perdidas de trabalho do questionário WPAI-GH (17,18,27). As
9 demais questões comportamentais relacionadas ao presenteísmo (11 e 12) também
10 foram baseadas em questões adaptadas de comprometimento no trabalho do WLQ
11 sobre dificuldade para trabalhar sem fazer pausas e para manter rotina de trabalho (27).
12 Por não haver uma padronização entre os instrumentos quanto a mensuração desses
13 aspectos, adotou-se uma escala likert de 4 alternativas para avaliação da frequência
14 desses comportamentos, semelhante a graduação utilizada no HPQ. Este instrumento
15 foi anteriormente testado em um estudo piloto com 42 voluntárias da amostra.

16 Em relação a construção da parte 2 do questionário de PL, foi considerado a
17 análise realizada no estudo de Sexton et al. (27), que avaliaram o escore de
18 comprometimento no trabalho por sintomas urinários específicos, entre eles a urgência,
19 frequência urinária, noctúria e a incontinência urinária de urgência (IUU). Além disso, a
20 definição de presenteísmo e a forma de graduação (0 a 10) utilizada na questão 5 do
21 WPAI-GH para avaliar o comprometimento na produtividade por sintoma específico da
22 SBH (18) foram selecionadas.

23

24

25 **4.8 Viés**

26

27 Este estudo possui potenciais viés de aferição, quanto ao número de
28 pesquisadores responsáveis pela coleta de dados, e de memória, quanto a recordação
29 do impacto dos sintomas de SBH na produtividade laboral no último mês, não
30 descartando a possibilidade de outros viés.

31

32

33 **4.9 Análise estatística**

34

35 Estatísticas descritivas foram utilizadas para descrever as variáveis
36 demográficas, as características clínicas das participantes, os domínios dos

1 questionários de PL e os itens do ICIQ-OAB. A normalidade dos dados foram testadas
2 pelo teste de Shapiro Wilk. Os testes Qui-quadrado e Exato de Fisher foram usados
3 para as relações entre os dois subtipos de SBH e as variáveis categóricas demográficas,
4 clínicas e de PL. Testes de Mann-Whitney foram utilizados na verificação das diferenças
5 entre os grupos SBHU e SBHS para as variáveis contínuas demográficas, clínicas e de
6 PL. A correlação não paramétrica de ordem de classificação de *Spearman* (rho de
7 Spearman [r]) foi usada para avaliar a magnitude da relação entre as variáveis de PL,
8 incômodo dos sintomas de bexiga hiperativa (OAB-V8 e ICIQ-OAB), severidade dos
9 sintomas e QV (ICIQ-OAB). Foi considerado nível de significância $p < 0,05$ e as análises
10 foram conduzidas utilizando-se o software IBM Statistical Package for the Social
11 Sciences (SPSS) v.20 para o Windows.

12

13

1 5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

2

3 Os resultados e discussão estão apresentados na forma de artigo científico que
4 será submetido ao periódico *International Urogynecology Journal* (ANEXO D);
5 intitulado: **O impacto da síndrome da bexiga hiperativa na produtividade laboral de**
6 **servidoras de um hospital público brasileiro.**

7

5.1 Artigo

O IMPACTO DA SÍNDROME DA BEXIGA HIPERATIVA NA PRODUTIVIDADE LABORAL DE SERVIDORAS DE UM HOSPITAL PÚBLICO BRASILEIRO

Resumo

Introdução e hipóteses: Poucos estudos têm investigado a relação da produtividade laboral (PL) e a síndrome da bexiga hiperativa (SBH), muitos destes avaliando por questionários de produtividade genéricos ou apenas incluindo como desfecho secundário. Avaliamos o impacto da SBH nos domínios específicos de PL, com a hipótese de que as funcionárias com SBH apresentarão um impacto nos domínios de eficiência, concentração, vigor e irritabilidade, horas perdidas de trabalho, interrupções e comprometimento no cronograma de trabalho.

Métodos: Estudo observacional, transversal, com 576 funcionárias (sem SBH: 447, SBH seca: 63, SBH úmida: 66). Utilizou-se os instrumentos *8-item Overactive Bladder Questionnaire* (OAB-V8), *International Consultation on Incontinence Questionnaire Overactive Bladder* (ICIQ-OAB) e um novo questionário de PL elaborado pelos autores. Testes não-paramétricos foram utilizados para associar a SBH com a produtividade. A correlação entre os instrumentos foi realizada pelo Teste de Spearmann, adotando um valor de $p=0,05$.

Resultados: Encontrou-se um impacto significativo na PL por sintoma urinário ($p=0,03$) entre os domínios de produtividade/eficiência ($p=0,03$), agitação ($p < 0,05$) e interrupções para idas ao banheiro ($p=0,03$), maior entre as funcionárias com SBHU. A urgência e incontinência urinária de urgência (IUU) foram os sintomas de maior impacto produtivo ($p=0,01$, $p<0,001$). Encontrou-se uma correlação significativa entre as pontuações de PL e os escores do OAB-V8 e ICIQ-AOB, em ambos os grupos ($p<0,05$).

Conclusão: A SBH impactou a PL, nos domínios de eficiência, agitação e interrupções para idas ao banheiro, sendo a urgência e a IUU os sintomas de maior impacto produtivo.

Palavras-chave: Bexiga Urinária Hiperativa; Eficiência; Trabalho; Saúde do Trabalhador

5.1.1 Introdução

A redução da produtividade laboral (PL) relacionada à saúde, evidenciada pela ausência do funcionário no trabalho (absenteísmo) e/ou pela redução do desempenho pleno das atividades em quantidade e qualidade de trabalho (presenteísmo) está relacionada a grande parte dos custos relacionados a saúde, afetando os aspectos econômicos de uma empresa ou país. Doenças específicas, lesões, comportamentos de saúde, fatores psicológicos e ocupacionais são algumas das causas para redução do desempenho produtivo [1,2]. Estudos trazem que a Síndrome da Bexiga Hiperativa (SBH) impacta substancialmente na PL, sendo associada a maiores taxas de absenteísmo e presenteísmo [3-11].

Dentro desse contexto, já existem instrumentos autorreferidos e validados para avaliar a PL relacionada à saúde. Esses questionários, por sua vez, são limitados por considerarem as autopercepções, serem longos, incompletos, superficiais e amplos. Alguns destes avaliam a produtividade de forma indireta, pela capacidade e dificuldade de execução de determinadas atividades laborais, enquanto outros, de modo geral englobam o presenteísmo com ou sem o absenteísmo, sem explorar os aspectos e oscilações relacionados à produtividade [12-15].

Por não haver um instrumento específico para mensuração do prejuízo na PL de indivíduos com SBH, alguns desses questionários gerais têm sido utilizados em estudos com esta população [6-11]. Outros autores, também têm abordado sobre a PL, contudo secundariamente, como um dos desfechos avaliados em questionários estruturados sobre o impacto geral da SBH [4,5] e na relação inversa, ou seja do impacto do trabalho no surgimento e gravidade dos sintomas urinários [11,16].

É necessário explorar mais detalhadamente os aspectos relacionados a PL considerando-se as especificidades da SBH. Sabe-se atualmente que os sintomas da SBH influenciam a concentração, vigor, motivação, irritabilidade, fadiga e conseqüentemente a PL [12]. A compreensão do efeito da SBH no desempenho produtivo, permitirá que esta seja encarada como um problema de saúde pública ocupacional e que medidas de prevenção e facilidades sejam tomadas para melhorar essa condição [11,17].

Assim, o objetivo desse estudo foi avaliar o impacto dos sintomas urinários da SBH nos domínios subjetivos (DS) e comportamentais (DC) relacionados a PL de um novo instrumento desenvolvido e aplicado com funcionárias de um hospital público

1 brasileiro, com hipótese de que as funcionárias com SBH apresentarão um impacto em
2 domínios de eficiência, concentração, vigor e irritabilidade, perdas de horas de trabalho,
3 interrupções e comprometimento no cronograma de trabalho por conta dos sintomas
4 urinários.

5

6 **5.1.2 Materiais e Métodos**

7

8 Estudo observacional, analítico do tipo transversal realizado com amostra por
9 conveniência de funcionárias de um hospital público brasileiro no período de abril de
10 2019 a maio de 2022. A amostra baseou-se numa lista disponibilizada pela divisão de
11 recursos humanos da instituição. Foram realizadas visitas semanais nas unidades,
12 divisões, seções ou setores hospitalares, alternando turnos (manhã, tarde e noite), de
13 modo a obter uma amostra o mais uniforme possível das trabalhadoras, observando-se
14 disponibilidade dos funcionários e funcionamento da unidade/divisão/seção/setor. Este
15 estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição pelo parecer de nº
16 4.279.359.

17 Incluiu-se mulheres com 18 anos de idade ou mais, registradas como
18 funcionárias, ativas em suas funções durante o período de coleta, alfabetizadas e que
19 aceitassem participar da pesquisa. Gestantes, puérperas até o terceiro mês pós-parto,
20 portadoras de doenças psiquiátricas com comprometimento cognitivo e/ou neurológicas
21 que afetem o funcionamento do trato urinário inferior, sintomas ou diagnóstico de
22 infecção do trato urinário (ITU) no último mês, histórico de radioterapia pélvica e/ou
23 cirurgias radicais pélvicas (urológicas, ginecológicas ou intestinais) e que fizessem uso
24 de medicamentos para o tratamento da SBH, ITU ou de sintomas do trato urinário
25 inferior (STUI) foram excluídas do estudo.

26 As funcionárias foram procuradas em seus postos de trabalho e convidadas a
27 participar da pesquisa, sendo entrevistadas mediante disponibilidade, em local
28 reservado. Explicou-se sobre a finalidade do estudo e entregou-se às voluntárias o
29 Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (A1). Mediante leitura,
30 compreensão, aceite e assinatura do TCLE foi iniciada a aplicação dos questionários de
31 dados gerais, OAB-V8 e ICIQ-OAB. Para as funcionárias com SBH (uma pontuação \geq
32 8 e presença de urgência miccional no questionário OAB-V8), foi adicionado a aplicação
33 do questionário de PL, não sendo aplicado entre as funcionárias sem SBH, pois o
34 objetivo deste estudo era avaliar a PL na SBH. Todos os instrumentos foram
35 administrados pelos pesquisadores de forma presencial. As funcionárias do período
36 noturno foram incluídas, pois apresentam escala de trabalho de 12 horas trabalhadas

1 intercaladas com folga de 36 horas, sendo possível apresentar noctúria nestas noites
2 sem trabalho.

3 Coletou-se os dados pessoais, laborais e clínicos (uroginecológicos e
4 obstétricos), medicamentos em uso, hábitos e vícios e comorbidades das voluntárias
5 (A2).

6 Para diagnóstico da SBH e avaliação do incômodo dos STUI foi aplicado o
7 questionário *Overactive Bladder version 8 (OAB-V8)* [18, 19]. Com o *International*
8 *Consultation on Incontinence Questionnaire Overactive Bladder (ICIQ-OAB)* [20]
9 investigou-se a severidade e o comprometimento dos STUI relacionados à SBH na
10 qualidade de vida (QV), bem como o grau de incômodo. Este instrumento também foi
11 utilizado para classificar as participantes nos subtipos de SBH úmida (SBHU) e seca
12 (SBHS), de acordo com a resposta da questão 6a.

13 Para avaliação da PL das funcionárias com SBH, utilizou-se um questionário
14 estruturado de autoria dos próprios pesquisadores (A3). O instrumento é composto de
15 16 questões, sendo dividido em duas partes. A primeira parte, com 12 itens, tem como
16 objetivo avaliar o impacto da SBH em domínios subjetivos (DS) e comportamentais (DC)
17 relacionadas a produtividade nas últimas quatro semanas, sendo cada item graduado
18 de 0 a 3, segundo a escala Likert. Dos itens 1 ao 8 as participantes deveriam responder
19 com nada (0), um pouco (1), moderadamente (2) ou bastante (3) para mensurar o
20 impacto dos sintomas na eficiência, concentração, aptidão, vigor, irritabilidade, agitação,
21 constrangimento e motivação no trabalho. Dos itens DC1 a DC4 (questões 9 a 12), as
22 participantes deveriam responder com não (0), às vezes (1), várias vezes (2) ou sempre
23 (3) a frequência em que acontecem alguns comportamentos que afetam na
24 produtividade (atraso, horas perdidas de trabalho, faltas, dificuldade para manter uma
25 rotina de trabalho e interrupções para idas ao banheiro) devido a SBH. A pontuação
26 total da primeira parte varia de 0 a 36 pontos, sendo valores maiores indicativos de um
27 maior impacto da SBH na PL. Já a segunda parte é composta de 4 questões com 1
28 subitem cada uma, que visam avaliar o impacto de cada sintoma da SBH, isoladamente,
29 na produtividade. As pacientes foram questionadas sobre a presença de SBH
30 (frequência miccional aumentada, urgência, incontinência urina de urgência (IUU) e
31 noctúria) e o impacto de cada um deles na produtividade geral, sendo mensurado por
32 uma escala numérica variando de 0 (não afeta) a 10 (afeta completamente).

33 A variável de desfecho estudada é a PL, as variáveis preditoras são o incômodo
34 e severidade dos sintomas, bem como comprometimento na QV, sendo a variável de
35 exposição o diagnóstico de SBH. A idade e a presença de doenças psicológicas não
36 diagnosticadas podem ser potenciais fatores de confusão.

1 Este estudo possui potencial viés de aferição, quanto ao número de
2 pesquisadores responsáveis pela coleta de dados, e de memória, quanto a recordação
3 do impacto dos sintomas de SBH na produtividade laboral no último mês.

4 Descreveu-se estatisticamente as variáveis demográficas, as características
5 clínicas das participantes, os domínios dos questionários de PL e os itens do ICIQ-OAB.
6 Os testes Qui-quadrado e Exato de Fisher examinaram as relações entre os dois
7 subtipos de SBH e as variáveis categóricas demográficas, clínicas e de PL. Testes de
8 Mann-Whitney na verificação de diferenças entre os grupos SBHU e SBHS para as
9 variáveis contínuas. Usou-se a correlação não paramétrica de ordem de classificação
10 de *Spearman* (rho de Spearman [r]) na magnitude da relação entre as variáveis de PL,
11 incômodo dos sintomas de bexiga hiperativa (OAB-V8 e ICIQ-OAB), severidade dos
12 sintomas e QV (ICIQ-OAB). Adotou-se um nível de significância $p < 0,05$, utilizando-se
13 o software IBM SPSS v.20 para o Windows.

15 **5.1.2.1 Elaboração do Questionário de PL**

16
17 A elaboração do Questionário de PL se baseou em outros questionários
18 validados sobre produtividade no trabalho [5,12-14,21]. Os domínios subjetivos
19 relacionados ao presenteísmo do questionário de PL, foram baseadas nas questões
20 sobre concentração e eficiência, cansaço ou sonolência, produtividade, aptidão,
21 irritabilidade, vigor e satisfação do Instrumento Rápido para Avaliação Subjetiva de
22 Produtividade Laboral Intrajornada (IAPT) [12], nas questões sobre estresse, satisfação
23 com o trabalho, eficiência, qualidade geral de trabalho, incômodo ou irritabilidade,
24 impaciência, agitação, desinteresse e exaustão do *Health and Work Questionnaire*
25 (HWQ) [21] e nos subitens de tristeza, nervosismo e inquietação, impaciência, cuidado,
26 concentração, qualidade e quantidade de trabalho do *World Health Organization Health*
27 *and Performance Questionnaire* (WHO-HPQ) [13]. As questões referentes ao
28 absenteísmo foram desenvolvidas com base em uma questão adaptada da subescala
29 *Output Demands do Work Limitations Questionnaire* (WLQ), sobre dificuldade para
30 trabalhar o número necessário de horas, e em alguns subitens do WHO-HPQ e do
31 questionário *Work Productivity and Activity Impairment - General Health* (WPAI-GH),
32 sobre faltas parciais e integrais e horas perdidas de trabalho [5,13,14]. Os demais
33 domínios comportamentais relacionados ao presenteísmo também foram baseadas em
34 questões adaptadas do WLQ relacionadas pausas para idas ao banheiro e dificuldade
35 de manter rotina de trabalho [5]. A parte 2 do questionário de PL, foi desenvolvida
36 considerando a análise realizada pelo estudo de Sexton et al. [5], que avaliaram o
37 escore de comprometimento no trabalho por sintomas urinários específicos, entre eles

1 a urgência, frequência urinária, noctúria e a IUU. A definição de presenteísmo e a forma
2 de graduação utilizada nesta parte do instrumento foram adaptadas do WPAI-GH [14].
3 Este instrumento foi anteriormente aplicado em um estudo piloto com 42 voluntárias da
4 amostra.

