Sheila Gonzalez Rodrigues Pereira

Qualidade de vida de pacientes com disfunções vesicoesfincterianas em programa de cateterismo vesical intermitente limpo

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências

Programa de: Urologia
Orientador: Prof. Dr. Homero Bruschini

São Paulo

2010

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Preparada pela Biblioteca da
Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

©reprodução autorizada pelo autor

Pereira, Sheila Gonzalez Rodrigues
Qualidade de vida de pacientes com disfunções vesicoesfincterianas em programa de cateterismo vesical intermitente limpo / Sheila Gonzalez Rodrigues Pereira. -- São Paulo, 2010.
Dissertação(mestrado)--Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Programa de Urologia.
Orientador: Homero Bruschini.

Descritores: 1.Cateterismo urinário 2.Qualidade de vida 3.Bexiga urinária neurogênica 4.Depressão 5.Questionários

USP/FM/DBD-406/10

Dedicatória

Ao meu querido esposo, Otamilo, pelo amor, paciência e compreensão em todos os momentos que me ausentei e necessitei de incentivo e motivação para concluir esta obra.

Aos meus pais Gilberto e Angela, pelo exemplo de honestidade e caráter inabaláveis.

À minha querida tia e médica Aurorinha, que teve um papel fundamental na profissional que me tornei.

Agradecimentos

A Deus, pela benção da saúde, da família e amigos, que são o maior tesouro que eu poderia ter.

Ao Prof. Dr. Homero Bruschini, por permitir o meu aprendizado no Grupo de Urologia Feminina/Disfunção Miccional do Hospital das Clínicas da FMUSP, pela incansável paciência, sabedoria, confiança e por partilhar conhecimentos tão importantes.

Á minha amiga, profesora, enfermeira dedicada, leal e companheira de todas as horas, Profª Drª Maria Alice Lelis, a quem devo grande parte dos meus conhecimentos em Urologia/Bexiga Neurogênica e em relacionamento interpessoal, baseados em respeito, ética e amor.

Aos Professores Dr. José Alaor de Figueiredo e Dr. Cristiano Mendes Gomes, por me apoiarem e contribuírem de maneira fundamental para a minha coleta de dados na Ambulatório de Urologia da FMUSP.

Á toda equipe de Enfermagem de Urologia da FMUSP, em especial às Enfermeiras Maria José e Maria de Lourdes, que me receberam com cordialidade e respeito, me auxiliando sobremaneira durante minha passagem por lá.

Ás minhas irmãs, Livia e Esther, que sempre me incentivaram pela busca de conhecimento e meus sobrinhos Luan e Mayara, por encherem meu coração de alegria.

Á minha avó Aurora, pelo seu exemplo de renúncia, determinação, coragem e amor e confiança depositados em mim.

SUMÁRIO

Lista de abreviaturas
Lista de tabelas, figuras e quadros
Resumo
Summary

1 INTRODUÇÃO 1
1.1 Bexiga Neurogênica 2
1.2 Cateterismo Vesical Intermitente (CVI) - Técnica Limpa ou Cateterismo Intermitente Limpo (CIL) 3
1.3 Qualidade de vida (QV) e depressão 9
1.4 WHOQOL-bref 15
1.5 Inventário de Depressão de Beck (IDB) 17
1.6 Qualidade de Vida e Sintomas Depressivos X Cateterismo Vesical Intermitente Limpo 19
2 OBJETIVO 21
3 MÉTODO 23
3.1 Delineamento da pesquisa 24
3.2 Seleção de participantes 24
3.3 Variáveis estudadas 27
3.4 Amostra 29
3.5 Coleta de dados 36
3.6 Avaliação da Qualidade de Vida 37
3.7 Avaliação de sintomas depressivos (Inventário de Depressão de Beck) 38
3.8 Tratamento e análise dos dados 39
3.9 Aspectos Éticos 41
4 RESULTADOS 42
4.1 Avaliação da qualidade de vida – WHOQOL-bref 43
4.1.1 Escolaridade 46
4.1.2 Comorbidades 47
4.1.3 Etiologia da Disfunção Vesicoesfincteriana 48
4.1.4 Locomoção 50

4.1.5 Agente que executa o CVIL 51
4.1.6 Infecções urinárias sintomáticas múltiplas 52
4.2 Avaliação de sintomas depressivos – Inventário de Depressão de Beck 54
4.2.1 Faixa etária 57
4.2.2 Situação conjugal 58
4.2.3 Comorbidades 59
4.3 Correlação dos domínios do WHOQOL-bref entre si 60
4.4 Comparação entre os resultados do Inventário de Depressão de Beck e domínios do WHOQOL-bref 61
4.5 Análise multivariada do WHOQOL-bref.....62
4.5.1 Domínio Físico 64
4.5.2 Domínio Psicológico.....64
4.5.3 Domínio Relações Sociais 65
4.5.4 Domínio Meio Ambiente 65
4.5.5 Percepção de Qualidade de Vida.....65
4.5.6 Satisfação com a Saúde 65
5 DISCUSSÃO 66
5.1 Dados sociodemográficos 67
5.2 Dados Clínicos e Relacionados ao Cateterismo Vesical Intermitente Limpo.....69
5.3 Avaliação de Qualidade de Vida 72
5.4 Avaliação de sintomas depressivos 77
6 CONCLUSÕES 82
7 ANEXOS 84
ANEXO A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido 85
ANEXO B - Instrumento de coleta de dados.....88
ANEXO C - WHOQOL - Abreviado.....90
ANEXO D - Inventário de Depressão de Beck 94
ANEXO E - Aprovação Comitê de Ética em Pesquisa 97
8 REFERÊNCIAS.....98
9 APÊNDICE

Lista de Abreviaturas

CIL	Cateterismo Intermitente Limpo
CVI	Cateterismo Vesical Intermitente
CVIL	Cateterismo Vesical Intermitente Limpo
DVE	Disfunção Vesicoesfincteriana
HCFMUSP	Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo
HPB	Hiperplasia Prostática Benigna
IDB	Inventário de Depressão de Beck
INTO	Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
QV	Qualidade de Vida
RVU	Refluxo VesicoUreteral
STUI	Sintomas do Trato Urinário Inferior
TRM	Trauma Raqui Medular
WHO	World Health Organization

Lista de Quadros, Tabelas e Figuras

Quadro 1 - Fluxograma de inclusão dos pacientes no estudo 26

Quadro 2 - Domínios e facetas do WHOQOL-bref.....37

Tabela 1 - Características sociodemográficas de pacientes em programa de cateterismo vesical intermitente limpo. São Paulo. HCFMUSP- 2009.....30

Tabela 2 - Características clínicas da amostra de pacientes em programa de cateterismo vesical intermitente limpo. São Paulo. HCFMUSP- 2009.....31

Tabela 3 - Variáveis relacionadas à prática do cateterismo vesical intermitente limpo. São Paulo. HCFMUSP – 2009 32

Tabela 4 - Distribuição das variáveis segundo tempo no programa de cateterismo vesical intermitente limpo . São Paulo. HCFMUSP - 2009.....34

Tabela 5 - Avaliação da qualidade de vida por domínios, segundo o WHOQOL-bref em pacientes em programa de cateterismo vesical intermitente limpo. São Paulo. HCFMUSP – 2009.....44

Tabela 6 - Qualidade de vida (WHOQOL-bref) em relação aos anos de estudo em pacientes em programa de cateterismo vesical intermitente limpo. São Paulo. HCFMUSP – 2009 46

Tabela 7 - Qualidade de vida em relação à presença ou não de comorbidades em pacientes em programa de cateterismo vesical intermitente limpo. São Paulo. HCFMUSP – 2009.....47

Tabela 8 - Qualidade de vida em relação à etiologia da DVE em pacientes em programa de cateterismo vesical intermitente limpo. São Paulo. HCFMUSP – 2009 49

Tabela 9 - Qualidade de vida em relação à locomoção em pacientes em programa de cateterismo vesical intermitente limpo. São Paulo. HCFMUSP – 2009.....50

Tabela 10 - Qualidade de vida em relação ao agente que executa o procedimento em pacientes em programa de cateterismo vesical intermitente limpo. São Paulo. HCFMUSP – 2009.....51

Tabela 11 - Qualidade de vida em relação a infecções urinárias sintomáticas múltiplas em pacientes em programa de cateterismo vesical intermitente limpo. São Paulo. HCFMUSP – 2009 52

Tabela 12 - Comparação entre reutilização de cateter e relato de infecções urinárias sintomáticas múltiplas em pacientes em programa de cateterismo vesical intermitente limpo. São Paulo. HCFMUSP – 2009 53

Tabela 13 - Distribuição de sintomas depressivos nos pacientes em programa de cateterismo vesical intermitente limpo. São Paulo. HCFMUSP – 2009 54

Tabela 14 - Distribuição da frequência de sintomas depressivos de acordo com os resultados do Inventário de Depressão de Beck em pacientes em programa de cateterismo vesical intermitente limpo. São Paulo.HCFMUSP – 2009 55

Tabela 15 - Coeficiente de correlação entre os domínios do WHOQOL-bref - em pacientes em programa de cateterismo vesical intermitente limpo. São Paulo. HCFMUSP – 2009 60

Tabela 16 - Comparação entre presença ou não de sintomas depressivos e domínios de qualidade de vida em pacientes em programa de cateterismo vesical intermitente limpo. São Paulo. HCFMUSP – 2009.....61

Tabela 17 - Análise multivariada do WHOQOL-bref em pacientes em programa de cateterismo vesical intermitente limpo. São Paulo. HCFMUSP – 2009 63

Figura 1 - Distribuição dos pacientes em programa de cateterismo vesical intermitente limpo, segundo percepção sobre qualidade de vida – WHOQOL-bref. São Paulo. HCFMUSP. 2009.....43

Figura 2 - Distribuição dos pacientes em programa de cateterismo vesical intermitente limpo, segundo satisfação com a saúde – WHOQOL-bref. São Paulo. HCFMUSP. 2009. 44

Figura 3 - Distribuição de percepção de qualidade de vida (WHOQOL-bref) com presença ou não de sintomas depressivos em pacientes em programa de cateterismo vesical intermitente limpo. São Paulo. HCFMUSP – 2009 56

Figura 4 - Distribuição de pacientes segundo a faixa etária e presença ou não de sintomas depressivos em pacientes em programa de cateterismo vesical intermitente limpo. São Paulo. HCFMUSP – 2009 57

Figura 5 - Distribuição de pacientes segundo a situação conjugal e presença ou não de sintomas depressivos em pacientes em programa de cateterismo vesical intermitente limpo. São Paulo. HCFMUSP – 2009.....58

Figura 6 - Distribuição de pacientes segundo comorbidades e presença ou não de sintomas depressivos em pacientes em programa de cateterismo vesical intermitente limpo. São Paulo. HCFMUSP – 2009.....59

Resumo

Pereira SGR. *Qualidade de vida de pacientes com disfunções vesicoesfincterianas em programa de cateterismo vesical intermitente limpo* [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, 2010. 112p.

O cateterismo vesical intermitente limpo é uma técnica terapêutica que vem sendo amplamente utilizada na prática urológica nos últimos trinta anos em pacientes com disfunção vesicoesfincteriana. Mesmo apresentando diversos benefícios, como: continência funcional, melhora da imagem corporal, diminuição do número de infecções do trato urinário, redução das complicações renais a longo prazo, promoção de um impacto positivo na qualidade de vida, é um procedimento que acarreta mudanças na vida dos pacientes e familiares e/ou cuidadores, podendo alterar sua qualidade de vida. O objetivo deste estudo foi identificar os fatores que interferem na qualidade de vida dos pacientes com disfunção vesicoesfincteriana em programa de cateterismo vesical intermitente limpo. Sessenta e seis pacientes foram incluídos no estudo e responderam um formulário com dados sociodemográficos e clínicos, o questionário de avaliação de qualidade de vida WHOQOL-bref e o Inventário de Depressão de Beck. Não há relação entre tempo de cateterismo e gênero, faixa etária, anos de estudo, situação conjugal, renda familiar, etiologia da disfunção vesicoesfincteriana, comorbidades, locomoção, agente que executa o procedimento e continência nos intervalos do procedimento. Baixa escolaridade reflete negativamente na percepção de qualidade de vida (p=0,040). A qualidade de vida afeta negativamente o domínio psicológico tanto quando há coexistência de comorbidades (p=0,011) como na doença adquirida (p=0,020). Pacientes vítimas de trauma e doença adquirida têm o domínio relações sociais prejudicado (p=0,032), e pacientes com doença congênita apresentam melhores escores neste domínio. Pacientes cadeirantes apresentam transtornos no domínio físico em sua qualidade de

vida (p=0,001). A dependência na realização do procedimento afeta negativamente a qualidade de vida nos domínios físico (p<0,001), psicológico (p=0,022) e na percepção de qualidade de vida (p=0,042). Infecções urinárias sintomáticas acarretam transtornos no domínio meio ambiente (p=0,029). 71,9% dos pacientes que reutilizam o cateter após o uso não relataram infecções urinárias sintomáticas múltiplas (p=0,006). Sintomas depressivos não estão associados a gênero, anos de estudo, renda familiar, etiologia da disfunção vesicoesfincteriana, tempo no programa de cateterismo, locomoção, agente que executa o procedimento, continência nos intervalos do cateterismo e frequência. Adultos de 41 a 60 anos apresentam mais sintomas depressivos do que idosos (p=0,038), assim como aqueles que vivem com companheiro(a) (p=0,014) e os que apresentam comorbidades (p=0,006). Pacientes com sintomas depressivos apresentam todos os domínios de qualidade de vida piores do que aqueles sem sintomas depressivos, principalmente no domínio psicológico (p<0,001), relações sociais (p=0,001) e na percepção de qualidade de vida (p=0,001). Na análise multivariada, encontrou-se que a presença de sintomas depressivos, a necessidade de um cuidador para a realização do cateterismo vesical intermitente limpo, o fato de ser incontinente e cadeirante, estar há mais tempo no programa e ter uma baixa renda familiar, são preditores de uma pior qualidade de vida. Entendemos que a avaliação das condições sociais e clínicas, além da presença de sintomas depressivos é importante e necessário para se assegurar uma adequada adesão ao tratamento e acompanhamento dos pacientes em programa de cateterismo vesical intermitente limpo.

Descritores: 1.Cateterismo urinário 2.Qualidade de vida 3.Bexiga urinária neurogênica 4.Depressão 5.Questionários

Summary

Pereira SGR. *Quality of life in patients with bladder dysfunction in clean intermittent catheterization* [dissertation]. São Paulo: ”Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo”, 2010. 112p.

Clean intermittent catheterization is a therapeutic technique that has been widely used in urological practice in the past thirty years in patients with bladder dysfunction. Despite presenting a number of benefits as: functional continence, improved corporal image, decreased level of urinary tract infections, reduction of renal complications in the long term, promotion of a positive tracks impact on quality of life, it is a procedure that entails changes in the lives of patients, family members and/or caretakers and it may impair his/her quality of life. The objective of this study was to identify factors that affect quality of life of patients with bladder dysfunction on program of clean intermittent catheterization. Sixty-six patients included in this study fulfilled a social-demographic and clinical form, and they answered questionnaires on quality of life WHOQOL-bref and Beck Depression Inventory. There is no relationship among time of catheterization, gender, age range, years of study, marital status, income family, etiology of bladder dysfunction, clinical illness, and locomotion, agent that performs the procedure and the intervals of continence procedure. Low education reflects negatively on the perception of quality of life ($p=0.040$). The quality of life negatively affects both the psychological domain well when there is clinical illness coexistence ($p=0.011$) as the disease acquired ($p=0.020$). Patients suffering from trauma and disease acquired have the social relationship domain harmed ($p=0.032$), and patients with congenital disease present the best scores in this domain. Wheelchair patients have disorders in the physical domain in their quality of life ($p=0.001$). The accomplishment’s dependence on the procedure negatively affects his/her quality of life in physical ($p<0.001$) and psychological domains ($p=0.022$) and perception of quality of life ($p=0.042$). Symptomatic urinary infections lead to disorders in environment domain

(p=0.029). 71.9% of patients after using the catheter did not present a multiple symptomatic urinary infection (p=0.006). Depressive symptoms are not associated to gender, years of study, income family, etiology of bladder dysfunction, time in program of clean intermittent catheterization, locomotion, agent that performs the procedure, continence in intervals of the catheterization and frequency. Adults 41 to 60 years have more depressives symptoms than elders (p=0.038), just as those living with a partner (p=0.014) and those with clinical illness (p=0.006). Patients with depressive symptoms have all domains of quality of life worse than those who do not have depressive symptoms, mainly in the psychological domain (p<0.001), social relationships (p=0.001) and perception of quality of life (p=0.001). The multivariate analysis the presence of depressive symptoms, a caretaker's need for the accomplishment of the clean intermittent catheterization, the fact of being incontinent and wheelchair patients, to be there is more time in the program and to have a low family income, they are predictors of a worse life quality. It is believable that the evaluation of social and clinical conditions, besides the presence of depressive symptoms, is important and necessary to assure an appropriate adhesion to the treatment and patients' attendance in program of clean intermittent catheterization.

Descriptors: 1.Urinary catheterization 2.Quality of life 3.Urinary bladder neurogenic 4.Depression 5.Questionnaires

1 INTRODUÇÃO

1.1 Bexiga Neurogênica

O termo bexiga neurogênica refere-se à disfunção vesicoesfincteriana de origem neurológica, em que ocorre uma interrupção na comunicação entre a bexiga e o centro da micção no cérebro (Stöher *et al*, 1999; Truzzi, 2005; Geng *et al*, 2006).

Pacientes que sofreram lesões neurológicas apresentam uma combinação de urge-incontinência e urina residual (dissinergia vesicoesfincteriana) ou retenção parcial ou total da urina devido à atonia ou acontratilidade do detrusor, sendo que a extensão e a intensidade da retenção dependem do local da lesão (Geng *et al*, 2006).

A disfunção miccional pode ocorrer devido a lesões nervosas periféricas (por cirurgias pélvicas, hérnias de disco, mielodisplasias, etc.), lesões centrais abaixo da ponte (como nos traumas medulares, esclerose múltipla) e lesões acima da ponte, incluindo o acidente vascular cerebral, doença de Parkinson, Coréia de Huntington, ataxia cerebelar, paralisia cerebral, demência, aneurisma cerebral, entre outras (Bruschini, 2003).

As disfunções micionais podem também ter origem não neurológicas, tais como: retenção urinária idiopática ou esvaziamento vesical incompleto; obstrução infravesical e estenose de uretra (Geng *et al*, 2006).

Os principais pontos a serem considerados no tratamento da bexiga neurogênica incluem: a preservação do trato urinário superior, controle e

prevenção de infecções urinárias, reintegração social do paciente, melhora da qualidade de vida, promoção da regressão ou estabilização das lesões presentes, além de alterações anatômicas importantes, como refluxo vesicoureteral (Froemming *et al*, 1988; D'Ancona, 2001; Truzzi, 2005; Bruschini, 2006) .

1.2 Cateterismo Vesical Intermitente (CVI) - Técnica Limpa ou Cateterismo Intermitente Limpo (CIL)

O cateterismo vesical intermitente (CVI) foi sugerido por Guttman e Frankel em 1966 em pacientes vítimas de Trauma Raqui Medular (TRM), como alternativa ao esvaziamento vesical em casos de retenção urinária, ou seja, quando o acúmulo de urina na bexiga não pode ser eliminado naturalmente (Froemming *et al*, 1988; Féra, 2001; Woodward e Rew, 2003).

É um procedimento que consiste na introdução de um cateter lubrificado na bexiga através do meato uretral em períodos diários preestabelecidos e sua remoção após a drenagem urinária (Geng *et al,* 2006).

A utilização da técnica limpa foi proposta por Lapides *et al* em 1972, quando concluíram em seu estudo uma melhora substancial das taxas de infecção urinária em pacientes com bexiga neurogênica e que ela é eficiente

desde que alguma bactéria introduzida pelo cateter seja neutralizada pela resistência do hospedeiro.

Esta técnica tem como objetivo eliminar a urina de uma maneira não estéril, ou seja, utilizando-se as mãos previamente lavadas com água e sabonete (Canalini et al, 1999).

O CVIL tem sido indicado pelos urologistas para o tratamento de disfunções miccionais devido a problemas de origem neurológica, disfunção vesical não neurológica ou obstrução infravesical com esvaziamento vesical incompleto durante os últimos trinta anos (Canalini *et al,* 1999; Oh *et al*, 2005; Geng *et al,* 2006).

A capacidade vesical normal em adultos está entre 300 e 600 mL e para prevenir distensão vesical em pacientes com disreflexia autonômica deve-se atentar para a frequência das cateterizações, de quatro a seis vezes por dia, não sendo recomendado volumes urinários maiores que 500 mL (Lenz, 1994; Geng *et al,* 2006).

Achterberg *et al* (2007) ressaltam que a frequência exata do procedimento é controlada pelo paciente e depende de fatores pessoais e situacionais, como a ingestão de líquidos, capacidade vesical e resíduo pós-miccional.

O CVIL é contraindicado em pacientes que possuem estenose e trauma uretral, tumores e infecções. Deve-se ter precauções com pacientes que realizam cirurgias prostáticas, de colo vesical ou uretral ou que possuem prótese peniana (Geng *et al,* 2006).

O procedimento é desaconselhado quando o paciente não conta com boa destreza ou apresenta comprometimento mental, quando não possui um cuidador e quando há obesidade severa, pois o paciente não consegue visualizar o meato uretral de maneira adequada (Fera *et al*, 2000).

A eficácia da terapêutica faz do CVIL um importante aliado na prática urológica (Lapides, *et al* 1975; Fera *et al*, 2000).

Em pacientes com retenção urinária completa, acontratilidade detrusora e dissinergia vesicoesfincteriana, é uma medida terapêutica que proporciona maiores benefícios e poucas complicações, tendo revolucionado o tratamento das disfunções miccionais (Lenz,1994; Lelis, 2003; Ito *et al,* 2006).

É um método simples, fácil de ser realizado e aprendido tanto pelo paciente com boa cognição, destreza manual e aptidão, como por um cuidador; é seguro, efetivo e, quando bem indicado e realizado com propriedade, poucas complicações são observadas (Fera *et al*, 2000; Wilson, 2008).

Apresenta custo baixo e tempo de realização significativamente curto, o que beneficia os sistemas de saúde e intensifica a transição do paciente na sua reabilitação para a comunidade (Moore K. *et al,* 2006) .

