Gisele Regina de Azevedo

**Qualidade de vida de mulheres com bexiga hiperativa no município
de Sorocaba**

**Tese apresentada à Escola de Enfermagem da Universidade de São
Paulo, como parte dos requisitos para a obtenção do Título de
Doutor em Enfermagem.**

**Programa de Pós-Graduação em Enfermagem na Saúde do Adulto
(PROESA)**

Orientadora: Profa. Dra. Vera Lúcia Conceição de Gouveia Santos

SÃO PAULO

2008

**AUTORIZO A REPRODUÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO,
POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA
FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.**

Assinatura:_____ **Data**____/____/____

Catálogo na Publicação (CIP)

Biblioteca “Wanda de Aguiar Horta”

Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Azevedo, Gisele Regina de.

Qualidade de vida de mulheres com bexiga hiperativa em
Sorocaba / Gisele Regina de Azevedo. – São Paulo, 2008.

123 p.

Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem da Universidade de
São Paulo.

Orientadora: Prof^a Dr^a Vera Lúcia Conceição de Gouveia
Santos.

1. Qualidade de vida 2. Incontinência urinária 3. Saúde da
mulher. I. Título.

FOLHA DE APROVAÇÃO

Gisele Regina de Azevedo

Qualidade de vida de mulheres com bexiga hiperativa no município de Sorocaba

Tese apresentada à Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, como parte dos requisitos para a obtenção do Título de Doutor em Enfermagem.

Programa de Pós-Graduação em Enfermagem na Saúde do Adulto (PROESA)

Orientadora: Profa. Dra. Vera Lúcia Conceição de Gouveia Santos

Banca Examinadora:

Miako Kimura

Profa. Livre Docente do Departamento ENC da EEUSP

Jordi Alonso Caballero

Prof. Doutor do Institut Municipal d'Investigació Mèdica – Barcelona – Espanha

Flavio E Trigo Rocha

Prof. Livre Docente da Disciplina de Urologia da FMUSP

Carlos Arturo Levi D'Ancona

Prof. Titular do Departamento de Urologia da UNICAMP

São Paulo, 29 de Fevereiro de 2008

*Essa tese é de minhas filhas, Manoela e Beatriz, meus melhores
pedaços. Seres humanos especiais, verdadeiras porções de esperança
no futuro do nosso mundo.*

*E também dos meus pais que, com seus tropeços e acertos e um amor
imenso, me fazem sentir que amar vale a pena.*

*É da Vera, minha mentora, orientadora, guru, amiga, irmã querida e
modelo nessa caminhada.*

*É é também da Eutália, a estatística que fez de tudo para que os
números se tornassem realidade para mim.*

Esse trabalho só foi possível graças ao apoio de um grupo de pessoas às quais sou profundamente grata e cujos nomes faço questão de registrar aqui, lembrando que “amigos não se faz, reconhece-se...”

Ao Arquiteto Izalberto, que me forneceu o mapa do município e diversos contatos para a obtenção de dados na PMS.

A Marcilei e ao Claudio, funcionários do IBGE de Sorocaba, que também me forneceram dados do município, com tanta gentileza.

Ao Dr. José Manoel, incansável fonte de dados e contatos, pela dedicação, pela competência, pela atenção e pela seriedade com que trabalha em silêncio, analisando dados relativos à assistência à saúde das pessoas de Sorocaba.

Ao João Gali, do SAAE que, sem me conhecer, simplesmente forneceu em um dia a planilha de endereços de residências do município, com a maior gentileza.

Aos Drs. Luis Augusto Seabra Rios, Homero Bruschini, Carlos Arturo Levi D’Ancona, Valter Honji, Claudio Teloken, Paulo Palma, Fernando Almeida, Flavio Trigo Rocha, Kennedy Carneiro, Adauri Bueno de Camargo, Mikel Gray (EUA), Betsy Nielsen-Omeis (EUA), Christine Norton (Reino Unido) que, de formas diferentes, me possibilitaram a “caminhada sobre os ombros de gigantes”.

Ao Prof. Dr. Luiz F. Sampaio Neto, parceiro de pesquisa e de trabalho que, com seus conhecimentos e competência patrocinou um “up-grade” na discussão.

As amigas da confraria gastronômica “Dona Confra”, pelos momentos de degustação, alegria e descontração, que temos passado junto, nos nossos jantares memoráveis. Sem esses momentos, teria sido muito difícil relaxar e prosseguir meu trabalho.

As amigas da EEUSP Dras. Miako Kimura, Eliane Chaves, Renata Takahashi, Magda Rezende, Kátia Padilha e Kazuko Graziano pelas constantes dicas e pelo estímulo.

Aos pesquisadores em qualidade de vida Drs. Jordi Alonso Caballero e Montserrat Ferrér Fores, de Barcelona, pela presteza com que aceitaram o convite para a composição da banca examinadora.

A Silvana, locomotiva da Pós-Graduação da EEUSP que, com seu trabalho diferenciado e seu sorriso contagiante, muitas vezes me tirou do limbo.

As doutorandas Karine Leão e Dálete Motta, pela ajuda no uso e entendimento do programa SPSS for Windows.

A todas as amigas estomaterapeutas e PGETs que me acompanharam nessa caminhada, perto ou distante, mas que certamente tornaram meus dias melhores.

As amigas Meg, Tânia Lima, Claudia Rabello, Miriam, Sônia Dantas, Eliana Duek, Maria Helena Baena, Beatriz Yamada, Leila Blanes e Roseli Mota (fiel escudeira), pelo suporte nas horas mais inusitadas.

A diretoria e todos os colegas de trabalho do CCMB da PUC/SP, do Ambulatório do CHS e da clínica, que nunca se cansaram de ouvir “quando o doutorado acabar...”

Aos meus alunos dos cursos de graduação em Medicina e Enfermagem da PUC/SP, por serem uma constante fonte de aprendizado, energia e juventude da qual me alimento em cada dia de trabalho.

AGRADECIMENTO ESPECIAL

Ao Eduardo, meu querido, que me acrescentou amor, vida e alegria nesses últimos tempos tão difíceis. Ah, e também digitou os dados em várias tabelas, além de “segurar a onda” da administração da casa, o que não foi nada fácil... SLOQEAV!

Ao meu filhote Edson, pelas horas roubadas de sua infância, nas quais nunca entendia que trabalho é esse, que me fazia estar tão distante e alheia às suas necessidades.