5

6 **5.1.3 Resultados**

7

8 Do total de 579 funcionárias elegíveis, após a aplicação dos critérios de
9 exclusão, 576 participaram do estudo, sendo 447 funcionárias sem SBH, 63 com SBHS
10 e 66 com SBHU (Figura 1).

11 A maioria das voluntárias eram casadas (sem SBH: 54,6%; SBHS: 55,5%;
12 SBHU:54,6%), brancas (sem SBH: 72,5%; SBHS: 68,2%; SBHU: 62,1%), não
13 tabagistas (SBH: 89,9%; SBHS: 90,5%; SBHU: 84,8%) e etilistas (sem SBH: 83,7%;
14 SBHS: 82,5%; SBHU: 77,3%), fisicamente inativas (SBH: 59,7%; SBHS: 63,5%; SBHU:
15 63,6%), nega menopausa (sem SBH: 69,4%; SBHS: 58,7%; SBHU: 54,5%) e sem
16 reposição hormonal (sem SBH: 96,2%; SBHS: 92,1%; SBHU: 93,9%). Estas variáveis e
17 a paridade não tiveram associação com os grupos de SBH. A ingestão hídrica foi
18 semelhante nos três grupos [6(4-8)]. Cirurgias uroginecológicas foram mais frequentes
19 nos grupos de SBH (SBH: 49,4%; SBHS: 68,3%; SBHU: 81,8%), porém não
20 significativa.

21 Outros dados de caracterização da amostra, encontram-se na tabela 1, na
22 tabela 2 os dados laborais das voluntárias. Foi encontrada associação entre algumas
23 dessas variáveis e os subtipos de SBH. A tabela 3 apresenta as pontuações dos
24 questionários OAB-V8 e ICIQ-OAB e suas associações com os subtipos de SBH.

25 Construiu-se um novo instrumento de avaliação da PL em indivíduos com SBH,
26 que contempla detalhadamente domínios subjetivos e comportamentais, relacionados a
27 redução do desempenho produtivo e influenciados pelos STUI. A Tabela 4 apresenta a
28 pontuação total do questionário de PL (parte 1), a pontuação total da escala numérica
29 de PL por sintoma urinário (parte 2) e as frequências absolutas e relativas por DS e DC,
30 referente as pontuações de impacto dos sintomas. Coletou-se os dados sobre PL de 45
31 voluntárias com SBHS e de 46 com SBHU (Figura 1).

32 Observou-se um impacto significativo na PL das funcionárias com SBH por
33 sintoma urinário ($p=0,03$), sendo encontrada uma maior pontuação entre as voluntárias
34 com SBHU [4(1-7)] em comparação às voluntárias com SBHS [2(1-4)]. Apesar de não
35 haver um impacto significativo na PL quanto a pontuação total dos domínios subjetivos

1 (DS) e comportamentais (DC) ($p=0,05$), a análise estatística evidenciou uma associação
2 significativa entre SBH e os domínios específicos de eficiência/produktividade ($p=0,03$),
3 agitação ($p < 0,05$) e interrupções para idas ao banheiro ($p=0,03$), sendo encontradas
4 pontuações mais elevadas entre as participantes com SBHU (tabela 4).

5 Além disso, a urgência [SBHS 3(0-5); SBHU 5(2-8)] e a IUU [SBHS 0(0-1);
6 SBHU 5(1-8)] foram os sintomas específicos que apresentaram um impacto significativo
7 na PL ($p=0,01$, $p < 0,001$), principalmente no grupo SBHU. O impacto da frequência
8 urinária [SBHS 2(0-5); SBHU 3(0-6)] e da noctúria [SBHS 3(0-6); SBHU 2(0-7)] não
9 foram significativos ($p=0,39$, $p=0,85$).

10 A tabela 5 apresenta as correlações entre as pontuações do questionário de
11 PL e dos questionários OAB-V8 e ICIQ-OAB. Ocorreu uma correlação significativa entre
12 o incômodo dos sintomas de SBH, pela pontuação do OAB-V8 (SBHS: $r=0,37$, $p=0,01$,
13 95% IC=0,08 a 0,06; SBHU: $r=0,45$, $p < 0,05$, 95% IC=0,18 a 0,66) e da escala numérica
14 do ICIQ-OAB (SBHS: $r=0,47$, $p=0,001$, 95% IC=0,19 a 0,67; SBHU: $r=0,43$, $p=0,003$,
15 95% IC=0,14 a 0,65), e o impacto nos domínios subjetivos e comportamentais da PL em
16 ambos os grupos. Entre o subtipo SBHU, inclui-se ainda uma correlação significativa
17 entre o prejuízo na PL e a severidade e comprometimento dos sintomas na QV ($r=0,48$,
18 $p < 0,001$, 95%IC=0,21 a 0,68).

19 Ademais, foi encontrada, em ambos os grupos, uma correlação significativa do
20 impacto na PL por sintoma específico da SBH com a QV, a severidade (SBHS: $r = 0,64$,
21 $p < 0,001$, 95% IC=0,46 a 0,77; SBHU: $r=0,63$, $p < 0,001$, 95%IC=0,45 a 0,76) e o
22 incômodo dos sintomas, pela pontuação do OAB-V8 (SBHS: $r=0,36$, $p=0,02$, 95%
23 IC=0,06 a 0,59; SBHU: $r=0,44$, $p < 0,05$, 95%IC=0,16 a 0,65) e da escala numérica do
24 ICIQ-OAB (SBHS: $r=0,52$, $p < 0,001$, 95% IC=0,26 a 0,71; SBHU: $r=0,48$, $p < 0,001$, 95%
25 IC=0,21 a 0,68) (tabela 6).

26

27 **5.1.4 Discussão**

28

29 Houve um impacto significativo dos sintomas de SBH na PL, entre os domínios
30 de eficiência/produktividade, agitação e interrupções para idas ao banheiro, corroborando
31 parcialmente com a hipótese apresentada. Os sintomas de urgência e IUU foram
32 associados a um maior impacto no desempenho produtivo e as voluntárias com SBHU
33 apresentaram os piores resultados de PL. Além disso, piores escores de PL foram

1 correlacionados ao maior incômodo, severidade e comprometimento na QV dos
2 sintomas de SBH.

3 Quanto aos domínios avaliados pelo questionário de PL, ressalta-se o impacto
4 significativo da SBH na eficiência/produktividade (DS1), principalmente entre as
5 funcionárias com SBHU. Também, Coyne et al. [4] encontraram uma deficiência na PL
6 entre os indivíduos com SBH no prejuízo ao trabalho devido à saúde (presenteísmo) e
7 prejuízo geral no trabalho devido saúde (absenteísmo e presenteísmo), segundo o
8 WPAI, apresentando menor deficiência no subgrupo de SBHS (18,9%) e maior
9 deficiência no trabalho no subgrupo de SBH associado a sintomas de esvaziamento e
10 pós-miccionais (41,4%). Em outros estudos do mesmo autor, foram encontradas
11 limitações significativas na PL entre os indivíduos com SBH incômodo [6], uma maior
12 limitação nas demandas de trabalho e prejuízo na PL relacionada a saúde geral e aos
13 STUI específicos em uma amostra de homens e mulheres com SBH. Eles encontraram
14 ainda uma média de tempo perdido de trabalho de 3% em homens e 2% em mulheres
15 [7].

16 Além disso, outros autores encontraram uma redução da produtividade
17 relacionada às pontuações de tempo perdido de trabalho (absenteísmo) [9], prejuízo
18 nas atividades diárias [22], prejuízo durante as horas de trabalho e prejuízo geral no
19 trabalho [8] em indivíduos com SBH, principalmente em participantes com IUU. Rapariz
20 et al. [10], que utilizaram o mesmo instrumento de avaliação, encontraram um
21 semelhante prejuízo na PL entre homens e mulheres com SBH, com piores resultados
22 em indivíduos incontinentes em todos estes domínios. Gomes et al. [23], encontraram
23 uma maior probabilidade de ausência no trabalho (absenteísmo) devido aos STUI em
24 homens e mulheres com provável diagnóstico de SBH que relatavam urgência e outros
25 sintomas de esvaziamento e incômodos pós-miccionais. Outros autores por sua vez não
26 acharam diferenças significativa de absenteísmo em relação a indivíduos sem SBH [4]
27 ou entre os subtipos SBHS e SBHU [8].

28 Um outro estudo, desenvolvido com homens e mulheres da China, Coréia do Sul
29 e Taiwan, encontrou um prejuízo na PL associado aos STUI e a SBH, em oito itens de
30 um questionário de limitações do trabalho, relacionados à gerência de tempo e
31 demandas física, mental-interpessoal e de produção [24].

32 A comparação de nossos resultados com a literatura pode ser limitada por
33 vários fatores, entre eles o uso de diferentes instrumentos de medida da PL. O
34 instrumento mais utilizado para avaliação da produtividade nestes estudos foi o WPAI,
35 nas versões genérica (WPAI-GH) e específica (WPAI-SH) [4,7-10,22,25]. Apesar de ser

1 um instrumento amplamente utilizado [14], trata-se de um instrumento muito amplo, mas
2 que apesar de englobar os aspectos de absenteísmo e presenteísmo, avalia apenas as
3 horas perdidas de trabalho e o impacto de problemas de saúde gerais ou específicos na
4 redução da produtividade no trabalho e da capacidade de realizar atividades diárias. O
5 WPAI utiliza apenas uma escala numérica de 0 a 10, não aprofundando em aspectos
6 relacionados à produtividade e saúde.

7 Outro instrumento utilizado nestes estudos foi o WLQ, em que parte deste
8 questionário foi adaptado para avaliação de participantes com SBH [5,6,11,24]. A versão
9 completa deste instrumento é disponibilizada somente mediante permissão dos autores,
10 incluindo a validação para o português [15]. Além disso, o WLQ é um instrumento que
11 avalia o grau de dificuldade para desempenhar algumas atividades no trabalho devido
12 a uma condição de saúde, avaliando a produtividade de uma forma indireta, pela
13 capacidade de execução.

14 Assim, para o presente estudo, foi necessário desenvolver um novo instrumento
15 que avaliasse mais detalhadamente os aspectos relacionados a produtividade e que
16 considerasse as especificidades da SBH. As pesquisas encontradas utilizaram
17 instrumentos que se limitam em avaliar o impacto da SBH na produtividade geral,
18 considerando apenas os conceitos de absenteísmo e presenteísmo para quantificar o
19 prejuízo na PL. Outros consideraram limitações ou capacidades no trabalho, que são
20 aspectos de impacto indireto no desempenho produtivo. O questionário desenvolvido,
21 além de avaliar a produtividade geral (DS1), como um dos domínios subjetivos, incluiu
22 ainda aspectos subjetivos e comportamentais relacionados ao presenteísmo e ao
23 absenteísmo, apresentando de forma mais completa e minuciosa o impacto da SBH na
24 redução da produtividade.

25 Embora apenas os domínios de produtividade (DS1), agitação (DS6) e
26 interrupções para idas ao banheiro (DC3) tenham sido significativos na amostra, é
27 possível observar que os sintomas de SBH também apresentaram algum tipo de
28 impacto em todos os demais domínios avaliados (tabela 5). Mais estudos utilizando o
29 instrumento desenvolvido nesta pesquisa podem trazer mais resultados relevantes
30 sobre a PL em indivíduos SBH.

31 Alguns pesquisadores, por sua vez, já têm investigado alguns domínios
32 semelhantes entre indivíduos com STUI. Um estudo desenvolvido com 3364 mulheres
33 entre 18 e 60 anos que avaliou o impacto da IU no local de trabalho, evidenciou um
34 impacto negativo na concentração (DS2), desempenho de atividades físicas (DS3),
35 autoconfiança (DS8) e capacidade de completar atividades sem interrupção (DC3,

1 DC4), com piora associada a gravidade dos sintomas. A maioria das participantes
2 relatavam idas frequentes ao banheiro, contudo 22% da amostra relatava restringir idas
3 ao banheiro por demandas no trabalho [17]. Coyne et al. encontraram ainda que
4 indivíduos com SBH se preocupam mais em interromper o trabalho com idas frequentes
5 ao banheiro [7]. Anteriormente outros autores com uma amostra de enfermeiras,
6 parteiras e auxiliares, trouxeram uma associação entre o retardo da micção com a
7 dificuldade para concentração no trabalho, e perda de produtividade [11].

8 O domínio concentração não apresentou impacto significativo na amostra do
9 presente estudo. Isso pode se dar pelo acesso facilitado ao uso dos banheiros privativos
10 para funcionários no hospital público do estudo, não necessitando retardar a micção.
11 Ainda que este domínio comportamental não apresentou-se significativo em nossos
12 resultados, as interrupções frequentes para micção, relatada pela amostra, podem
13 afetar a rotina ou cronograma de trabalho (DC4), prejudicando a concentração.

14 Pessoas com SBH ficam mais deprimidos, estressados, preocupados com
15 atividades fora de casa e desconfortáveis em situações sociais [3]. Coyne et al. e Lai et
16 al. [6,7, 26] trouxeram ainda que os STUI podem levar a problemas emocionais e
17 estresse, causando temor em afetar sua capacidade de controlar ou planejar. Sabe-se
18 que estes fatores psicológicos são uma das causas do presenteísmo e absenteísmo em
19 trabalhadores [1]. Contudo, os DS relacionados aos aspectos psicológicos, como a
20 irritabilidade (DS5) e a motivação/satisfação (DS8), não foram significativos na amostra.
21 Isso pode ser explicado pela capacidade das funcionárias em lidarem com seus
22 sentimentos durante o trabalho, muitas vezes devido a outras demandas mais
23 preocupantes.

24 Os domínios vigor, agitação, irritabilidade, constrangimento e dificuldade para
25 manter uma rotina de trabalho não foram avaliados na literatura em amostra de
26 indivíduos com SBH ou STUI. Em contrapartida, os estudos que contemplam os demais
27 domínios não vinculam estes com a PL, sendo desfechos associados ao trabalho em
28 geral ou incluídos em estudos sobre SBH que também investigam produtividade
29 [3,6,7,11,17]. Acredita-se que estes domínios devem ser vinculados para compreender
30 melhor sua influência no desempenho produtivo. Por exemplo, o domínio de agitação,
31 significativo na amostra, provavelmente está associado aos sintomas de urgência e IUU,
32 que promovem inquietação por sua natureza repentina e incontrolável, afetando o
33 desempenho produtivo pela repetição do padrão sintomático.

34 Além disso, vários autores trouxeram os resultados de absenteísmo em
35 porcentagem de tempo perdido de trabalho [9,10,23]. Nos DC do questionário de PL,

1 dividimos o absenteísmo em horas perdidas por atraso e saídas adiantadas (DC1) e
2 faltas no trabalho (DC2). Espera-se que as frequências desses dois comportamentos
3 sejam diferentes entre os indivíduos com SBH, bem como o impacto na PL. Como
4 observado em nossos resultados, apesar do absenteísmo não ter sido significativo entre
5 as funcionárias, horas perdidas de trabalho foram mais frequentes que as faltas. Estes
6 achados podem ter relação com uma baixa severidade dos sintomas (tabela 3), pois se
7 os sintomas são mais leves, o absenteísmo torna-se menos comuns [9,25,26].