Pode ser feito em lugares diversos, pelo próprio paciente ou por um cuidador. Através de um diário que contêm os o hábito miccional com os respectivos débitos horários da cateterização, é possível estabelecer o hábito miccional.

Alguns benefícios desta prática incluem: promoção da continência funcional, melhora da aceitação social e da imagem corporal, da independência, conveniência, redução da duração e estadia hospitalar, diminuição do tempo de cuidados de enfermagem e do número de infecções sintomáticas do trato urinário (se comparado à cateterização vesical de permanência), redução das complicações renais a longo prazo, promoção de um impacto positivo na qualidade de vida oferecendo melhores condições de vida social, no estado emocional e mental dos pacientes, melhorando a autoestima e possibilitando a atividade sexual dos pacientes (Lapides, *et al*, 1972; Froemming *et al*, 1988; Figueiredo, 1997; Moroóka e Faro, 2002; Watts *et al,* 2002; Woodward e Rew, 2003; Mizuno *et al,* 2004; Oh *et al,* 2006; Moore K. *et al,* 2009) .

Doherty (1999) destaca que o cateterismo intermitente protege o trato urinário superior favorecendo o retorno da vida sexual espontaneamente, melhorando a qualidade de vida dos pacientes.

Neal *et al* (1993) em artigo de revisão, afirmam que o sucesso da terapêutica inclue motivação, destreza e habilidade mental, concluindo que o CVIL é facilmente aprendido e aceito pela maioria dos pacientes de ambos os sexos com uma faixa etária ampla, mostrando-se efetivo e seguro.

Em revisão sistemática da literatura a respeito de infecções iatrogênicas na prática urológica, encontrou-se que a antibioticoprofilaxia não é recomendada para o CVIL, a menos que os sinais e sintomas de pielonefrite ou septicemia estejam evidentes (Shokeir *et al,* 2006).

Quando o CVIL é indicado juntamente com drogas relaxantes vesicais, mostra uma redução das complicações e dos riscos urológicos, melhorando a continência e a qualidade de vida dos pacientes adultos e pediátricos (Chancellor *et al,* 2006).

Numa revisão retrospectiva em mulheres com estenose uretral, o CVIL foi instituído diariamente com redução gradual para uma vez/semana ao longo do tratamento, e nenhuma delas apresentou estenose recorrente, podendo-se, assim, evitar uma reconstrução cirúrgica (Smith *et al,* 2006).

Em pacientes com retenção urinária e Hiperplasia Prostática Benigna (HPB), a prática do CVIL pode ser útil enquanto a cirurgia não é realizada, pois proporciona recuperação da função renal, atenua os Sintomas do Trato Urinário Inferior (STUI) e melhora a qualidade de vida (Fera *et al,* 2000).

Em uma investigação sobre o cateterismo intermitente como alternativa ao cateterismo de demora em pacientes com idade superior a 70 anos e resíduo pós-miccional maior do que 50% da capacidade vesical, 86% dos pacientes relataram melhora significante da qualidade de vida, principalmente devido ao retorno da continência urinária, diminuição da frequência urinária, noctúria, urgência e infecções do trato urinário (Pilloni *et al,* 2004).

De acordo com Vahter *et al* (2009), pacientes com esclerose múltipla estão aptos a aprender o cateterismo intermitente limpo e que o tempo necessário para adquirir habilidades para o procedimento depende de aptidão física, e não somente de função cognitiva.

Em pacientes com função neurológica normal e possuidores de alto resíduo pós-miccional, o CIL é um meio efetivo de se promover a continência urinária e reduzir a incidência de infecções do trato urinário (Pohl *et al*, 2002).

Em um estudo comparativo da técnica limpa com a estéril, encontrou-se que 43% dos pacientes desenvolveram infecções do trato urinário (ITU), sendo 37% do grupo de cateterismo intermitente limpo (CIL) e 45% do grupo que realizava a técnica estéril. Os organismos mais comuns encontrados foram: *Enterococcus species* seguido de *Klebsiella* (Moore K. *et al*, 2006).

Quanto às complicações, a bacteriúria assintomática é frequente; trauma uretral, uretrite, hematúria e falso trajeto estão incluídos nas raras complicações (Lenz, 1994; Fera *et al*, 2000).

Há pacientes que relatam dificuldades em viagens e no uso de banheiros públicos, com desconforto para se posicionarem apropriadamente no momento do procedimento (Woodward e Rew, 2003).

O CVIL é um procedimento invasivo que pode causar embaraço, desconforto físico e psicológico e impacto na autoimagem do paciente (Geng *et al,* 2006).

Kessler *et al* (2009) ressaltam que há pouco conhecimento a respeito das preocupações dos pacientes que realizam CVIL, embora a melhora na qualidade de vida seja relatada em 60% dos pacientes neste estudo.

1.3 Qualidade de vida (QV) e depressão

O grupo WHOQOL (World Health Organization Quality of Life, da Organização Mundial de Saúde), em 1994 definiu Qualidade de Vida (QV) como “a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”. Fica implícito nesta definição que o conceito de Qualidade de Vida é subjetivo, multidimensional e que inclui elementos de avaliação tanto positivos como negativos (Fleck *et al,* 2000).

O termo qualidade de vida reune uma série de condições (ambientais e físicas) e circunstâncias da vida, como inserção social, saúde mental e perspectivas de vida. A semelhança entre a maioria das definições de QV é o destaque especial à percepção do paciente e na ampla extensão do conceito (Cruz, 2005).

De acordo com Woodward e Rew (2003), a qualidade de vida depende do estilo de vida atual, experiências passadas e esperanças para o futuro.

Bampi *et al* (2008) enfatizam que a mensuração de QV no contexto médico, é uma forma de valorizar as percepções do paciente a respeito de vários aspectos de sua vida, e não meramente avaliar seu estado de saúde.

As avaliações de QV na área da saúde vêm crescendo em importância como um método de avaliação dos resultados dos impactos das doenças e suas intervenções (Moore K. *et al,* 2005).

Belasco e Sesso (2006) acreditam que a introdução da QV na área da saúde ocorreu pelo avanço tecnológico que propiciou maiores possibilidades para a recuperação da saúde e prolongamento da vida; pela mudança no panorama epidemiológico das doenças, com o perfil dominante das doenças crônicas e pela mudança sobre a visão do ser humano, visto atualmente como um agente social e não um organismo biológico a ser reparado.

Para Blay e Merlin (2006), a mensuração da QV possibilita a comparação entre estudos de tratamento, o que auxilia na compreensão da escolha terapêutica, pois "permite a identificação dos aspectos da QV afetados pela terapia proposta", com a melhora sintomática, efeitos colaterais ou tóxicos, alterações na dinâmica social e econômica e aspectos da vida diária ou psicológica dos pacientes.

Apesar do crescente aumento da importância da QV, os dados destas pesquisas com os seus construtos psicológicos (como depressão e ansiedade) ainda são pouco conhecidos. Uma pior QV parece às vezes ser uma consequência de depressão, e, por outro lado, pode ser também um precursor da depressão; em outros questionários a depressão pode ser um componente de QV (Moore M. *et al,* 2005).

Os estados depressivos atualmente apresentam grande importância como problema de saúde pública, devido a gama de problemas que causam, representados pelas limitações e sofrimento impostos pelo quadro depressivo. Muitas pessoas não têm acesso ao diagnóstico e tratamento adequados, em função dos custos econômicos e sociais (Porto, 2000; Fleck *et al*, 2002; Valladares *et al*, 2009).

Dados da Organização Mundial de Saúde (2009) inferem que a depressão afeta cerca de 121 milhões de pessoas ao redor do mundo; lidera mundialmente as causas de incapacitação. Pode ser diagnosticada e tratada em nível de atenção primária de saúde, porém, menos de 25% das pessoas acometidas têm acesso ao tratamento efetivo.

O termo depressão pode indicar um estado afetivo anormal (perda de em ente), um sintoma (transtorno por estresse pós-traumático, demência), uma síndrome (alterações no humor, cognitivas, psicomotoras e vegetativas), ou uma doença. O uso do termo varia de acordo com a preferência dos autores e do ponto de vista em questão (Porto, 2000).

A depressão expressa-se como a perda da capacidade de experimentar prazer nas atividades em geral e a redução do interesse pelo ambiente. Também pode se associar a sensação de fadiga ou perda de energia e cansaço exagerado. Alterações no comportamento incluem: retração social, crises de choro, comportamentos suicidas, retardo psicomotor e lentificação generalizada; ou agitação psicomotora (Porto, 2000; Souza, 2002; Nierenberg, 2003; WHO, 2009).

Pode tornar-se crônica ou recorrente, prejudicando substancialmente a habilidade do indivíduo em manter sua vida diária com suas responsabilidades, e nos casos mais severos pode levar ao suicídio, uma fatalidade associada a 850.000 mortes todos os anos (WHO, 2009).

A depressão lidera as causas de incapacitação medida pelo Anos Vividos com Incapacidade (YLDs – Years Lived with Disability). Em 2000 foi

a quarta líder em contribuir para a “sobrecarga global” da doença, de acordo com a Incapacidade Relacionada aos Anos de Vida (DALYs – Disability Adjusted Life Years), que é a soma de anos potencialmente perdidos devido à morte prematura e anos produtivos devido à incapacidade. Atualmente, a depressão já é a segunda causa de Incapacidade Relacionada aos Anos de Vida na faixa etária dos 15 aos 44 anos, tanto para o sexo feminino como para o masculino. Estima-se que em 2020, a depressão ocupará o segundo lugar neste ranking, tanto para ambos os sexos, como para todas as idades (WHO, 2009).

O quadro depressivo apresenta um importante efeito nas funções físicas, mentais e sociais e está associado com o risco aumentado de morte prematura, dependendo da sua severidade. Traz também complicações nas atividades básicas da vida diária, prejudicando a QV e acarretando desta maneira, um extenso impacto na vida do paciente (Fleck *et al,* 2002; Sobocki *et al,* 2007; Valladares *et al,* 2009).

No entanto, a depressão não prejudica somente os pacientes, mas também a população como um todo, devido ao impacto econômico que causa na sociedade, pelos custos relacionados à utilização de recursos em saúde (Valladares *et al,* 2009).

Para a classificação da depressão junto às doenças mentais, é utilizado atualmente o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, versão IV (DSM-IV), que foi adotado pela Associação Americana de Psiquiatria em 1994 e que correlaciona-se com a Classificação de

Transtornos Mentais e de Comportamento da Organização Mundial de Saúde. Este manual possui um sistema classificatório multiaxial, que agrupa as classes diagnósticas em cinco eixos, sendo que o transtorno depressivo encaixa-se no Eixo I, o qual descreve os transtornos clínicos propriamente ditos (Matos *et al*, 2005).

São necessários estudos epidemiológicos sobre depressão, pois permitem um planejamento de programas e serviços de saúde direcionados à população que apresenta este quadro. Por ser uma doença associada a uma incapacitação social importante e tendo como fator de risco o meio ambiente, se destaca nas populações por estar ligado às condições de vida destas pessoas (Menezes *et al*, 2000).

A questão do aumento da prevalência das doenças crônicas e da depressão constitui a principal dúvida de como estas patologias são comparadas e como seus efeitos agem na saúde individual de uma maneira global (Moussavi *et al,* 2007).

Em uma análise comparativa da depressão com outras doenças crônicas e seus efeitos na saúde, concluiu-se que esta prejudica o estado de saúde em grau substancialmente maior quando comparada a doenças como asma, angina, artrite, diabetes e que se associada a comorbidades, piora o estado de saúde de pessoas com doenças crônicas (Moussavi *et al,* 2007).

Berlim *et al* (2006), em estudo que comparou QV em pacientes portadores de depressão maior com pacientes em estágio final de doença renal, concluiram que os primeiros apresentam uma diminuição significativa

da percepção de qualidade de vida comparados aos renias crônicos em estágio final.

Oh *et al* (2006), avaliaram sintomas depressivos em pacientes com lesão medular traumática que realizam CIL, em um estudo prospectivo, randomizado, concluindo que pacientes do sexo feminino têm maiores escores de depressão do que pacientes do sexo masculino, semelhantes àqueles que dependem de um cuidador para realizar o procedimento, e que nível educacional e características da lesão não estão associados a sintomas depressivos.

Em um estudo recente que avaliou sintomas depressivos (utilizando o Inventário de Depressão de Beck como instrumento) e percepção de qualidade de vida de pacientes portadores de Doença de Parkinson, concluiu-se que pacientes com sintomas depressivos mais severos apresentam uma percepção pior na QV (Scalzo *et al,* 2009).

Veiga *et al* (2009), em estudo que avaliou e comparou a intensidade e a frequência de depressão em grupos com e sem doença de Parkinson, utilizando o IDB como um de seus instrumentos, destacaram que 42% dos pacientes do grupo com Parkinson apresentavam depressão maior, contra 10% do grupo controle e que a depressão esteve significativamente relacionada à pior função motora dos pacientes parkinsonianos.

Em estudo que descreveu o impacto da QV, através de um instrumento europeu de avaliação (EQ-5D), em pacientes deprimidos no início do tratamento com antidepressivos e após um período de seis meses, verificou-se que a depressão tem um impacto substancial na qualidade de vida

relacionada à saúde. O tratamento da depressão teve um aumento significante nos escores de QV ao longo de seis meses, numa taxa de 50%, além de que a QV diminuiu com o aumento da severidade da depressão (Sobocki *et al,* 2007).

Moore M. *et al* (2005), em estudo que testou o modelo teórico de Leval's para avaliar a relação entre depressão e QV usando a perspectiva de tempo, concluiram que tanto a depressão como a desesperança influenciam a QV das pessoas igualmente no presente e no futuro.

Em uma avaliação da relação entre sintomas depressivos, QV e utilização de recursos em pacientes que procuravam serviços de cuidados primários de saúde em seis centros de vários países, verificou-se que a intensidade de sintomas depressivos estava inversamente relacionada a indicadores subjetivos de bem-estar e saúde, e que os pacientes com mais sintomas depressivos frequentavam mais os serviços de saúde, apresentavam maior tempo de internação hospitalar e absenteísmo no trabalho (Fleck *et al,* 2002).

1.4 WHOQOL-bref

Foi desenvolvido um instrumento de avaliação de QV com cem questões (o WHOQOL-100) pela Organização Mundial de Saúde. Porém, a necessidade de instrumentos curtos que demandassem pouco tempo para seu preenchimento, fez com que o grupo de QV da Organização

Mundial de Saúde (OMS) desenvolvesse uma versão abreviada do WHOQOL-100, o WHOQOL-bref, validado no Brasil por Fleck *et al* em 1999 (Fleck *et al,* 2000).

O WHOQOL-bref pode ser autoadministrado se o indivíduo tiver habilidade suficiente: caso contrário, uma entrevista assistida pode ser utilizada, possibilitando aos profissionais da saúde uma avaliação das mudanças na qualidade de vida ao longo do tratamento, além de produzir um perfil da qualidade de vida (WHO, 1996).

O WHOQOL-bref consta de 26 questões, sendo duas questões gerais de QV e as demais vinte e quatro representando cada uma das vinte e quatro facetas que compõem o instrumento original e composto por quatro domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente (Fleck *et al,* 2000).

A versão brasileira do WHOQOL-bref, mostrou-se com características satisfatórias de consistência interna, validade discriminante, validade de critério, validade concorrente e fidedignidade teste-reteste (Fleck *et al,* 2000).

Em um estudo descritivo que avaliou a QV de vítimas de trauma, utilizando o WHOQOL-bref, concluiu-se que os pacientes apresentaram baixos valores para todos os domínios de qualidade de vida e que os menores índices de QV no domínio físico estavam realcionados a idades mais avançadas, maior permanência hospitalar e ao sexo feminino (Alves *et al,* 2009).

Em estudo que avaliou depressão e QV em pacientes deprimidos no Brasil, utilizando o WHOQOL-bref e o IDB como instrumentos, concluiu-se que o WHOQOL-bref é um indicador sensível de morbidade e severidade de depressão e que quando os sintomas depressivos aumentam nestes pacientes, os escores de QV diminuem significativamente (Berlim *et al,* 2003).

1.5 Inventário de Depressão de Beck (IDB)

O instrumento utilizado neste estudo para avaliação de sintomas depressivos foi o Inventário de Depressão de Beck ("Beck Depression Inventory" - BDI), uma medida de autoavaliação de depressão amplamente usada tanto em pesquisa como em clínica, tendo sido traduzido para vários idiomas e validado em diferentes países inclusive no Brasil por Gorenstein *et al* em 1996.

O IDB foi projetado para medir as manifestações comportamentais de depressão, além de ser um método seguro e válido para se definir depressão. Pode ser administrado por um entrevistador facilmente treinado para tal e também ser auto–administrado (Beck *et al,* 1961; Beck *et al,* 1988).

A escala original consiste de 21 itens, incluindo sintomas e atitudes, cuja intensidade varia de zero a três. Os itens referem-se a tristeza, pessimismo, sensação de fracasso, falta de satisfação, sensação de culpa,

sensação de punição, autodepreciação, autoacusações, ideias suicidas, crises de choro, irritabilidade, retração social, indecisão, distorção da imagem corporal, inibição para o trabalho, distúrbio do sono, fadiga, perda de apetite, perda de peso, preocupação somática, diminuição de libido (Gorenstein *et al,* 1998) .

Em estudos incluindo pacientes não diagnosticados com depressão, é usado o ponto de corte recomendado por Steer *et al*, 1987, em que os valores acima de 15 são usados para detectar disforia (mudança repentina e transitória do estado de ânimo, tais como sentimentos de tristeza, pena, angústia, melancolia e pessimismo), devendo o termo depressão ser apenas utilizado para indivíduos com escore acima de 20 (*apud* Gorenstein *et al*, 1998).

A versão revisada difere da primeira por se referir à “última semana” em vez de “hoje” e por pequenas alterações no vocabulário de 15 dos seus itens. Em 1996, foi publicada a forma II do IDB. Embora não tenha sido desenvolvido com pretensão diagnóstica, estudos têm mostrado sua capacidade preditiva na detecção de transtornos depressivos na população geral (Gorenstein *et al*, 1998).

Gorenstein *et al* (1998) concluem em seus estudos que o IDB possui alta consistência interna da versão em português e que apresenta grande utilidade para avaliar aspectos específicos de depressão em amostras não clínicas de adultos e adolescentes.

O IDB não é uma medida de depressão conforme critérios unificados de doenças. Ele é muito mais um instrumento que provê um índice de intensidade de certos comportamentos que muitas vezes acompanham episódios depressivos (Oh *et al,* 2006).

Em uma meta–análise, Beck *et al* (1988) destacam que não há relação significativa entre sexo e o IDB, e que adolescentes podem ser mais depressivos que os adultos, já que é uma fase na qualpodem ocorrer perturbações do humo, sendo caracterizada por uma ambivalência de sentimentos e transformações na saúde mental do indivíduo e constituindo um período de crise.

1.6 Qualidade de Vida e Sintomas Depressivos X Cateterismo Vesical Intermitente Limpo

Profissionais de saúde estão começando a perceber que há necessidade de investigação dos impactos dos problemas de saúde nos indivíduos e ressaltam que ninguém é afetado da mesma maneira pelos seus sintomas. Conhecer as dimensões avaliadas pelos pacientes de forma positiva e negativa permite verificar as mudanças necessárias e uma adequada inserção familiar e social (Woodward e Rew, 2003, Bampi *et al,* 2008).

Poucos artigos são dirigidos aos problemas do dia a dia relacionados à realização do CVIL, incluindo qualidade de vida e sintomas depressivos, já

que pacientes que não estão aptos a realizar o cateterismo de forma independente têm mais riscos de ter depressão do que aqueles que conseguem realizar o autocateterismo. Ainda há maior índice maior de depressão em pacientes mulheres comparada aos pacientes do sexo masculino (Oh *et al,* 2006).

Segundo Woodward e Rew (2003), o uso de medidas de QV nos ajudará a entender o impacto dos sintomas, doenças ou intervenções num determinado grupo de pacientes.

Medidas de QV permitem uma maneira objetiva de documentar o progresso individual e a resposta ao tratamento (Ku, 2005).

Pacientes com disfunção vesicoesfincteriana, em programa de CVIL, apresentam mudanças significativas em suas rotinas diárias, inclusive da de seus familiares e/ou cuidadores. Potencialmente afetam não somente suas interações sociais, de trabalho e estudos, mas também geram alterações importantes em seu estado emocional e em sua percepção de vida (Lelis, 2003).

Por trazer benefícios urológicos indiscutíveis, o melhor conhecimento dos fatores físicos, sociais e emocionais envolvidos na sua realização, influenciarão de forma objetiva sua implantação.

Devido à escassez de estudos que avaliam a qualidade de vida de pacientes com disfunção vesicoesfincteriana, é relevante uma análise multidimensional dos aspectos da QV e da presença de sintomas depressivos para pacientes em programa de CVIL.

2 OBJETIVO

Identificar os fatores que interferem na qualidade de vida dos pacientes com disfunção vesicoesfincteriana em programa de cateterismo vesical intermitente limpo.

3

MÉTODO

3.1 Delineamento da pesquisa

Trata-se de um estudo transversal, descritivo e analítico realizado em pacientes com disfunção vesicoesfincteriana em programa de cateterismo vesical intermitente limpo.

3.2 Seleção de participantes

O estudo foi realizado entre janeiro a setembro de 2009, no ambulatório de Bexiga Neurogênica/Urologia Feminina do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo - HCFMUSP.

A população do estudo foi constituída por pacientes em tratamento no referido ambulatório, com diagnóstico de disfunção vesicoesfincteriana e em programa de cateterismo vesical intermitente limpo.