Ao Claudio, meu amigo encantado e “pai perfeito” de minhas filhas, que me acompanhou na batalha e que eu faço questão de ter sempre por perto.

Ao Diego, meu genro- filho e à Gabi, minha filhota mais recente (que ajudaram a digitar dados em tabelas e organizar as referências bibliográficas), por tornarem a nossa casa tão mais feliz e acolhedora.

A Eutália, a super estatística da EEUSP que, com sua dedicação e seu trabalho maravilhoso permitiu que chegássemos até aqui. Foram muitas horas de abdicação de sua vida pessoal e, com isso a nossa amizade, ao ser analisada com as variáveis “tempo de convivência” e o “enfrentamento de dificuldades” apresentou associação estatística significativa e positiva...!

A Fatima, minha irmã de coração, que tem tudo a ver com os dias vividos, as risadas e as lágrimas que os cercaram. Sem ela, seria muito difícil prosseguir.

A Márcia, minha terapeuta, por me lembrar sempre de “cantar a minha canção”.

A Cristina, bibliotecária do CCMB-PUC/SP, uma amiga excepcional, sem a qual a minha produção científica até hoje não teria sido possível: há 10 anos ela me socorre, e rápido, nos momentos de angústia por falta de conhecimento, buscando as bibliografias solicitadas com a maior competência.

A Carolina, a Carol, que coordenou o grupo de coletadores de dados e a implantação dos mesmos no SPSS. Simplesmente desabrochou como profissional e colaboradora, e eu também saí ganhando.... sem ela, nada de banco de dados!!!

As coletadoras de dados e estagiárias do Ambulatório de Reabilitação do CHS que, com competência e seriedade trabalharam incansavelmente nas visitas domiciliares.

A Evelyn, Andressa e Fernanda Negri, enfermeiras e salvadoras da pátria, nos momentos críticos de coleta e análise de dados e nas ausências minhas nas atividades profissionais.

Ao Carlos A José, por acreditar em meu trabalho, investir em meu projeto e conseguir os recursos necessários para a sua execução, junto da Allergan .

E “last but not least”, às mulheres entrevistadas, meu carinho e minha gratidão, por se mostrarem tão receptivas com desconhecidos que batiam à sua porta. Assumo aqui o compromisso de dar continuidade a esse estudo com um trabalho que possa minimizar seu silencioso sofrimento no convívio com a bexiga hiperativa.

*“Para ser grande, sê inteiro:
nada teu exagera ou exclui.
Sê todo em cada coisa.*

*Põe quanto és
no mínimo que fazes.*

*Assim, em cada lago a lua toda brilha,
porque alta vive.”*

Fernando Pessoa

Azevedo GR. Qualidade de vida de mulheres com bexiga hiperativa em Sorocaba [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2008.

RESUMO

Trata-se de estudo quantitativo, do tipo descritivo e exploratório, de corte transversal, em que se utilizou inquérito populacional domiciliar, que teve por objetivo analisar a qualidade de vida de mulheres com bexiga hiperativa no município de Sorocaba/SP, verificar as correlações existentes entre os escores de QV e algumas variáveis sócio-demográficas e clínicas da amostra, além de verificar as correlações existentes entre os escores de QV e a Escala de Sintomas do KHQ. Foi utilizado um questionário sócio-demográfico e clínico e o questionário específico de QV King's Health Questionnaire (KHQ), sendo que o estudo foi aprovado previamente pelo Comitê de Ética da PUC/SP. A população do estudo foi constituída por 334 mulheres das quais foram selecionadas para a amostra as 33 que apresentaram os sintomas caracterizadores de bexiga hiperativa (BH) e que possibilitaram uma estimativa da prevalência da mesma para o município. As entrevistas foram realizadas nos domicílios das mulheres e o banco de dados implantado com o uso do software SPSS versão 13.0 foi submetido às análises estatísticas através da análise de regressão linear categórica pelo método CATREG (Categorical Regression with Optimal Scaling), tendo sido realizadas por meio dos programas estatísticos *GENSTAT for Windows versão 8*, *Sudaan 7.5* e *NCSS 2007*. Foram avaliadas as correlações não paramétricas entre os dados sócio-demográficos e clínicos e os domínios do KHQ pelo Coeficiente de postos de Spearman e foram avaliadas as significâncias do qui-quadrado do Teste de Hosmer-Lemeshow que variaram de 0,384 a 0,85; indicando bom ajuste dos modelos, que foi a forma escolhida para a organização das variáveis para a análise. O teste da razão de verossimilhança mostrou que a contribuição de cada variável nos modelos ajustados foi significativa ($p < 0,05$).

A presença ou não de multicolinearidade (alta correlação entre as variáveis independentes) foi testada em cada modelo. O nível de significância adotado foi de 5% e as estatísticas com p descritivo $\leq 0,05$ foram consideradas significantes. As propriedades psicométricas do KHQ foram dadas pelo Alpha de Cronbach (LAVD=0,76; LF=0,42; LS=0,82; RP=0,98; AE=0,90; SD=0,83 e MG=0,80). Os sintomas considerados, em ordem de importância foram frequência diurna, frequência noturna, urge-incontinência e urgência, sendo que o teste de Nagelkerke mostrou que essas características explicam 72% da variação da ocorrência de BH. Os domínios do KHQ com maiores escores médios foram II (49,49); SD (45,95); LAVD (40,40) e PGS (40,15). As variáveis referentes aos sintomas específicos de BH, "frequência diurna aumentada", "urgência" e "urge-incontinência", tiveram uma associação positiva e significativa com todos os domínios do KHQ, com destaque para II ($R^2 = 0,631$), sendo que a UI foi a mais importante. A presença de diabetes mellitus, hipertensão, neuropatias, infecções do trato urinário, dores, climatério, idade mais avançada, constipação intestinal, cirurgias pélvicas prévias, paridade aumentada, pouca atividade sexual e pouca libido e o uso de bebidas alcoólicas, pimenta e cafeína estão estatisticamente relacionadas com a BH. O estudo concluiu que a BH contribui para uma piora significativa na qualidade de vida específica das mulheres de Sorocaba por ela acometidas.

Palavras-chave: Qualidade de vida. Incontinência urinária. Bexiga hiperativa. Questionário de Qualidade de Vida King's Health.