8 Rapariz et al [10] apontaram a frequência urinária como o sintoma de maior
9 impacto na atividade de trabalho, seguido de urgência miccional na amostra total, sendo
10 a IUU o sintoma de maior repercussão em mulheres. Sexton et al. [5] encontraram um
11 maior comprometimento na produtividade associado aos sintomas de frequência
12 miccional aumentada e a urgência com medo de escapes, em uma amostra de homens
13 e mulheres, e a noctúria, principalmente em homens com SBH.

14 Os resultados encontrados nesse estudo trouxeram a urgência e a IUU como
15 sintomas de maior impacto na produtividade. Uma possível explicação para que a
16 noctúria e o aumento da frequência urinária não tenham impactado significativamente a
17 PL, seria sua baixa severidade na amostra e associação pouco significativa com a SBH,
18 como indicado pelas pontuações do ICIQ-OAB (tabela 3). Diferente de outras
19 metodologias utilizadas, o instrumento desenvolvido permite avaliar a PL por sintoma
20 específico da SBH. Observamos que Rapariz et al não correlacionaram os sintomas
21 com a produtividade, e sim com atividade de trabalho. Sexton et al., por sua vez,
22 avaliaram a PL por sintoma urinário como variável preditora, além de considerar todos
23 os STUI e não apenas os de SBH. Esta informação torna-se importante para ampliar
24 compreensão da gravidade e da repercussão de cada sintoma, direcionando as
25 condutas clínicas para melhora do desempenho do trabalhador.

26 Observamos que um maior prejuízo na PL está correlacionado a sintomas de
27 SBH mais severos e incômodos, bem como um maior comprometimento na QV em
28 ambos os grupos (tabela 5). Esses achados já foram observados na literatura, com uma
29 correlação significativa entre o incômodo da SBH e limitações na produtividade no
30 trabalho [6]. Outros autores encontraram uma relação significativa entre a severidade
31 da SBH, pelo número de episódios de IUU, com a redução da PL, sendo encontrado
32 mais dias perdidos de trabalho em participantes com 4 episódios de IUU por dia [9]. Lee
33 et al. [22] evidenciaram um maior impacto na produtividade, em tempo perdido de
34 trabalho e prejuízo na atividade em indivíduos com SBHU que apresentavam maior
35 gravidade da IU. Um estudo dos mesmos autores trouxe, que o comprometimento na

1 PL aumenta com o aumento da gravidade da SBH, bem como pela associação dos STUI
2 de enchimento, esvaziamento e pós-miccionais [24].

3 É importante que os resultados encontrados não se limitaram à correlação do
4 incômodo e severidade dos sintomas com a PL geral, diferente das pesquisas
5 anteriores, mas também com os domínios específicos de produtividade e com o impacto
6 produtivo por sintoma. Isto nos indica que indivíduos com sintomas mais incômodos e
7 severos podem apresentar mais domínios prejudicados e um pior desempenho
8 produtivo por sintoma, contudo não é possível inferir correlação com um domínio ou
9 sintoma específico. Estes desfechos podem ser um aprofundado em futuras pesquisas.

10 Também é relevante que nesses estudos a QV esteve associada com a SBH,
11 porém não foi correlacionada diretamente aos desfechos de PL, como em nossos
12 resultados. Contudo o impacto dos STUI na QV afeta dimensões específicas da vida de
13 um indivíduo, como vitalidade, atividades físicas e saúde mental, afetando indiretamente
14 o desempenho produtivo [26]. Outros autores abordam ainda sobre o conceito de QV
15 no trabalho que engloba aspectos como, um ambiente de trabalho seguro, uma boa
16 saúde laboral, carga horária e salário adequados, sendo associado ao bem-estar e
17 produtividade [27].

18 O subtipo SBHU foi associado a piores escores de PL, maior comprometimento
19 na QV, incômodo e severidade dos sintomas. Esse achado, que racionalmente é
20 esperado, já foi comprovado [3,5,10] com piores pontuações de QV e PL entre aqueles
21 com SBHU e sintomas moderados a grave [25]. Por isso, avaliar o impacto isolado da
22 IUU na produtividade, como contemplado em nossa metodologia e evidenciado nos
23 resultados, reforça o entendimento sobre a relação desse sintoma com a produtividade.

24 Os resultados apresentados apontam para a necessidade de uma atenção
25 maior aos aspectos específicos da produtividade, muitas vezes negligenciados no
26 processo de assistência aos indivíduos com SBH. Incluir instrumentos mais detalhados
27 sobre PL no processo avaliativo dos pacientes, podem fornecer informações relevantes
28 sobre o impacto da SBH nos aspectos funcionais, em especial no contexto laboral. Estas
29 medidas irão contribuir para um tratamento centrado na funcionalidade e no processo
30 de melhorias na saúde do trabalhador, favorecendo indiretamente a redução de custos
31 em saúde relacionados a SBH e a melhoria da QV no trabalho.

32 Além disso, pensando em minimizar custos, tanto médicos e hospitalares
33 relacionados ao tratamento, como de produtividade, relacionados ao impacto produtivo
34 da SBH, é fundamental o investimento em ações educativas e de conscientização sobre
35 a SBH no ambiente de trabalho, a fim de identificar fatores pessoais e ambientais de

1 risco e maus comportamentos de saúde, além de encorajar o diagnóstico precoce.
2 Sendo assim, essas abordagens incentivarão a adoção de medidas preventivas e
3 comportamentais de baixo custo, com benefícios para o funcionário e a organização.

4 As principais limitações deste estudo, foram que em parte da amostra a coleta
5 de dados foi realizada em duas etapas, consequência da pandemia COVID 19, em que
6 o questionário de PL foi aplicado em um segundo momento. Além disso, a coleta de
7 dados foi inicialmente realizada por pesquisadores acadêmicos de fisioterapia, sendo
8 interrompida durante a pandemia e sucedida por apenas um pesquisador formado.
9 Outra limitação foi o baixo tamanho amostral de funcionárias com SBH, considerando o
10 número total de voluntárias avaliadas. Os pontos fortes desta pesquisa foi o
11 desenvolvimento de uma avaliação detalhada de PL, correlacionando com aspectos
12 importantes como QV, incômodo e severidade dos sintomas em um grupo de
13 trabalhadoras, fornecendo informações relevantes sobre o impacto SBH dentro do
14 contexto laboral.

15

16 **5.1.5 Conclusão**

17

18 Entre as funcionárias com SBH, os sintomas urinários trouxeram impacto
19 negativo na PL, principalmente nos aspectos de eficiência/produktividade, agitação e
20 interrupções para idas ao banheiro, com piores pontuações entre as voluntárias do
21 grupo SBHU. A urgência miccional e a IUU foram os sintomas de maior impacto na PL.

22

23

24

25

26

27

28

29

30

31

5.1.6 Referências

- 1
2
- 3 1. Howard KJ, Howard JT, Smyth AF (2012) The Problem of Absenteeism and
4 Presenteeism in the Workplace. In: Gatchel RJ, Schultz IZ Handbook of
5 Occupational Health and Wellness. Springer, New York, pp 151-179.
- 6 2. Krol M, Brouwer W (2014) How to Estimate Productivity Costs in Economic
7 Evaluations. *Pharmacoeconomics* 32:335-344.
- 8 3. Irwin DE, Milsom I, Kopp Z, Abrams P, Cardozo L (2005) Impact of overactive
9 bladder symptoms on employment, social interactions and emotional well-being
10 in six European countries. *BJU International* 97: 96-100.
- 11 4. Coyne KS, Sexton CC, Irwin DE, Kopp ZS, Kelleher CJ, Milsom I (2008) The
12 impact of overactive bladder, incontinence and Other lower urinary tract
13 symptoms on quality of life, work productivity, sexuality and emotional well-being
14 in men and women: results from the EPIC study. *BJU International* 101: 1388-
15 1395.
- 16 5. Sexton CC, Coyne KS, Vats V, Kopp ZS, Irwin DE, Wagner TH (2009) Impact of
17 Overactive Bladder on Work Productivity in the United States: Results From
18 EpiLUTS. *The American Journal of Managed Care* 15: S98-S107.
- 19 6. Coyne KS, Sexton CC, Kopp ZS, Ebel-Bitoun C, Milsom I, Chapple C (2011) The
20 impact of overactive bladder on mental health, work productivity and health-
21 related quality of life in the UK and Sweden: results from EpiLUTS. *BJU*
22 *International* 108: 1459-1471.
- 23 7. Coyne KS, Sexton CC, Thompson CL et al (2012) Impact of Overactive Bladder
24 on Work Productivity. *Urology* 80: 97-103.
- 25 8. Tang DH, Colayco DC, Khalaf KM et al (2013) Impact of urinary incontinence on
26 healthcare resource utilization, health-related quality of life and productivity in
27 patients with overactive bladder. *BJU international* 113: 484-491.
- 28 9. Angulo JC, Brenes FJ, Ochayta D et al (2014) La severidad de la vejiga
29 hiperactiva modifica la carga asistencial y la productividad laboral. *Actas Urol*
30 *Esp* 38: 249-256.
- 31 10. Rapariz M, Mora AM, Roset M (2017) Impacto de los síntomas de vejiga
32 hiperactiva sobre la actividad laboral: estudio ACTIVHA. *Actas Urol Esp* 42: 176-
33 184.
- 34 11. Pierce HM, Perry L, Gallagher R, Chiarelli P (2019) Delaying voiding, limiting
35 fluids, urinary symptoms, and work productivity: A survey of female nurses and
36 midwives. *J Adv Nursing* 75: 2579-2590.

- 1 12. Menezes FS, Xavier AAP (2018) Desenvolvimento, validação e confiabilidade de
2 um instrumento rápido para a avaliação da produtividade de trabalhadores
3 durante uma jornada de trabalho (IAPT). *Rev bras gest neg* 20: 232-247.
- 4 13. Campos MCT, Marziale MHP, Santos JLF (2013) Adaptação transcultural e
5 validação do World Health Organization Health and Work Performance
6 Questionnaire para enfermeiros brasileiros. *Rev Esc Enferm USP* 47:1338-1344.
- 7 14. Ciconelli RM, Soárez PC, Kowalski CCG, Ferraz MB (2006) The Brazilian
8 Portuguese version of the Work Productivity and Activity Impairment – General
9 Health (WPAI-GH) Questionnaire. *Sao Paulo Med J* 124: 325-332.
- 10 15. Soárez PC, Kowalski CCG, Ferraz MB, Ciconelli RM (2007) Tradução para
11 português brasileiro e validação de um questionário de avaliação de
12 produtividade. *Rev Panam Salud Publica* 22: 21-28.
- 13 16. Zhang C, Hai T, Yu L, Liu S, Li Q, Zhang X et al (2012) Association between
14 occupational stress and risk of overactive bladder and other lower urinary tract
15 symptoms: A cross-sectional study of female nurses in China. *Neurourology and*
16 *Urodynamics* 32: 254-260.
- 17 17. Fultz N, Girts T, Kinchen K, Nygaard I, Pohl G, Sternfeld B (2005) Prevalence,
18 management and impact of urinary incontinence in the workplace. *Occup Med*
19 *55: 552-557.*
- 20 18. Acquadro C, Zopp Z, Coyne KS et al (2006) Translating overactive bladder
21 questionnaires in 14 languages. *Urology* 67: 536-540.
- 22 19. Peterson AC, Sehgal A, Crump RT, Baverstock R, Sutherland JM, Carlson K
23 (2018) Evaluating the 8-item overactive bladder questionnaire (OAB-v8) using
24 item response theory. *Neurourol Urodyn* 37: 1095-1100.
- 25 20. Pereira SB, Thiel RRC, Riccetto C et al (2010) Validação do International
26 Consultation on Incontinence Questionnaire Overactive Bladder (ICIQ-OAB)
27 para a língua portuguesa. *Rev Bras Ginecol Obstet* 32: 273-278.
- 28 21. Shikiar R, Halpern MT, Rentz AMM, Khan ZM (2004) Development of the Health
29 and Work Questionnaire (HWQ): An instrument for assessing workplace
30 productivity in relation to worker health. *Work* 22: 219-229.
- 31 22. Lee KS, Choo MS, Seo JT, Oh SJ, Kim HG, Ng K et al (2015) Impact of overactive
32 bladder on quality of life and resource use: results from Korean Burden of
33 Incontinence Study (KOBIS). *Health Qual Life Outcomes* 13: 89.
- 34 23. Gomes CC, Averbeck MA, Koyama M, Soler R (2020) Impact of OAB symptoms
35 on work, quality of life and treatment-seeking behavior in Brazil. *Curr Med Res*
36 *Opin* 36:1403-1415.

- 1 24. Lee KS, Yoo TK, Liao L, Wang J, Chuang YC, Liu SP et al (2017) Association of
2 lower urinary tract symptoms and OAB severity with quality of life and mental
3 health in China, Taiwan and South Korea: results from a cross-sectional,
4 population-based study. *BMC Urol* 17: 108.
- 5 25. Lloyd SM, Crawford G, McSkimming P, Grifi M, Greenwell TJ, Ockrim JL (2017)
6 The impact of age, gender and severity of overactive bladder wet on quality of
7 life, productivity, treatment patterns and satisfaction. *J Clin Urol* 10: 513-522.
- 8 26. Lai H, Gardner V, Vetter J, Andriole GL (2015) Correlation between psychological
9 stress levels and the severity of overactive bladder symptoms. *BMC Urol* 15: 14.
- 10 27. Leitão J, Pereira D, Gonçalves A (2021) Quality of Work Life and Contribution to
11 Productivity: Assessing the Moderator Effects of Burnout Syndrome. *Int J Environ*
12 *Res Public Health* 18: 2425.