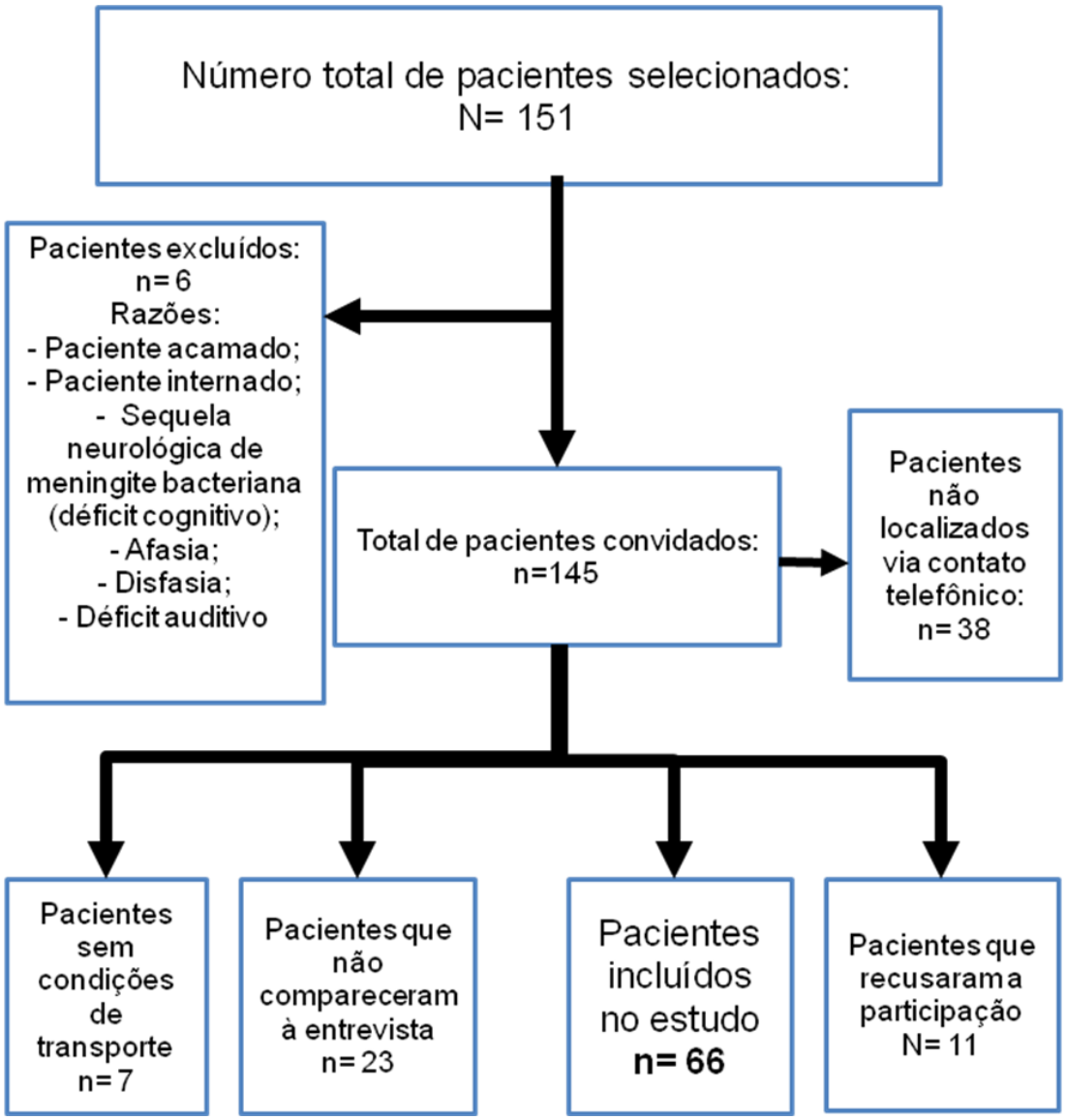
De um grupo de 151 pacientes adultos matriculados neste serviço, 38 não foram localizados por meio de contato telefônico. Foram convidados a participar do estudo, cento e treze pacientes, dos quais 66 foram incluídos no estudo.

Como critérios de inclusão, foram considerados pacientes de ambos os sexos em programa de cateterismo vesical intermitente limpo há no mínimo três meses, idade mínima de 18 anos, sem evidência clínica de infecção sintomática do trato urinário por ocasião da coleta de dados e com

concordância em participar do estudo através da assinatura em Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo A).

Entre as razões dos 47 pacientes não participantes, 11 recusaram participar do estudo, 23 não compareceram à entrevista agendada previamente e sete alegaram não dispor de transporte para comparecer ao ambulatório. Seis pacientes não apresentavam condições clínicas favoráveis e foram excluídos: paciente internado e acamado, sequela neurológica de meningite bacteriana (déficit cognitivo), afasia, disfasia e déficit auditivo (Quadro 1).

Quadro 1 - Fluxograma de inclusão dos pacientes no estudo



3.3 Variáveis estudadas

Na análise dos dados, foram consideradas as seguintes variáveis sociodemográficas, clínicas e relacionadas ao CVIL:

- Sexo;

- Faixa etária: 18 a 40 anos, 41 a 60 anos, ≥ 61 anos;

- Anos de estudo, divididos em: até oito anos e nove anos ou mais;

- Situação conjugal: vive com companheiro (a) e vive sem companheiro (a);

- Renda familiar, em salários-mínimos (SM), categorizada em até 2 SM; de 2,1 a 4 SM e maior que 4 SM;

- Etiologia da disfunção vesicoesfincteriana, classificada em trauma, doença adquirida, doença congênita e iatrogenia. As doenças são listadas a seguir:

  - **Trauma:** pacientes vítimas de TRM (trauma raquimedular).
  - **Doença adquirida:** esclerose múltipla, câncer de bexiga, mielite transversa, abscesso na coluna (T8-T9), doença de Parkinson, hemangioma vertebral, hérnia de disco, lipomatose pélvica, neuroesquistossomose, resíduo elevado/ insuficiência renal crônica, refluxo vesicoureteral Grau IV, tumor na coluna, causa indeterminada.
  - **Doença congênita:** mielomeningocele, espinha bífida, má formação anal/pélvica, raquitismo congênito.
  - **Iatrogenia:** radioterapia, cirurgia para correção de incontinência urinária, estenose de uretra, fístula uretero-vaginal, prostatectomia.

- Presença ou não de comorbidades (ocorrência de duas ou mais doenças no mesmo indivíduo), especificando-as.

As comorbidades mencionadas foram: hipertensão arterial sistêmica, cardiopatia, diabetes melitus, esquistossomose, insuficiência renal crônica, catarata, constipação crônica, dislipidemia, doença de Chagas, adenocarcinoma de cólon, osteoporose, pós-operatório tardio de transplante renal, neuropatia diabética, retinopatia, insuficiência coronariana, asma, artrose, diarréia crônica, hepatite C, espondilite anquilosante, hipotireoidismo, gastrite, glaucoma, osteomielite, colite, lupus, síndrome antifosfolipide, trombose venosa profunda, trombo embolismo pulmonar, pólipos uterinos, esquizofrenia.

- Maneira de locomoção, categorizada como: independente, parcialmente dependente e cadeirante;

- **Independente:** locomovem-se sem qualquer necessidade de auxílio.
- **Parcialmente dependente:** pacientes que deambulam com algum auxílio como: órteses, bengalas ou andador, ou utilizam com alguma frequência a cadeira de rodas.
- **Cadeirante:** locomovem-se exclusivamente pela cadeira de rodas.

- Tempo no programa de CVIL: menor ou igual a 59 meses (menor que cinco anos) e maior ou igual a 60 meses (maior ou igual cinco anos);
- Agente que executa o procedimento: paciente ou cuidador;
- Continência urinária nos intervalos do CVIL: continente ou incontinente;
- Frequência do CVIL, classificada em: até 3 vezes ao dia, 4 a 5 vezes ao dia, maior ou igual a 6 vezes ao dia;
- Calibre do cateter utilizado, classificado em: 8Fr, 10Fr, 12Fr, 14Fr;
- Reutilização do cateter: sim ou não;

- Relato de duas ou mais infecções sintomáticas do trato urinário nos últimos 12 meses: sim ou não, (somente para pacientes há 12 meses ou mais no programa);
- Complicação decorrente da prática do cateterismo vesical intermitente: sim ou não e citar quais.

3.4 Amostra

Foram incluídos no estudo 66 pacientes, dos quais 42 (63,6%) eram do sexo masculino e 24 (36,4%) do sexo feminino, com idade média de 48,7 anos (±15,8), variando entre 18 e 82 anos, com predominância da faixa etária entre 41 e 60 anos (36,4%); 66,7% desta amostra estudaram até o ensino fundamental, sendo que dois pacientes eram analfabetos; quanto à situação conjugal, 56,1% relataram viver com companheiro (a) e 90,9% tinham renda familiar de até quatro salários mínimos. Os dados sociodemográficos são apresentados na Tabela 1.

Tabela 1 - Características sociodemográficas de pacientes em programa de cateterismo vesical intermitente limpo. São Paulo. HCFMUSP-2009

Variáveis	N	%
Gênero		
Masculino	42	63,6
Feminino	24	36,4
TOTAL	**66**	**100,0**
Faixa Etária		
18 a 40 anos	23	34,8
41 a 60 anos	24	36,4
≥ a 61 anos	19	28,8
TOTAL	**66**	**100,0**
Anos de estudo		
0 a 8 anos	44	66,7
≥ a 9 anos	22	33,3
TOTAL	**66**	**100,0**
Situação Conjugal		
Vive com companheiro (a)	37	56,1
Vive sem companheiro (a)	29	43,9
TOTAL	**66**	**100,0**
Renda familiar		
Até 2 salários-mínimos	33	50,0
Entre 2,1 e 4 salários-mínimos	27	40,9
> 4 salários-mínimos	6	9,1
TOTAL	**66**	**100,0**

Como etiologia da DVE, 39,4% dos pacientes foram vítimas de trauma raquimedular e 37,9% desenvolveram o quadro de disfunção vesicoesfincteriana por doença adquirida; doença congênita e iatrogenia acometeram 12,1% e 10,6% dos pacientes, respectivamente; quanto à presença de comorbidades, 57,6% apresentavam outras patologias (Tabela 2).

Tabela 2 - Características clínicas da amostra de pacientes em programa de cateterismo vesical intermitente limpo. São Paulo. HCFMUSP- 2009

Variáveis	N	%
Etiologia da DVE		
Trauma	26	39,4
Doença adquirida	25	37,9
Doença congênita	8	12,1
Iatrogenia	7	10,6
TOTAL	**66**	**100,0**
Comorbidades		
Sim	38	57,6
Não	28	42,4
TOTAL	**66**	**100,0**
Locomoção		
Independente	25	37,9
Parcialmente dependente	18	27,3
Cadeirante	23	34,8
TOTAL	**66**	**100,0**

O tempo no programa de CVIL variou de três a 552 meses, com média de 74,87 meses (6,23 anos). Os dados relacionados à prática do CVIL estão apresentados na Tabela 3.

Tabela 3 - Variáveis relacionadas à prática do cateterismo vesical intermitente limpo. São Paulo. HCFMUSP – 2009

Variáveis	N	%
Tempo no programa de CVIL		
≤ a 59 meses (< 5 anos)	37	56,1
≥ a 60 meses (≥ 5 anos)	29	43,9
TOTAL	**66**	**100,0**
Agente que realiza o CVIL		
Paciente	50	75,8
Cuidador	16	24,2
TOTAL	**66**	**100,0**
Frequência do CVIL		
Até 3x/dia	19	28,8
4 a 5x/dia	35	53,0
≥ 6x/dia	12	18,2
TOTAL	**66**	**100,0**
Continência nos intervalos do CVIL		
Sim	32	48,5
Não	34	51,5
TOTAL	**66**	**100,0**
Calibre do cateter (French)		
8 Fr	2	3,1
10 Fr	19	28,8
12 Fr	35	53,0
14 Fr	10	15,1
TOTAL	**66**	**100,0**
Reutilização do cateter		
Sim	40	60,6
Não	26	40,4
TOTAL	**66**	**100,0**
Relato de complicações do CVIL*		
Sim	6	9,0
Não	60	91,0
TOTAL	**66**	**100,0**
Relato de infecções urinárias múltiplas ** (mínimo 12 meses no programa)		
Sim	23	43,4
Não	30	56,6
TOTAL	**53**	**100,0**

*Trauma uretral e hematúria
** duas ou mais infecções urinárias sintomáticas nos últimos 12 meses

Entre os 66 pacientes que compuseram a amostra populacional, 56,1% estavam em programa de CVIL entre três e 59 meses e 43,9% realizavam o CVIL em um período igual ou superior a 60 meses.

Os dados relacionados entre tempo de cateterismo e as variáveis gênero, faixa etária, anos de estudo, situação conjugal, renda familiar, etiologia da DVE, comorbidades, locomoção, frequência do CVIL, agente que executa o procedimento, continência nos intervalos do CVIL e reutilização do cateter são apresentados na Tabela 4.

Tabela 4 - Distribuição das variáveis segundo tempo no programa de cateterismo vesical intermitente limpo . São Paulo. HCFMUSP - 2009

	Grupo até 5 anos N (%)	**Grupo ≥ 5 anos** N (%)
Gênero		
Masculino	25 (67,6%)	17 (58,6%)
Feminino	12 (32,4%)	12 (41,4%)
TOTAL	**37 (100,0%)**	**29 (100,0%)**
Faixa Etária		
18 a 40 anos	11 (29,7%)	12 (41,4%)
41 a 60 anos	12 (32,4%)	12 (41,4%)
≥ 61 anos	14 (37,8%)	5 (17,2%)
TOTAL	**37 (100,0%)**	**29 (100,0%)**
Anos de estudo		
0 a 8	28 (75,7%)	16 (55,2%)
≥ 9 anos	9 (24,3%)	13 (44,8%)
TOTAL	**37 (100,0%)**	**29 (100,0%)**
Situação Conjugal		
Vive com companheiro(a)	23 (62,2%)	14 (48,3%)
Vive sem companheiro(a)	14 (37,8%)	15 (51,7%)
TOTAL	**37 (100,0%)**	**29 (100,0%)**
Renda familiar		
Até 2 SM	16 (43,2%)	17 (58,6%)
De 2,1 a 4 SM	17 (45,9%)	10 (34,5%)
> 4 SM	4 (10,8%)	2 (6,9%)
TOTAL	**37 (100,0%)**	**29 (100,0%)**
Etiologia		
Trauma	11 (29,7%)	15 (51,7%)
Doença adquirida	18 (48,6%)	7 (24,1%)
Doença congênita	5 (13,5%)	3 (10,3%)
Iatrogenia	3 (8,1%)	4 (13,8%)
TOTAL	**37 (100,0%)**	**29 (100,0%)**

continua

conclusão

	Grupo até 5 anos N (%)	Grupo ≥ 5 anos N (%)
Comorbidades		
Sim	25 (67,6%)	13 (44,8%)
Não	12 (32,4%)	16 (55,2%)
TOTAL	**37 (100,0%)**	**29 (100,0%)**
Locomoção		
Independente	17 (45,9%)	8 (27,6%)
Parcialmente dependente	9 (24,3%)	9 (31,0%)
Cadeirante	11 (29,7%)	12 (41,4%)
TOTAL	**37 (100,0%)**	**29 (100,0%)**
Frequência do CVIL		
Até 3x/dia	16 (43,2%)	3 (10,3%)
4 a 5x/dia	15 (40,5%)	20 (69,0%)
≥ 6x/dia	6 (16,2%)	6 (20,7%)
TOTAL	**37 (100,0%)**	**29 (100,0%)**
Agente que executa		
Paciente	27 (73,0%)	23 (79,3%)
Cuidador	10 (27,0%)	6 (20,7%)
TOTAL	**37 (100,0%)**	**29 (100,0%)**
Continência		
Não	19 (51,4%)	15 (51,7%)
Sim	18 (48,6%)	14 (48,3%)
TOTAL	**37 (100,0%)**	**29 (100,0%)**
Reutilização do cateter		
Sim	21 (56,8%)	19 (65,5%)
Não	16 (43,2%)	10 (34,5%)
TOTAL	**37 (100,0%)**	**29 (100,0%)**

NOTA: SM – salário mínimo

3.5 Coleta de dados

Os pacientes participantes foram esclarecidos sobre os objetivos do estudo e assinaram Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, em duas vias, permanecendo com uma delas.

A coleta de dados foi realizada, utilizando-se três instrumentos:

- Formulário de dados sociodemográficos, clínicos e relacionados à prática do cateterismo vesical intermitente limpo (Anexo B) elaborado pela pesquisadora com questões abertas e fechadas, aplicado sob a forma de entrevista.

- Questionário de avaliação de qualidade de vida, utilizando o instrumento genérico **WHOQOL – bref** (Anexo C) da Organização Mundial de Saúde, validado no Brasil por Fleck *et al* em 2000.

- **Inventário de Depressão de Beck,** uma medida de autoavaliação que investiga a presença de sintomas depressivos, validado no Brasil por Gorenstein e Andrade em 1996 (Anexo D).

Devido à baixa escolaridade da amostra populacional do estudo, optou-se pela aplicação dos três instrumentos sob a forma de entrevista. Quando os pacientes manifestavam dúvidas sobre alguma questão dos instrumentos, as mesmas eram relidas até o seu perfeito entendimento, evitando-se assim interpretações equivocadas ou interferência nas respostas.

3.6 Avaliação da Qualidade de Vida

O WHOQOL-bref é composto por duas questões gerais e quatro domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente (Quadro 2). As pontuações das respostas variam entre um e cinco, significando um o mais baixo e cinco o mais alto escore referente à percepção de qualidade de vida. (Fleck *et al,* 2000).

Quadro 2 - Domínios e facetas do WHOQOL-bref

Domínios	Questões correspondentes
Geral	1. Percepção de qualidade de vida 2. Satisfação com a saúde
Domínio 1: Físico	3. Dor e desconforto 4. Energia e fadiga 10. Sono e repouso 15. Mobilidade 16. Atividades da vida cotidiana 17. Dependência de medicação ou de tratamentos 18. Capacidade de trabalho
Domínio 2: Psicológico	5. Sentimentos positivos 6. Pensar, aprender, memória e concentração 7. Autoestima 11. Imagem corporal e aparência 19. Sentimentos negativos 26. Espiritualidade/religião/crenças pessoais
Domínio 3: Relações Sociais	20. Relações pessoais 21. Suporte (Apoio) social 22. Atividade sexual
Domínio 4: Meio ambiente	8. Segurança física e proteção 9. Ambiente no lar 12. Recursos financeiros 13. Cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade 14. Oportunidades de adquirir novas informações e habilidades 23. Participação em, e oportunidades de recreação/lazer 24. Ambiente físico: (poluição/ruído/trânsito/clima) 25.Transporte

Fonte: Fleck *et al*, 2000.

Na pontuação do WHOQOL-bref, que pode variar de zero a 100, não se utiliza pontos de corte para avaliação da qualidade de vida, quanto maior o escore, melhor é a percepção da qualidade de vida.

Para a aplicação deste questionário, seguiu-se as instruções recomendadas por Fleck *et al ,* 2000 (Coordenação do Grupo WHOQOL no Brasil), sendo esclarecido inicialmente aos pacientes que as questões tratavam-se das últimas duas semanas. Ao término do preenchimento, todas as questões foram checadas.

3.7 Avaliação de sintomas depressivos (Inventário de Depressão de Beck)

O IDB é um instrumento amplamente utilizado tanto em clínica como em pesquisa em pacientes não-psiquiátricos e na população em geral para avaliar a presença de sintomas depressivos (Cunha, 2001).

Para avaliação do Inventário de Depressão de Beck, as instruções iniciais foram seguidas e os pacientes orientados que as questões referiam-se a maneira como se sentiam na última semana.

O IDB é uma escala com 21 itens que se referem à presença ou não de sintomas depressivos, que são: 1) tristeza; 2) pessimismo; 3) sentimento de fracasso; 4) insatisfação; 5) culpa; 6) punição; 7) autoaversão; 8) autoacusações; 9) idéias suicidas; 10) choro; 11) irritabilidade; 12)

retraimento social; 13) indecisão; 14) mudança na autoimagem: 15) dificuldade de trabalhar; 16) insônia; 17) fatigabilidade; 18) perda de apetite; 19) perda de peso; 20) preocupações somáticas e 21) perda da libido (Ozaki, 2008).

Cada item apresenta quatro alternativas de resposta com graus crescentes de gravidade dos sintomas depressivos, com escores variando de zero a três. O escore zero corresponde à ausência de sintomas depressivos. O escore um corresponde à presença de sintomas leves; o escore dois aos sintomas moderados e o escore três aos sintomas graves (Ozaki, 2008).

3.8 Tratamento e análise dos dados

Os dados coletados foram tabulados em planilhas *MS-EXCEL* e foram tratados estatisticamente após serem inseridos num banco de dados (SPSS – 15.0), apresentando médias, medianas, desvios-padrão e valores mínimos e máximos, para as variáveis contínuas e tabelas de freqüências com números absolutos e percentuais para as variáveis categóricas.

O WHOQOL-bref foi processado de acordo com as orientações da Organização Mundial de Saúde (Apêndice A).

Para a realização da análise do WHOQOL-bref na comparação com as variáveis categóricas, foram utilizados os testes t-Student e Mann-Whitney, quando eram dois grupos (para distribuição normal e não normal, respectivamente); na comparação com três ou mais grupos, foram utilizados os testes ANOVA (distribuição normal) e Kruskal-Wallis (distribuição não normal).

Na correlação dos domínios do WHOQOL-bref entre si, foi utilizado teste de Spearman, já que a variável não possui distribuição normal.

Na comparação entre o WHOQOL-bref e o IBD foram utilizados os testes t-Student novamente para aqueles domínios com distribuição normal e o teste de Mann-Whitney para aqueles com distribuição não normal.

A associação dos escores do WHOQOL-bref (domínio físico, domínio psicológico, domínio relações sociais e domínio meio ambiente, assim como as questões um e dois) e as variáveis tempo de CVIL, gênero, faixa etária, escolaridade, situação conjugal, renda familiar, etiologia da DVE, comorbidades, locomoção, agente que executa o CVIL, continência nos intervalos do CVIL, frequência do CVIL, reutilização do cateter, relato de infecções urinárias sintomáticas múltiplas e sintomas depressivos foram exploradas por meio de regressão linear múltipla, com o intuito de analisar os preditores sociodemográficos e clínicos de QV.

Para obter-se o escore total do IDB, foram somados os escores de cada item ou sintoma depressivo, alcançando-se o escore total, cujo valor pode variar de zero a 63. Para facilidade de compreensão quanto aos

resultados do IDB, optou-se pelo seguinte ponto de corte: menor ou igual a 15, correspondente a sem sintomas depressivos e maior ou igual a 16, correspondente a presença de sintomas depressivos (Gorenstein *et al*, 1998), referências sugeridas para serem utilizadas em amostras não diagnosticadas previamente com depressão (Steer e Kendall *et al*, 1987; Franco *et al*, 2005).

Para verificar se existe associação entre presença ou não de sintomas depressivos e as variáveis categóricas gênero, idade, situação conjugal, anos de estudo, etiologia da DVE, renda familiar, presença ou não de comorbidades, locomoção, tempo no programa de CVIL, agente que executa o procedimento, continência nos intervalos do CVIL, frequência do CVIL, foi utilizado o teste qui-quadrado.