Azevedo GR. Quality of life of women with overactive bladder in Sorocaba. [tesis]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2008.

ABSTRACT

This study aims to analyze the quality of life (QoL) of the women with Overactive Bladder (OAB) according the ICS definition, verify the correlations between the Qol scores and the social, demographics and clinical characteristics of the sample, and verify the correlations between the KHQ scores and the symptoms scale. It was approved by the Ethical Committee and investigated 334 women in the female population that filled out a social, demographic and clinical questionnaire and the King's Health Questionnaire (KHQ), a specific health related questionnaire to evaluate QOL and symptoms of women with urinary incontinence and OAB. Women with evaluable data were included (33) in this study and it were possible to assess the prevalence of OAB in the city. The interview were made at the women's home and the data was organized with the software SPSS version 13.0 and analysed with the Categorical Regression with Optimal Scaling (CATREG) by the statistical programs *GENSTAT for Windows versão 8*, *Sudaan 7.5* e *NCSS 2007*. It was evaluated the non parametric correlations between the KHQ domains and the social, demographic and clinical data by the Spearman Rank Correlation, the significances of the Qui-square of the Hosmer-Lemeshow Test ranging from 0,384-0,85 with a good adjustment of the models. The test shows that the contribution of any variables was significant ($p < 0,05$). The psychometric properties were tested using the Cronbach's Alpha Coefficient (RL=0,76; PL=0,42; SL=0,82; PR=0,98; E=0,90; SE=0,83 e SM=0,80). The symptoms considered was diurnal urinary frequency, nocturnal frequency, urinary urge incontinence and urgency in this important sequence and the NagelKerk test shows that this characteristics explains 72% of the occurrence ranging of OAB. The KHQ domains with the high scores were UII (49,49), SE (45,95); RL (40,40) and GHP (40,15). The symptoms diurnal frequency, urgency, and urinary urge incontinence had a positive and significant association with the KHQ domains and the urinary urge incontinence was the best one ($R^2 = 0,631$). Diabetes mellitus, high blood pressure, neurological problems, urinary tract infections, pain, perimenopausal symptoms, high age, constipation, pelvic surgery, many deliveries, few sexual relationships, few libido, alcoholic beverages, pepper and caffeine were statistical related with the OAB. The authors concluded that the OAB improves a significant worst in the women's HRQoL.

Keywords: Quality of life. Urinary incontinence. Overactive bladder. King's Health Questionnaire.

LISTA DE TABELAS E FIGURAS

Figura 1	Violin plot para o domínio do KHQ LAVD	51
Figura 2	Violin plot para o domínio do KHQ LF	52
Figura 3	Violin plot para o domínio do KHQ LS	52
Figura 4	Violin plot para o domínio do KHQ RP	53
Figura 5	Violin plot para o domínio do KHQ AE	53
Figura 6	Violin plot para o domínio do KHQ SD	54
Figura 7	Violin plot para o domínio do KHQ MG	54
Tabela 1	Prevalências de Bexiga Hiperativa na população feminina segundo a faixa etária	25
Tabela 2	Prevalência de Bexiga Hiperativa na população feminina segundo o tipo	26
Tabela 3	Análise de confiabilidade dos domínios do KHQ	31
Tabela 4	Correlação entre cada um dos domínios do KHQ e os domínios PGS e II	32
Tabela 5	Distribuição da amostra segundo características sócio-demográficas, antropométricas e comportamentais	43
Tabela 6	Características clínicas de mulheres com BH em Sorocaba	45
Tabela 7	Distribuição de sintomas de BH para mulheres em Sorocaba	48
Tabela 8	Distribuição de sintomas para a amostra de 33 mulheres com BH	49
Tabela 9	Escore médios, desvio-padrão, valores mínimos e máximos para os domínios do KHQ	50
Tabela 10	Correlações entre os domínios do KHQ e sua escala de sintomas	55
Tabela 11	Correlações entre os domínios do KHQ e os sintomas do questionário de dados clínicos	55
Tabela 12	Regressão categórica <i>stepwise</i> para os sintomas gerais de BH e o domínio PGS	56
Tabela 13	Regressão categórica <i>stepwise</i> para os sintomas específicos de BH e o domínio PGS	57
Tabela 14	Regressão categórica <i>stepwise</i> para os sintomas gerais de BH e o domínio II	58
Tabela 15	Regressão categórica <i>stepwise</i> para os sintomas específicos de BH e o domínio II	58
Tabela 16	Regressão categórica <i>stepwise</i> para os sintomas gerais de BH e o domínio LAVD	60
Tabela 17	Regressão categórica <i>stepwise</i> para os sintomas específicos de BH e o domínio LAVD	60
Tabela 18	Regressão categórica <i>stepwise</i> para os sintomas gerais de BH e o domínio LF	61
Tabela 19	Regressão categórica <i>stepwise</i> para os sintomas específicos de BH e o domínio LF	62
Tabela 20	Regressão categórica <i>stepwise</i> para os sintomas gerais de BH e o domínio LS	63
Tabela 21	Regressão categórica <i>stepwise</i> para os sintomas específicos de BH e o domínio LS	63
Tabela 22	Regressão categórica <i>stepwise</i> para os sintomas gerais de BH e o domínio RP	64
Tabela 23	Regressão categórica <i>stepwise</i> para os sintomas específicos de BH e o domínio RP	65
Tabela 24	Regressão categórica <i>stepwise</i> para os sintomas gerais de BH e o domínio AE	66
Tabela 25	Regressão categórica <i>stepwise</i> para os sintomas específicos de BH e o domínio AE	66
Tabela 26	Regressão categórica <i>stepwise</i> para os sintomas gerais de BH e o domínio SD	67
Tabela 27	Regressão categórica <i>stepwise</i> para os sintomas específicos de BH e o domínio SD	68
Tabela 28	Regressão categórica <i>stepwise</i> para os sintomas gerais de BH e o domínio MG	69
Tabela 29	Regressão categórica <i>stepwise</i> para os sintomas específicos de BH e o domínio MG	69