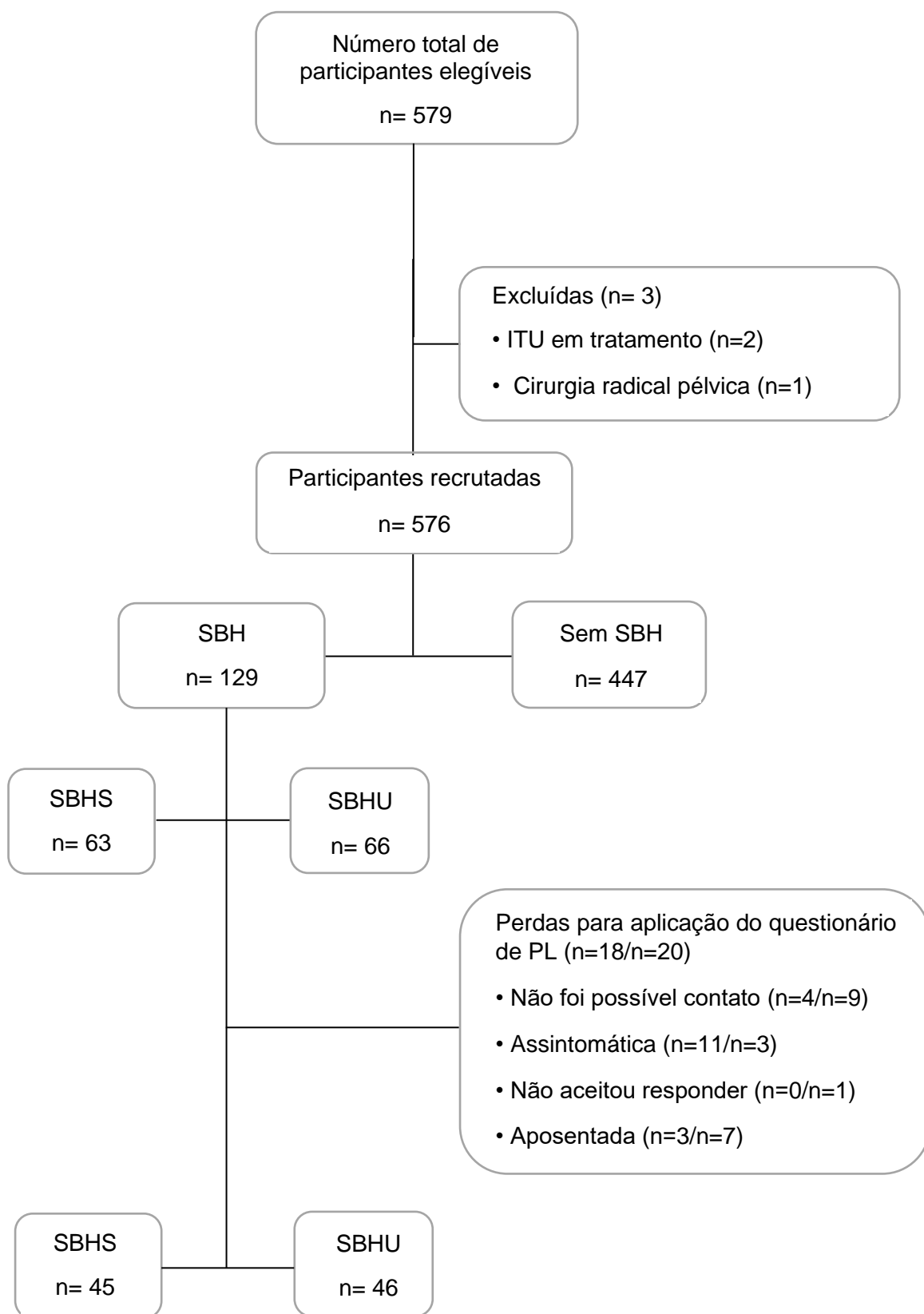
1
2

Figura 1. Fluxograma das voluntárias envolvidas no estudo. *ITU* infecção do trato urinário, *SBH* síndrome da bexiga hiperativa, *PL* produtividade laboral, *SBHS* síndrome da bexiga hiperativa seca, *SBHU* síndrome da bexiga hiperativa úmida

Tabela 1. Demonstração dos dados sociodemográficos e clínicos das voluntárias e sua associação com os subtipos da SBH

Variáveis	Sem SBH (n = 447)	SBHS (n = 63)	SBHU (n = 66)	P SBHS vs SBHU
<i>Idade(anos), M_d(Q1-Q3)</i>	44 (36-50)	45 (36-52)	48 (38-54)	0,31 ^a
<i>Escolaridade, n(%)</i>				
Ensino Fundamental	2 (0,5)	-----	-----	
Ensino Médio	132 (29,5)	11 (17,5)	25 (37,9)	0,01 ^{b*}
Ensino Superior	313 (70,0)	52 (82,5)	41 (62,1)	
<i>IMC, n(%)</i>				
Baixo peso	3 (0,7)	-----	1 (1,5)	
Peso adequado	168 (37,6)	19 (30,2)	17 (25,8)	0,37 ^b
Sobrepeso	182 (40,7)	30 (47,6)	26 (39,4)	
Obesidade	94 (21,0)	14 (22,2)	22 (33,3)	
<i>Partos cesarianas, M_d(Q1-Q3)</i>	1 (0-2)	1 (0-2)	1 (0-2)	0,84 ^a
<i>Partos normais, M_d(Q1-Q3)</i>	0 (0-1)	0 (0-2)	0 (0-2)	0,98 ^a
<i>Partos Fórceps, M_d(Q1-Q3)</i>	0 (0-0)	0 (0-0)	0 (0-0)	0,01 ^{a*}
<i>Abortos, M_d(Q1-Q3)</i>	0 (0-0)	0 (0-0)	0 (0-0)	0,62 ^a
<i>IU, n(%)</i>				
Não	388 (86,8)	41 (65,1)	-----	
Sim	59 (13,2)	22 (34,9)	66 (100)	<0,001 ^{b*}
<i>uso de protetor, n(%)</i>				
Não	428 (95,7)	53 (84,1)	43 (65,2)	
Sim	19 (4,3)	10 (15,9)	23 (34,8)	0,01 ^{b*}
<i>Noctúria, n(%)</i>				
Não	270 (60,4)	14 (22,2)	19 (28,8)	
Sim	177 (39,6)	49 (77,8)	47 (71,2)	0,40 ^b
<i>atrapalha o sono?</i>				
Não	367 (82,1)	29 (46,0)	33 (50,0)	
Sim	80 (17,9)	34 (54,0)	33 (50,0)	0,65 ^b

1 SBH: síndrome da bexiga hiperativa; SBHS: síndrome da bexiga hiperativa seca; SBHU:
2 síndrome da bexiga hiperativa úmida; IMC: índice de massa corporal; TRH: terapia de
3 reposição hormonal; IU: incontinência urinária. Dados categóricos expressos em
4 frequência absoluta (n) e relativa (%), dados contínuos em mediana (M_d) e interquartil
5 (Q1-Q3). Diferenças entre os grupos SBHS e SBHU foram examinadas por meio do
6 teste U de Mann-Whitney para os dados contínuos^a (p < 0,05)*. A associação entre as
7 variáveis categóricas e os grupos SBHS e SBHU foram examinadas por meio dos testes
8 Qui-quadrado de Pearson^b (p < 0,05)*.

Tabela 2. Apresentação dos dados laborais das voluntárias e sua associação com os subtipos da SBH

Variáveis	Sem SBH (n = 447)	SBHS (n = 63)	SBHU (n = 66)	<i>P</i> SBHS vs SBHU
<i>Ocupação, n(%)</i>				
Profissional de saúde	303 (67,9)	40 (63,5)	40 (60,6)	
Cargo administrativo	46 (10,3)	10 (15,9)	16 (24,2)	0,42 ^a
Outro	97 (21,7)	12 (19)	9 (13,6)	
<i>Turno de trabalho, n(%)</i>				
Matutino/Vespertino	154 (34,4)	19 (30,2)	14 (21,2)	
Noturno	37 (8,3)	5 (7,9)	10 (15,1)	
Matutino + vespertino	231 (51,7)	37 (58,7)	38 (57,6)	0,38 ^a
Matutino/Vespertino +noturno	6 (1,3)	-----	-----	
Todos	19 (4,3)	2 (3,2)	4 (6,1)	
<i>Carga horária semanal, n(%)</i>				
≤ 30h	19 (4,2)	3 (4,8)	2 (3,0)	
≥ 30 e < 40h	96 (21,5)	20 (31,7)	14 (21,2)	0,29 ^b
≥ 40h	332 (74,3)	40 (63,5)	50 (75,8)	
<i>Carga horária semanal, M_d(Q1-Q3)</i>	40 (36-42)	40 (36-40)	40 (39-40)	0,27 ^c

SBH: síndrome da bexiga hiperativa; SBHS: síndrome da bexiga hiperativa seca; SBHU: síndrome da bexiga hiperativa úmida; h: horas. Dados categóricos expressos em frequência absoluta (n) e relativa (%), dados contínuos em mediana (M_d) e interquartil (Q1-Q3). A associação entre as variáveis categóricas e os grupos SBHS e SBHU foram examinadas por meio dos testes Qui-quadrado de Pearson^a e Exato de Fisher^b (p < 0,05)*. Diferenças entre os grupos SBHS e SBHU foram examinadas por meio do teste U de Mann-Whitney^c para os dados contínuos (p < 0,05)*.

1
2
3
4
5
6
7

Tabela 3. Apresentação das Pontuações dos questionários OAB-V8 e ICIQ-OAB e suas associações com os subtipos de SBH

Variáveis	Sem SBH (n = 447)	SBHS (n = 63)	SBHU (n = 66)	<i>P</i> SBHS vs SBHU
<i>OAB-V8, M_d(Q1-Q3)</i>	2 (0-4)	12 (8-15)	20 (13-27)	<0,001 ^{a*}
<i>ICIQ-OAB total, M_d(Q1-Q3)</i>	1 (0-2)	3 (2-5)	6 (4-8)	<0,001 ^{a*}
<i>ICIQ-OAB escala numérica, M_d(Q1-Q3)</i>	0 (0-1)	3 (1-5)	5 (2-8)	<0,001 ^{a*}
<i>Frequência urinária, n(%)</i>				
1 a 6x	341 (76,3)	28 (44,5)	34 (51,5)	
7 a 8x	79 (17,7)	18 (28,6)	16 (24,3)	
9 a 10x	20 (4,5)	12 (19,0)	10 (15,2)	0,77 ^b
11 a 12x	6 (1,3)	1 (1,6)	3 (4,5)	
13x ou mais	1 (0,2)	4 (6,3)	3 (4,5)	
<i>escala numérica, M_d(Q1-Q3)</i>	0 (0-0)	0 (0-5)	2 (0-7)	0,32 ^a
<i>Noctúria, n(%)</i>				
Nenhuma	226 (50,6)	10 (15,9)	14 (21,2)	
1x	158 (35,3)	23 (36,5)	19 (28,8)	
2x	49 (11,0)	14 (22,2)	17 (25,7)	0,84 ^c
3x	12 (2,7)	10 (15,9)	11 (16,7)	
4x ou mais	2 (0,4)	6 (9,5)	5 (7,6)	
<i>escala numérica, M_d(Q1-Q3)</i>	0 (0-1)	5 (0-9)	5 (0-10)	0,93 ^a
<i>Urgência, n(%)</i>				
Nunca	348 (77,8)	25 (39,7)	4 (6,1)	
Poucas vezes	74 (16,6)	18 (28,5)	14 (21,2)	
Às vezes	22 (4,9)	16 (25,4)	23 (34,8)	<0,001 ^{c*}
Na maioria das vezes	3 (0,7)	3 (4,8)	20 (30,3)	
Sempre	-----	1 (1,6)	5 (7,6)	
<i>escala numérica, M_d(Q1-Q3)</i>	0 (0-0)	2 (0-7)	7 (3-10)	<0,001 ^{a*}
<i>IUU, n(%)</i>				
Nunca	410 (91,7)	63 (100)	-----	
Poucas vezes	29 (6,5)	-----	31 (47,0)	
Às vezes	7 (1,6)	-----	26 (39,4)	<0,001 ^{b*}
Na maioria das vezes	1 (0,2)	-----	6 (9,1)	
Sempre	-----	-----	3 (4,5)	
<i>escala numérica, M_d(Q1-Q3)</i>	0 (0-0)	0 (0-0)	8 (4-10)	<0,001 ^{a*}

SBH: síndrome da bexiga hiperativa; SBHS: síndrome da bexiga hiperativa seca; SBHU: síndrome da bexiga hiperativa úmida; OAB-V8: *Overactive Bladder version 8*; ICIQ-OAB: *International Consultation on Incontinence Questionnaire Overactive Bladder*; IUU: incontinência urinária de urgência. Dados categóricos expressos em

frequência absoluta (n) e relativa (%), dados contínuos em mediana (M_d) e interquartil (Q1-Q3). Diferenças entre os grupos SBHS e SBHU foram examinadas por meio do teste U de Mann-Whitney^a para os dados contínuos ($p < 0,05$)*. A associação entre as variáveis categóricas e os grupos de SBH foram examinadas por meio dos testes Exato de Fisher^b ou Qui-quadrado de Pearson^c ($p < 0,05$)*.

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10
- 11
- 12
- 13
- 14
- 15
- 16
- 17
- 18
- 19
- 20
- 21
- 22
- 23
- 24
- 25
- 26
- 27
- 28

Tabela 4. Demonstração das pontuações do questionário de PL e sua associação com os subtipos de SBH

Variáveis	Sem SBH (n = 447)	SBHS (n = 45)	SBHU (n = 46)	P SBHS vs SBHU
<i>Pontuação total, Md(Q1-Q3)</i>	-----	6 (2-11)	11 (4-17)	0,05 ^a
<i>Pontuação escala numérica, Md(Q1-Q3)</i>	-----	2 (1-4)	4 (1-7)	0,03 ^{a*}
<i>DS1 - Produtividade/Eficiência, n(%)</i>				
Nada	NA	20 (44,4)	16 (34,8)	0,03 ^{b*}
Um pouco	NA	17 (37,8)	9 (19,6)	
Moderadamente	NA	7 (15,6)	18 (39,1)	
Bastante	NA	1 (2,2)	3 (6,5)	
<i>DS2 - Concentração, n(%)</i>				
Nada	NA	12 (26,7)	15 (32,6)	0,29 ^b
Um pouco	NA	19 (42,2)	13 (28,3)	
Moderadamente	NA	11 (24,4)	17 (37,0)	
Bastante	NA	3 (6,7)	1 (2,2)	
<i>DS3 - Aptidão, n(%)</i>				
Nada	NA	28 (62,2)	20 (43,5)	0,17 ^b
Um pouco	NA	11 (24,4)	13 (28,3)	
Moderadamente	NA	6 (13,3)	11 (23,9)	
Bastante	NA	-----	2 (4,3)	
<i>DS4 - Vigor, n(%)</i>				
Nada	NA	29 (64,4)	25 (54,3)	0,48 ^b
Um pouco	NA	10 (22,2)	9 (19,6)	
Moderadamente	NA	4 (8,9)	9 (19,6)	
Bastante	NA	2 (4,4)	3 (6,5)	
<i>DS5 - Irritabilidade, n (%)</i>				
Nada	NA	24 (53,3)	12 (26,1)	0,05 ^b
Um pouco	NA	11 (24,4)	17 (37,0)	
Moderadamente	NA	6 (13,3)	8 (17,4)	
Bastante	NA	4 (8,9)	9 (19,6)	
<i>DS6 - Agitação, n(%)</i>				
Nada	NA	16 (35,6)	10 (21,7)	<0,05 ^{b*}
Um pouco	NA	20 (44,4)	11 (23,9)	
Moderadamente	NA	5 (11,1)	17 (37,0)	
Bastante	NA	4 (8,9)	8 (17,4)	

DS7 - Constrangimento, n(%)

Nada	NA	25 (55,6)	19 (41,3)	
Um pouco	NA	7 (15,6)	12 (26,1)	
Moderadamente	NA	6 (13,3)	9 (19,6)	0,42 ^b
Bastante	NA	7 (15,6)	6 (13,0)	

DS8 - Satisfação/Motivação, n(%)

Nada	NA	34 (75,6)	25 (54,3)	
Um pouco	NA	5 (11,1)	11 (23,9)	
Moderadamente	NA	5 (11,1)	7 (15,2)	0,17 ^b
Bastante	NA	1 (2,2)	3 (6,5)	

DC1 - Horas perdidas de trabalho, n(%)

Nunca	NA	36 (80,0)	35 (76,1)	
Às vezes	NA	8 (17,8)	8 (17,4)	
Várias vezes	NA	-----	3 (6,5)	0,37 ^c
Sempre	NA	1 (2,2)	-----	

DC2 - Faltas no trabalho, n(%)

Nunca	NA	43 (95,6)	45 (97,8)	
Às vezes	NA	2 (4,4)	1 (2,2)	
Várias vezes	NA	-----	-----	0,62 ^c
Sempre	NA	-----	-----	

DC3 - Interrupções para idas ao banheiro, n(%)

Nunca	NA	10 (22,2)	1 (2,2)	
Às vezes	NA	20 (44,4)	26 (56,5)	
Várias vezes	NA	11 (24,4)	13 (28,3)	0,03 ^{b*}
Sempre	NA	4 (8,9)	6 (13,0)	

DC4 - Dificuldade para manter rotina de trabalho, n(%)

Nunca	NA	33 (73,3)	33 (71,7)	
Às vezes	NA	10 (22,2)	12 (26,1)	
Várias vezes	NA	1 (2,2)	1 (2,2)	0,90 ^c
Sempre	NA	1 (2,2)	-----	

1 SBH: síndrome da bexiga hiperativa; SBHS: síndrome da bexiga hiperativa seca; SBHU:
2 síndrome da bexiga hiperativa úmida; PL: Produtividade Laboral. Dados categóricos
3 expressos em frequência absoluta (n) e relativa (%), dados contínuos em mediana (M_d)
4 e interquartil (Q1-Q3). Diferenças entre os grupos SBHS e SBHU foram examinadas por
5 meio do teste U de Mann-Whitney^a para os dados contínuos (p < 0,05)*. A associação
6 entre as variáveis categóricas e os grupos SBHS e SBHU foram examinadas por meio
7 dos testes Qui-quadrado de Pearson^b ou Exato de Fisher^c (p < 0,05)*.