Em todos os testes, o nível de significância adotado foi de 5%, ou seja, p-valor ≤ 0,05, sendo que os valores significantes estão assinalados em negrito.

3.9 Aspectos Éticos

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, protocolo de pesquisa nº 0719/07 (Anexo E).

4 RESULTADOS

4.1 Avaliação da qualidade de vida – WHOQOL-bref

Quando interrogados sobre sua percepção de QV (questão um), 44,0% dos pacientes a definiram como nem ruim e nem boa, a média da resposta foi de 15,81 para escore que varia de zero a 25. Nenhum paciente optou pela resposta “muito ruim”.

As respostas da questão um encontram-se na Figura 1:

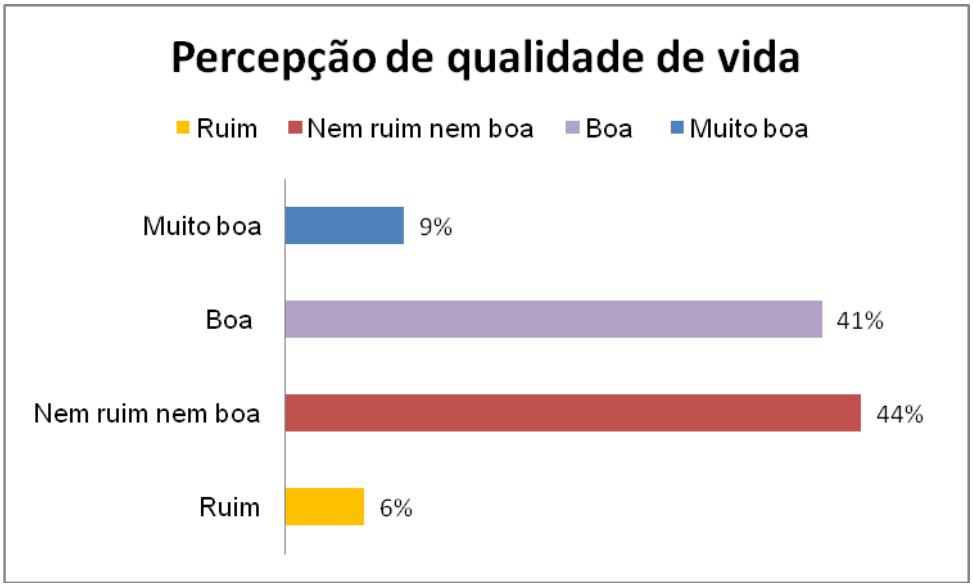


Figura 1 - Distribuição dos pacientes em programa de cateterismo vesical intermitente limpo, segundo percepção sobre qualidade de vida – WHOQOL-bref. São Paulo. HCFMUSP. 2009

Quanto ao nível de satisfação com a saúde (questão dois), 39,0% dos pacientes relataram estar satisfeitos com a sua saúde e 14% da amostra descreveram-se insatisfeitos com sua saúde, a média da resposta foi de 15,62 para escore de zero a 25.

As respostas da questão dois estão demonstradas na Figura 2:

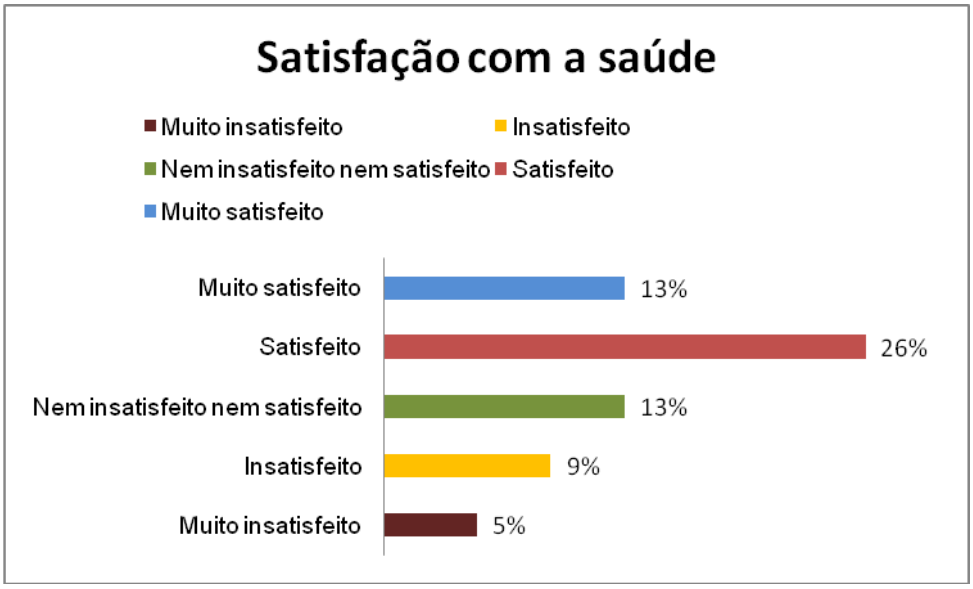


Figura 2 - Distribuição dos pacientes em programa de cateterismo vesical intermitente limpo, segundo satisfação com a saúde – WHOQOL-bref. São Paulo. HCFMUSP. 2009.

As médias e os desvios-padrão dos escores para os domínios do WHOQOL-bref encontrados no estudo estão demonstrados na Tabela 5:

Tabela 5 - Avaliação da qualidade de vida por domínios, segundo o WHOQOL-bref em pacientes em programa de cateterismo vesical intermitente limpo. São Paulo. HCFMUSP – 2009

Domínios do WHOQOL-bref	**Média (dp)** **Escore de 0 a 100**
Físico	53,30 (11,75)
Psicológico	58,33 (15,26)
Relações Sociais	59,47 (19,55)
Meio Ambiente	55,49 (14,62)

Na avaliação do WHOQOL-bref com as variáveis gênero, faixa etária, situação conjugal, renda familiar, tempo no programa de CVIL (grupo com até cinco anos e mais de cinco anos), continência nos intervalos do CVIL e frequência do procedimento, não foram encontradas diferenças estatisticamente significantes (Apêndices B, C, D, E, F, G, H).

4.1.1 Escolaridade

Na comparação entre anos de estudo e avaliação da qualidade de vida por domínios e na questão sobre satisfação com a saúde (questão dois), não foram encontradas diferenças entre os grupos com maior ou menor escolaridade. Na avaliação da percepção de qualidade de vida (questão um), os menores escores foram encontrados nos pacientes com baixa escolaridade, com diferença estatisticamente siginificante (Tabela 6).

Tabela 6 - Qualidade de vida (WHOQOL-bref) em relação aos anos de estudo em pacientes em programa de cateterismo vesical intermitente limpo. São Paulo. HCFMUSP – 2009

Domínios do WHOQOL-bref	Média (dp) Anos de estudo 0 a 8 anos	Média (dp) Anos de estudo ≥ 9 anos	p
Físico	53,16 (10,87)	53,57 (13,63)	0,896*
Psicológico	56,62 (15,01)	61,74 (15,51)	0,202*
Relações Sociais	60,79 (17,84)	56,81 (22,80)	0,847**
Meio Ambiente	54,47 (13,46)	57,52 (16,86)	0,469**
Percepção QV (Q1)	14,91 (4,09)	17,61 (5,33)	**0,040******
Satisfação com a saúde (Q2)	14,91 (7,15)	17,04 (7,75)	0,215**

* t-Student ** Mann-Whitney
NOTA: QV (qualidade de vida) Q1 (questão 1) Q2 (questão 2)

4.1.2 Comorbidades

Nos pacientes que apresentavam comorbidades evidenciou-se menores escores de QV no domínio psicológico, encontrando-se diferença estatisticamente siginificante (Tabela 7).

Tabela 7 - Qualidade de vida em relação à presença ou não de comorbidades em pacientes em programa de cateterismo vesical intermitente limpo. São Paulo. HCFMUSP – 2009

Domínios do WHOQOL-bref	Média (dp) Presença de comorbidades	Média (dp) Ausência de comorbidades	p
Físico	51,78 (10,94)	55,35 (12,69)	0,225*
Psicológico	54,27 (13,88)	63,83 (15,55)	**0,011***
Relações Sociais	56,79 (19,55)	63,09 (19,30)	0,071**
Meio Ambiente	53,04 (14,48)	58,81 (14,41)	0,154**
Percepção QV (Q1)	14,96 (4,48)	16,96 (4,76)	0,092**
Satisfação com a saúde (Q2)	14,96 (7,48)	16,51 (7,25)	0,417**

* t-Student ** Mann-Whitney
NOTA: QV (qualidade de vida) Q1 (questão 1) Q2 (questão 2)

4.1.3 Etiologia da Disfunção Vesicoesfincteriana

Considerando a etiologia da disfunção vesicoesfincteriana, foram encontrados maiores escores na percepção de qualidade de vida e nos domínios psicológico, relações sociais e meio ambiente, em pacientes com doença congênita; na satisfação com a saúde e domínio físico, em pacientes com disfunção vesicoesfincteriana por iatrogenia não houve diferença estatisticamente significante.

Encontrou-se os menores escores na percepção de qualidade de vida, satisfação com a saúde e domínios físico, psicológico e relações sociais em pacientes com doença adquirida; no domínio meio ambiente em pacientes vítimas de trauma. Não foi encontrada diferença estatisticamente significante.

Na avaliação de cada domínio, encontrou-se diferença com significância estatística no domínio psicológico, entre doença adquirida e trauma e entre doença adquirida e doença congênita. Encontrou-se também diferença significativa no domínio social, entre doença adquirida e doença congênita (Tabela 8).

Tabela 8 - Qualidade de vida em relação à etiologia da DVE em pacientes em programa de cateterismo vesical intermitente limpo. São Paulo. HCFMUSP – 2009

Domínios do WHOQOL-bref	Origem da Disfunção Vesicoesfincteriana				
	Média (dp)	**Média (dp)**	**Média (dp)**	**Média (dp)**	**p**
	Trauma	**Doença adquirida**	**Doença congênita**	**Iatrogenia**	
Físico	53,43 (11,97)	49,28 (11,75)	58,92 (5,72)	60,71 (11,64)	0,053*
Psicológico	62,33 (12,27)	51,50 (13,65)	67,18 (8,46)	57,73 (26,39)	**0,020***
Relações Sociais	59,61 (18,95)	53,66 (16,50)	73,95 (14,39)	63,09 (29,60)	**0,032****
Meio Ambiente	53,84 (16,68)	53,87 (12,86)	62,89 (9,94)	58,92 (16,47)	0,388*
Percepção QV (Q1)	15,38 (4,75)	15,25 (4,06)	17,96 (5,21)	16,96 (5,94)	0,353**
Satisfação com a saúde (Q2)	16,58 (6,10)	14,00 (7,71)	16,40 (8,14)	16,96 (10,02)	0,549**

* ANOVA ** Kruskal-Wallis
NOTA: QV (qualidade de vida) Q1 (questão 1) Q2 (questão 2)

4.1.4 Locomoção

Os menores escores de QV deram-se no domínio físico para os pacientes cadeirantes encontrando-se diferença estatisticamente siginificante entre os pacientes independentes e cadeirantes (Tabela 9).

Tabela 9 - Qualidade de vida em relação à locomoção em pacientes em programa de cateterismo vesical intermitente limpo. São Paulo. HCFMUSP – 2009

Domínios do WHOQOL-bref	Média (dp) Independente	Média (dp) Parcialmente dependente	Média (dp) Cadeirante	p
Físico	59,28 (8,68)	52,77 (11,72)	47,20 (11,84)	**0,001***
Psicológico	58,66 (15,06)	60,18 (14,37)	56,52 (16,56)	0,746*
Relações Sociais	62,33 (18,65)	55,09 (25,90)	59,78 (14,35)	0,800**
Meio Ambiente	58,37 (11,85)	53,99 (11,23)	53,53 (19,13)	0,472**
Percepção QV (Q1)	16,25 (4,41)	15,27 (5,34)	15,76 (4,56)	0,768**
Satisfação com a saúde (Q 2)	16,25 (7,65)	15,62 (7,50)	14,94 (7,23)	0,735**

* ANOVA ** Kruskal-Wallis
NOTA: QV (qualidade de vida) Q1 (questão 1) Q2 (questão 2)

4.1.5 Agente que executa o CVIL

Os pacientes que dependiam de um cuidador para a realização do cateterismo vesical intermitente, apresentaram menores escores de percepção de qualidade de vida (questão um) e nos domínios físico e psicológico, com diferença estatisticamente siginificante (Tabela 10).

Tabela 10 - Qualidade de vida em relação ao agente que executa o procedimento em pacientes em programa de cateterismo vesical intermitente limpo. São Paulo. HCFMUSP – 2009

Domínios do WHOQOL-bref	Média (dp)	Média (dp)	p
	Agente executante do CVIL		
	Paciente	Cuidador	
Físico	56,28 (10,09)	43,97 (12,00)	**<0,001***
Psicológico	60,75 (14,87)	50,78 (14,37)	**0,022***
Relações Sociais	60,66 (19,05)	55,72 (21,23)	0,543**
Meio Ambiente	57,25 (13,39)	50,00 (17,26)	0,084*
Percepção QV (Q1)	16,50 (4,68)	13,67 (4,09)	**0,042****
Satisfação com a saúde (Q2)	16,25 (7,25)	13,67 (7,64)	0,177**

* t-Student ** Mann-Whitney
NOTA: QV (qualidade de vida) Q1 (questão 1) Q2 (questão 2)

4.1.6 Infecções urinárias sintomáticas múltiplas

Os menores escores de qualidade de vida foram evidenciados no domínio meio ambiente para os pacientes que relataram infecções urinárias sintomáticas múltiplas (duas ou mais por ano), apresentando diferença estatisticamente siginificante (Tabela 11).

Tabela 11 - Qualidade de vida em relação a infecções urinárias sintomáticas múltiplas em pacientes em programa de cateterismo vesical intermitente limpo. São Paulo. HCFMUSP – 2009

Domínios do WHOQOL-bref	Média (dp) Presença de infecções	Média (dp) Ausência de infecções	p
Físico	50,42 (9,52)	55,05 (12,72)	0,122*
Psicológico	55,33 (15,79)	60,16 (14,82)	0,215*
Relações Sociais	61,33 (13,58)	58,33 (22,51)	0,973**
Meio Ambiente	50,50 (16,60)	58,53 (12,53)	**0,029***
Percepção QV (Q1)	15,25 (4,80)	16,15 (4,62)	0,433**
Satisfação com a saúde (Q2)	15,75 (7,62)	16,15 (7,25)	0,470**

* t-Student ** Mann-Whitney
NOTA: QV (qualidade de vida) Q1 (questão 1) Q2 (questão 2)

4.1.6.1 Relato de infecções urinárias sintomáticas múltiplas x reutilização do cateter

Ao comparar reutilização do cateter com o agente que executa o CVIL e reutilização do cateter com frequência do CVIL, não foram encontradas diferenças estatisticamente significantes (Apêndices I e J, respectivamente).

Na comparação entre reutilização do cateter com relato de infecções urinárias sintomáticas múltiplas, (para pacientes com, no mínimo, 12 meses no programa) encontrou-se taxas menores de infecção no grupo que reutiliza o cateter, com significância estatística (Tabela 12).

Tabela 12 - Comparação entre reutilização de cateter e relato de infecções urinárias sintomáticas múltiplas em pacientes em programa de cateterismo vesical intermitente limpo. São Paulo. HCFMUSP – 2009

Infecções urinárias sintomáticas múltiplas	Reutiliza o cateter N (%)	Não reutiliza o cateter N (%)	TOTAL
Sim	9 (28,1%)	14 (66,7%)	23 (43,4%)
Não	23 (71,9%)	7 (33,3%)	30 (56,6%)
TOTAL	32 (100,0%)	21 (100,0%)	**53* (100,0%)**

Teste qui-quadrado **p = 0,006** ***** (pacientes há, no mínimo, 12 meses no programa)

4.2 Avaliação de sintomas depressivos – Inventário de Depressão de Beck

Na amostra estudada, o escore médio do Inventário de Depressão de Beck foi de 14,05. Na classificação entre presença ou ausência de sintomas depressivos, verificou-se que 27 (40,9%) pacientes apresentavam sintomas depressivos (Tabela 13).

Tabela 13 - Distribuição de sintomas depressivos nos pacientes em programa de cateterismo vesical intermitente limpo. São Paulo. HCFMUSP – 2009

Escore do Inventário de Depressão de Beck	N	%
Sem sintomas depressivos (≤ 15)	39	59,1
Com sintomas depressivos (≥ 16)	27	40,9
TOTAL	**66**	**100,0**

A tabela 14 descreve a frequência de cada sintoma, naqueles pacientes classificados como com sintomas depressivos, sendo os mais frequentes: insatisfação (96,3%), preocupações somáticas (96,3%), dificuldade de trabalhar e fatigabilidade (88,8%), insônia (85,2%), autoacusação (81,5%), perda de libido (81,5%), irritabilidade e indecisão (77,7%), tristeza (71,0%), pessimismo, sentimento de fracasso e culpa, (63,0%).

Tabela 14 - Distribuição da frequência de sintomas depressivos de acordo com os resultados do Inventário de Depressão de Beck em pacientes em programa de cateterismo vesical intermitente limpo. São Paulo.HCFMUSP – 2009

Sintomas depressivos (IDB)	Presença de sintomas depressivos N = 27	
	n	%
1. Tristeza	19	71,0
2. Pessimismo	17	63,0
3. Sentimento de fracasso	17	63,0
4. Insatisfação	26	96,3
5. Culpa	17	63,0
6. Punição	15	55,5
7. Auto-aversão	18	66,6
8. Auto-acusação	22	81,5
9. Idéias suicidas	2	7,4
10. Choro	16	59,2
11. Irritabilidade	21	77,7
12. Retraimento social	14	52,0
13. Indecisão	21	77,7
14. Mudança de auto-imagem	16	59,2
15. Dificuldade de trabalhar	24	88,8
16. Insônia	23	85,2
17. Fatigabilidade	24	88,8
18. Perda de apetite	16	59,2
19. Perda de peso	7	26,0
20. Preocupações somáticas	26	96,3
21. Perda da libido	22	81,5

O IDB foi comparado com as variáveis gênero, anos de estudo, renda familiar, etiologia da DVE, tempo no programa de CVIL, locomoção, agente que executa o procedimento, continência nos intervalos do CVIL e frequência do CVIL e não apresentou diferenças estatisticamente siginificantes (Apêndice K).

Quando a presença de sintomas depressivos foi comparada com a percepção de QV (questão um) do WHOQOL-bref, encontramos maior freqüência de respostas “boa” e “muito boa”, nos pacientes sem sintomas depressivos (Figura 3).

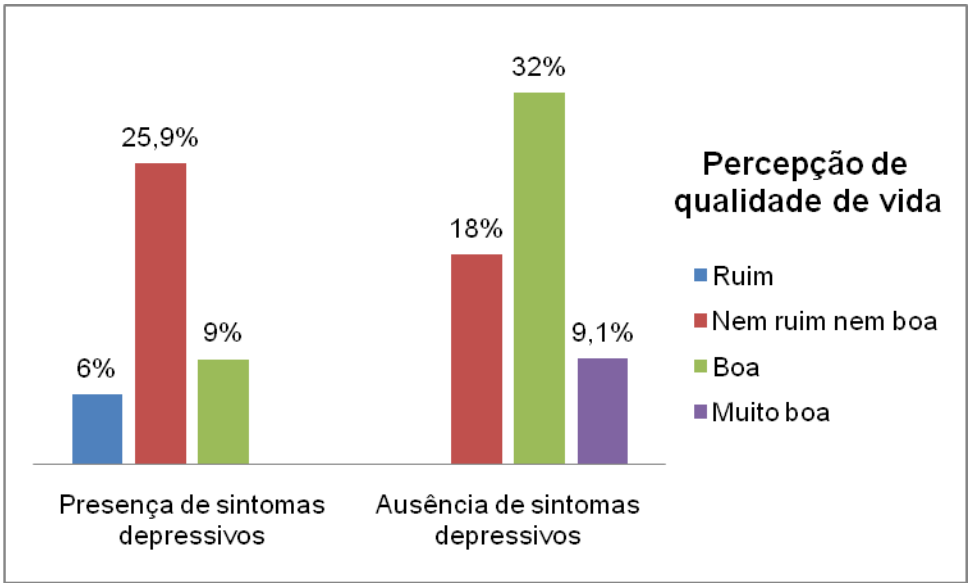
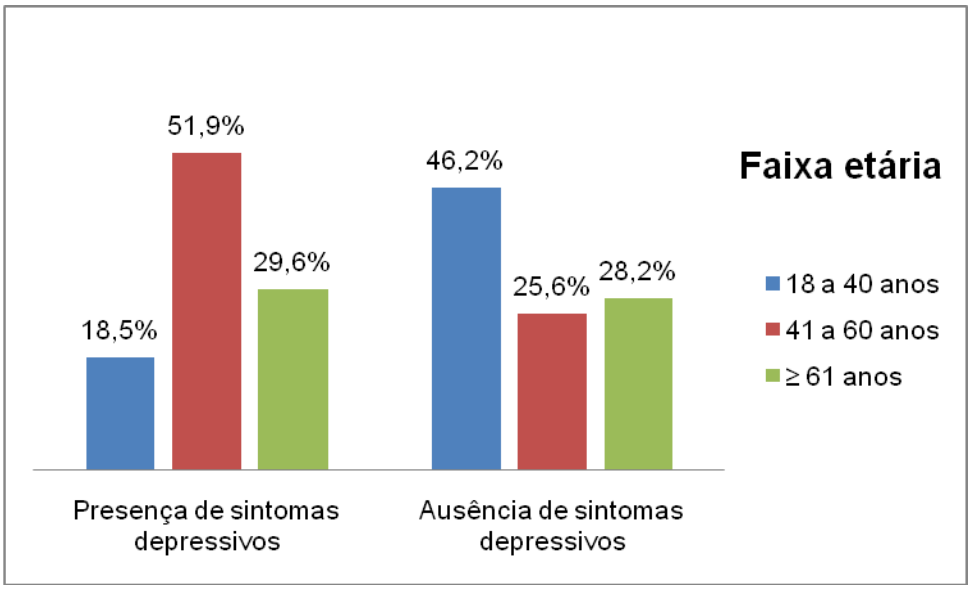


Figura 3 - Distribuição de percepção de qualidade de vida (WHOQOL- bref) com presença ou não de sintomas depressivos em pacientes em programa de cateterismo vesical intermitente limpo. São Paulo. HCFMUSP – 2009

4.2.1 Faixa etária

As médias dos escores de sintomas depressivos por faixa etária foram: 18 a 40 anos = 10,22; 41 a 60 anos = 16,92 e ≥ 61 anos = 15,05. Foi encontrado diferença estatisticamente significante entre a faixa etária de 18 a 40 anos, que possui uma proporção maior de ausência de sintomas depressivos e a faixa etária de 41 a 60 anos, com uma proporção maior de presença de sintomas depressivos. Os dados são apresentados no Figura 4.