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

Figura 1	Violin plot para o domínio do KHQ LAVD	51
Figura 2	Violin plot para o domínio do KHQ LF	52
Figura 3	Violin plot para o domínio do KHQ LS	52
Figura 4	Violin plot para o domínio do KHQ RP	53
Figura 5	Violin plot para o domínio do KHQ AE	53
Figura 6	Violin plot para o domínio do KHQ SD	54
Figura 7	Violin plot para o domínio do KHQ MG	54
Tabela 1	Prevalências de Bexiga Hiperativa na população feminina segundo a faixa etária	25
Tabela 2	Prevalência de Bexiga Hiperativa na população feminina segundo o tipo	26
Tabela 3	Análise de confiabilidade dos domínios do KHQ	31
Tabela 4	Correlação entre cada um dos domínios do KHQ e os domínios PGS e II	32
Tabela 5	Distribuição da amostra segundo características sócio-demográficas, antropométricas e comportamentais	43
Tabela 6	Características clínicas de mulheres com BH em Sorocaba	45
Tabela 7	Distribuição de sintomas de BH para mulheres em Sorocaba	48
Tabela 8	Distribuição de sintomas para a amostra de 33 mulheres com BH	49
Tabela 9	Escore médios, desvio-padrão, valores mínimos e máximos para os domínios do KHQ	50
Tabela 10	Correlações entre os domínios do KHQ e sua escala de sintomas	55
Tabela 11	Correlações entre os domínios do KHQ e os sintomas do questionário de dados clínicos	55
Tabela 12	Regressão categórica <i>stepwise</i> para os sintomas gerais de BH e o domínio PGS	56
Tabela 13	Regressão categórica <i>stepwise</i> para os sintomas específicos de BH e o domínio PGS	57
Tabela 14	Regressão categórica <i>stepwise</i> para os sintomas gerais de BH e o domínio II	58
Tabela 15	Regressão categórica <i>stepwise</i> para os sintomas específicos de BH e o domínio II	58
Tabela 16	Regressão categórica <i>stepwise</i> para os sintomas gerais de BH e o domínio LAVD	60
Tabela 17	Regressão categórica <i>stepwise</i> para os sintomas específicos de BH e o domínio LAVD	60
Tabela 18	Regressão categórica <i>stepwise</i> para os sintomas gerais de BH e o domínio LF	61
Tabela 19	Regressão categórica <i>stepwise</i> para os sintomas específicos de BH e o domínio LF	62
Tabela 20	Regressão categórica <i>stepwise</i> para os sintomas gerais de BH e o domínio LS	63
Tabela 21	Regressão categórica <i>stepwise</i> para os sintomas específicos de BH e o domínio LS	63
Tabela 22	Regressão categórica <i>stepwise</i> para os sintomas gerais de BH e o domínio RP	64
Tabela 23	Regressão categórica <i>stepwise</i> para os sintomas específicos de BH e o domínio RP	65
Tabela 24	Regressão categórica <i>stepwise</i> para os sintomas gerais de BH e o domínio AE	66
Tabela 25	Regressão categórica <i>stepwise</i> para os sintomas específicos de BH e o domínio AE	66
Tabela 26	Regressão categórica <i>stepwise</i> para os sintomas gerais de BH e o domínio SD	67
Tabela 27	Regressão categórica <i>stepwise</i> para os sintomas específicos de BH e o domínio SD	68
Tabela 28	Regressão categórica <i>stepwise</i> para os sintomas gerais de BH e o domínio MG	69
Tabela 29	Regressão categórica <i>stepwise</i> para os sintomas específicos de BH e o domínio MG	69

SUMÁRIO

	Resumo	
	Abstract	
	Lista de Tabelas e Figuras	
	Lista de Abreviaturas e Siglas	
1	Introdução e Justificativa	2
1.1	Interesse pelo tema e justificativa da pesquisa	2
2	Revisão bibliográfica	6
2.1	Hiperatividade detrusora idiopática	7
2.2	Qualidade de vida: conceito e medidas	10
2.3	Qualidade de Vida e Bexiga hiperativa	13
3	Questões de Pesquisa	17
4	Hipóteses	19
5	Objetivos	21
5.1	Objetivo geral	21
5.2	Objetivos específicos	21
6	Método	23
6.1	Tipo de estudo	23
6.2	Local do estudo	23
6.3	Procedimentos éticos	23
6.4	População	24
6.5	Amostra	24
6.5.1	Cálculo da amostra	24
6.6	Procedimentos para a coleta de dados	27
6.7	Instrumentos para a coleta de dados	29
6.7.1	Questionário de dados sócio demográficos e clínicos	29
6.7.2	Questionário de qualidade de vida KHQ	29
6.8	Análise dos dados	32
6.8.1	Dados sócio-demográficos e clínicos das mulheres entrevistadas para a seleção da amostra	33
6.8.2	Associação entre BH e fatores potencialmente importantes	33
6.8.3	Dados sócio-demográficos e clínicos das mulheres com BH	34
6.8.4	Análise dos escores de QV	35
7	Resultados	42
7.1	Caracterização demográfica e clínica da amostra	42
7.2	Qualidade de vida	50
8	Discussão	72
9	Conclusões	84
10	Considerações finais	87

11	Referências	89
	Apêndices	103
	Anexos	109

1 INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

1 INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

1.1 INTERESSE PELO TEMA E JUSTIFICATIVA DA PESQUISA

Desde 1996, incluindo-se os trabalhos científicos realizados durante o mestrado, venho desenvolvendo a consulta ambulatorial de Enfermagem no Serviço de Reabilitação do Conjunto Hospitalar de Sorocaba, voltada para clientes com lesão medular, com vistas à reeducação vésico-intestinal, à manutenção da integridade da pele, à retomada da atividade sexual e à prevenção de deformidades. Essas atividades, inicialmente restritas às pessoas com deficiências físicas, pela própria característica do serviço, foram se estendendo para pessoas com feridas e incontinências anal e urinária de etiologias diversas tanto por interesse pessoal como por se tratar de um hospital geral da rede estadual, que funciona como referência para 62 municípios.

Atualmente, a equipe de reabilitação conta com o suporte de médico ginecologista, urologista e fisiatra, enfermeira especialista em estomaterapia e doze voluntárias do curso de graduação em Enfermagem, atendendo pessoas que sofrem de perdas urinárias, e que procuram o serviço na expectativa de poderem retomar suas atividades em condições mais favoráveis. Além disso, em minha clínica privada, recebo pessoas encaminhadas por médicos diversos para a realização de cuidados especializados para pessoas com estomas, feridas e incontinências anal e urinária, envolvendo principalmente o tratamento de doenças urológicas diversas.