Tabela 5. Correlação entre a PL e o incômodo, severidade e comprometimento na QV dos sintomas de SBH

SBHS		r	P	95% IC
Pontuação total PL	OAB-V8	0,37	0,01*	0,08 a 0,06
	ICIQ-OAB total	0,13	0,38	-0,17 a 0,42
	ICIQ-OAB (escala numérica)	0,47	0,001*	0,19 a 0,67
Pontuação escala numérica PL	OAB-V8	0,36	0,02*	0,06 a 0,59
	ICIQ-OAB total	0,64	<0,001*	0,46 a 0,77
	ICIQ-OAB (escala numérica)	0,52	<0,001*	0,26 a 0,71
SBHU		R	P	95% IC
Pontuação total PL	OAB-V8	0,45	<0,05*	0,18 a 0,66
	ICIQ-OAB total	0,48	<0,001*	0,21 a 0,68
	ICIQ-OAB (escala numérica)	0,43	0,003*	0,14 a 0,65
Pontuação escala numérica PL	OAB-V8	0,44	<0,05*	0,16 a 0,65
	ICIQ-OAB total	0,63	<0,001*	0,45 a 0,76
	ICIQ-OAB (escala numérica)	0,48	<0,001*	0,21 a 0,68

1 SBH: síndrome da bexiga hiperativa; SBHS: síndrome da bexiga hiperativa seca; SBHU:
2 síndrome da bexiga hiperativa úmida; PL: produtividade laboral; OAB-V8: *Overactive*
3 *Blader version 8*; ICIQ-OAB: *International Consultation on Incontinence Questionnaire*
4 *Overactive Bladder*. A magnitude da relação entre as variáveis foi testada por meio do
5 teste de correlação de *Spearman* ($p < 0,05$)*.

6

7

8

9

10

11

12

13

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A SBH é condição de saúde prevalente que impacta negativamente a PL de trabalhadores, comprometendo o desempenho nas atividades laborais, em termos de quantidade e qualidade de trabalho. A redução da produtividade, por absenteísmo ou presenteísmo, trazem prejuízos financeiros em custos relacionados à saúde, sendo motivo de preocupação para os empregadores. A avaliação da PL em indivíduos com SBH torna-se necessária para compreensão da dimensão do impacto dessa síndrome entre os trabalhadores e medidas sejam tomadas para melhora das condições de saúde e trabalho.

A avaliação da produtividade já vinha sendo estudado por diversos autores, porém uma visão mais detalhada sobre diversos domínios relacionados a PL como concentração, vigor, eficiência, agitação, aptidão, motivação, irritabilidade, dificuldade para manter rotina de trabalho, interrupções para idas ao banheiros, entre outros ainda não haviam sido exploradas. A SBH pode impactar em diversos desses domínios, prejudicando conseqüentemente a PL.

Entretanto, entre as funcionárias com SBH os sintomas urinários específicos impactaram significativamente a PL, principalmente os aspectos de eficiência/produtividade, agitação e interrupções para idas ao banheiro. Um maior impacto na PL parece estar associado aos sintomas de urgência miccional e IUU, com maiores pontuações no subgrupo SBHU. Entre os subgrupos de SBH, funcionárias com IUU apresentaram pior PL, quanto aos domínios subjetivos e comportamentais e por sintomas urinários específicos, maior comprometimento na QV, incômodo e severidade dos sintomas. Além disso, em ambos os grupos, piores escores de PL foram correlacionados a maior incômodo e severidade dos sintomas urinários e pior QV.

Os resultados apontam para a necessidade de uma atenção especial ao diagnóstico e tratamento de SBH no cuidado a saúde do trabalhador. Investir na assistência dessa condição de saúde trará benefícios para o funcionário e a organização. Pensando em minimizar custos, tanto médicos e hospitalares relacionados ao tratamento, como de produtividade, relacionados ao impacto produtivo dessa condição, o ideal seria o investimento em ações educativas e de conscientização sobre a SBH no ambiente de trabalho, a fim de identificar fatores pessoais e ambientais de risco e maus comportamentos de saúde, além de encorajar o diagnóstico precoce. Sendo assim, essas abordagens incentivarão a adoção de medidas preventivas e comportamentais de baixo custo.

1 Torna-se necessário mais estudos nesta área a fim de compreender mais
2 profundamente sobre o impacto dos sintomas da SBH na PL, sendo importante
3 considerar os aspectos psicológicos, cognitivos, físicos e de comportamento
4 relacionados ao desempenho produtivo, muitas vezes afetados pelos sintomas
5 urinários. Compreender a dimensão do impacto da SBH no contexto ocupacional torna
6 a PL mais considerada no processo de avaliação, diagnóstico e tratamento.

7

8

9

10

11

7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Haylen BT, de Ridder D, Freeman RM, Swift SE, Berghmans B, Lee J et al. An International Urogynecological Association (IUGA)/International Continence Society (ICS) Joint Report on the Terminology for Female Pelvic Floor Dysfunction. *Neurourol Urodyn*. 2010;29: 4-20; *International Urogynecology J*, 2010,21:5-26.
2. Gormley EA, Lightner DJ, Burgio KL, Chai TC, Clemens JQ, Culkin DJ et al. Diagnosis and treatment of overactive bladder (non-neurogenic) in adults: AUA/SUFU guideline. *The Journal of Urology*. 2012;188(6): 2455-63.
3. Lightner DJ, Gomelsky A, Souter L, Vasavada SP. Diagnosis and Treatment of Overactive Bladder (Non-Neurogenic) in Adults: AUA/SUFU Guideline Amendment 2019. *The Journal of Urology*. 2019;202(3): 558-563.
4. Reisch R, Rutt R, Dockter M, Sanders S. Overactive Bladder Symptoms in Female Health Profession Students: Bladder Diary Characteristics and Impact of Symptoms on Health-Related Quality of Life. *J Womens Health*. 2017; 27(2):156-161.
5. Soler R, Gomes CM, Averbek MA, Koyama M. The prevalence of lower urinary tract symptoms (LUTS) in Brazil: Results from the epidemiology of LUTS (Brazil LUTS) study. *Neurourol Urodyn*. 2018; 37(4):1356-1364.
6. Chae J, Yoo EH, Jeong W, Pyeon S, Kim D. Risk factors and factors affecting the severity of overactive bladder symptoms in Korean women who use public health centers. *Obstet Gynecol Sci*. 2018; 61(3):404-412.
7. Meng E, Lin WY, Lee WC, Chuang YC. Pathophysiology of Overactive Bladder. *Low Urin Tract Symptoms*. 2012;4(s1): 48-55.
8. Corcos J, Przydacz M, Campeau L, Witten J, Hickling D, Honeine C et al. CUA guideline on adult overactive bladder. *Urology*. 2017;11(5): E142-E173.
9. Jackson T, Victor P. Productivity and work in the 'green economy': Some theoretical reflections and empirical tests. *Environmental Innovation and Societal Transitions*. 2011;1(1):101-108.
10. Ulubeyli S, Kazaz A, Er B. Planning Engineers' Estimates on Labor Productivity: Theory and Practice. 2014; 119:12-19.
11. Menezes FS, Xavier AAP. Desenvolvimento, validação e confiabilidade de um instrumento rápido para a avaliação da produtividade de trabalhadoras durante uma jornada de trabalho (IAPT). *Rev bras gest neg*. 2018;20(2): 232-247.

- 1 12. Howard KJ, Howard JT, Smyth AF. The Problem of Absenteeism and
2 Presenteeism in the Workplace. In: Gatchel RJ, Schultz IZ. Handbook of
3 Occupational Health and Wellness. New York: Springer; 2012. p.151-79.
- 4 13. Krol M, Brouwer W. How to Estimate Productivity Costs in Economic Evaluations.
5 Pharmacoeconomics. 2014; 32(4):335-344.
- 6 14. Mitchell RJ, Batters P. Measuring Health-Related Productivity Loss. Population
7 Health Management. 2011;14(2):93-98.
- 8 15. Nagata T, Mori K, Ohtani M, Nagata M, Kajiki S, Fujino Y et al. Total Health-
9 Related Costs Due to Absenteeism, Presenteeism, and Medical and
10 Pharmaceutical Expenses in Japanese Employers. J Occup Environ Med. 2018;
11 60(5): e273–e280.
- 12 16. Tang K, Beaton DE, Boonen A, Gignac MAM, Bombardier C. Measures of Work
13 Disability and Productivity: Rheumatoid Arthritis Specific Work Productivity
14 Survey (WPS-RA), Workplace Activity, Limitations Scale (WALS), Work
15 Instability Scale for Rheumatoid Arthritis (RA-WIS), Work Limitations
16 Questionnaire (WLQ), and Work Productivity and Activity Impairment
17 Questionnaire (WPAI). Arthritis Care & Research. 2011; 63(s11):s337-349.
- 18 17. Campos MCT, Marziale MHP, Santos JLF. Adaptação transcultural e validação
19 do World Health Organization Health and Work Performance Questionnaire para
20 enfermeiros brasileiros. Rev Esc Enferm USP. 2013;47(6):1338-1344.
- 21 18. Ciconelli RM, Soárez PC, Kowalski CCG, Ferraz MB. The Brazilian Portuguese
22 version of the Work Productivity and Activity Impairment – General Health (WPAI-
23 GH) Questionnaire. Sao Paulo Med J. 2006; 124(6):325-332.
- 24 19. Soárez PC, Kowalski CCG, Ferraz MB, Ciconelli RM. Tradução para português
25 brasileiro e validação de um questionário de avaliação de produtividade. Rev
26 Panam Salud Publica. 2007; 22(1): 21-28.
- 27 20. Paschoalin HC, Griep RH, Lisboa MTL, Mello DCB. Adaptação transcultural e
28 validação para o português brasileiro do Stanford Presenteeism Scale para
29 avaliação do presenteísmo. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2013;21(1):8 telas.
- 30 21. Shikhar R, Halpern MT, Rentz AMM, Khan ZM. Development of the Health and
31 Work Questionnaire (HWQ): An instrument for assessing workplace productivity
32 in relation to worker health. Work.2004; 22(3):219-229.
- 33 22. Coyne KS, Sexton CC, Irwin DE, Kopp ZS, Kelleher CJ, Milsom I. The impact of
34 overactive bladder, incontinence and Other lower urinary tract symptoms on
35 quality of life, work productivity, sexuality and emotional well-being in men and
36 women: results from the EPIC study. BJU International. 2008;101(11): 1388-
37 1395.

- 1 23. Coyne KS, Sexton CC, Thompson CL, Clemens JQ, Chen CI, Bavendam T et al.
2 Impact of Overactive Bladder on Work Productivity. *Urology*. 2012;80 (1): 97-103.
- 3 24. Tang DH, Colayco DC, Khalaf KM, Piercy J, Patel V, Globe D et al. Impact of
4 urinary incontinence on healthcare resource utilization, health-related quality of
5 life and productivity in patients with overactive bladder. *BJU international*.
6 2014;113 (3): 484-491.
- 7 25. Angulo JC, Brenes FJ, Ochayta D, Lizarraga I, Arumi D, Trillo S et al. La
8 severidad de la vejiga hiperactiva modifica la carga asistencial y la productividad
9 laboral. *Actas Urol Esp*. 2014;38(4): 249-256.
- 10 26. Rapariz M, Mora AM, Roset M. Impacto de los síntomas de vejiga hiperactiva
11 sobre la actividad laboral: estudio ACTIVHA. *Actas Urol Esp*. 2017;42(3): 176-
12 184.
- 13 27. Sexton CC, Coyne KS, Vats V, Kopp ZS, Irwin DE, Wagner TH. Impact of
14 Overactive Bladder on Work Productivity in the United States: Results From
15 EpiLUTS. *The American Journal of Managed Care*. 2009;15(4): S98-S107.
- 16 28. Coyne KS, Sexton CC, Kopp ZS, Ebel-Bitoun C, Milsom I, Chapple C. The impact
17 of overactive bladder on mental health, work productivity and health-related
18 quality of life in the UK and Sweden: results from EpiLUTS. *BJU International*.
19 2011;108(9): 1459-1471.
- 20 29. Pierce HM, Perry L, Gallagher R, Chiarelli P. Delaying voiding, limiting fluids,
21 urinary symptoms, and work productivity: A survey of female nurses and
22 midwives. *J Adv Nursing*. 2019;75(11): 2579-2590.
- 23 30. Lee KS, Yoo TK, Liao L, Wang J, Chuang YC, Liu SP et al. Association of lower
24 urinary tract symptoms and OAB severity with quality of life and mental health in
25 China, Taiwan and South Korea: results from a cross-sectional, population-based
26 study. *BMC Urology*. 2017;17(1):108.
- 27 31. Zhang C, Hai T, Yu L, Liu S, Li Q, Zhang X et al. Association between
28 occupational stress and risk of overactive bladder and other lower urinary tract
29 symptoms: A cross-sectional study of female nurses in China. *Neurourology and*
30 *Urodynamics*. 2013;32(3): 254-260.
- 31 32. Irwin DE, Milsom I, Kopp Z, Abrams P, Cardozo L. Impact of overactive bladder
32 symptoms on employment, social interactions and emotional well-being in six
33 European countries. *BJU International*. 2005;97(1): 96-100.
- 34 33. Fultz N, Girts T, Kinchen K, Nygaard I, Pohl G, Sternfeld B. Prevalence,
35 management and impact of urinary incontinence in the workplace. *Occup Med*.
36 2005;55(7): 552-557.

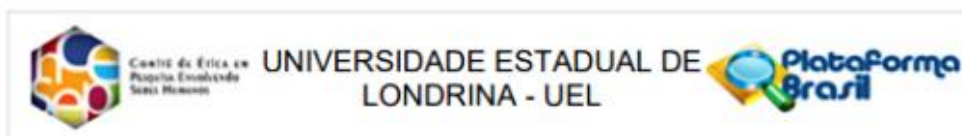
- 1 34. Acquadro C, Zopp Z, Coyne KS, Corcos J, Tubaro A, Choo MS et al. Translating
2 overactive bladder questionnaires in 14 languages. *Urology*. 2006;67(3):536-
3 540.
- 4 35. Peterson AC, Sehgal A, Crump RT, Baverstock R, Sutherland JM, Carlson K.
5 Evaluating the 8-item overactive bladder questionnaire (OAB-v8) using item
6 response theory. *Neurourol Urodyn*. 2018;37(3):1095-1100.
- 7 36. Pereira SB, Thiel RRC, Riccetto C, Silva JM, Pereira LC, Herrmann V et al.
8 Validação do International Consultation on Incontinence Questionnaire
9 Overactive Bladder (ICIQ-OAB) para a língua portuguesa. *Rev Bras Ginecol*
10 *Obstet*. 2010;32(6):273-278.
11
12

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10
- 11
- 12
- 13
- 14
- 15
- 16
- 17
- 18
- 19
- 20
- 21
- 22
- 23
- 24
- 25
- 26
- 27
- 28
- 29
- 30
- 31

ANEXOS

1
2

ANEXO A - Aprovação do Comitê de Ética



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: Impacto dos sintomas urinários na qualidade de vida e na qualidade do sono de mulheres

Pesquisador: Janaina Mayer de Oliveira Nunes

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 01691218.6.0000.5231

Instituição Proponente: CCS - Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde - Stricto sensu

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.279.359

Apresentação do Projeto:

Trata-se de uma emenda de pesquisa com mudanças no tópico "OBJETIVOS" foi incluída a palavra "produtividade" no objetivo geral e adicionado um objetivo específico, devido a necessidade da inclusão da avaliação da produtividade das funcionárias voluntárias com sintomas de bexiga hiperativa. Um parágrafo descrevendo como será realizada a avaliação da produtividade foi adicionado no tópico "MÉTODOS" para elucidar a forma de realização da entrevista e como será colhido e entregue o TCLE, tendo em vista a mudança do modo presencial para a distância devido ao novo cenário de pandemia e a necessidade de reformulação do TCLE devido a inclusão de um novo questionário. Ainda nos métodos, incluímos também uma breve descrição do questionário estruturado pelos autores para avaliação da produtividade laboral a fim de esclarecer o número de questões, os domínios a serem avaliados, a forma de graduação e pontuação. As referências utilizadas como base para formulação do questionário também foram incluídas e citadas no corpo do texto. Serão inseridos ainda o TCLE reformulado (APÊNDICE 1), questionário estruturado de produtividade (APÊNDICE 3) e documento de emenda com contextualização, justificativa, descrição do instrumento de coleta de dados e referências.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

LONDRINA, 15 de Setembro de 2020

Assinado por:
Adriana Lourenço Soares Russo
(Coordenador(a))

3
4
5

1

ANEXO B - 8-item Overactive Bladder Questionnaire (OAB-V8)**Questionário de Avaliação da Bexiga Hiperativa
(versão validada em português do instrumento OAB – V8™)**

As perguntas abaixo são sobre quanto você tem sido incomodado (a) por alguns sintomas de bexiga. Faça um X no número correspondente à resposta que melhor descreve quanto cada sintoma tem incomodado você. Some o valor de todas as suas respostas para obter o resultado.