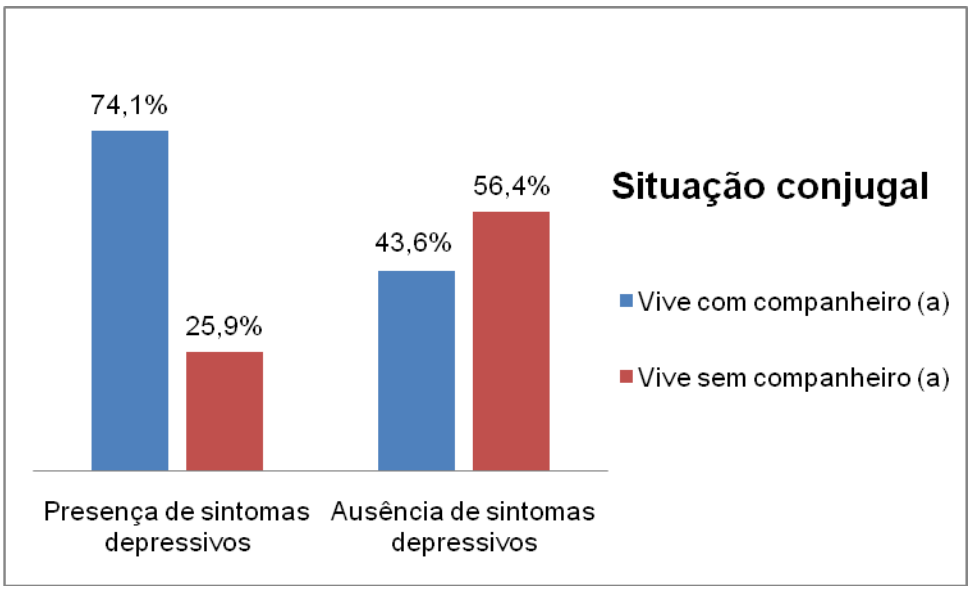


Teste qui-quadrado **p = 0,038**

Figura 4 - Distribuição de pacientes segundo a faixa etária e presença ou não de sintomas depressivos em pacientes em programa de cateterismo vesical intermitente limpo. São Paulo. HCFMUSP – 2009

4.2.2 Situação conjugal

As médias dos escores de sintomas depressivos de acordo com a situação conjugal foram 16,35 para pacientes que vivem com companheiro(a) e 11,10 para pacientes que vivem sem companheiro(a). Encontrou-se maior freqüência de sintomas depressivos nos pacientes que vivem com companheiro(a), com diferença estatisticamente significante. Os dados são apresentados na Figura 5.

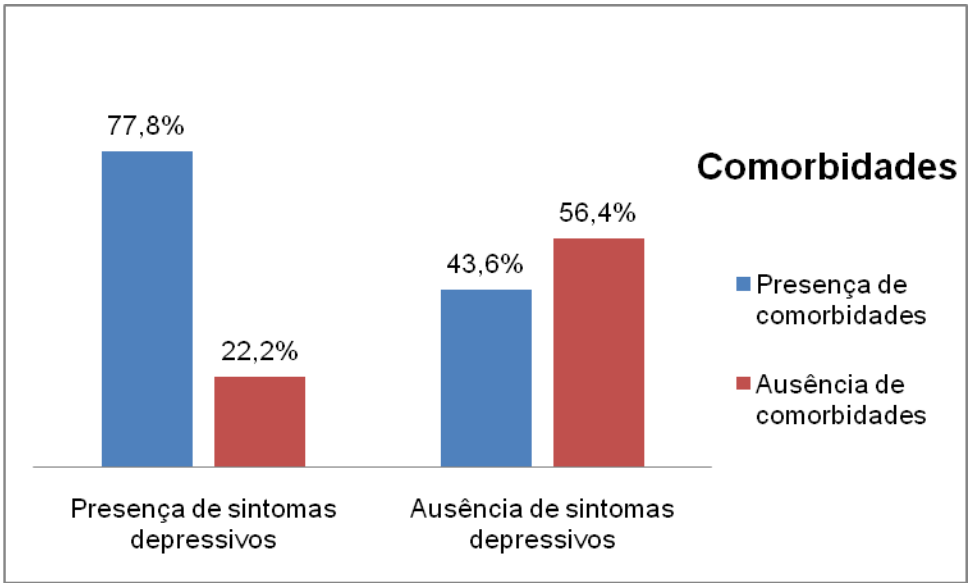


Teste qui-quadrado **p = 0,014**

Figura 5 - Distribuição de pacientes segundo a situação conjugal e presença ou não de sintomas depressivos em pacientes em programa de cateterismo vesical intermitente limpo. São Paulo. HCFMUSP – 2009

4.2.3 Comorbidades

Os pacientes que apresentavam comorbidades tiveram média de 17,18 no escore do IDB, enquanto aqueles que não apresentavam comorbidades, a média do escore foi de 9,78. Foi encontrada maior frequência de sintomas depressivos nos pacientes com comorbidades, com diferença estatisticamente significante. Os dados são apresentados na Figura 6.



Teste qui-quadrado **p = 0,006**

Figura 6 - Distribuição de pacientes segundo comorbidades e presença ou não de sintomas depressivos em pacientes em programa de cateterismo vesical intermitente limpo. São Paulo. HCFMUSP – 2009

4.3 Correlação dos domínios do WHOQOL-bref entre si

Houve correlação positiva entre todos os domínios de qualidade de vida entre si, apresentando diferenças significativas entre todos os domínios e também na percepção de qualidade de vida (questão um) e na satisfação com saúde (questão dois). Os dados estão apresentados Tabela 15, sendo o primeiro valor da correlação e o segundo o valor de p.

Tabela 15 - Coeficiente de correlação entre os domínios do WHOQOL- bref - em pacientes em programa de cateterismo vesical intermitente limpo. São Paulo. HCFMUSP – 2009

Domínios do WHOQOL-bref	Psicológico	Social	Meio Ambiente	Percepção QV (Q1)	Satisfação com saúde (Q2)
Físico	0,587 **<0,001**	0,524 **<0,001**	0,433 **<0,001**	0,395 **0,001**	0,373 **0,002**
Psicológico	X	0,632 **<0,001**	0,604 **<0,001**	0,530 **<0,001**	0,486 **<0,001**
Relações Sociais	X	X	0,640 **<0,001**	0,544 **<0,001**	0,421 **<0,001**
Meio Ambiente	X	X	X	0,514 **<0,001**	0,437 **<0,001**
Percepção QV (Q1)	X	X	X	X	0,698 **<0,001**

Teste de Spearman
NOTA: QV (qualidade de vida) Q1 (questão 1) Q2 (questão 2)

4.4 Comparação entre os resultados do Inventário de Depressão de Beck e domínios do WHOQOL-bref

Houve diferenças estatisticamente significantes entre os pacientes sem sintomas depressivos e com sintomas depressivos em todos os domínios de qualidade de vida e na percepção de qualidade de vida e satisfação com a saúde do WHOQOL-bref (Tabela 16).

Tabela 16 - Comparação entre presença ou não de sintomas depressivos e domínios de qualidade de vida em pacientes em programa de cateterismo vesical intermitente limpo. São Paulo. HCFMUSP – 2009

Domínios do WHOQOL-bref	Média (dp) Sem sintomas depressivos	Média (dp) Com sintomas depressivos	p
Físico	57,14 (11,23)	47,75 (10,34)	**0,001***
Psicológico	67,41 (10,59)	45,21 (10,76)	**<0,001****
Relações Sociais	67,94 (16,17)	47,22 (17,60)	**<0,001****
Meio Ambiente	59,53 (15,20)	49,65 (11,70)	**0,002****
Percepção QV (Q1)	17,78 (4,18)	12,96 (3,84)	**<0,001****
Satisfação com a saúde (Q2)	17,78 (6,95)	12,50 (6,93)	**0,003****

* t-student ** Mann-Whitney
NOTA: QV (qualidade de vida) Q1 (questão 1) Q2 (questão 2)

4.5 Análise multivariada do WHOQOL-bref

As seguintes variáveis não apresentaram diferenças estatisticamente significantes na análise multivariada: gênero, faixa etária, escolaridade, situação conjugal, etiologia da DVE, comorbidades, frequência do CVIL, reutilização do cateter e relato de infecções urinárias sintomáticas múltiplas (Apêndice L).

Os dados da análise multivariada foram descritos por domínios e apresentados na Tabela 17.

Tabela 17 - Análise multivariada do WHOQOL-bref em pacientes em programa de cateterismo vesical intermitente limpo. São Paulo. HCFMUSP – 2009

Variável	Coeficiente	p	Desvio-padrão
Domínio Físico			
Constante	92,680		
Renda Familiar	-0,908	0,613	1,242
Tempo de CVIL	-5,034	**0,045**	2,449
Locomoção	-5,770	**0,001**	1,667
Agente que executa o CVIL	-9,237	**0,002**	2,859
Continência nos intervalos CVIL	4,920	**0,033**	2,244
Sintomas depressivos	-7,865	**0,004**	2,622
Domínio Psicológico			
Constante	92,555		
Renda Familiar	2,134	0,318	2,115
Tempo de CVIL	-4,388	0,137	2,902
Locomoção	-2,825	0,159	1,975
Agente que executa o CVIL	-6,049	0,080	3,387
Continência nos intervalos CVIL	0,853	0,750	2,659
Sintomas depressivos	-20,794	**<0,001**	3,106
Domínio Relações Sociais			
Constante	104,990		
Renda Familiar	5,296	0,116	3,315
Tempo de CVIL	-4,222	0,358	4,548
Locomoção	-1,076	0,730	3,096
Agente que executa o CVIL	-8,582	0,112	5,310
Continência nos intervalos CVIL	8,131	0,057	4,167
Sintomas depressivos	-19,969	**<0,001**	4,869
Domínio Meio Ambiente			
Constante	67,816		
Renda Familiar	5,506	0,068	2,957
Tempo de CVIL	0,449	0,912	4,057
Locomoção	-3,794	0,176	2,761
Agente que executa o CVIL	-4,212	0,378	4,736
Continência nos intervalos CVIL	2,476	0,508	3,717
Sintomas depressivos	-6,675	0,131	4,343
Percepção QV (Q1)			
Constante	32,889		
Renda Familiar	-0,952	0,255	0,827
Tempo de CVIL	-0,159	0,889	1,135
Locomoção	-0,398	0,608	0,772
Agente que executa o CVIL	-2,327	0,085	1,325
Continência nos intervalos CVIL	0,688	0,511	1,040
Sintomas depressivos	-4,874	**<0,001**	1,215
Satisfação com a saúde (Q2)			
Constante	24,613		
Renda Familiar	-2,983	**0,047**	1,462
Tempo de CVIL	0,694	0,731	9,748
Locomoção	-1,312	0,341	1,365
Agente que executa o CVIL	-0,136	0,954	2,342
Continência nos intervalos CVIL	2,145	0,249	1,838
Sintomas depressivos	-6,583	**0,004**	2,148

4.5.1 Domínio Físico

As variáveis com maior associação com o domínio físico foram: tempo de CVIL (**p=0,045**), locomoção (**p=0,001**), agente que executa o CVIL (**p=0,002**), continência nos intervalos do CVIL (**p=0,033**) e presença de sintomas depressivos (**p=0,004**).

No domínio físico o coeficiente foi negativo nas seguintes variáveis: tempo no programa de CVIL, ou seja, quanto mais tempo no programa, menor o escore (média de 5,0 pontos); maneira de locomoção, tendo uma diminuição do escore (média de 5,8 pontos) quando o paciente é cadeirante; agente que executa o CVIL, quando é realizado por um cuidador, há uma diminuição do escore (média de 9,2 pontos); e presença de sintomas depressivos, com uma diminuição do escore neste domínio (média de 7,9 pontos) para os pacientes com sintomas depressivos.

O coeficiente no domínio físico foi positivo na variável continência urinária nos intervalos entre os cateterismos vesicais, ocorrendo um aumento no escore (média de 4,9 pontos) para os pacientes continentes.

4.5.2 Domínio Psicológico

Para o domínio psicológico, a variável com maior associação foi sintomas depressivos (**p<0,001**), o coeficiente negativo tendo uma diminuição de 20,8 pontos, em média, para os pacientes que apresentaram sintomas depressivos.

4.5.3 Domínio Relações Sociais

No domínio social, sintomas depressivos também foi a variável que apresentou maior associação (**p<0,001**), ou seja, a presença de sintomas depressivos diminuía em média 20,0 pontos nestes pacientes.

4.5.4 Domínio Meio Ambiente

No domínio meio ambiente não foram encontradas variáveis preditoras de qualidade de vida.

4.5.5 Percepção de Qualidade de Vida

Quanto à percepção de QV (questão um) a variável preditora é sintomas depressivos (**p<0,001**), mostrando uma diminuição de 4,9 pontos, em média, para os pacientes com sintomas depressivos.

4.5.6 Satisfação com a Saúde

As variáveis que se associaram a satisfação com a saúde (questão dois) são renda familiar (**p=0,047**), com coeficiente negativo, isto é, ocorre uma diminuição de 3,0 pontos, em média, para os pacientes que têm uma renda familiar de até quatro salários mínimos; e sintomas depressivos (**p=0,004**), ocorrendo uma diminuição de 6,6 pontos, em média, para os pacientes com sintomas depressivos.

5

DISCUSSÃO

Este estudo, demonstrando os fatores que interferem na qualidade de vida de pacientes com disfunção vesicoesfincteriana em programa de cateterismo vesical intermitente limpo, pretendeu determinar quais variáveis sociodemográficas, clínicas e relacionadas a este procedimento relacionam-se às dimensões de qualidade de vida avaliadas pelos pacientes e sua influência de maneira positiva e negativa.

5.1 Dados sociodemográficos

Nos estudos com pacientes em programa de cateterismo vesical intermitente, as amostras são variadas. Há estudos com amostras semelhantes a este trabalho, como o de Campbell *et al* (2004) com 59 pacientes, há amostras com menos pacientes, como de Moroóka *et al* (2002), com 22 pacientes; 23 no estudo de Pohl *et al* (2002) e Vahter *et al,* (2009); 21 pacientes no de Pilloni *et al* (2004); 36 pacientes no estudo de Moore K. *et al,* (2006); 30 pacientes no de Achterberg *et al* (2007). Existem amostras com número maior de pacientes, como 132 pacientes no estudo de Oh *et al* (2005) e Kessler *et al* (2009), com amostra de 92 pacientes, porém, estes estudos forma realizados em populações específicas.

Neste estudo, o sexo masculino apresentou maior prevalência (63,6%), fato possivelmente relacionado a etiologia da DVE na amostra, já que vítimas de trauma em sua maior parte são do sexo masculino (Figueiredo *et al,* 1999; Mancussi e Faro, 2003; Lelis, 2004; Borreli *et al,* 2007; INTO, 2009). Outros autores (Oh *et al* em *2*005 e 2006, Moore *et al,* 2006, Bampi

et al, 2008 e Alves *et al,* 2009) também tinham o sexo masculino como maior parte da amostra, com 61,3% e 67,0%, 77,0%, 77,0% e 84,7%, respectivamente, composta igualmente por lesados medulares. Em outros estudos, o sexo feminino predomina entre a amostra, como o de Fleck *et al* (2002) com 79,5%, Berlim *et al* (2003) com 91,0%, Berlim *et al* (2008) com 84,3% e Kessler *et al* (2009) com 68,9% da amostra.

A média de idade foi de 48,7 anos no presente estudo, semelhante a outros estudos com pacientes em programa de CVI: Oh *et al* (2005), 41,8 anos; Moore *et al* (2006), com 40,0 anos e Oh *et al* (2006), 39,5 anos; Sobocki *et al* (2007), com 47,1 anos; Berlim *et al* (2008), com 49,0 anos; Kessler *et al* (2009), com 50 anos; Vahter *et al* (2009), com 45,7 anos.

A escolaridade da amostra, composta por 66,7% dos pacientes com até oito anos de estudo, é um dado comparável a outros estudos realizados em hospitais universitários (Bampi *et al,* 2008; Berlim *et al,* 2008; Hirayama *et al,* 2008; Ozaki, 2008 e Rocha *et al,* 2009), porém, em estudo realizado no Leste Europeu (Vahter *et al,* 2009), a média de escolaridade foi de 12,3 anos.

Quanto à situação conjugal, 56,1% da amostra vivem com companheiro(a), dado semelhante a outros estudos, como de Fleck *et al* (2002) com 57,0%; Berlim *et al* (2003) com 58,0%; Sobocki *et al* (2007) com 60,4%, Bampi *et al,* (2008) com 61,3% e Hirayama *et al,* (2008) com 56,0%.

A renda familiar relatada foi de até quatro salários mínimos em 90,0% dos pacientes deste estudo, podendo-se inferir que a população que frequenta o ambulatório de Bexiga Neurogênica/Urologia Feminina constitui-se de pacientes com baixa renda socioeconômica.

5.2 Dados Clínicos e Relacionados ao Cateterismo Vesical Intermitente Limpo

Pelo menos uma comorbidade esteve presente em 57,6% dos pacientes deste estudo. Berlim *et al* (2003), encontraram comorbidades em 78,0% de sua amostra, Berlim *et al* (2006) em 51,7% e Sobocki *et al,* (2007) em 58,7% da amostra.

Quanto à etilogia da DVE, há autores que optam por avaliar somente grupos específicos, como espinha bífida (Campbell *et al,* 2004), pacientes apenas com disfunção micional, sem alterações neurológicas ou anatômicas (Pohl *et al,* 2002), lesão medular (Moóroka *et al,* 2002 e Moore *et al 2*006), vítimas de trauma (Oh *et al 2*005; Oh *et al 2*006), esclerose múltipla (Vahter *et al,* 2009), idosos com resíduo pós-miccional maior do que 50% da capacidade vesical (Pilloni *et al,* 2004). Diversas causas de disfunção micional são incluídas em alguns estudos (Lelis, 2003; Oh *et al 2*006; Achterberg *et al,* 2007 e Kessler *et al,* 2009), assim como neste trabalho, em que foram relacionadas causas variadas de disfunção vesicoesfincteriana.

Neste estudo, 37,9% dos pacientes eram independentes no modo de se locomoverem, sendo que os cadeirantes representavam 34,8% da amostra. Estes dados são divergentes de Achterberg *et al* (*2*007), onde 20,0% da amostra era cadeirante e 60,0% era independente neste aspecto.

O tempo médio no programa de CVIL foi de aproximadamente 6,25 anos. Em outros estudos (Pohl *et al,* 2002 e Kessler *et al,* 2009) foi em

média de cinco anos; Campbell *et al* (2004) selecionaram somente pacientes há mais de cinco anos realizando o CVIL.

O agente que executa o cateterismo foi o próprio paciente em 75,8% da amostra deste estudo. Oh *et al* (2004) tiveram em sua amostra, 71,6% dos pacientes realizando o autocateterismo.

Morooka e Faro (2002) verificaram em estudo com 22 pacientes com lesão medular, que a frequência do procedimento era realizada de quatro em quatro horas (seis vezes/dia) na maioria dos pacientes (40,9%) e o calibre do cateter mais utilizado foi o 12 Fr (72,73%), sendo que 73,0% da amostra reutilizava o cateter. Neste estudo, a frequência do CVIL adotada pela maior parte dos pacientes (53,0%) foi de quatro a cinco vezes/dia, contra 18,2% que realizavam seis vezes ou mais por dia. O calibre do cateter mais empregado pelos pacientes foi o 12 Fr, evidenciando ser bem aceito em ambos os estudos; 60,6% dos pacientes relataram reutilizar o cateter, resultado semelhante ao do estudo acima citado.

Ambas as populações nacionais estudadas apresentaram reutilização semelhante, apesar de instruídas a não o fazerem, sendo o custo do material a provável causa deste fato.

A continência urinária é um dos benefícios desta terapêutica, evidenciado por diversos estudos (Lapides *et al* 1972; Pohl *et al* 2002; Mizuno *et al* 2004; Pilloni *et al* 2004); porém, nesta amostra estudada, 51,5% dos pacientes relataram incontinência urinária nos intervalos do cateterismo. Entretanto, Lelis (2003) verificou que as perdas urinárias entre os cateterismos relacionavam-se a hiperpressões intra-vesicais durante o

enchimento vesical (acima de 20 cm H2O), por frequência do cateterismo não adequada à capacidade funcional da bexiga.

No estudo, seis (9,0%) pacientes relataram complicações no início da prática do CVIL, que foram trauma uretral e hematúria. Campbell *et al* (2004), em trabalho sobre a incidência de complicações genitourinárias associadas ao CIL em crianças com espinha bífida, encontraram que dos 59 pacientes da amostra, 2 (3,0%) apresentaram complicações (hematúria e falso trajeto) na realização do CIL. Estas frequências podem ser consideradas baixas e com boa evolução, atualmente minimizadas por treinamento mais intensivo.

Pohl *et al* (2002), descreveram a tolerância e eficácia do CIL em crianças com disfunção miccional mas neurológica e anatomicamente normais. Verificaram que dos 16 pacientes que permaneceram no estudo, somente 3 (19%) apresentaram cistite e nenhum apresentou ITU febril.

O relato de infecções urinárias sintomáticas neste estudo (pelo menos dois episódios no último ano para os pacientes há no mínimo12 meses no programa de CVIL) foi de 43,4%. No estudo de Wyndaele e Maes (1990), 42% dos pacientes submetidos ao CVIL apresentaram infecções do trato urinário. Já Moore K. *et al* (1993), verificaram que 38% dos pacientes que utilizaram tanto a técnica limpa como a estéril na realização do CVIL apresentaram cultura de urina positiva.