Em função de minha atuação nos dois serviços especializados, meu aprofundamento nos estudos relacionados ao tema das incontinências e o contato cada vez mais intenso com os pacientes incontinentes, deparei-me com as dificuldades e aflições típicas das pessoas nessa condição, como a queixa de piora da qualidade de vida, o sentimento de vergonha pelas inusitadas perdas de urina em público, o grande impacto dos sintomas relacionados, o abandono de atividades profissionais, de lazer e o conseqüente isolamento social. É também freqüente a verbalização da necessidade da equipe de enfermagem na obtenção de instrumentos

que possibilitem o entendimento e as possíveis intervenções no processo de reabilitação dessas pessoas.

Essas considerações impulsionaram-me para a busca de estudos específicos que respondessem aos questionamentos acerca dos fatores responsáveis pelo evidente impacto na qualidade de vida das pessoas com incontinências, ao longo dessa prática.

Genericamente denominada de Incontinência Urinária (IU) e entendida como “a queixa de qualquer perda (involuntária) de urina”, pelo consenso da Sociedade Internacional de Continência^(Abrams, Cardozo, Khoury, Wein, 2005; Abrams et al, 2003), a IU apresenta aspectos fisiopatológicos, sociais, psicológicos e econômicos que devem ser sempre avaliados em seu conjunto.

Alguns autores internacionais citam que a prevalência de IU no mundo oscila de 3 a 40%, variando em relação à idade e ao sexo^(Bretonez Alcaraz, Del Pino y Pino, García Vilchez, Fajardo Cabrerizo, 1997; Simeonova, Milsom, Kullendorff, Molander, Begtsson, 1999; Palmer, Fitzgerald, Berry, Hart, 1999; Samuelsson, 2000).

No desenvolvimento de pesquisas relacionadas à etiopatogenia e ao tratamento da perda urinária, vários foram os termos utilizados para caracterizar os diversos quadros clínicos possíveis, o que redundou no desenvolvimento de uma classificação baseada em sintomas e que compreendia a incontinência total, de urgência, de esforço, por transbordamento e funcional^(Abrams, Blaivas, Stanton, Andersen, 1988; ICS, 1991; Blaivas et al, 1997). Em recente revisão realizada por um Comitê da *Urodynamic Society*, aceita pela *American Urologic Association* e referendada pela *International Continence Society* (ICS), estabeleceu-se a terminologia IU para descrever tanto um sintoma, um sinal ou uma condição, padronizando-se a seguinte classificação, também revista e internacionalmente aceita: urge-incontinência, incontinência urinária mista, incontinência extra-uretral, hiperatividade detrusora diopática ou bexiga hiperativa, hiperatividade detrusora neurogênica, incontinência urinária contínua e incontinência urinária de esforço^(Abrams et al, 2003; Abrams, Cardozo, Khoury, Wein, 2005).

Inúmeras publicações^(Newman, Lynch, Smith, Cell, 1991; Burgio, Matthews, Engel, 1991; Engberg et al, 1995; Chiverton et al, 1996; Fasing, 1996; Sakuramoto, 1996; Kelleher, Cardozo, Khullar, Salvatore, 1997; Jahn, 1997; Becerra Conejera, Cerda Jiménez, Pinilla Morales, 1999; Du Beau, Kiely, Resnick, 1999; Badia Llach, Castro Díaz, Conejero Sugrañes, 2000; Dugan et al, 2000; Kelleher, 2000; Ferolla, 2001; Blanes, Pinto, Santos, 2001; Azevedo et al, 2001, 2002; Tamanini et al, 2004; Gray, 2005; Fonseca et al, 2005; Pasquini et al, 2006) têm ratificado nossas percepções, oriundas da prática clínica, acerca do impacto das perdas involuntárias de urina sobre

os hábitos de vida das pessoas, como as restrições nas atividades sexuais, esportivas e recreativas e as dificuldades em estabelecer novos relacionamentos e manter adequadamente os antigos, condições que impõem, muitas vezes, o isolamento social que provoca ou agrava sentimentos de depressão, frustração, marginalização, ansiedade, aborrecimento e perda da auto-estima. A perda urinária é, portanto, uma condição que gera importantes modificações que comprometem a qualidade de vida das pessoas por ela acometidas, de maneira transitória ou permanente.

Um recente estudo qualitativo realizado com mulheres chinesas, em que se utilizou a Fenomenologia como referencial teórico, documentou o impacto negativo da perda urinária manifesto por meio da auto censura, do isolamento emocional, do embaraço, das limitações para a atividade física e do desejo de tratamento^(Komorowski, Chen; 2006).

Outros autores^(Meade-D'Alisera et al, 2001) observaram que os sintomas depressivos eram mais comuns em mulheres que tinham perda urinária, independente da idade ou estado conjugal. Além disso, mulheres incontinentes com sintomas depressivos tinham uma libido menor do que aquelas continentas. Esses achados enfatizam o impacto da perda urinária como componente das alterações no estilo de vida e na imagem corporal. Apesar da ansiedade não ter sido estudada na amostra, o que mereceria novo estudo, os autores concluíram que a depressão poderia ser a causa da perda urinária, diretamente relacionada a mudanças mediadas pela serotonina no sistema neurológico.

Nesse aspecto, alguns outros autores^(Zorn et al, 1999) constataram forte associação entre depressão e bexiga hiperativa, provavelmente devido à alteração da serotonina, o que pode explicar a eficácia dos antidepressivos serotoninérgicos no seu tratamento.

Em um estudo nacional^(Blanes, Pinto, Santos, 2001), com 400 pessoas acima de 55 anos, realizado em São Paulo, as autoras avaliaram e destacaram a desinformação e as atitudes negativas observadas em relação à perda urinária.

Dentre os tipos de perda urinária, parece que a perda involuntária de urina por bexiga hiperativa apresenta-se como a mais impactante, pela característica de sua instalação e pela marcada inconveniência de seus sintomas.

O grande vácuo na pesquisa de qualidade de vida de mulheres com sintomas de bexiga hiperativa, claramente evidenciado nas revisões bibliográficas nacionais, constitui o pano de fundo para a realização deste estudo.

Ao se proporem reflexões acerca do papel exercido pelos fatores sócio-demográficos e clínicos sobre a qualidade de vida do grupo social de pessoas com essa condição, espera-se também indicar alguns ajustes necessários para que o cuidado de enfermagem possa ser feito com melhor qualidade e resultados mais positivos.