Quanto você tem sido incomodado (a) por...	Nada	Quase nada	Um pouco	O suficiente	Muito	Muitíssimo
1.Urinar frequentemente durante o dia?	0	1	2	3	4	5
2.Uma vontade urgente e desconfortável de urinar?	0	1	2	3	4	5
3.Uma vontade repentina e urgente de urinar, com pouco ou nenhum aviso prévio?	0	1	2	3	4	5
4.Perdas acidentais de pequena quantidade de urina?	0	1	2	3	4	5
5.Urinar na cama durante a noite?	0	1	2	3	4	5
6.Acordar durante a noite porque teve de urinar?	0	1	2	3	4	5
7.Uma vontade incontrolável e urgente de urinar?	0	1	2	3	4	5
8.Perda de urina associada a forte vontade de urinar?	0	1	2	3	4	5
Você é do sexo masculino?	Se você for do sexo masculino, some mais 2					

Se o resultado for 8 ou mais de 8, você pode ter bexiga hiperativa.

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

1 **ANEXO C - International Consultation on Incontinence Questionnaire Overactive**
2 **Bladder (ICIQ-OAB)**

3
4 **International Consultation on Incontinence Questionnaire Overactive**
5 **Bladder - ICIQ-OAB (Brazilian Portuguese)**
6

7 Nome: _____ Data: _____

8
9 Muitas pessoas sofrem eventualmente de sintomas urinários. Estamos tentando
10 descobrir quantas pessoas têm sintomas urinários, e quanto isso incomoda.
11 Agradecemos a sua participação ao responder estas perguntas, para sabermos como
12 tem sido o seu incômodo **durante as últimas 04 semanas**.
13

14 **1. Informe a sua data de nascimento** ____/____/____

15
16 **2. Informe seu sexo: Masculino () Feminino ()**
17

18 **3. Quantas vezes você urina durante o dia?**

19 () 1 a 6 vezes 0

20 () 7 a 8 vezes 1

21 () 9 a 10 vezes 2

22 () 11 a 12 vezes 3

23 () 13 vezes ou mais 4
24

25 **3b. O quanto isso incomoda você?**

26 Circule um número de 0 (não incomoda) a 10 (incomoda muito).

27 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

28 Nada Muito
29

30 **4a. Durante a noite, quantas vezes, em média, você têm que se levantar para**
31 **urinar?**

32 () nenhuma vez 0

33 () 1 vez 1

34 () 2 vezes 2

35 () 3 vezes 3

36 () 4 vezes ou mais 4
37

38 **4b. O quanto isso incomoda você?**

39 Circule um número de 0 (não incomoda) a 10 (incomoda muito).

40 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

41 Nada Muito
42

43 **5a. Você precisa se apressar para chegar ao banheiro para urinar?**

44 () nunca 0

45 () poucas vezes 1

46 () às vezes 2

47 () na maioria das vezes 3

48 () sempre 4
49

50 **5b. O quanto isso incomoda você?**

51 Circule um número de 0 (não incomoda) a 10 (incomoda muito).

52 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

53 Nada Muito
54

1 ANEXO D - Instruções para publicação *International Urogynecology Journal* (IUJ)

International Urogynecology Journal (IUJ) Instructions for Authors

Editors-in-Chief/Editorial Office

Editors-in-Chief

Rebecca Rogers
rogersr2@amc.edu

Steven Swift
swifts@muscc.edu

Editorial Office

Lindsay MacMurray
iueditorialoffice@gmail.com

Article Types and Submission Process

The *International Urogynecology Journal* (IUJ) accepts Original articles, Reviews (including Mini Reviews), Clinical Opinions, Editorials, Controversies in Urogynecology, Images in Urogynecology and Video. Original articles must present scientific results that are essentially new. All manuscripts are subject to peer review. All manuscripts must be submitted electronically through Editorial Manager at <http://www.editorialmanager.com/iujo>, or through the Springer website: <http://www.springer.com/medicine/gynecology/journal/192>. Manuscripts submitted by regular mail will not be reviewed and will not be returned. Authors will be notified by email to submit electronically. **If you have any questions regarding manuscript submission, please contact the IUJ Editorial Office by email at iueditorialoffice@gmail.com.**

Authorship and Copyright and Financial Disclosure/Conflict of Interest Form

All submissions must include a completed [Authorship and Copyright and Financial Disclosure/Conflict of Interest Form](#). The corresponding author can complete the copyright portion of the form. All authors must complete and sign the conflict of interest and authorship portion of the form.

The Authorship and Copyright and Financial Disclosure/Conflict of Interest Form may also be obtained at the [Editorial Manager login site](#) or on the [Springer website](#).

The Authorship and Copyright and Financial Disclosure/Conflict of Interest Form must be submitted electronically at the time of manuscript submission, without exception. In addition to this form, the title page must include a conflict of interest statement for each author.

If you have any questions regarding manuscript submission, please contact the IUJ Editorial Office by email at iueditorialoffice@gmail.com.

Authors must disclose all relationships or interests that could influence or bias the work. Although an author may not feel there are conflicts, disclosure of relationships and interests affords a more transparent process, leading to an accurate and objective assessment of the work. Awareness of real or perceived conflicts of interests is a perspective to which the readers are entitled and is not meant to imply that a financial relationship with an organization that sponsored the research or compensation for consultancy work is inappropriate.

When submitting, a full First or Middle name is required for all authors. A complete Last name is required of all authors. For example, A. Clark Hobson is acceptable as an author name, but A.C. Hobson is not.

Examples of potential conflicts of interests *that are directly or indirectly related to the research* may include but are not limited to the following:

- Research grants from funding agencies (please give the research funder and the grant number)
- Honoraria for speaking at symposia
- Financial support for attending symposia
- Financial support for educational programs
- Employment or consultation
- Support from a project sponsor
- Position on advisory board or board of directors or other type of management relationships
- Multiple affiliations
- Financial relationships, for example equity ownership or investment interest
- Intellectual property rights (e.g. patents, copyrights and royalties from such rights)
- Holdings of spouse and/or children that may have financial interest in the work
- In addition, interests that go beyond financial interests and compensation (non-financial interests) that may be important to readers should be disclosed. These may include but are not limited to personal relationships or competing interests directly or indirectly tied to this research, or professional interests or personal beliefs that may influence your research.

The corresponding author collects the conflict of interest disclosure forms from all authors. In author collaborations where formal agreements for representation allow it, it is sufficient for the corresponding author to sign the disclosure form on behalf of all authors. Examples of forms can be found [here](#).

The corresponding author will include a summary statement in the text of the manuscript in a separate section before the reference list, that reflects what is recorded in the potential conflict of interest disclosure form(s).

See below examples of disclosures:

Funding: This study was funded by X (grant number X).

Conflict of Interest: Author A has received research grants from Company A. Author B has received a speaker honorarium from Company X and owns stock in Company Y. Author C is a member of committee Z.

If no conflict exists, the authors should state:

Conflict of Interest: The authors declare that they have no conflict of interest.

Patient Confidentiality

Patients have a right to privacy; identifying information, including names, initials, or hospital numbers, should not be published in written descriptions, photographs, videos, or pedigrees unless the information is essential for scientific purposes and the patient (or parent or guardian) gives written informed consent for publication. Patient consent should be written and available to the IUJ Editors upon request.

For **Images in Urogynecology and Video articles**, authors must obtain written consent from the patient. All authors must include a statement before the References section under the heading 'Consent' which reads: *'Written informed consent was obtained from the patient for publication of this Images in Urogynecology / Video article (please delete as appropriate) and any accompanying images.'*

1

2

3

4

5

6

Review Process

Once a manuscript has been submitted, the corresponding author will be contacted by email. Manuscripts that do not conform to the journal style (see **Manuscript Preparation** below) will be returned to the corresponding author for revision and resubmission online, prior to being considered for publication.

Manuscripts which **do not meet the general criteria** for this journal will be returned to the corresponding author without undergoing peer review and will not be accepted. This decision will be made by the Editors-in-Chief. Criteria include but are not limited to:

- relevance to the aims of the journal with the topic being of overall general interest
- sufficiently original and contributing to the advancement of the field
 - clearly written with appropriate study methods, well-supported data and conclusions which are supported by the data
- clear and understandable English, grammar, and spelling

Once a manuscript has been submitted, conforms to journal style, and is deemed appropriate for this journal, it will be assigned to an editor and begin to go through the peer review process. The corresponding author will be contacted by email with editorial decisions as the manuscript moves through the peer review process.

Manuscripts that are returned to the corresponding author with Major Revisions or Minor Revisions, will include the reviewers' and the editor's comments and suggestions for changes. The notification will include the option for the corresponding author to accept or decline submitting a revised manuscript and addressing the reviewers' comments, as well as the deadline for resubmitting a revised manuscript. All revised manuscripts will be submitted online via Editorial Manager. **Revised manuscripts should clearly show where revisions have been made by using the Track Editing option in Microsoft Word, and include a cover letter addressing each reviewer's point with a counterpoint.** Manuscripts which have been returned with a decision of Major Revisions or Minor Revisions are not guaranteed acceptance after a revised manuscript has been resubmitted. Revised manuscripts will go through the peer review process. Manuscripts which have been reviewed and a decision for revisions (major or minor) has been made may be considered as new submissions if not resubmitted **within three months from the time of notification.** Requests for extension of the resubmission deadline should be directed by email to the Editorial Office.

Redundant, Duplicate, or Fraudulent Publication

Authors must not simultaneously submit their manuscript to another journal if that manuscript is under consideration by the *International Urogynecology Journal* (IJU). Redundant or duplicate publication is considered as a manuscript that overlaps substantially with one already published in print or electronic media. At the time of manuscript submission, authors must inform the editor about all submissions and previous publications that might be regarded as redundant or duplicate publication of the same or very similar work. Any such publications must be referred to and referenced in the new manuscript. Copies of such material should be included with the submitted manuscript as a "supplemental file".

Authors must not:

- Willfully and knowingly submit false data
- Submit data from a source not the authors' own
 - Submit previously published material (with the exception of abstracts) without correct and proper citation
- Omit reference to the work of other investigators that establishes a priority
- Falsely certify that the submitted work is original

1

2

3

4

5

- Use material previously published elsewhere without prior written approval of the copyright holder

Please refer to 'Ethical Responsibilities of Authors' for a detailed explanation on Publishing Ethics (full policy available at the [IUJ Homepage](#)).

Confidentiality

All manuscripts are treated by the assigned reviewers as privileged and confidential information. Reviewers may request advice from another party, subject to the general principles of confidentiality and permission of the managing editor. Reviewers' comments are not published or made available publicly except with the prior written permission of the reviewer, author, and editor. However, reviewers' comments are shared with the other reviewers of the same manuscript, and reviewers will be notified of the editor's decision. The reviewers' identity remains anonymous. All reviewers are asked to disclose any potential conflict that could influence their opinions of manuscripts, prior to review of a manuscript. Editors will only disclose information pertaining to a specific manuscript (i.e. receipt, status in review process, content, criticism, or final decision) to the author and reviewers.

Manuscript Preparation

Manuscripts **must be written in clear, concise English** and conform to the specifications described herein. Manuscripts that are considered poor quality in terms of English, grammar, and spelling and require extensive revisions for clarity may be returned to the author for revision prior to proceeding to the peer review process. Springer offers a manuscript revision service through Nature Research Editing Service, and can be accessed through a link on the IUJ Springer homepage. Nature Research Editing Service may also be accessed directly at <http://authorservices.springernature.com/language-editing/>. This is associated with a fee for service, which is the author's responsibility.

Authors are asked to add continuous line numbering to their manuscript.

Terminology

It is suggested that "Methods, definitions, and units conform to the standards jointly recommended by the International Urogynecological Association and the International Continence Society and , except where specifically noted" (Haylen et al. An International Urogynecological Association (IUGA)/International Continence Society (ICS) joint report on the terminology for female pelvic floor dysfunction. Int Urogynecol J 2010;21:5-26.

All manuscripts that have been accepted for publication are subject to copy-editing.

Article Types and Specific Requirements

Original Articles

- Title page:
 - all authors and affiliations
 - corresponding author contact information (email mandatory)
 - conflict of interest statement for each author
 - each author's participation in the manuscript
- Structured abstract (250 words) and Keywords (up to 6)
- Brief summary (25 words)

1

2

3

4

- Word limit of 4000 words (average is 2000 words)
 - Maximum of 6 authors (more than 6 authors requires submission of a letter to the editorial office explaining the reasons)
- Maximum of 30 references
 - Maximum of 6 figures/tables (If the article contains a large number of illustrations then the length of the text should be adjusted accordingly to a lower word count)

Review Articles

- Title page:
 - all authors and affiliations
 - corresponding author contact information (email mandatory)
 - conflict of interest statement for each author
 - each author's participation in the manuscript
- Structured abstract (250 words) and Keywords (up to 6)
- Brief summary (25 words)
- Word limit of 6000 words
- Maximum of 6 authors
- Maximum 100 references
- Maximum of 10 figures

Images in Urogynecology

- Title Page
 - All Authors and Affiliations (3 authors or fewer)
 - Corresponding author contact information (email mandatory)
 - Disclosure / Conflict of Interest Statement for each author
 - Each author's participation in the manuscript
- No Abstract
- Keywords (up to 6) required
- Word Limit of 300 words
 - Include an Introduction and brief case study of presented images
- 3 to 5 images allowed
 - Figure legends / descriptions may be up to 250 words each
 - Images should be high quality, at least 300 dpi
- Maximum of 3 references

Current Opinion/Updates

- Title page:
 - All authors and affiliations
 - corresponding author contract information (email mandatory)
 - conflict of interest statement for each author
 - each author's participation in the manuscript
- Unstructured abstract (50 – 150 words) and Keywords (up to 6)
- Word limit of 3000 words
- Maximum of 7 authors
- Maximum of 25 references

1

2

3

Letters to the Editor (Comments)*

- Title and corresponding author
- Word limit of 400 words
 - Maximum of 5 references (the first reference must be the publication in question if letter relates to a publication)

*NOTE: The editorial staff reserves the right to shorten letters if necessary and to make minor editorial alterations without reference to the writer; letters may be published together with a reply from the original author. If the original author does not respond, a notation indicating 'response declined' will be published. As space for Letters-to-the-Editor is limited, only a selection of letters submitted may be published.