Neste estudo, ao comparar-se infecções urinárias sintomáticas com a reutilização do cateter, 28,1% dos pacientes que reutilizavam o cateter apresentaram infecções urinárias sintomáticas (com diferença estatística),

enquanto 66,7% que descartavam o cateter após o uso relataram infecções urinárias sintomáticas, sugerindo que aqueles que reutilizam o cateter tiveram menos infecções, talvez por realizarem com mais frequência.

A boa adesão a esta prática vem sendo reafirmada ao longo dos últimos 30 anos. Neste estudo, um paciente mantêm o procedimento há 46 anos e Mizuno *et al* (2004) relataram um caso de uma paciente há 25 anos no programa de CVIL sem complicações.

Consiste em um procedimento seguro e uma técnica válida para idosos, evidenciado em estudo de Pilloni *et al* (2004). Neste estudo observou-se que 28,8% dos pacientes tinham mais que 61 anos e realizavam o CVIL há cerca de seis anos (variando de três meses a 46 anos).

Outra vantagem desta técnica terapêutica é a melhora da qualidade vida, fato mostrado por Kessler *et al* (2009) e verificado em 60,0% dos pacientes em seu estudo.

5.3 Avaliação de Qualidade de Vida

Na literatura científica não há referências a estudos que utilizaram instrumentos de avaliação de QV em pacientes que realizam CVIL, como o WHOQOL-bref juntamente com o Inventário de Depressão de Beck, não permitindo a comparação dos dados obtidos com outras pesquisas sobre este método terapêutico. Este nosso trabalho é, portanto, original neste aspecto.

Das referências semelhantes encontradas, um trabalho comparou CIL e QV relacionada à saúde, utilizando outro instrumento (Oh *et al,* 2004), outro utilizou o WHOQOL-bref como instrumento de avaliação de QV em pacientes com disfunções vesicoesfincterianas (Lelis, 2004) e outro estudo avaliou apenas sintomas depressivos utilizando o IDB (Oh *et al,* 2006).

Optou-se neste estudo pelo instrumento de avaliação de QV, o WHOQOL-bref, por apresentare praticidade em seu uso, fácil aplicabilidade e por ter sua versão brasileira validada.

Os escores de QV dos domínios do WHOQOL-bref (numa escala de zero a 100) neste estudo foram: domínio físico: 53,30; domínio psicológico: 58,33; domínio relações sociais: 59,47; domínio meio ambiente: 55,49.

Estes escores são semelhantes aos estudos de Bampi *et al* (2008), que estudaram a percepção de QV de pessoas com lesão medular traumática, de Hirayama *et al* (2008), que avaliaram a QV relacionada a severidade da doença de Pakinson com resultados similares a parkinsonianos no estágio avançado da doença. Estes valores são inferiores quando comparados a outros estudos: Ozaki (2008), que estudou pacientes portadores de doença de Chagas e Alves *et al* (2009), que avaliaram a QV de pacientes vítimas de trauma.

Estudos que avaliam QV em pacientes deprimidos apresentam escores bem inferiores ao verificados no presente estudo, como o de Berlim *et al* (2006), que compararam QV e sintomas depressivos em pacientes com depressão maior e pacientes com doença renal em estágio final.

Encontraram escores de QV inferiores no grupo que apresentava depressão maior.

Na percepção de QV dos pacientes (questão um do WHOQOL-bref), 44,0% responderam nem ruim nem boa, dado comparável a outros estudos (Lelis, 2003 e Ozaki, 2008). Contudo, em estudo de Fleck *et al* (2002), a maioria dos pacientes (58,8%) avaliaram sua QV como boa.

Na questão dois, sobre a satisfação com a saúde, 39,0% dos pacientes relataram estarem satisfeitos com sua saúde, resultado semelhante a Fleck *et al* (2002); Lelis (2003) e Ozaki (2008).

Ao avaliar os resultados por domínios do WHOQOL-bref com gênero, faixa etária, situação conjugal, renda familiar, tempo no programa de CVIL (grupo com até cinco anos e grupo com mais de cinco anos no programa), continência nos intervalos do CVIL e frequência do procedimento, não foram encontradas associações com diferenças estatísticas na QV da amostra.

A escolaridade, quando relacionada aos domínios de qualidade de vida do WHOQOL-bref apresentou diferença estatística significante na questão sobre a percepção na QV, concluindo-se que quanto maior o nível de ensino, maiores as percepções de QV, pois sabe-se que quanto maior o acesso a informações de uma maneira geral, melhores as chances de perspectivas de vida e inserção social.

Nos pacientes que apresentam comorbidades, encontrou-se menores índices de QV no domínio psicológico, com significância estatística. Esta associação pode se explicar pelo fato de que a aceitação (conformar-se) e convivência com as patologias afetam seu estado emocional de maneira

negativa. Em estudo com pacientes deprimidos, a presença de comorbidades tinha um impacto pior no escore de QV (instrumento eurpoeu EQ-5D) quando comparada à ausência de comorbidades (Sobocki *et al,* 2007).

Os pacientes que tiveram como etiologia da DVE a doença adquirida apresentaram menores escores de QV no domínio psicológico, quando comparados aos pacientes que sofreram TRM e aqueles com doença congênita e no domínio relações sociais quando associa-se doença adquirida e congênita. As doenças adquiridas desta amostra, por serem de causas indeterminadas (em parte) e apresentarem caráter progressivo, refletem a influência que causam no estado psicológico e nas relações sociais (relacionamento e apoio de familiares e amigos, atividade sexual prejudicada) dos pacientes. Já vítimas de trauma, quando recuperam-se da fase de choque, acabam aceitando sua condição por sentirem/perceberem que lhes foi dado uma nova chance de recomeço; quanto à doença congênita, nota-se que está incorporada à vida destes pacientes, que mostram-se conformados com sua situação e mantêm uma rotina de vida diária contornando os obstáculos.

Escores baixos no domínio físico de QV foram encontrados nos pacientes cadeirantes, quando comparados aos pacientes independentes e aos parcialmente dependentes, evidenciando a dificuldade de mobilidade, na realização das atividades da vida cotidiana e na capacidade para o trabalho, pois sabemos que a adaptação tanto da residência (acessos e espaços adequados) como da comunidade (meios de transporte, vias públicas e

estabelecimentos comerciais) para pessoas com deficiência física ainda constitui grande problema no Brasil (Lelis *et al*, 2008) .

Em uma revisão sistemática (Moore K. *et al,* 2009) a respeito do procedimento ser realizado pelo próprio paciente ou por um cuidador, entre outros dados avaliados, não foi possível determinar qual deles é melhor. Porém, neste nosso estudo, verificamos que os pacientes que dependem de um cuidador para realizarem o cateterismo, apresentam escores piores de QV nos domínios físico, psicológico e na percepção de QV, com diferenças estatisticamente significantes. Por ser um procedimento que acarreta mudanças no cotidiano dos pacientes pelo impacto que a doença e/ou deficiência acarreta, o cateterismo intermitente limpo gera um impacto negativo naqueles que dependem de outro para o procedimento quando relaciona-se ao domínio físico e psicológico, pois ele não apresenta autonomia em seu próprio corpo. Sua percepção de QV, por consequência fica prejudicada, pois está sujeito a uma situação constante e permanente, havendo a necessidade de rever valores e buscar estratégias e habilidades a serem adquiridas nesta situação (Faro, 1999).

A QV dos pacientes que apresentaram infecções urinárias sintomáticas múltiplas (mais que duas nos últimos 12 meses) relacionou-se a baixos índices no domínio meio ambiente. A causa parece relacionar-se ao fato de que quando as infecções urinárias manifestam-se, ocorrem transtornos em suas vidas e de seus familiares/cuidadores: na disponibilidade de recursos financeiros e acesso a transporte, tratamento médico, medicamentos e prejuízo no cumprimento das atividades diárias.

A análise de correlação de Spearman dos domínios do WHOQOL-bref entre os escores dos domínios de QV revelou que todos os domínios apresentam coeficientes significativos de correlação, sugerindo que, quanto melhor é a pontuação de um domínio, melhor é a pontuação nos demais domínios, fato também evidenciado em outros estudos (Fleck *et al,* 2000, Ozaki, 2008; Hirayama *et al,* 2008).

Já na análise multivariada, a presença de sintomas depressivos foi um fator preditivo de uma pior QV nos domínios físico, psicológico e relações sociais, além da percepção de QV (questão um) e satisfação com a saúde (questão dois), resultado este também demonstrado no estudo de Berlim *et al,* 2008. Agente que executa o CVIL, continência nos intervalos do CVIL, locomoção e tempo de CVIL são variáveis preditoras de uma pior QV no domínio físico. Quanto à satisfação com a saúde (questão dois), a renda familiar baixa é preditora de uma pior QV.

No estudo de Alves *et al*, 2009, com pacientes vítimas de trauma, na análise multivariada com o WHOQOL-bref encontrou-se que os menores índices de QV no domínio físico estavam relacionados com idade avançada, sexo feminino e maior tempo de permanência hospitalar.

5.4 Avaliação de sintomas depressivos

Neste estudo, foi adotado o ponto de corte para avaliação de sintomas depressivos recomendado por Gorenstein *et al* (1999), que validou este

instrumento no Brasil para amostras não diagnosticadas, sendo menor ou igual a 15 sem sintomas depressivos e maior ou igual a 16 com a presença de sintomas depressivos. O único trabalho na literatura que utilizou o IDB para pacientes com bexiga neurogênica foi Oh *et al* (2006), porém, com ponto de corte adequado à população coreana, tornando-se assim difícil a comparação dos dados. Não há um consenso em relação aos pontos de corte do BDI, o que torna difícil a comparação entre os estudos.

Os sintomas depressivos estavam presentes em 40,9% dos pacientes da amostra, resultado semelhante à população geral em que cerca de 31 a 50% apresentam um episódio de transtorno mental em sua vida, gerando 12% das incapacitações das doenças em geral (Andrade, 1999; Silva *et al*, 2003).

A média do escore do IDB neste estudo foi de 14,05 (variando de zero a 39), frequência semelhante a estudo com pacientes parkinsonianos, este porém, com índices de sintomas depressivos maiores (Veiga *et al,* 2009). Em portadores da doença de Chagas, o índice de sintomas depressivos foi de 41,63% (Ozaki, 2008) . Scalzo *et al* (2009), utilizando ponto de corte diferente para pacientes parkinsonianos, apresentaram 16,4 como média do IDB.

Berlim *et al* (2006), quando compararam sintomas depressivos e QV entre um grupo com depressão maior e outro com doença renal em estágio final, encontraram as seguintes médias do IDB: 27,6 e 10,53, respectivamente, concluindo-se que os escores mais altos de sintomas depressivos encontram-se nos pacientes deprimidos, enquanto pacientes com uma doença crônica, incapacitante e em estágio final não apresentaram sintomas depressivos.

Quando comparadas as variáveis gênero, anos de estudo, renda familiar, etiologia da DVE, tempo no programa de CVIL, locomoção, agente que executa o procedimento, continência nos intervalos do CVIL e frequência do CVIL, não houve diferenças estatisticamente siginificantes. Contudo, Oh *et al* (2006) avaliando sintomas depressivos em pacientes vítimas de TRM em programa de CVIL, concluiram que os pacientes que necessitam de um cuidador para a realização do procedimento tinham escores de sintomas depressivos maiores do que aqueles que executam o autocateterismo.

Neste estudo, os escores de sintomas depressivos dos pacientes que necessitam de um cuidador para a realização do CVIL foram maiores (média de 17,88) do que os escores daqueles que são independentes para a realização do CVIL (média de 12,82).

A faixa etária dos 41 a 60 anos foi a que apresentou maiores índices de sintomas depressivos, com diferença estatística, quando comparada à faixa etária dos 18 a 40 anos, podendo ser justificado pela perda ou diminuição da autoestima, inaptidão para o trabalho e convívio com familiares/cuidadores, quando se deparam com uma doença que os incapacita social e fisicamente, numa fase em que estariam estabilizando-se em suas profissões, relacionamentos sociais e familiares (Andrade, 1999).

Nesta amostra, os pacientes que vivem com companheiro(a) apresentaram maiores índices de sintomas depressivos (com média de 16,35) do que os pacientes que vivem sem companheiro(a) (com média de 11,10), sendo que 56,3% desta população tem o(a) companheiro(a) como

cuidador(a). Sabemos que o ato de cuidar é complexo, pois a relação de dependência que se cria causa muitas vezes sentimentos contraditórios, como raiva, angústia, tristeza, nervosismo, cansaço, estresse, choro, medo da morte e da invalidez, criando-se uma tensão nos laços familiares, devido à redefinição dos papéis entre os partícipes (Perlini e Faro, 2005, Guia Prático do Cuidador, 2008).

Os maiores índices de sintomas depressivos encontravam-se nos pacientes que apresentavam comorbidades (com média de 17,10 no IDB), enquanto que os pacientes sem comorbidades tiveram uma média de escore de 9,63. Teng *et al* (2005) enfatizam que a associação de sintomas depressivos e presença de doenças clínicas é comum e que a existência de ambos pode levar tanto à piora do quadro psiquiátrico como das comorbidades, piora na adesão aos tratamentos e na QV, além de maior morbimortalidade. Duarte *et al* (2007), encontraram associação positiva entre depressão e número de patologias crônicas maior que três, sendo que a doença de Parkinson, a instabilidade postural, a obstipação intestinal e a incontinência urinária foram as patologias que mais se associaram à depressão, em estudo com idosos.

Quando os resultados do IDB foram comparados com os domínios do WHOQOL-bref, houve diferenças estatisticamente significantes em todos os domínios de QV, além da percepção de QV (questão um) e satisfação com a saúde (questão dois), ou seja, quanto maior a presença de sintomas depressivos, pior é a QV como um todo, comprovando que os sintomas depressivos tem uma alta associação com pior funcionamento social e QV,

de acordo com diversos estudos na literatura (Fleck *et al,* 2002; Berlim *et al,* 2003; Moore *et al,* 2005; Berlim *et al,* 2006; Sobocki *et al,* 2007; Berlim *et al,* 2008; Stroud *et al,* 2009; Scalzo *et al,* 2009).

Por ser um estudo transversal, não é possível estabelecer uma relação de causa e efeito entre qualidade de vida e sintomas depressivos, ou seja, não é factível compreender se os pacientes com DVE em programa de CVIL têm um comprometimento na QV devido a presença de sintomas depressivos ou vice-versa. Como consequência deste estudo, ressalta-se a importância de uma avaliação de sintomatologia depressiva e de relações e organização familiar previamente à introdução no programa de CVIL, já que os fatores como comorbidades, etiologia da DVE, locomoção, agente que executa o CVIL e infecções urinárias sintomáticas múltiplas mostraram-se importantes na evolução do tratamento, o que auxiliará o acompanhamento dos pacientes com DVE e a correta realização deste procedimento terapêutico.

6

CONCLUSÕES

- Os fatores que interferiram negativamente na qualidade de vida da amostra populacional estudada foram: baixa escolaridade, presença de comorbidades, origem sequelar da disfunção vesicoesfincteriana, uso de cadeira de rodas, necessidade de um cuidador para a realização do cateterismo vesical intermitente limpo, relato de infecções urinárias sintomáticas múltiplas e sintomas depressivos.
- As relações sociais são mais comprometidas nos pacientes com lesões adquiridas ou por trauma, em relação aos originários de doença congênita.
- O relato de infecções urinárias sintomáticas múltiplas não se relacionou ao uso de cateter descartável ou reutilizável.
- Sintomas depressivos prevaleceram na faixa etária entre 41 e 60 anos e se associaram à convivência com um(a) companheiro(a) e à presença de comorbidades.
- Todos os domínios de qualidade de vida associaram-se a sintomas depressivos, em especial os domínios psicológico, relações sociais e percepção de qualidade de vida.
- A presença de sintomas depressivos, a necessidade de um cuidador para a realização do cateterismo vesical intermitente limpo, o fato de ser incontinente e cadeirante, estar há mais tempo no programa e ter uma baixa renda familiar, são preditores de uma pior qualidade de vida.

7

ANEXOS

ANEXO A

HOSPITAL DAS CLÍNICAS

A FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

CAIXA POSTAL, 8091 – SÃO PAULO - BRASIL

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

I - DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO SUJEITO DA PESQUISA OU RESPONSÁVEL LEGAL

1.NOME DO PACIENTE ....
DOCUMENTO DE IDENTIDADE Nº : ..... SEXO : .M Ž F Ž
DATA NASCIMENTO: ...../...../.....
ENDEREÇO.....Nº.....APTO: .....
BAIRRO:.....CIDADE.....
CEP:.....TELEFONE:DDD(.....) .....
2.RESPONSÁVEL LEGAL .....
NATUREZA (grau de parentesco, tutor, curador etc.) .....
DOCUMENTO DE IDENTIDADE :.....SEXO: M Ž F Ž
DATA NASCIMENTO.: ...../...../.....
ENDEREÇO: ..... Nº ..... APTO: .....
BAIRRO:.....CIDADE: .....
CEP:.....TELEFONE:DDD (.....).....

II - DADOS SOBRE A PESQUISA CIENTÍFICA

1. TÍTULO DO PROTOCOLO DE PESQUISA

Implicações do emprego do cateterismo vesical intermitente limpo como método terapêutico em pacientes com disfunções vesicoesfincterianas

PESQUISADOR: Dr. José Alaor de Figueiredo

CARGO/FUNÇÃO: Médico Assistente INSCRIÇÃO CONSELHO REGIONAL Nº 18225

UNIDADE DO HCFMUSP: Urologia

3. AVALIAÇÃO DO RISCO DA PESQUISA:

SEM RISCO **X** RISCO MÍNIMO Ž RISCO MÉDIO RISCO BAIXO RISCO MAIO (probabilidade de que o indivíduo sofra algum dano como consequência imediata ou tardia do estudo)

4.DURAÇÃO DA PESQUISA : Sete meses

III - REGISTRO DAS EXPLICAÇÕES DO PESQUISADOR AO PACIENTE OU SEU REPRESENTANTE LEGAL SOBRE A PESQUISA CONSIGNANDO:

1. **Justificativa e os objetivos da pesquisa:** Em função de alterações de funcionamento da bexiga, uma das alternativas de tratamento é o cateterismo vesical intermitente limpo. Alguns fatores podem facilitar ou dificultar a realização do procedimento. Esta pesquisa científica pretende estudar os benefícios para a saúde através deste método, como o cateterismo vesical é realizado e quais os fatores que facilitam ou dificultam a persistência do paciente neste tratamento.

2. **Procedimentos que serão utilizados e propósitos**: Os pacientes que concordarem em participar deste estudo serão entrevistados pelos pesquisadores sobre procedimentos diários para o esvaziamento vesical e responderão a questionários que avaliam: qualidade de vida e sintomas de depressão e serão orientados a preencher diário por três dias onde registrarão dados sobre a eliminação de urina.

3. **Desconfortos e riscos esperados:** Não há riscos ou possíveis sequelas à participação neste estudo. Isto é: as respostas à entrevista e aos questionários e o preenchimento do diário sobre a eliminação de urina não acarreta nenhum risco mas requer que o paciente compareça ao ambulatório onde já realizam o tratamento urológico em duas datas pré-agendadas.

4. **Benefícios que poderão ser obtidos**: Este estudo permitirá determinar quais são as vantagens e desvantagens do cateterismo vesical intermitente na vida dos pacientes.

5. **Procedimentos alternativos que possam ser vantajosos para o indivíduo:** O tratamento ao qual o paciente é submetido rotineiramente neste serviço será o mesmo, independentemente da participação ou não neste estudo.

IV - ESCLARECIMENTOS DADOS PELO PESQUISADOR SOBRE GARANTIAS DO SUJEITO DA PESQUISA :

1. Acesso, a qualquer tempo, às informações sobre procedimentos, riscos e benefícios relacionados à pesquisa, inclusive para dirimir eventuais dúvidas.
Estou ciente de que posso ter acesso a qualquer tempo às informações sobre os procedimentos, riscos e benefícios relacionados à pesquisa.

2. Liberdade de retirar seu consentimento a qualquer momento e de deixar de participar do estudo, sem que isto traga prejuízo à continuidade da assistência.
Estou ciente de que não sou obrigado a participar deste estudo e de que a minha participação ou não no mesmo é decisão voluntária. Estou ciente de que estou livre para voltar atrás na minha decisão de autorizar a participação neste estudo em qualquer instante.

3. Salvaguarda da confidencialidade, sigilo e privacidade.
Estou ciente de que as informações a respeito dos meus procedimentos diários para esvaziamento vesical são mantidas em sigilo e protegidas no arquivo de

prontuários do Hospital das Clínicas. A liberação ou publicação de informações que identificam pacientes é proibida.

4. Disponibilidade de assistência no HCFMUSP, por eventuais danos à saúde, decorrentes da pesquisa.

Estou ciente de que terei assistência médica garantida no HCFMUSP por eventuais danos à saúde decorrentes de minha participação neste estudo.

5. Viabilidade de indenização por eventuais danos à saúde decorrentes da pesquisa.

Estou ciente de que não receberei nenhuma indenização por eventuais danos à saúde decorrentes da pesquisa.

V. INFORMAÇÕES DE NOMES, ENDEREÇOS E TELEFONES DOS RESPONSÁVEIS PELO ACOMPANHAMENTO DA PESQUISA, PARA CONTATO EM CASO DE INTERCORRÊNCIAS CLÍNICAS E REAÇÕES ADVERSAS.

Dr. José Alaor de Figueiredo

Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 255 – 7º andar – Divisão de Clínica Urológica do ICHC – 710F

Tel: 3069-8080 ou 3069-8086

Enfermeiras: Sheila Gonzalez Rodrigues Pereira; Maria Alice Lelis; Patrícia Fera

VI. OBSERVAÇÕES COMPLEMENTARES:

VII - CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO

Declaro que, após convenientemente esclarecido pelo pesquisador e ter entendido o que me foi explicado, consinto em participar do presente Protocolo de Pesquisa

São Paulo, de de 2009.