2 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

2 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

2.1 A INCONTINÊNCIA URINÁRIA POR HIPERATIVIDADE DETRUSORA: BEXIGA HIPERATIVA

A bexiga hiperativa (BH) é caracterizada por **urgência e usualmente acompanhada de aumento da frequência urinária diurna, noctúria e, algumas vezes, de urge-incontinência** (Abrams, Cardozo, Khoury, Wein, 2005). A urgência é a necessidade imperiosa de urinar imediatamente após a percepção do desejo miccional. A urge-incontinência é a perda de urina seguida da urgência, antes que a pessoa consiga dirigir-se a um local adequado para urinar. O aumento da frequência urinária diurna é definido como mais de oito micções ao dia, enquanto a noctúria refere-se a mais de duas micções durante a noite (Abrams et al, 2003; Abrams, Cardozo, Khoury, Wein, 2005).

A BH já foi denominada micção automática (Young, Davis, 1926), dissinergia detrusora (Hodgkinson et al, 1963), hiperreflexia detrusora, instabilidade detrusora (Fall, Ohlsson, Carlsson, 1989) e bexiga hiperativa (ICS, 1991; D'Ancona, Netto Jr, 2001; Abrams et al, 2003; Abrams, Cardozo, Khoury, Wein, 2005). A evolução do termo é importante porque reflete o crescente reconhecimento da síndrome e os critérios diagnósticos necessários, apontando para as alternativas apropriadas de tratamento já estudadas (Gray, 2005). Para fins de discriminação, já que em alguns casos não se evidencia a perda urinária, utiliza-se na prática clínica os termos BH seca para aquelas pessoas que não têm urge-incontinência e BH molhada para as que têm episódios de urgência seguidos de perda urinária (Zhang et al, 2006).

Quanto à fisiopatologia da BH, observa-se a presença de contrações involuntárias e não-inibidas do músculo detrusor, durante a fase de enchimento vesical, que provocam a sensação súbita de urgência miccional e, em geral, desencadeiam a abertura do esfíncter uretral, ocasionando a perda urinária, com baixo volume vesical (Gray, 2005; Abrams, Cardozo, Khoury, Wein, 2005). A sua etiologia é bastante complexa e ainda não há consenso para as causas específicas de seu aparecimento,

sendo que é fortemente associada a dois achados incomuns: a hiperatividade detrusora e o aumento da sensibilidade vesical, comumente referida como urgência sensorial. Algumas lesões neurológicas como a lesão medular, os acidentes vasculares cerebrais, o diabetes mellitus, diversas lesões do sistema nervoso central, o mal de Parkinson, a esclerose múltipla, a Doença de Alzheimer, entre outras, levam à hiperatividade detrusora neurogênica, na denominação atual (Abrams et al, 2003; Abrams, Cardozo, Khoury, Wein, 2005; Gray, 2005).

Outra causa relacionada à BH é a obstrução vesical crônica associada à hiperplasia prostática benigna, à válvula de uretra posterior ou às disfunções do colo vesical. Alguns pesquisadores relacionam suas causas também a diferenças funcionais e estruturais nas células do músculo detrusor, em seus mecanismos de atividade mecânica espontânea, creditando o seu surgimento aos fatores miogênicos (Brading, 1997). A obesidade, o fumo e o consumo de bebidas carbonatadas e depressão constituem outros fatores que ainda estão sendo estudados como associados a BH (Brading, 1997; Dallosso et al, 2003; Zorn et al; Meade-D'Alisera et al, 2001). Os consumos de álcool e cafeína, tidos como fatores associados à BH, ainda têm sido questionados para o risco de desenvolvimento da síndrome (Brading, 1997).

De acordo com um estudo realizado em 2001 (Modroño Freire et al, 2004), a perda urinária afeta aproximadamente dois milhões de espanhóis, compreendendo 3,2% do total de gastos com medicamentos, que foram de 210 milhões de euros naquele ano. Em amostra de 1000 mulheres de 18 a 65 anos, os autores obtiveram prevalência de 20%, na qual incluíam-se **17,5%** de mulheres com BH.

Outro estudo internacional de grande porte, o Epidemiology of Incontinence in the County of Nord-Trøndelag – EPINCONT (Hannestad et al, 2000), realizado com amostra de 27.936 mulheres na Noruega, entre 1995 e 1997, constatou perda urinária moderada ou grave em 57% delas. **Onze por cento** dessas mulheres apresentavam BH, sendo relatada como a mais desconfortável.

A epidemiologia específica da BH é baseada nos resultados de quatro grandes estudos internacionais de prevalência: The Natural History of the Overactive Bladder – NOBLE Program Research Team (Stewart et al, 2003), com uma população de 5204 adultos nos Estados Unidos, que constatou prevalência de BH com perda urinária em **9,6%** das mulheres até 18 anos, com um aumento de menos de 5% no grupo de 18-44 anos e de **19%** no grupo de acima de 65 anos.

O trabalho de Milsom et al ⁽²⁰⁰¹⁾ - feito com uma população de 16.766 pessoas, em seis países da Europa - e uma outra pesquisa realizada em Viena com 1199 homens e 1219 mulheres ^(Temml, Heidler, Ponholzer, 2005) apontam prevalências para BH de **14% e 16,8%** respectivamente.

O EPIC study ^(Milsom et al, 2006), realizado em cinco países com 19.165 pessoas acima de 18 anos, apontou prevalências de **11,8%** em pessoas com idade igual ou acima de 18 anos e de **13,9%** para pessoas acima de 40 anos. Aproximadamente 37% do total de pessoas atingidas têm urge-incontinência, que predomina entre as mulheres.

Estima-se que cerca de 17 milhões de norte-americanos são afetados pela BH, entretanto é difícil precisar a sua prevalência devido a poucos estudos que avaliam os sintomas de urgência e frequência urinária aumentadas, com ou sem urge-incontinência ^(Abrams, Kelleher, Kerr, Rogers, 2000). No entanto, os custos dos tratamentos das perdas urinárias e da bexiga hiperativa naquele país foram estimados em U\$ 19,5 bilhões e U\$ 12,6 bilhões; respectivamente ^(Hu et al, 2004).

Estudos recentes apontam que a urgência, com ou sem urge-incontinência, é duas vezes maior do que a urge-incontinência isolada ^(Abrams, Cardozo, Khoury, Wein; 2005).