Video Article

In addition to a video authors should submit a manuscript text. This should include:

- Title page (incorporating a structured abstract, keywords and references):
 - Title of video
 - All authors and affiliations
 - Corresponding author contact information (email mandatory)
 - Conflict of interest statement for each author
 - Abstract (up to 200 words)
- Structured text (800-1200 words):
 1. Aim of the video / Introduction
 2. Method
 3. Results (if presenting data)
 4. Conclusion

Presenting results and using tables is encouraged.

- Keywords (up to 6)
 - Up to 10 references
- Video format:
 - Should not exceed 9 minutes
 - File size should not exceed 100MB
 - All videos should be in MP4 format and will be playable on a Windows-based computer
 - The use of unnecessary audio (i.e. music) is discouraged
 - The content of the video file(s) must be identical to that reviewed and accepted by the editors
 - All narration should be in English
 - Information that may identify patients, including names, initials, or hospital numbers, should not be included in videos unless the information is essential for scientific purposes and the patient (or parent or guardian) gives written informed consent for publication. Patient consent should be written and available to the IUJ Editors upon request. All authors must include a statement before the References section under the heading 'Consent' which reads: *'Written informed consent was obtained from the patient for publication of this video article and any accompanying images.'*

Manuscript Format

The following sections must each begin on separate pages:

- Title Page*
- Abstract*
- Text (Introduction, Materials and Methods, Results, Discussion)*
- Acknowledgements
- References*
- Figure Legends (if any figures)
- Tables
- Appendices (if any)

*Mandatory sections

Manuscripts must have all pages numbered and the text should be double spaced.

Title page

The title page MUST include:

- **Title** - Capture the essence of the scientific contribution in no more than 15 words, including spaces. It should be specific enough for electronic retrieval and searches
- **Author Details** - Name(s) and institutional affiliation(s) of all the author(s)
- **Corresponding Author** and contact information (address, telephone, fax, email)
- **Word Count** – Must be included in the lower left hand side of the title page. Word count includes abstract and main text but *not* references.
- **Financial Disclaimers/Conflict of Interest** statement (**if none, state FINANCIAL DISCLAIMER/CONFLICT OF INTEREST: NONE**). NOTE: This does not replace the mandatory Copyright and Authorship Form which must be completed and included at the time of submission.
- **Each authors' contribution to the Manuscript**
- If this work has been presented at a prior conference or meeting congress, please list: a) the name of conference, b) location and c) date
- List each author by surname (family name) and describe each of their contributions (select all that apply) to the manuscript using the following terms:
 - Protocol/project development Data collection or management Data analysis
 - Manuscript writing/editing
 - Other (please specify briefly using 1 to 5 words)
 - (Adapted from WAME Authorship paper, www.wame.org, posted January 10, 2007)
 - ***For example:***
 - AR Smith: Project development, Data Collection, Manuscript writing
 - TS Jones: Data collection
 - AJ Davis: Manuscript writing

Abstract

Each original article and review/mini review article must include a structured abstract of up to **250 words** that is intelligible to the journal's general readership without reference to the text and must reflect the content of the article accurately. All original articles and reviews/mini reviews should present the abstract in a structured format as follows:

- Introduction and Hypothesis
- Methods (include sample size and statistical approaches).

1

2

3

4

- **Results** - The Results must contain sufficient data for readers to evaluate the credibility of the conclusion. All of the data does not need to be presented. The conclusion should be an inference, not a summary.
- **Conclusions** - Readers should be able to understand the question asked in the study and why and how it was done.

Keywords

Up to **3-6 keywords** should be supplied in alphabetical order after the Abstract, characterizing the scope of the manuscript.

Brief summary

A **25-word summary** is mandatory and will be used in the table of contents of the journal.

Abbreviations

These should be defined at first mention in the abstract and again in the main body of the text and used consistently thereafter.

Introduction

Develop the study rationale and avoid a literature review. Literature should be cited only to the extent that helps the reader understand why the question is asked. End the Introduction with a stated aim or question, preferably expressed as a testable hypothesis. For example, if the study is aimed at identifying the color of apples, or asks what color are apples, state 'we hypothesized that apples will be green rather than red'. The reason for this hypothesis should be contained in the rationale.

Materials and Methods

The Materials and Methods section should describe the procedures used and include sufficient information such as subjects and measurements) so that a reader can evaluate the credibility of results and interpretation in the light of possible methodological limitations. Detailed statistical methods should be included. Findings should be quantified when possible and presented with appropriate indicators of measurement error or uncertainty, e.g. confidence intervals. The source or manufacturer name of all products used should be stated. Authors should always consider clarity for other workers about how and why a study was done in a particular way. All original articles should include Ethics/Institutional Review Board (IRB) approval for all studies, human or animal. Studies in which ethics approval does not apply or is waived by the IRB/Ethics Committee should state this in the manuscript, and the reason for the exemption or waiver.

Randomized Controlled Trials (RCT)

In cases of prospective, randomized trials (RCT), it is strongly encouraged that they are registered with a public clinical trial registry, such as www.clinicaltrials.gov (NO FEE) prior to commencing patient recruitment. Proof of IRB approval is MANDATORY (or an explanation for exemption or waiver). Authors should refer to the CONSORT statement (<http://www.consort-statement.org/>), including the flow diagram and checklist (<http://www.consort-statement.org/consort-statement/overview0/#checklist>) when preparing a manuscript reporting RCT. The flow diagram should be included as Figure 1 in the document.

Results

Results concerning the primary testable hypothesis should be presented first. Do not 'save the best for last'. Data should be presented as concisely as possible, if appropriate in the form of tables and/or graphs, although very large tables should be avoided. If authors wish to present the full data of the study, and any technical details, these can be included as Electronic Supplementary Material.

1

2

3

Discussion

The following paragraph structure is recommended:

- Summarize the main findings from most to least important, including a statement whether the results are consistent with the stated hypothesis.
- Discuss how the results confirm or contrast with published literature.
- If the results differ, discuss the possible reasons for this. Details of methodology and results of published literature may be appropriate here. Avoid reviewing literature outside the scope of the study.
- Discuss the significance and implications of this new data. Having developed the rationale to define the limits of current knowledge, how does this new information advance understanding?
- Write a paragraph concerning the limits of the study – this is critical. The inferences made throughout the Discussion must be written bearing in mind the constraints of the methodological limitations of the work. Papers written without this section will not be considered for publication.
- Summarize and Conclude. The conclusion is an inference. Within the constraints of the limitations of the study, the authors may boldly speculate regarding the significance of the findings and future research.

Acknowledgements

The acknowledgements should be as brief as possible. They should include the specific contributions of all persons who have substantially contributed to the work reported, e.g. technical assistance, data collection, analysis, writing or editing assistance, but who do not fulfill authorship criteria. Authors should obtain written permission from all persons listed in the Acknowledgement section. All institutional and corporate funding sources should be mentioned. The names of funding organizations should be written in full.

Funding

Authors are expected to disclose any commercial or other associations that might pose a conflict of interest in connection with submitted material. All funding sources supporting the work and institutional or corporate affiliations of the authors should be acknowledged even if there are no conflicts of interest or disclosures and must be clearly stated within the manuscript file.

Citation

Reference citations in the text should be identified by numbers in square brackets. Some examples:

1. Negotiation research spans many disciplines [3].
2. This result was later contradicted by Becker and Seligman [5].
3. This effect has been widely studied [1-3, 7].

Reference list

The list of references should only include works that are cited in the text and that have been published or accepted for publication. Personal communications and unpublished works should only be mentioned in the text. Do not use footnotes or endnotes as a substitute for a reference list.

The entries in the list should be numbered consecutively.

- Journal article
Gamelin FX, Baquet G, Berthoin S, Thevenet D, Nourry C, Nottin S, Bosquet L (2009) Effect of high intensity intermittent training on heart rate variability in prepubescent children. *Eur J Appl Physiol* 105:731-738. doi: 10.1007/s00421-008-0955-8
Ideally, the names of all authors should be provided, but the usage of "et al" in long author lists will also be accepted:
Smith J, Jones M Jr, Houghton L et al (1999) Future of health insurance. *N Engl J Med* 341:325-329

1
2
3
4

- Article by DOI
Slifka MK, Whitton JL (2000) Clinical implications of dysregulated cytokine production. *J Mol Med.* doi:10.1007/s001090000086
- Book
South J, Blass B (2001) *The future of modern genomics.* Blackwell, London
- Book chapter
Brown B, Aaron M (2001) The politics of nature. In: Smith J (ed) *The rise of modern genomics,* 3rd edn. Wiley, New York, pp 230-257
- Online document
Cartwright J (2007) Big stars have weather too. IOP Publishing PhysicsWeb. <http://physicsweb.org/articles/news/11/6/16/1>. Accessed 26 June 2007
- Dissertation
Trent JW (1975) *Experimental acute renal failure.* Dissertation, University of California

Always use the standard abbreviation of a journal's name according to the ISSN List of Title Word Abbreviations, see

- www.issn.org/2-22661-LTWA-online.php

For authors using EndNote, Springer provides an output style that supports the formatting of in-text citations and reference list

Endnote style (zip, 2kB)

Authors preparing their manuscript in LaTeX can use the bibtex file [spbasic.bst](#) which is included in Springer's LaTeX macro package.

Standardization articles

If referencing standardization articles that are in collaboration with the International Continence Society please use the following references:

- Haylen, B.T., Freeman, R.M., Swift, S.E., Cosson, M. and Davila, G.W. *et al* (2011) **An International Urogynecological Association (IUGA) / International Continence Society (ICS) joint terminology and classification of the complications related directly to the insertion of prostheses (meshes, implants, tapes) & grafts in female pelvic floor surgery.** *Int Urogynecol J* 22:3-15. doi: 10.1007/s00192-010-1324-9.
- Toozs-Hobson, P., Freeman, R., Barber, M., Maher, C. and Haylen, B. *et al.* (2012) **An International Urogynecological Association (IUGA)/International Continence Society (ICS) joint report on the terminology for reporting outcomes of surgical procedures for pelvic organ prolapse.** *Int Urogynecol J* 23:527-535. doi: 10.1007/s00192-012-1726-y
- Haylen, B.T., de Ridder, D., Freeman, R.M., Swift, S.E. and Berghmans, B. *et al.* (2010) **An International Urogynecological Association (IUGA)/International Continence Society (ICS) joint report on the terminology for female pelvic floor dysfunction.** *Int Urogynecol J* 21: 5-26. doi: 10.1007/s00192-009-0976-9
- Bernard T. Haylen, B.T., Freeman, R.M., Lee, J., Swift, S.E. and Cosson, M. *et al.* (2012) **An International Urogynecological Association (IUGA)/International Continence Society (ICS) joint terminology and classification of the complications related to native tissue female pelvic floor surgery.** *Int Urogynecol J* 23: 515-526. doi: 10.1007/s00192-011-1659-x

Illustrations

A **Legend of Figures** is required when using figures (to follow the References on a separate page). Each figure must be listed with a succinct, self-sufficient explanation of the photographs, graphs or diagrams. All abbreviations and symbols used in the figure should be explained. All figures must be cited in the text, and each numbered consecutively throughout. Figure parts should be identified by lower-case roman letters.

Figures should not be included in the main manuscript document but rather submitted as separate image files on Editorial Manager.

Details that might identify patients should be omitted unless absolutely necessary for scientific reasons. Falsification or altering of data should never be used as a means of ensuring anonymity; masking of the eye region in photographs of patients may be inadequate. If identification of patients is unavoidable, the author must guarantee that the reproduction of illustrations in which a patient is recognizable is approved either by the patient him-/herself or by his/her legal representative.

If submitted material has been previously published, acknowledgement to the original source must be made and written permission from the copyright holder must be submitted with the illustration. Obtaining copyright permission is the author's responsibility. If copyright is not obtained from a figure reused from a previously published source, the figure will be omitted. The copyright holder is typically the *publisher* of the journal that published the source item, and most publishers have permission requests on their websites.

All illustrations should be submitted as electronic files with a minimum resolution of 800 dpi for line drawings and 300 dpi for digital half-tones. It is recommended that individual file sizes are no more than 500 KB and not exceeding 2 MB, with the total size for all files no exceeding 25 MB. Store color illustrations as RGB (8 bits per channel) in TIFF format. Color illustrations in the print journal incur a charge (€ 950, plus VAT) and the authors will be expected to make a contribution towards the extra costs, irrespective of the number of color figures (this is for print only - online publication of color figures does not require extra cost).

Tables

All tables should be cited in the text and each numbered consecutively throughout. Data presented in tables should not be repeated in the text. Each table should appear on a separate page, following the Legend of Figures, and listed numerically. Tables should have a title and a legend explaining any abbreviations used in that table. Footnotes to tables should be indicated in superscript lower-case letters or asterisks for significance values and other statistical data, and explained at the bottom of each table.

Appendices

If there is more than one appendix, they should be numbered consecutively. Equations in appendices should be designated differently from those in the main body of the paper, e.g. (A1), (A2) etc. In each appendix, equations should be numbered separately.

Electronic Supplementary Material

Electronic supplementary material (ESM) for an article in the journal will be published in SpringerLink provided the material is:

- Submitted to the Editor(s) in electronic form together with the paper
- Subject to peer review
- Accepted by the journal's Editor(s)

ESM may consist of:

- Information that cannot be printed: animations, video clips, sound recordings.
- Information that is more convenient in electronic form: sequences, spectral data, etc.

1
2
3
4
5

- Large original data that relate to the paper, e.g. additional tables, illustrations (color and black & white), etc.
- Expanded Methods section

After a manuscript has been accepted, ESM will be published as received from the author in the online version only. References will be given in the printed version.

Proofreading

Proofreading is the responsibility of the author. Corrections should be clear and standard correction marks should be used. Corrections that lead to a change in the page layout should be avoided. The author is entitled to formal corrections only. Substantial changes in content, e.g. new results, corrected values, title and authorship, are not allowed without the approval of the editor. In such a case, please contact the Editorial Office before returning the proofs to the publisher.

Proprietary Substances and Materials, and Instruments

The correct designation and the manufacturer's name should be given. Where the manufacturer is not well known, the city and country should also be included.

Units of measure

Please adhere to internationally agreed standards such as those adopted by the commission of the International Union of Pure and Applied Physics (IUPAP) or defined by the International Organization of Standardization (ISO). Metric SI units should be used throughout except where non-SI units are more common [e.g. litre (l) for volume].

Drug Names

When drugs are mentioned, the international (generic) name should be used. The proprietary name, chemical composition, and manufacturer should be stated in full in Materials and Methods. The source of any new and experimental preparation should also be given. Generic names of drugs and pesticides are preferred; if trade names are used, the generic name should be given at first mention.

Ethical Responsibilities of Authors

This journal is committed to upholding the integrity of the scientific record. As a member of the Committee on Publication Ethics (COPE) the journal will follow the COPE guidelines on how to deal with potential acts of misconduct.

Authors should refrain from misrepresenting research results which could damage the trust in the journal and ultimately the entire scientific endeavour. Maintaining integrity of the research and its presentation can be achieved by following the rules of good scientific practice, which includes:

- The manuscript has not been submitted to more than one journal for simultaneous consideration.
- The manuscript has not been published previously (partly or in full), unless the new work concerns an expansion of previous work (please provide transparency on the re-use of material to avoid the hint of text-recycling ("self-plagiarism")).
- A single study is not split up into several parts to increase the quantity of submissions and submitted to various journals or to one journal over time (e.g. "salami-publishing").
- No data have been fabricated or manipulated (including images) to support your conclusions
- No data, text, or theories by others are presented as if they were the authors own ("plagiarism"). Proper acknowledgements to other works must be given (this includes material that is closely copied (near

verbatim), summarized and/or paraphrased), quotation marks are used for verbatim copying of material, and permissions are secured for material that is copyrighted.