_____ _____

assinatura do sujeito da pesquisa ou responsável legal assinatura do pesquisador

(carimbo ou nome Legível)

ANEXO B - Instrumento de coleta de dados

_____ ____/____/_____

Dados sociodemográficos e clínicos:

Nome_____RGH_____

Telefone:_____

1- Sexo: masculino ( ) feminino ( )

2- Idade_____

3- Grau de instrução:
Ensino Fundamental completo ( ) incompleto ( ) anos de estudo_____
Ensino Médio completo ( ) incompleto ( ) anos de estudo_____
Ensino Superior completo ( )incompleto ( ) anos de estudo_____

4- Situação conjugal :
solteiro ( ) casado no civil ( ) viúvo ( )
separado/divorciado ( )

5- Etiologia da disfunção vesicoesfincteriana:
TRM ( ) Hérnia de disco ( ) Esclerose múltipla ( ) Mielomeningocele ( )
Doença de Parkinson ( ) Esquistossomose medular ( ) AVC ( )
Outras ( )_____

6 - Comorbidades:
( ) sim _____ _____
( ) não

7 - Atividade motora:
- Deambulante não ( ) sim ( )
- Necessita de auxílio? não ( )
sim ( ) : ( ) Andador
( ) Cadeira de rodas
( ) Órtese tipo:_____
( ) Outro

Dados relativos à prática do cateterismo vesical intermitente:

8 - Há quanto tempo você realiza cateterismo vesical intermitente ?
( ) até 6 meses _____ ( ) 6 meses a 1 ano_____
( ) 1 a 5 anos_____ ( ) mais de 5 anos_____

9 -Agente que executa o procedimento: paciente( ) cuidador( )_____

10 - Continência urinária nos intervalos entre os cateterismos
não ( ) sim ( )

11 - Qual o calibre do cateter utilizado? ( ) nº6 ( ) nº8 ( ) nº10 ( )nº12 ( ) nº14

12 - Frequência diária: ( ) 1x ( ) 2x ( ) 3x ( ) 4x ( ) 5x ( ) 6x ( ) 7x ( ) 8x
( ) Outra frequência_____

13 - Reutiliza o cateter? ( ) sim ( ) não

14- Qual a renda familiar ? R$_____
( ) até 1 salário mínimo ( ) entre 2 e 3 salários-mínimos
( ) entre 3 e 4 salários-mínimos ( ) entre 4 e 5 salários-mínimos
( ) mais de 5 salários-mínimos

15 - ITU de repetição:
Número de ITU nos últimos 12 meses
( ) nenhuma ( ) uma ( ) duas ( ) ≥ três

16 - Houve alguma complicação decorrente da prática do cateterismo vesical intermitente?
( ) não ( ) sim

17-Qual? ( ) hematúria ( ) uretrite ( ) bacteriúria assintomática
( ) trauma uretral ( ) falso trajeto ( ) estenose uretral

ANEXO C - WHOQOL - ABREVIADO

VERSÃO EM PORTUGUÊS

PROGRAMA DE SAÚDE MENTAL

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE

GENEBRA

Coordenação do GRUPO WHOQOL no Brasil

Dr. Marcelo Pio de Almeida Fleck
Professor Adjunto
Departamento de Psiquiatria e Medicina legal
Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Porto Alegre - RS - Brasil

Disponível em: http://www.ufrgs.br/psiq/whoqol84.html

Instruções

Este questionário é sobre como você se sente a respeito de sua qualidade de vida, saúde e outras áreas de sua vida. **Por favor, responda a todas as questões**. Se você não tem certeza sobre que resposta dar em uma questão, por favor, escolha entre as alternativas a que lhe parece mais apropriada. Esta, muitas vezes, poderá ser sua primeira escolha.

Por favor, tenha em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações. Nós estamos perguntando o que você acha de sua vida, tomando como referência as **duas últimas semanas**. Por exemplo, pensando nas últimas semanas, uma questão poderia ser:

	Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número que melhor corresponde ao quanto você recebe dos outros o apoio de que necessita nestas duas últimas semanas. Portanto, você deve circular o número quatro se você recebeu "muito" apoio como abaixo.

	Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número 1 se você não recebeu "nada" de apoio.

Por favor, leia cada questão, veja o que você acha e circule no número o que lhe parece a melhor resposta.

		muito ruim	ruim	nem ruim nem boa	boa	muito boa
1	Como você avaliaria sua qualidade de vida?	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**

		muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
2	Quão satisfeito (a) você está com sua saúde?	1	2	3	4	5

As questões seguintes são sobre **o quanto** você tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas.

		nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
3	Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	1	2	3	4	5
4	O quanto você precisa de algum tratamento médico pra levar sua vida diária?	1	2	3	4	5
5	O quanto você aproveita a vida?	1	2	3	4	5
6	Em que medida você que sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7	O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5
8	Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?	1	2	3	4	5
9	Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão completamente** você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas.

		nada	muito pouco	médio	muito	completamente
10	Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
11	Você é capaz de aceitar sua aparência física?	1	2	3	4	5
12	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	1	2	3	4	5
13	Quão disponíveis para você estão as informações que você precisa no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
14	Em que medida você tem oportunidades de atividades de lazer?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão bem ou satisfeito** você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas.

		muito ruim	ruim	nem ruim nem bom	bom	muito bom
15	Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5

		muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
16	Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?	1	2	3	4	5
17	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
18	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5
19	Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?	1	2	3	4	5
20	Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	1	2	3	4	5
21	Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22	Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe dos seus amigos?	1	2	3	4	5
23	Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?	1	2	3	4	5
24	Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25	Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?	1	2	3	4	5

A questão seguinte refere-se à **com que freqüência** você sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas.

		nunca	algumas vezes	frequentemente	muito frequentemente	sempre
26	Com que freqüência você tem sentimentos tais como: o mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	1	2	3	4	5

Alguém lhe ajudou a preencher este questionário?.....

Quanto tempo você levou para preencher este questionário?.....

Você tem algum comentário sobre o questionário?.....

Obrigado pela sua colaboração

ANEXO D - INVENTÁRIO DE DEPRESSÃO DE BECK

ESTE QUESTIONÁRIO CONSISTE EM 21 GRUPOS DE AFIRMAÇÕES. DEPOIS DE LER CUIDADOSAMENTE CADA GRUPO, FAÇA UM CÍRCULO EM TORNO DO NÚMERO (0,1,2 OU 3) DIANTE DA AFIRMAÇÃO, EM CADA GRUPO, QUE DESCREVE MELHOR A MANEIRA COMO VOCÊ TEM SE SENTIDO NESTA SEMANA, INCLUINDO HOJE. SE VÁRIAS AFIRMAÇÕES NUM GRUPO PARECEREM SE APLICAR IGUALMENTE BEM, FAÇA UM CÍRCULO EM CADA UMA. TOME O CUIDADO DE LER TODAS AS AFIRMAÇÕES, EM CADA GRUPO ANTES DE FAZER A SUA ESCOLHA.

1.0 Não me sinto triste.
1 Eu me sinto triste.
2 Estou sempre triste e não consigo sair disso.
3 Estou tão triste ou infeliz que não consigo suportar.

2.0 Não estou especialmente desanimado quanto ao futuro.
1 Eu me sinto desanimado quanto ao futuro.
2 Acho que nada tenho a esperar.
3 Acho o futuro sem esperança e tenho a impressão de que as coisas não podem melhorar.

3.0 Não me sinto um fracasso.
1 Acho que fracassei mais do que uma pessoa comum.
2 Quando olho para trás, na minha vida, tudo o que posso ver é um monte de fracassos.
3 Acho que, como pessoa, sou um completo fracasso.

4.0 Tenho tanto prazer em tudo como antes.
1 Não sinto mais prazer nas coisas como antes.
2 Não encontro um prazer real em mais nada.
3 Estou insatisfeito ou aborrecido com tudo.

5.0 Não me sinto especialmente culpado.
1 Eu me sinto culpado às vezes.
2 Eu me sinto culpado na maior parte do tempo.
3 Eu me sinto sempre culpado.

6.0 Não acho que esteja sendo punido.
1 Acho que posso ser punido.
2 Creio que vou ser punido.
3 Acho que estou sendo punido.

7.0 Não me sinto decepcionado comigo mesmo.
1 Estou decepcionado comigo mesmo.
2 Estou enjoado de mim.
3 Eu me odeio.

8.0 Não me sinto de qualquer modo pior que os outros.
1 Sou crítico em relação a mim devido às minhas fraquezas ou meus erros.
2 Eu me culpo sempre por minhas falhas.
3 Eu me culpo por tudo de mal que acontece.

9.0 Não tenho quaisquer idéias de me matar.
1 Tenho idéias de me matar, mas não as executaria.
2 Gostaria de me matar.
3 Eu me mataria se tivesse oportunidade.

10.0 Não choro mais que o habitual.
1 Choro mais agora do que costumava.
2 Agora, choro o tempo todo.
3 Costumava ser capaz de chorar, mas agora não consigo mesmo que o queira.

11.0 Não sou mais irritado agora do que já fui.
1 Fico molestado ou irritado mais facilmente do que costumava.
2 Atualmente me sinto irritado o tempo todo.
3 Absolutamente não me irrito com as coisas que costumavam irritar-me.

12.0 Não perdi o interesse nas outras pessoas.
1 Interesso-me menos do que costumava pelas outras pessoas.
2 Perdi a maior parte do meu interesse nas outras pessoas.
3 Perdi todo o meu interesse nas outras pessoas.

13.0 Tomo decisões mais ou menos tão bem como em outra época.
1 Adio minhas decisões mais do que costumava.
2 Tenho maior dificuldade em tomar decisões do que antes.
3 Não consigo mais tomar decisões.

14.0 Não sinto que minha aparência seja pior do que costumava ser.
1 Preocupo-me por estar parecendo velho ou sem atrativos.
2 Sinto que há mudanças permanentes em minha aparência que me fazem parecer sem atrativos.
3 Considero-me feio.

15.0 Posso trabalhar mais ou menos tão bem quanto antes.
1 Preciso de um esforço extra para começar qualquer coisa.
2 Tenho de me esforçar muito até fazer qualquer coisa.
3 Não consigo fazer nenhum trabalho.

16.0 Durmo tão bem quanto de hábito.
1 Não durmo tão bem quanto costumava.
2 Acordo uma ou duas horas mais cedo do que de hábito e tenho dificuldade para voltar para dormir.
3 Acordo várias horas mais cedo do que costumava e tenho dificuldade para voltar a dormir.

17.0 Não fico mais cansado que de hábito.
1 Fico cansado com mais facilidade do que costumava.
2 Sinto-me cansado ao fazer quase qualquer coisa.
3 Estou cansado demais para fazer qualquer coisa.

18.0 Meu apetite não está pior do que de hábito.
1 Meu apetite não é tão bom quanto costumava ser.
2 Meu apetite está muito pior agora.
3 Não tenho mais nenhum apetite.

19.0 Não perdi muito peso, se é que perdi algum ultimamente.
1 Perdi mais de 2,5 k.
2 Perdi mais de 5,0 K.
3 Perdi mais de 7,5 K.

Estou deliberadamente tentando perder peso comendo menos:
SIM ( ) NÃO ( )

20.0 Não me preocupo mais que o de hábito com minha saúde.
1 Preocupo-me com problemas físicos como dores e aflições ou perturbações no estômago ou prisão de ventre.
2 Estou muito preocupado com problemas físicos e é difícil pensar em outra coisa que não isso.
3 Estou tão preocupado com meus problemas físicos que não consigo pensar em outra coisa.

21. 0 Não tenho observado qualquer mudança recente em meu interesse sexual.
1 Estou menos interessado por sexo que costumava.
2 Estou bem menos interessado em sexo atualmente.
3 Perdi completamente o interesse por sexo.

ANEXO E

HOSPITAL DAS CLÍNICAS
DA FACULDADE DE MEDICINA
DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

APROVAÇÃO

A Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa - CAPPesq da Diretoria Clínica do Hospital das Clínicas e da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, em sessão de 24/10/2007, **APROVOU** o Protocolo de Pesquisa nº **0719/07**, intitulado: "**IMPLICAÇÕES DO EMPREGO DO CATETERISMO VESICAL INTERMITENTE LIMPO COMO MÉTODO TERAPÊUTICO EM PACIENTES COM DISFUNÇÕES VÉSICO-ESFINCTERIANAS.**" apresentado pelo Departamento de **CIRURGIA**, inclusive o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Cabe ao pesquisador elaborar e apresentar à CAPPesq, os relatórios parciais e final sobre a pesquisa (Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 196, de 10/10/1996, inciso IX.2, letra "c").

Pesquisador (a) Responsável: **Dr. José Alaor de Figueiredo**
Pesquisadores Executantes: **Maria Alice dos Santos Lelis, Sheila Gonzalez Rodrigues Pereira, Patricia Fera, Homero Bruschini**

CAPPesq, 31 de Outubro de 2007

SECRETARIA PROFESSOR TITULAR UROLOGIA
07 NOV 2007
RECEBIDO

Prof. Dr. Eduardo Massad
Presidente da Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa

Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa do HCFMUSP e da FMUSP Diretoria Clínica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo Rua Ovídio Pires de Campos, 255, 5º andar - CEP 05403 010 - São Paulo – SP Fone: 011 3069 6442 Fax: 011 3069 6492 e-mail: cappesq@hcnet.usp.br / secretariacappesq2@hcnet.usp.br -sol

8 REFERÊNCIAS

Alves ALA, Salim FM, Martinez EZ, Passos ADC, De Carlo MMRP, Scarpelini S. Qualidade de vida de vítimas de trauma seis meses após a alta hospitalar. Rev Saúde Pública. 2009; 43(1):154-60.

Andrade LHSG. Epidemiologia Psiquiátrica. *Revista USP*. 1999; 43:84-9.

Bampi LNS, Guilhem D, Lima DD. Qualidade de vida em pessoas com lesão traumática: um estudo com o WHOQOL-bref. Rev Bras Epidemiol. 2008; 11(1):67-77.

Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh G. An Inventory for Measuring Depression. Arch of Gen Psychiatr. 1961; 4:53-63.

Beck AT, Steer RA, Garbin MG. Psychometric proprerties of the Beck Depression Inventory: twenty-five years of evaluation. Clinical Psychology Review. 1988; 8:77-100.

Belasco AGS, Sesso RC. Qualidade de vida: Princípios, Focos de Estudo e Intervenções. In: Diniz DP, Schor N. Guia de Qualidade de Vida. Barueri (SP): Manole; 2006; p. 1-10.

Berlim MT, Mattevi BS, Fleck MPA. Depression and quality of life among depressed Brazilian outpatients. Psychiatric Services. 2003; 54(2): 254. Disponível em: http://psychservices.psychiatryonline.org

Berlim MT, Mattevi BS, Duarte APG, Thomé FS, Barros EJG, Fleck MPA. Quality of life and depressive symptoms in patients with major depression and end-stage renal disease: A matched-pair study. Journal of Psychosomatic Research. 2006; 61:731-4.

Berlim MT, McGirr A, Fleck MPA. Can sociodemographic and clinical variables predict the quality of life of outpatients with major depression? Psychiatric Research. 2008; 160: 364-71.

Blay SL, Merlin MS. Desenho e Metodologia de Pesquisa em Qualidade de Vida. In: Diniz DP, Schor N. Guia de Qualidade de Vida. Barueri (SP): Manole; 2006; p. 19-30.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Guia prático do cuidador – Brasília : Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_pratico_cuidador.pdf

Brasil. Ministério da Sáude. Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia. 2009. [citado 30 out 2009]. Disponível em: http://www.into.saude.gov.br/noticias.aspx?id=82

Bruschini H. Disfunção miccional de origem neurogênica. In: WroclawskiER, Bendhack DA, Damião R, Ortiz W. Guia Prático de Urologia - Sociedade Brasileira de Urologia. São Paulo (SP): Editora Segmento; 2003; p.245-7.

Campbell JB, Moore KN, Voaklander DC, Mix LW. Complications associated with clean intermitten catheterization in children with spina bifida. Journal of Urology. 2004; 171: 2420-2.

Canalini AF, Martucci RC, Caprini Jr N. Procedimentos e cuidados com cateterismo intermitente. In: Bruschini H, Kano H, Damião R. I Consenso Brasileiro - Incontinência Urinária: uroneurologia, disfunções miccionais.São Paulo (SP): BG Cultural; 1999; p.41-4.

Chancellor MB, Anderson RU, Boone TB. Pharmacotherapy for Neurogenic Detrusor Overactivity. Am J Phys Med Rehabil. 2006; 85(6):536-45.

Cruz LN. Associação entre Qualidade de Vida e Depressão em Portadores de Doenças Crônicas. [Dissertação]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2005.

D'Ancona CAL. Bexiga Neurogênica no Adulto. In: Netto Jr. NR, Wroclawski ER. Urologia: Fundamentos para o Clínico. São Paulo (SP): Sarvier; 2000; p.129-31.

Doherty W. Indications for and principles of intermittent self-catheterization. British Journal of Nursing. 1999; 8(2):73-84.

Duarte MB, Rego MAV. Comorbidade entre depressão e doenças clínicas em um ambulatório de geriatria. Cad. Saúde Pública. 2007; 23 (3):691-700.

Faro, ACM. Uma proposta de levantamento de dados para a assistência à família e ao cuidador de lesados medulares. Rev Esc Enf USP. 1999; 33(4): 334-41.

Féra P, Lelis MAS, Glashan RQ. Cateterismo Vesical Intermitente Técnica Limpa Aspectos Práticos e de Enfermagem. Rev Prática Hospital. 2000; anoII 12:11-7.

Féra P. Cateteres uretrais lubrificados com lidocaína versus gentamicina na prática do cateterismo vesical intermitente técnica limpa: estudo preliminar. [Dissertação]. São Paulo: Departamento de Enfermagem/Universidade Federal de São Paulo; 2001.

Figueiredo JA. Avaliação da dilatação do esfíncter uretral externo no tratamento de pacientes portadores de bexiga neurogênica com dissinergia vésico-uretral. [Tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 1997.

Figueiredo JA, Pinheiro GE, Borrelli Jr M. Conduta urológica no trauma raquimedular. In: Bruschini H, Kano H, Damião R. I Consenso Brasileiro - Incontinência Urinária: uroneurologia, disfunções miccionais. São Paulo (SP): BG Cultural; 1999; p.17-23.

Fleck MPA, Leal OF, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, Santos L, Pinzon V. Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-100). Rev Bras Psiquiatr. 1999; 21(1):19-28.

Fleck MPA, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, Santos L, Pinzon V. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação de qualidade de vida “WHOQOL-bref”. Rev Saúde Pública. 2000; 34(2):178-83.

Fleck MPA, Lima AFBS, Louzada S, Schestasky G, Henriques A, Borges VR, Camey S, Grupo LIDO. Associação entre sintomas depressivos e funcionamento social em cuidados primários à saúde. Rev Saúde Pública. 2002; 36(4):431-8.

Franco GP, Barros ALBL, Nogueira-Martins LA. Qualidade de vida e sintomas depressivos em residentes de enfermagem. Rev Latino-am Enfermagem. 2005; 13(2):139-44.

Froemming C, Smaniotto ML, Lima CLM. Cateterismo Vesical Intermitente. Rev HCPA. 1988; 8(1):29-35.

Geng V, Emblem EL, Gratzl S, Incesu O, Jensen K. Urethral Catheterization. In: Good Practices in Health Care. European Association of Urology Nurses; 2006.Disponível em**:** http://www.uroweb.org

Gonçalves AMT, Rosa LN, D'Angelo CT, Savordelli CL, Bonin GL, Squarcino IM, Borreli. Aspectos epidemiológicos da lesão medular traumatic na área de referência do Hospital Estadual Mário Covas. Arq Med ABC. 2007; 32(2):64-6.

Gorenstein C, Andrade LHSG. Inventário de Depressão de Beck – Propriedades Psicométricas da Versão em Português. In: Gorenstein C, Andrade LHSG, Zuardi AW. Escalas de Avaliação Clínica em Psiquiatria e Psicofarmacologia. São Paulo (SP): Lemos-Editorial; 2000; p.89-93.

Hirayama MS, Gobbi S, Gobbi LTB, Stella F. Quality of life (QoL) in relation to disease severity in Brazilian Parkinson's patients as measured using the WHOQOL-BREF. Archives of Gerontology and Geriatrics. 2008; 46:147-60.

Ito T, Sakakibara R, Yasuda K, Yamamoto T, Uchiyama T, Liu Z, Yamanishi T, Awa Y, Yamamoto K, Hattori T. Incomplete emptying and urinary retention in multiple- system atrophy: when does it occur and how do we manage it? Mov Disord.2006; 21(6):816-23.

Kessler TM, Ryu G, Burkhard FC. Clean Intermittent Self-Catheterization: A burden for the Patient? Neurourology and Urodynamics. 2009; 28:18-21.

Ku JH. The management of neurogenic bladder and quality of life in spinal cord injury. BJU International. 2006; 98:739-45.

Lapides J, Diokno AC, Silber SJ, Lowe BS. Clean intermittent self-catheterization in the treatment of urinary tract disease. J Urol. 1972; 107:458-61.

Lapides J, Diokno AC, Gould FR, Lowe BS. Further observations on self-catheterization. Trans Am Assoc Genitourin Surg. 1975; 67:15-7.

Lelis, MAS. Cateterismo Vesical Intermitente - Técnica Limpa**:** Aspectos envolvidos na sua utilização como instrumento terapêutico em pacientes com disfunção vésico-esfincteriana. [Tese]. São Paulo. Universidade Federal de São Paulo; 2003.

Lelis, MAS, Féra P, Glashan R, Bruschini H. Banheiros em São Paulo. Onde ir. Como fazer? São Paulo (SP): Editora Livro de Bolso; 2008.

Lenz LL. Infecção Urinária e Cateterismo Vesical. In: Lenz LL. Infecção Urinária. São Paulo (SP): BYK; 1994; p.132-149.

Mancussi e Faro, AC. A reabilitação da pessoa com lesão medular: tendências da investigação no Brasil. Enfermeria Global. 2003; 3: 1-6.

Matos EG, Matos TMG, Matos GMG. A importância e as limitações do uso do DSM-IV na prática clínica. Rev Psiquiatr RS. 2005; 27(3):312-8.

Mizuno K, Tsuji T, Kimura A, Liu M, Masakado Y, Chino M. Twenty-Seven Years of Complications-Free Life With Clean Intermittent Self-Catheterization in a Patient With Spinal Cord Injury: A case Report. Arch Phys Med Rehabil. 2004; 85:1705-7.

Moore KN, Kelm M, Sinclair O, Cadrain G. Bacteriuria in Intermittent Catheterizations Users: The Effect of Sterile Versus Clean Reused Catheters. Rehabil Nurs. 1993; 18(5): 306-9.

Moore M, Höfer S, McGee H, Ring L. Can the concepts of depression and quality of life be integrated using a tima prospective? Health and Quality of Life Outcomes. 2005; 3(1). Disponível em: http://www.hqlo.com/cotent/3/1/1

Moore KN, Burt J, Voaklander DC. Intermittent catheterization in the rehabilitation setting: a comparision of clean and sterile technique. Clin Rehabil.2006; 20(6):461-8.