Poucos estudos epidemiológicos nacionais, publicados sobre a prevalência de perda urinária, incluíram dados sobre a BH. A pesquisa de Carneiro et al ⁽²⁰⁰³⁾, realizada com 1042 mulheres acima de 15 anos em Vassouras/RJ, apontou prevalência global de **15,7%** de perda urinária, com aumento significativo relacionado à idade, sendo **38,6%** dessas por urge-incontinência. O segundo estudo ^(Teloken et al, 2006), realizado com 848 pessoas de 15 a 55 anos, em Porto Alegre/RS, apontou BH em **18,9%** dos entrevistados, sendo as mulheres mais afetadas do que homens e igualmente afetados entre mesmos grupos etários. Um terceiro estudo nacional ^(Thiel et al, 2006), realizado na cidade de Campinas com 30 pacientes com idade média de 43 anos, apontou prevalência de **15%** de BH.

O tratamento proposto para a BH constitui-se da indicação inicial de terapia conservadora, por meio de eletroestimulação, *biofeedback*, cinesioterapia e mudança comportamental seguidos do uso de diversas opções de fármacos inibidores das contrações involuntárias do detrusor, todos ainda com alguns efeitos colaterais significativos. Aplicação vesical de toxina botulínica - terapia invasiva que deve ser repetida temporariamente - e as práticas descritas dentro da reeducação vesical, tais

como treino vesical (D'Ancona, Netto Jr, 2001; Abrams et al, 2003; Abrams, Cardozo, Khoury, Wein, 2005), também estão incluídas nos procedimentos terapêuticos.

2.2 CONTEXTUALIZANDO A QUALIDADE DE VIDA: CONCEITO E MEDIDAS

A Qualidade de Vida (QV) é um tema recorrente em investigações de inúmeras áreas do conhecimento humano, em especial da saúde e é considerada como um dos termos mais interdisciplinares da atualidade (Farquhar, 1995).

No setor da saúde, a QV foi introduzida a partir dos anos 70 (Paschoal, 2000; Yamada, Santos, 2006) e, gradualmente, as pesquisas foram ampliando-se, sendo a reumatologia, a oncologia e a psiquiatria as primeiras disciplinas a realizarem ensaios clínicos sobre o tema. As conclusões dessas pesquisas revelaram que o prolongamento da vida, obtido pelo avanço tecnológico e científico, não é pressuposto para se alcançar uma "boa vida" (Farquhar, 1995), sendo necessário, portanto, que a cura ou melhoria do estado doentio possa, de fato, repercutir positivamente em todos os componentes da vida (Farquhar, 1995; Yamada, Santos, 2006).

A respeito do conceito de QV, embora tenha havido verdadeira explosão no desenvolvimento quantitativo de estudos, não existe um consenso a esse respeito, ou seja, ele não é único e tampouco suficientemente abrangente (Yamada, 2001; Yamada, Santos, 2006). Esse fato ocorre porque a QV é determinada pela subjetividade e envolve todos os componentes da condição humana, quer sejam físicos, psicológicos, sociais, culturais e espirituais, os quais lhe conferem características de multidimensionalidade e polissemia (Ferrans, Powers, 1992; Leininger, 1994; Farquhar, 1995b; Martins, França, Kimura, 1996; Minayo, Hartz, Buss, 2000; Yamada, Santos, 2006), o mesmo ocorrendo com os conceitos de QV relacionada à saúde.

Desde que a expressão QV foi introduzida no setor da saúde, o número de instrumentos com o propósito de avaliar esse construto cresceu exponencialmente, principalmente nos Estados Unidos e na Europa. Esses instrumentos objetivam não somente fornecer dados quantitativos sobre a QV, mas também avaliar o resultado

das intervenções realizadas, especialmente nas doenças crônicas (Testa, Simonson, 1996; Fleck et al, 1999a,b; Santos, Kimura, 2000; Santos, Silva, 2003, Yamada, Santos, 2006), fornecendo melhores evidências científicas para aperfeiçoar a prática profissional e buscar excelência no cuidado e tratamento das pessoas afligidas pelos mais variados problemas de saúde (Yamada, Santos, 2006).

Alguns pesquisadores de excelência no tema (Alonso Caballero et al, 2007) afirmam que está claramente demonstrado que os juízos de valor dos médicos e dos pacientes diferem de maneira importante e, por isso, uma avaliação sistemática da qualidade de vida relacionada à saúde, na prática clínica, permitiria melhorar os critérios no tratamento de pacientes crônicos. Por outro lado, nos últimos anos, a avaliação dos resultados das intervenções em saúde passou a centrar-se nos pacientes, com relevância para os dados referentes à QV expressa por eles mesmos, assim como o grau de satisfação com o tratamento e as suas preferências na escolha das alternativas. Na última fase de desenvolvimento dos novos tratamentos, além de estudar aspectos relacionados com a eficácia, segurança e previsão de custos do novo fármaco, por exemplo, a indústria farmacêutica tem incluído as opiniões do paciente sobre o tratamento, relevantes para a sua aprovação junto aos organismos oficiais de controle bem como para a determinação de seu preço final. Sem dúvida, existem diferentes inconvenientes que impedem a utilização dessas medidas de avaliação na prática clínica (Alonso Caballero et al, 2007).

Um desses inconvenientes seria o fato de que as pontuações dos questionários de QV, que avaliam resultados em saúde, não são interpretáveis por si mesmas, demandando a intervenção de um especialista no tema e, muito embora existam alternativas para facilitar essa interpretação das pontuações, ainda deve-se levar em conta a falta de tempo dos profissionais de saúde, principalmente dos médicos, para explicar ao paciente como se responde ao instrumento, para implantar os dados em uma base de dados e para corrigi-lo.

Algumas dessas alternativas são o uso da população geral, considerando-a como população sadia, para se comparar com aqueles acometidos pela morbidade em estudo, ou o uso de grupos de pacientes que diferem em idade, sexo e nível sócio-econômico da população geral. Contudo, a utilização de grupos-controle ainda é o procedimento mais intuitivo para melhorar a interpretação dos questionários (Alonso Caballero et al, 2007).