Important note: the journal may use software to screen for plagiarism.

Consent to submit has been received from all co-authors and responsible authorities at the institute/organization where the work has been carried out *before* the work is submitted.

Authors whose names appear on the submission have contributed sufficiently to the scientific work and therefore share collective responsibility and accountability for the results.

In addition:

- Changes of authorship or in the order of authors are not accepted *after* acceptance of a manuscript.
- Requests to add or delete authors at revision stage or after publication is a serious matter, and may be considered only after receipt of written approval from all authors and detailed explanation about the role/deletion of the new/deleted author. The decision on accepting the change rests with the Editor-in-Chief of the journal.
- Upon request authors should be prepared to send relevant documentation or data in order to verify the validity of the results. This could be in the form of raw data, samples, records, etc.

If there is a suspicion of misconduct, the journal will carry out an investigation following the COPE guidelines. If, after investigation, the allegation seems to raise valid concerns, the accused author will be contacted and given an opportunity to address the issue. If misconduct has been proven, this may result in the Editor-in-Chief's implementation of the following measures, including, but not limited to:

- If the article is still under consideration, it may be rejected and returned to the author.
- If the article has already been published online, depending on the nature and severity of the infraction, either an erratum will be placed with the article or in severe cases complete retraction of the article will occur. The reason must be given in the published erratum or retraction note.
- The author's institution may be informed.
- A ban in participating in any of the journal's publications for a period of between 3 years and indefinitely
- Informing Chief editors of other Springer journals about the perpetrated act and related decision
- An erratum reporting the conflict is published
- A full retraction of the article is undertaken. The nature of retraction will depend on
- whether the article is online first, or has already been published in a print issue.

→*Online First Publication*: The article will be fully retracted from SpringerLink, Springer's online full-text journal platform- the PDF will no longer be available and no related articles, abstracts, and references will be found on SpringerLink. The initial PDF document will be replaced by a retraction note. Springer will pursue the retraction of this article from other online services besides SpringerLink. Please note that the metadata of the article (author's name and title) will still be findable on SpringerLink.

→*Print publication in journal issue*: Since the article is already published, a retraction is no longer possible. The content will remain in its existing print form. However, in the next issue of the journal a retraction note referring to the article will be published. In addition, the title and each page of the related online article will be marked with a clear "RETRACTED" stamp

(For full policy document, go the IUJ Springer Homepage:

<http://www.springer.com/medicine/gynecology/journal/192>)

1

2

3

4

5

Legal Requirements

The author(s) guarantee(s) that the manuscript will not be published elsewhere in any language without the consent of the copyright holders, that the rights of third parties will not be violated, and that the publisher will not be held legally responsible should there be any claims for compensation.

Authors wishing to include figures or text passages that have already been published elsewhere are required to obtain permission from the copyright holder(s) and to include evidence that such permission has been granted when submitting their papers. Any material received without such evidence will be assumed to originate from the authors.

Manuscripts must be accompanied by the Authorship and Disclosure Form, also containing the Copyright Transfer Statement.

Open Choice Publication

In addition to the normal publication process (whereby an article is submitted to the journal and access to that article is granted to customers who have purchased a subscription), Springer now provides an alternative publishing option: Springer Open Choice. A Springer Open Choice article receives all the benefits of a regular 'subscription-based' article, but in addition is made available publicly through Springer's online platform SpringerLink. To publish via Springer Open Choice, upon acceptance please visit www.springer.com/openchoice to complete the relevant order form and provide the required payment information. Payment must be received in full before publication or articles will be published as regular subscription-model articles. We regret that Springer Open Choice cannot be ordered for published articles.

Article processing charges (APCs) vary by journal - [view the full list](#).

[Research Data Policy](#)

The journal encourages authors, where possible and applicable, to deposit data that support the findings of their research in a public repository. Authors and editors who do not have a preferred repository should consult Springer Nature's list of repositories and research data policy. [List of Repositories](#)

General repositories - for all types of research data - such as figshare and Dryad may also be used.

Datasets that are assigned digital object identifiers (DOIs) by a data repository may be cited in the reference list. Data citations should include the minimum information recommended by DataCite: authors, title, publisher (repository name), identifier. [DataCite](#)

Springer Nature provides a research data policy support service for authors and editors, which can be contacted at researchdata@springernature.com.

This service provides advice on research data policy compliance and on finding research data repositories. It is independent of journal, book and conference proceedings editorial offices and does not advise on specific manuscripts. [Helpdesk](#)

<http://springer.com/journal/192>

1

2

3

4

5

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10
- 11
- 12
- 13
- 14
- 15
- 16
- 17
- 18
- 19
- 20
- 21
- 22
- 23
- 24
- 25
- 26
- 27
- 28
- 29
- 30
- 31

APÊNDICES

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Frequência de sintomas urinários e seu impacto na qualidade de vida e na qualidade do sono de servidoras de um hospital público

Prezada Senhora,

Gostaríamos de convidá-la para participar da pesquisa “**Frequência de sintomas urinários e seu impacto na qualidade de vida e na qualidade do sono de servidoras de um hospital público**”, a ser realizada no Hospital Universitário Regional Norte do Paraná – HURNP/PR. Os objetivos do presente estudo são determinar a prevalência de sintomas urinários e o impacto destes na qualidade de vida e na qualidade do sono das servidoras do HURNP/PR, verificar os fatores relacionados com a não procura por tratamento dos sintomas urinários por parte das servidoras e o impacto desses sintomas na produtividade do trabalho. Sua participação é muito importante e ela se daria da seguinte forma:

- Entrevista para preenchimento de um formulário com perguntas referentes a sua saúde, hábitos de vida, história ginecológica, obstétrica e urológica, e busca de tratamento para sintomas urinários;
- Entrevista para preenchimento de um questionário para identificar a presença de disfunção do trato urinário inferior relacionada à síndrome da bexiga hiperativa;
- Entrevista para preenchimento de um questionário para avaliação da sua qualidade de vida;
- Entrevista para preenchimento de um questionário de avaliação subjetiva do impacto dos sintomas urinários na sua produtividade laboral.

Esclarecemos que sua participação é totalmente voluntária, podendo você: recusar-se a participar, ou mesmo desistir a qualquer momento, sem que isto acarrete qualquer ônus ou prejuízo à sua pessoa. Esclarecemos, também, que suas informações serão utilizadas somente para os fins desta pesquisa e serão tratadas com o mais absoluto sigilo e confidencialidade, de modo a preservar a sua identidade. Esclarecemos ainda, que você não pagará e nem será remunerada por sua participação. Garantimos, no entanto, que todas as despesas decorrentes da pesquisa serão ressarcidas, quando devidas e decorrentes especificamente de sua participação.

Os benefícios esperados são esclarecer sobre sintomas urinários e sua relação com a qualidade de vida e a qualidade do sono, demonstrar maneiras de prevenção de disfunções do trato urinário inferior e orientar quanto à busca de atenção profissional apropriada a cada caso. Para isso, será fornecido ao final da pesquisa um material educativo, em formato de folder e um relatório com seus dados específicos com os parâmetros do sono registrados.

Quanto aos riscos, informamos que estes são mínimos, porém poderão ocorrer possíveis desconfortos com relação às perguntas dos questionários, pois estes englobam vários aspectos, tal como perda de urina. Caso a senhora sintasse incomodada com a entrevista esta poderá ser suspensa sem que haja qualquer prejuízo a você.

Caso você tenha dúvidas ou necessite de maiores esclarecimentos poderá nos contatar (**Pesquisador Responsável: Janaina Mayer de Oliveira**

1

Nunes, Avenida Robert Kock nº 60 Vila Operária. Telefones: 3371-2320 ou 9985-7045, e-mail: janainamayer@uel.br), ou procurar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina, situado junto ao LABESC – Laboratório Escola, no Campus Universitário, telefone 3371- 5455, e-mail: cep268@uel.br.

Este termo deverá ser preenchido em duas vias de igual teor, sendo uma delas devidamente preenchida, assinada e entregue à senhora.

Londrina, ___ de _____ de 202_.

Pesquisador Responsável

RG: _____

_____ (NOME POR EXTENSO DO PARTICIPANTE DA PESQUISA), tendo sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos da pesquisa, concordo em participar **voluntariamente** da pesquisa descrita acima.

Assinatura (ou impressão dactiloscópica): _____

Data: _____

2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26

APÊNDICE B – Questionário de dados gerais**QUESTIONÁRIO DE DADOS GERAIS****Dados Pessoais:**

Nome: _____

Endereço: _____

Telefones: _____

Data de nascimento: ___/___/___ Idade: _____ anos

Estado civil: () solteira () casada/convivente () viúva () divorciada

Raça/Cor de pele auto declarada: () branca () negra () amarela () parda () indígena

() outra

Ocupação: _____

Turno de trabalho: () diurno () vespertino () noturno

Quantidade de horas de trabalho/semana: _____

Escolaridade:

() Analfabeta

() Fundamental incompleto

() Fundamental completo

() Médio incompleto

() Médio completo

() Superior incompleto

Peso: _____ Altura: _____ IMC: _____

Comorbidades:

Você tem Diabetes mellitus: () sim () não

Você tem doenças neurológicas: () sim () não

Qual: _____

Quais os medicamentos de uso contínuo que você utiliza?

Você tem Infecção urinária por repetição (mais que 3 vezes ao ano, comprovadas por exame de urina): () sim () não

Outra: _____

Antecedentes Obstétricos e Ginecológicos:

Está na menopausa? () sim () não

- 1
2 Qual a data da sua última menstruação? _____
3 Faz terapia de reposição hormonal? ()sim ()não Tipo: _____
4 Há quanto tempo: _____
5
6 Número de gestações: _____
7
8 Número de partos: _____ Cesáreas ___Vaginais ___Fórceps ___
9
10 Número de Abortos: _____ Peso do maior recém-nascido: _____
11

12 **Antecedentes Urológicos:**

13
14 **Em relação às últimas quatro semanas:**

- 15
16 Você perde urina involuntariamente? ()sim ()não
17
18 Devido à perda de urina você precisa usar protetor de roupa íntima/absorvente?
19 ()sim ()não Quantas trocas ao dia? _____
20
21 Você precisa levantar-se a noite para urinar? ()sim ()não
22
23 Ter que levantar a noite para urinar atrapalha seu sono? ()sim () não
24 Quanto?
25 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
26 (nada) (muito)
27
28 Perder urina involuntariamente atrapalha sua vida sexual: ()sim ()não
29 Quanto?
30
31 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
32 (nada) (muito)
33
34 Você já buscou tratamento para seus sintomas urinários? ()sim ()não Qual?
35
36 () médico Qual especialidade?
37 () clínico geral () ginecologista () urologista () obstetra () outros Qual:
38 _____
39 () fisioterapêutico
40 () outros Quais? _____
41
42 O profissional que você procurou lhe ajudou?
43
44 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
45 (nada) (totalmente)
46
47 Se não buscou tratamento: Por que não?
48
49 () Penso que é normal da minha idade () tenho medo de cirurgia () não me
50 incomodam os sintomas urinários () tenho vergonha
51 () outros _____
52
53 **Antecedentes Cirúrgicos Uroginecológicos:**
54 _____
55 _____

1 **Hábitos e Vícios:**

2

3 Você pratica atividade física? ()sim ()não Frequência?_____

4 Tipo?_____

5

6 Você é fumante? ()sim ()não

7

8 Quantos copos de água (aproximadamente 250 ml) você toma por dia:_____

9

10 No seu dia a dia você consome com frequência?

11 () bebidas alcoólicas

12 () café

13 () bebidas com gás

14 () chá preto, mate ou verde

15 () frutas cítricas/ácidas

16 () alimentos apimentados

17

18

19

20

21

22

23

24

25

26

27

28

29

30

31

32

33

34

35

36

37

38

39

APÊNDICE C – Questionário de Produtividade Laboral**IMPACTO OCUPACIONAL DA BEXIGA HIPERATIVA*****PARTE 1 – Impacto da síndrome da bexiga hiperativa na produtividade laboral***

Considerando as últimas 4 semanas...

1. O quanto os seus sintomas de bexiga afetam a sua produtividade e eficiência no trabalho?

NADA UM POUCO MODERAMENTE BASTANTE

2. O quanto os seus sintomas de bexiga afetam sua concentração e cuidado na realização do seu trabalho?

NADA UM POUCO MODERAMENTE BASTANTE

3. O quanto os seus sintomas de bexiga afetam a sua aptidão no trabalho?

NADA UM POUCO MODERAMENTE BASTANTE

4. O quão cansada e sem vigor você se sente durante o trabalho por causa dos seus sintomas de bexiga?

NADA UM POUCO MODERAMENTE BASTANTE

5. O quão irritada ou chateada você se sente durante o trabalho por causa dos seus sintomas de bexiga?

NADA UM POUCO MODERAMENTE BASTANTE

6. O quão inquieta ou impaciente você se sente durante o trabalho por causa dos seus sintomas de bexiga?

NADA UM POUCO MODERAMENTE BASTANTE

7. O quão constrangida você se sente no trabalho por causa dos seus sintomas de bexiga?

NADA UM POUCO MODERAMENTE BASTANTE

8. O quão insatisfeita ou desmotivada você está com o seu desempenho no trabalho por causa dos seus sintomas de bexiga?

NADA UM POUCO MODERAMENTE BASTANTE

9. Você já perdeu horas de trabalho, precisou sair mais cedo ou se atrasou por causa do seu problema de bexiga?

NUNCA ÀS VEZES VÁRIAS VEZES SEMPRE

10. Você já precisou faltar o trabalho por causa do seu problema de bexiga?

NUNCA ÀS VEZES VÁRIAS VEZES SEMPRE

1 11. Você tem que interromper sua rotina de trabalho para ir ao banheiro fazer
2 xixi?

3 () NUNCA () ÀS VEZES () VÁRIAS VEZES () SEMPRE
4

5 12. Você tem dificuldade para manter uma rotina ou cronograma de trabalho
6 por causa dos seus sintomas de bexiga?

7 () NUNCA () ÀS VEZES () VÁRIAS VEZES () SEMPRE
8

9 **PARTE 2 – Impacto dos sintomas da síndrome da bexiga hiperativa na**
10 **produtividade laboral**

11 Considere os dias em que você ficou limitada em relação à quantidade ou ao tipo
12 de trabalho que você pôde realizar, os dias em que você realizou muito menos
13 do que gostaria ou os dias em que você não conseguiu trabalhar de forma tão
14 cuidadosa como o normal. Se o sintoma de bexiga apenas afetou um pouco seu
15 trabalho, escolha um número baixo. Escolha um número alto o sintoma de bexiga
16 afetou muito seu trabalho.

17

18 1. Você vai muitas vezes ao banheiro fazer xixi durante o dia?

19 Sim () Não ()

20 • O quanto este sintoma afeta sua produtividade no trabalho?

21 (Não afeta) 0__1__2__3__4__5__6__7__8__9__10 (Afeta completamente)
22

23 2. Você sente uma vontade forte, repentina e urgente de fazer xixi?

24 Sim () Não ()

25 • O quanto este sintoma afeta sua produtividade no trabalho?

26 (Não afeta) 0__1__2__3__4__5__6__7__8__9__10 (Afeta completamente)
27

28 3. Você perde urina após uma vontade forte, repentina e urgente de fazer
29 xixi?

30 Sim () Não ()

31 • O quanto este sintoma afeta sua produtividade no trabalho?

32 (Não afeta) 0__1__2__3__4__5__6__7__8__9__10 (Afeta completamente)
33

34 4. Você acorda para fazer xixi durante a noite?

35 Sim () Não ()

36 • O quanto este sintoma afeta sua produtividade no trabalho?

37 (Não afeta) 0__1__2__3__4__5__6__7__8__9__10 (Afeta completamente)