Moore KN, Mandy F, Kathryn G. Long-Term Bladder Management by Intermittent Catheterization In Adults And Children. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2009; 3. Disponível em: http://cochrane.bvsalud.org/doc.php?db=reviews&id=CD006008&lang=pt&lib=COC

Moroóka M, Faro ACM. A Técnica Limpa Do Autocateterismo Vesical Intermitente: Descrição do Procedimento Realizado Pelos Pacientes Com Lesão Medular. Rev Esc Enferm. 2002; 36(4): 324-31.

Moussavi S, Chatterji S, Verdes E, Tandon A, Patel V, Ustun B. Depression, chronic diseases, and decrements in health: results from the World Health Surveys. Lancet. 2007; 370:851-8.

Neal DE, Lawson AL, Webb RJ, Robertson AS. Clean Intermittent Self-Catheterization. Int Urogynecol J. 1993; 4:50-5.

Nieremberg AA, Sussman N, Triverd MH. Managing Relapse in depression. London: Science Press; 2003.

Oh SJ, Ku JH, Jeon HG, Shin HI, Paik NJ, Yoo T. Health-related quality of life of patients using clean intermittent catheterization for neurogenic bladder secondary to spinal cord injury. J Urol. 2005; 65(2):306-10.

Oh SJ, Ku JH, Lim SH, Jeoni HG, Son H. Effect of a ‘centralized intensive education system’ for clean intermittent self-catheterization in patients whit voiding dysfunction who start catheterization for the first time. International Journal of Urology. 2006; 13: 905-9.

Oh SJ, Shin HI, Paik NJ, Yoo T, Ku JH. Depressive symptoms of patients using clean intermittent catheterization for neurogenic bladder secondary to spinal cord injury. Spinal Cord. 2006; 44: 757-62.

Ozaki Y. Qualidade de vida e sintomas depressivos em portadores de doença de Chagas em atendimento no ambulatório do Grupo de Estudos em doença de Chagas – GEDoCh/Unicamp. [dissertação online]. Campinas: Unicamp; 2008. Disponível em: http://libdigi.unicamp.br/document/?code=000431853.

Perlini NMOG, Faro ACM. Cuidar da pessoa incapacitada por acidente vascular cerebral no domicílio: o fazer do cuidador familiar. Rev Esc Enferm USP. 2005; 39(2):154-63.

Pilloni S, Krhut J, Mair D, Maderbacher H, Kessler TM. Intermittent catheterization in older people: a valuable alternative to an idewelling catheter? Age and Ageing Advance Access. 2004;10:1-4.

Pohl HG, Bauer SB, Borer JG, Diamond DA, Kelly MD, Grant R, Briscoe CJ, Doonan G, Retik AB. The outcome of voiding dysfunction managed with clean intermittent catetherization in neurologic and anatomically normal children. BJU International. 2002; 89: 923-7.

Porto JAD. Conceito de Depressão e seus Limites. In: Lafer B, Almeida OP, Fráguas Jr.R, Miguel EC. Depressão no Ciclo da Vida. Porto Alegre (RS): Artmed; 2000. p. 20-8.

Scalzo P, Kummer A, Cardoso F, Teixeira AL. Depressive Symptoms and Perception of Qulaity of Life in Parkinson's Disease. Arq Neuropsiquiatr. 2009; 67(2-A): 203-8.

Shokeir AA, Al Ansari AA. Iatrogenic infections in urological practice: Concepts of pathogenesis, prevention and management. Scand J Urol Nephrol. 2006; 40(2):89-97.

Silva MCF, Furegato ARF, Costa Júnior ML. Depressão: Ponto de Vista e Conhecimento de Enfemeiros da rede Básica de Saúde. Rev Lat-am Enfermagem. 2003; 11(1):7-13.

Smith AL, Ferlise VJ, Rovner ES. Female urethral strictures: successful management with long-term clean intermittent catheterization after urethral dilatation. BJU Int. 2006; 98(1):96-9.

Sobocki P, Ekman M, Agren H, Krakau I, Runeson B, Martensson B, Jonsson B. Health-Related Quality of Life Measured with EQ-5D in Patients Treated for Depression in primary Care. International Society for Pharmaeconomics and Outcomes Research. 2007; 10(2): 153-60.

Stöher M, Goepel M, Kondo A, Kramer G, Madersbacher H, Millard R, Rossier A, Wyndaele Jean-Jacques. The Standardization of Terminology in Neurogenic Lower Urinary Tract Dysfunction. Neurourology and Urodynamics. 1999; 18: 139-58.

Stroud NM, Minahan CL. The impact of regular physical activity on fatigue, depression and quality of life in persons with multiple sclerosis. Health and Quality of Life Outcomes. 2009; 68(7). Disponível em: http://www.hqlo.com/content/7/1/68

Teng CT, Humes EC, Demetrio FN. Depressão e comorbidades clínicas. Rev.Psiq.Clín. 2005; 32(3): 149-59.

Truzzi JCCI. Bexiga Neurogênica. In: Dall'Oglio M, Srougi M, Nesrallah LJ, Ortiz W. Guia de Urologia. Barueri (SP): Editora Manole; 2005. p.101-8.

Vahter L, Zopp I, Kreegipuu M, Kool P, Gross-Paju K. Clean intermittent self-catheterization in persons with multiple sclerosis: the influence of cognitive dysfunction. Multiple Sclerosis. 2009; 15: 379-84.

Valladares A, Dilla T, Sacristán JA. Depression: a social mortgage. Latest advances in knowledge of the cost of the disease. Actas Esp Psiquiatr. 2009; 37(1): 49-53.

Van Achterberg T, Holleman G, Cobussen-Boekhorst H, Arts R, Heesakkers J. Adherence to clean intermittent self-catheterization procedures: determinants explored. Journal of Clinical Nursing. 2007; 394-402.

Veiga BAAG, Borges V, Silva SMCA, Goulart FO, Cendoroglo MS, Ferraz HB. Depression in Parkinson's disease: clinical-epidemiological correlates and comparison with a controlled group of non-parkinsonian geriatric patients. Rev Bras Psiquiatr. 2009; 31(1): 39-42.

Watts W, Lloyd G, Brown WM, Clarke S, Wilson AJ. Routine clean intermittent self-catheterization: innovative implementation in the Hunter Area Health Service. Urol Nurs. 2002; 22(2):119-23.

Wilson MCR. Clean intermittent catheterization and self-cathetrization. *Br* J Nursing. 2008; 17(18): 1140-6.

Woodward S, Rew M. Patient's quality of life and clean self-catheterization. Br J Nursing. 2003; 12(18):1066-74.

World Health Organization. WHOQOL-brief Field Trial Version. Introduction, Administration. Scoring and Generic Version of the Assessment. Programme on Mental Health. Genebra. 1996.

World Health Organization. Depression. Genebra. WHO: 2009. Disponível em: http://www.who.int/mental_health/management/depression/definition/en/print.html

Wyndaele JJ, Maes D. Clean Intermittent Self-Catheterization: a 12-Year Followup. J Urol. 1990; 143: 906-8.

9

APÊNDICE

APÊNDICE A

Conforme as instruções do WHOQOL Group, as 26 questões foram recodificadas conforme a sintaxe: questões 3, 4 e 26 tinham os valores das respostas invertidos: (1=5) (2=4) (3=3) (4=2) (5=1), possibilitando que todos os itens do instrumento permanecessem no sentido positivo em que o maior valor significasse melhor avaliação de QV. Nas demais questões, a seguinte sintaxe foi considerada: (1=1) (2=2) (3=3) (4=4) (5=5).

Para converter os escores dos domínios em escala 0-100, adotou-se a seguinte transformação:

```
compute dom1b= (dom1 - 4) * (100/16)
compute dom2b= (dom2 - 4) * (100/16)
compute dom3b= (dom3 - 4) * (100/16)
compute dom4b= (dom4 - 4) * (100/16)
compute q1b= (q1 - 1) * (100/16)
compute q2b= (q2 - 1) * (100/16).
```

APÊNDICE B - Qualidade de vida em relação ao gênero em pacientes em programa de cateterismo vesical intermitente limpo. São Paulo. HCFMUSP – 2009.

Domínio	Média (dp) Masculino	Média (dp) Feminino	p
Físico	52,63 (12,11)	54,46 (11,25)	0,548*
Psicológico	59,62 (14,88)	56,07 (15,97)	0,368*
Relações Sociais	58,53 (18,54)	61,11 (21,51)	0,529**
Meio Ambiente	55,50 (16,13)	55,46 (11,84)	0,774**
Percepção QV (Q1)	15,47 (4,82)	16,40 (4,44)	0,587**
Satisfação com a saúde (Q 2)	16,22 (6,91)	14,58 (8,17)	0,441**

* t-Student ** Mann-Whitney
NOTA: QV (qualidade de vida) Q1 (questão 1) Q2 (questão 2)

APÊNDICE C - Qualidade de vida em relação à faixa etária em pacientes em programa de cateterismo vesical intermitente limpo. São Paulo. HCFMUSP – 2009.

Domínio	Média (dp) 18 a 40 anos	Média (dp) 41 a 60 anos	Média (dp) ≥ 61 anos	p
Físico	54,34 (11,89)	53,72 (12,48)	51,50 (11,06)	0,726*
Psicológico	64,31 (15,17)	56,42 (14,48)	53,50 (14,71)	0,053*
Relações Sociais	63,04 (20,07)	54,86 (24,56)	60,96 (8,35)	0,287**
Meio Ambiente	58,55 (18,89)	55,33 (13,65)	51,97 (8,53)	0,166**
Percepção QV (Q1)	17,66 (4,86)	14,58 (5,10)	15,13 (3,17)	0,053**
Satisfação com a saúde (Q2)	17,66 (7,68)	14,06 (6,95)	15,13 (7,31)	0,150**

* ANOVA ** Kruskal-Wallis
NOTA: QV (qualidade de vida) Q1 (questão 1) Q2 (questão 2)

APÊNDICE D - Qualidade de vida em relação à situação conjugal em pacientes em programa de cateterismo vesical intermitente limpo. São Paulo. HCFMUSP – 2009.

Domínio	Média (dp) Vive com companheiro(a)	Média (dp) Vive sem companheiro(a)	p
Físico	51,83 (12,41)	55,17 (10,78)	0,255*
Psicológico	55,29 (14,81)	62,21 (15,18)	0,067*
Relações Sociais	57,88 (19,92)	61,49 (19,21)	0,362**
Meio Ambiente	54,47 (15,40)	56,78 (13,72)	0,555**
Percepção QV (Q1)	15,37 (4,56)	16,37 (4,84)	0,491**
Satisfação com a saúde (Q2)	15,03 (7,28)	16,37 (7,54)	0,415**

* t-Student ** Mann-Whitney
NOTA: QV (qualidade de vida) Q1 (questão 1) Q2 (questão 2)

APÊNDICE E - Qualidade de vida em relação à renda familiar em salários mínimos em pacientes em programa de cateterismo vesical intermitente limpo. São Paulo. HCFMUSP – 2009.

Domínio	Média (dp) Até 2 SM	Média (dp) De 2,1 a 4 SM	Média (dp) > 4 SM	p
Físico	53,24 (10,31)	54,36 (13,91)	48,80 (8,94)	0,585*
Psicológico	55,55 (13,72)	61,11 (17,06)	61,11 (14,35)	0,340*
Relações Sociais	55,05 (20,82)	63,27 (18,81)	66,66 (9,12)	0,094*
Meio Ambiente	52,55 (14,56)	56,71 (15,05)	66,14 (6,67)	0,304**
Percepção QV (Q1)	15,90 (4,96)	15,97 (4,69)	14,58 (3,22)	0,748**
Satisfação com a saúde (Q2)	16,85 (6,71)	15,50 (7,42)	9,37 (8,61)	0,127**

* ANOVA ** Kruskal-Wallis

NOTA: QV (qualidade de vida) Q1 (questão 1) Q2 (questão 2) SM (salário mínimo)

APÊNDICE F - Qualidade de vida em relação ao tempo no programa de CVIL em pacientes em programa de cateterismo vesical intermitente limpo. São Paulo. HCFMUSP – 2009.

Domínio	Média (dp) Grupo até 5 anos	Média (dp) Grupo ≥ 5 anos	p
Físico	54,92 (10,82)	51,23 (12,74)	0,208*
Psicológico	59,23 (15,96)	57,18 (14,51)	0,592*
Relações Sociais	61,03 (17,79)	57,47 (21,74)	0,849**
Meio Ambiente	55,82 (12,88)	55,06 (16,81)	0,907**
Percepção QV (Q1)	15,54 (5,23)	16,16 (3,92)	0,648**
Satisfação com a saúde (Q2)	15,03 (7,99)	16,37 (6,55)	0,558**

* t-student ** Mann-Whitney
NOTA: QV (qualidade de vida) Q1 (questão 1) Q2 (questão 2)

APÊNDICE G - Qualidade de vida em relação a continência nos intervalos do CVIL em pacientes em programa de cateterismo vesical intermitente limpo. São Paulo. HCFMUSP – 2009.

Domínio	Média (dp) Incontinência	Média (dp) Continência	p
Físico	50,94 (11,33)	55,80 (11,85)	0,094*
Psicológico	58,33 (15,69)	58,33 (15,04)	1,000*
Relações Sociais	56,12 (19,60)	63,02 (19,15)	0,068**
Meio Ambiente	54,41 (17,35)	56,64 (11,19)	0,535*
Percepção QV (Q1)	15,44 (4,41)	16,21 (4,98)	0,530**
Satisfação com a saúde (Q2)	14,52 (8,24)	16,79 (6,23)	0,339**

* t-Student ** Mann-Whitney
NOTA: QV (qualidade de vida) Q1 (questão 1) Q2 (questão 2)

APÊNDICE H - Qualidade de vida em relação à frequência do CVIL em pacientes em programa de cateterismo vesical intermitente limpo. São Paulo. HCFMUSP – 2009.

Domínio	Média (dp) Até 3x/dia	Média (dp) 4 a 5x/dia	Média (dp) ≥ 6xdia	p
Físico	56,57 (10,53)	51,93 (12,26)	52,08 (12,03)	0,360*
Psicológico	57,23 (15,39)	60,11 (15,50)	54,86 (14,84)	0,556*
Relações Sociais	63,59 (14,75)	60,23 (21,10)	50,69 (20,24)	0,234**
Meio Ambiente	55,92 (12,32)	56,33 (15,83)	52,34 (15,08)	0,715*
Percepção QV (Q1)	15,13 (4,80)	16,96 (4,43)	13,54 (4,48)	0,068**
Satisfação com a saúde (Q2)	14,80 (6,65)	16,25 (8,19)	15,10 (6,22)	0,484**

* ANOVA ** Kruskal-Wallis
NOTA: QV (qualidade de vida) Q1 (questão 1) Q2 (questão 2)

APÊNDICE I - Reutilização do cateter versus agente que executa o cateterismo vesical intermitente limpo. São Paulo. HCFMUSP – 2009.

Reutilização do cateter	Paciente N (%)	Cuidador N (%)	p
Sim	33 (66,0%)	7 (43,8%)	0,113
Não	17 (34,0%)	9 (56,3%)	
TOTAL	**50 (100,0%)**	**16 (100,0%)**	

Teste qui-quadrado

APÊNDICE J - Frequência do cateterismo vesical intermitente limpo versus reutilização do cateter. São Paulo. HCFMUSP – 2009.

Frequência do CVIL	Reutiliza o cateter N (%)	Não reutiliza o cateter N (%)	p
Até 3x/dia	9 (47,4%)	10 (52,6%)	
4 a 5x/dia	21 (60,0%)	14 (40,0%)	0,136
≥ 6x/dia	10 (83,3%)	2 (16,7%)	
TOTAL	**40 (60,6%)**	**26 (39,4%)**	

Teste qui-quadrado

APÊNDICE K - Características da amostra e presença ou não de sintomas depressivos em pacientes em programa de cateterismo vesical intermitente limpo. São Paulo. HCFMUSP – 2009.

Variável	Beck			
	Sem sintomas depressivos N (%)	**Com sintomas depressivos** N (%)	**Média dos Escores Beck**	**p**
Gênero				
Masculino	24 (61,5%)	18 (66,7%)	13,76	
Feminino	15 (38,5%)	9 (33,3%)	14,54	0,670
TOTAL	**39 (100,0%)**	**27 (100,0%)**	14,05	
Anos de estudo				
0 a 8	24 (61,5%)	20 (74,1%)	15,31	
≥ 9 anos	15 (38,5%)	7 (25,9%)	11,50	0,288
TOTAL	**39 (100,0%)**	**27 (100,0%)**	14,05	
Renda familiar				
Até 2 SM	18 (46,2%)	15 (55,6%)	14,78	
De 2,1 a 4 SM	16 (41,0%)	11 (40,7%)	14,22	0,419
> 4 SM	5 (12,8%)	1 (3,7%)	9,16	
TOTAL	**39 (100,0%)**	**27 (100,0%)**	14,05	
Etiologia da DVE				
Trauma	18 (46,2%)	8 (29,6%)	17,21	
Doença adquirida	10 (25,6%)	15 (55,6%)	18,07	
Doença congênita	7 (17,9%)	1 (3,7%)	15,14	0,056
Iatrogenia	4 (10,3%)	3 (11,1%)	12,75	
TOTAL	**39 (100,0%)**	**27 (100,0%)**	14,05	
Tempo no programa				
≤ 59 meses	20 (51,3%)	17 (63,0%)	15,46	
≥ 60 meses	19 (48,7%)	10 (37,0%)	12,24	0,347
TOTAL	**39 (100,0%)**	**27 (100,0%)**	14,05	
Locomoção				
Independente	13 (33,3%)	12 (44,4%)	14,76	
Parcialmente dependente	12 (30,8%)	6 (22,2%)	13,44	0,613
Cadeirante	14 (35,9%)	9 (33,3%)	13,74	
TOTAL	**39 (100,0%)**	**27 (100,0%)**	14,05	

continua

conclusão

Variável	Beck			
	Sem sintomas depressivos N (%)	**Com sintomas depressivos** N (%)	**Média dos Escores Beck**	**p**
Agente que executa				
Paciente	31 (79,5%)	19 (70,4%)	12,82	
Cuidador	8 (20,5%)	8 (29,6%)	17,88	0,395
TOTAL	**39 (100,0%)**	**27 (100,0%)**	14,05	
Continência nos intervalos				
Não	20 (51,3%)	14 (51,9%)	14,82	
Sim	19 (48,7%)	13 (48,1%)	13,22	0,964
TOTAL	**39 (100,0%)**	**27 (100,0%)**	14,05	
Frequência do CVIL				
Até 3x/dia	9 (23,1%)	10 (37,0%)	17,37	
4 a 5x/dia	24 (61,5%)	11 (40,8%)	11,63	0,248
≥ 6x/dia	6 (15,4%)	6 (22,2%)	15,85	
TOTAL	**39 (100,0%)**	**27 (100,0%)**	14,05	

teste qui-quadrado
NOTA: SM – salários mínimos
CVIL – cateterismo vesical intermitente limpo

APÊNDICE L - Análise multivariada para os domínios do WHOQOL-bref em pacientes em programa de cateterismo vesical intermitente limpo. São Paulo. HCFMUSP – 2009.

Variável	Coeficiente	p	Desvio-padrão
Domínio Físico			
Constante	92,680		
Sexo	0,990	0,710	2,649
Idade	-0,003	0,977	0,099
Escolaridade	0,076	0,979	2,917
Situação conjugal	-0,338	0,892	2,473
Etiologia da DVE	1,109	0,376	1,242
Comorbidades	-4,520	0,105	2,739
Frequência do CVIL	-0,269	0,890	1,936
Reutilização do cateter	-0,282	0,918	2,738
Relato de infecções urinárias	1,523	0,571	2,668
Domínio Psicológico			
Constante	92,555		
Sexo	5,223	0,102	3,139
Idade	-0,073	0,537	0,117
Escolaridade	1,902	0,585	3,456
Situação conjugal	0,577	0,845	2,930
Etiologia da DVE	1,542	0,300	1,472
Comorbidades	-0,955	0,770	3,245
Frequência do CVIL	-0,877	0,704	2,294
Reutilização do cateter	0,0692	0,832	3,244
Relato de infecções urinárias	1,428	0,653	3,161
Domínio Relações Sociais			
Constante	104,990		
Sexo	-2,476	0,617	4,920
Idade	-0,033	0,856	0,184
Escolaridade	-8,231	0,135	5,418
Situação conjugal	3,070	0,507	4,593
Etiologia da DVE	2,309	0,322	2,307
Comorbidades	-2,476	0,628	5,087
Frequência do CVIL	-2,151	0,553	3,596
Reutilização do cateter	-3,574	0,485	5,085
Relato de infecções urinárias	9,040	0,074	4,955
Domínio Meio Ambiente			
Constante	67,816		
Sexo	2,936	0,507	4,389
Idade	-0,032	0,848	0,164
Escolaridade	1,443	0,767	4,833
Situação conjugal	-0,596	0,885	4,097
Etiologia da DVE	0,161	0,938	2,058
Comorbidades	-1,667	0,715	4,537
Frequência do CVIL	-0,490	0,879	3,208
Reutilização do cateter	-2,517	0,581	4,536
Relato de infecções urinárias	-5,363	0,231	4,420

continua

conclusão

Variável	Coeficiente	p	Desvio-padrão
Percepção QV (Q1)			
Constante	32,889		
Sexo	-0,638	0,606	1,227
Idade	-0,062	0,184	0,046
Escolaridade	1,149	0,399	1,351
Situação conjugal	0,844	0,465	1,146
Etiologia da DVE	-0,824	0,158	0,576
Comorbidades	-0,738	0,564	1,269
Frequência do CVIL	-0,466	0,605	0,897
Reutilização do cateter	-1,534	0,232	1,268
Relato de infecções urinárias	0,466	0,708	1,236
Satisfação com a saúde (Q2)			
Constante	24,613		2,170
Sexo	3,588	0,105	0,081
Idade	-0,052	0,525	2,390
Escolaridade	1,664	0,489	2,026
Situação conjugal	0,678	0,739	1,018
Etiologia da DVE	-0,455	0,657	2,244
Comorbidades	0,759	0,737	1,586
Frequência do CVIL	-0,544	0,733	2,243
Reutilização do cateter	0,958	0,671	2,185
Relato de infecções urinárias	0,425	0,847	

NOTA: QV (qualidade de vida) Q1 (questão 1) Q2 (questão 2)