Por outro lado, não existe procedimento concreto para avaliar as mudanças do paciente ao longo do tempo, além das provas estatísticas utilizadas habitualmente que são pouco conhecidas fora do grupo de especialistas. Por tudo isso, a interpretação das mudanças na pontuação do questionário é um tema de estudo sobre o qual não existe conhecimento concreto nem método específico que vá além das análises estatísticas. No entanto, como também já se sabe, o emprego desses testes é bastante questionável, dado o viés que o tamanho amostral pode acarretar (Alonso Caballero et al, 2007).

Como medidas objetivas de QV, os instrumentos podem ter características genéricas ou específicas. Os genéricos podem ser aplicados em pessoas saudáveis - como aqueles desenvolvidos pela Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-100 e WHOQOL-breve) (Fleck et al, 1999a,b), o Índice de Qualidade de Vida de Flanagan (Gonçalves, 1999) e o Índice de Qualidade de Vida de Ferrans e Powers (Kimura, 1999) - ou com qualquer tipo de doença. Os instrumentos específicos, por sua vez, são aqueles destinados à avaliação da QV em determinadas áreas - como o trabalho - ou para grupos de pessoas segundo a faixa etária - idoso ou criança. No caso da avaliação do impacto da saúde sobre a QV, seja para pessoas saudáveis seja para pessoas com doenças ou condições específicas, tem-se a qualidade de vida relacionada à saúde. Também para esta, os instrumentos podem ser genéricos - destinados à avaliação do perfil de saúde de pessoas doentes ou não (Medical Outcomes Short Form Health Survey, em suas várias versões (Ciconelli, 1997); o Sickness Impact Profile - SIP e o Nottingham Health Profile - NHP (Ferraz, 1998; Yamada, Santos, 2006). Quanto aos específicos visam à avaliação da QV em determinadas doenças ou problemas, como a IU, câncer, dor e outras (McDowell, Newell, 1996; Ferraz, 1998; Yamada, Santos, 2006). Esses instrumentos são de grande utilidade na avaliação de modalidades terapêuticas em ensaios clínicos ou para captar as mudanças ocorridas com o tratamento. Apresentam como grande desvantagem, porém, a possibilidade de serem extrapolados para diferentes doenças, dificultando a comparação entre elas (McDowell, Newell, 1996; Ferraz, 1998; Yamada, Santos, 2006).

Existem inúmeros instrumentos específicos para avaliação da QV de pessoas com perda urinária. No entanto, no Brasil, encontram-se adaptados e validados, o King's Health Questionnaire (Tamanini et al, 2003), o Overactive Bladder Questionnaire-Short Form (OABq-SF) (Palma et al, 2007), o Qualidade de Vida e Incontinência (I-QOL) (Almeida, Bruschini, Srougi, 2004) e o ICIQ-SF (Tamanini et al, 2004b).

Segundo os autores do King's Health Questionnaire, a QV relacionada à saúde das pessoas incontinentes é um construto multi-dimensional e subjetivo, que exige avaliação específica dos sintomas do trato urinário, das limitações físicas e dos aspectos sociais e psicológicos relacionados à perda urinária, bem como o uso de medidas de gravidade ^(Kelleher, Cardozo, Khullar, Salvatore, 1997).

Considerando-se que nenhum dos instrumentos traduzidos e validados em nosso idioma atende igualmente a todos os tipos de perda urinária; que o OABq-SF é forma reduzida do instrumento original e que o KHQ é recomendado pelo 3rd International Consultation on Incontinence ^(Abrams, Cardozo, Khoury, Wein; 2005), com o Nível A, optou-se por esse instrumento específico para utilização neste estudo. Ademais, o KHQ avalia o impacto da perda urinária e dos sintomas da BH sobre a qualidade de vida das mulheres por ela acometidas, clientela objeto deste estudo.

No desenvolvimento do KHQ junto a 287 mulheres com diversos tipos de IU, os autores ^(Kelleher, Cardozo, Khullar, Salvatore, 1997) verificaram que, embora a maioria tenha considerado sua saúde geral boa, muitas vezes os problemas urinários geraram impacto considerável sobre a QV, em todos os domínios e, principalmente, entre aquelas com BH.

Os estudos mais recentes relacionados ao uso do KHQ têm questionado a interpretação dos resultados de QV por meio das mínimas diferenças clínicas (MID), em avaliações prospectivas do uso de medicamentos específicos para tratar a BH, com interessantes colocações acerca dos valores mínimos a serem considerados. Os autores afirmam que variações mínimas de 5 pontos nos domínios devem ser consideradas como significativas ^(Kelleher et al, 2004; Wein, 2005).

2.3 QUALIDADE DE VIDA E BEXIGA HIPERATIVA

De maneira geral, a literatura sobre a QV de pacientes incontinentes refere-se muito mais a perdas urinárias gerais ou ao tipo mais estudado que é a IUE, tanto na literatura internacional ^(Kelleher, Cardozo, Khullar, Salvatore, 1997; Simeonova, 1999; Temml et al, 2000; Badia Llach, Castro Díaz, Conejero Sugrañes, 2000; Shaw, 2002; Espuña Pons, Puig Clota, 2006) como nacional ^(Jahn, 1997; Blanes, Pinto, Santos, 2001; Ferolla, Santos, 2001; Fonseca et al, 2005; Thiel et al 2006; Almeida, Bruschini, Srougi, 2006),

podendo incluir as pessoas com BH ^(Teloken et al, 2006). No entanto, ainda são poucas as publicações relacionadas especificamente à BH e alguns de seus resultados são apresentados a seguir.

Em estudo austríaco, realizado com 1199 homens e 1219 mulheres ^(Temml, Heidler, Ponholzer, 2005), os autores encontraram os piores escores de QV em mulheres com BH, principalmente na vida sexual (31%).

Outro estudo ^(Coyne et al, 2004), realizado com 919 pessoas com idade média de 54 anos, indicou a intensidade da urgência miccional como o fator mais relevante para a pior QV, comparativamente aos demais sintomas (perda urinária, aumento da frequência urinária e noctúria).

Alguns estudos multicêntricos reportaram um impacto significativo na QV de pessoas com BH, eventualmente associado à depressão e à perda de auto-estima ^(Reese et al, 2003; Homma, Uemura, 2006; Homma, Kawabe, 2006; Irwin et al, 2006a; 2006b).

Apesar de serem bastante conhecidos entre os especialistas, os problemas relacionados com a BH em mulheres ainda são pouco relatados por elas, principalmente por atribuírem-nos ao processo normal de envelhecimento e pelo embaraço na abordagem do tema. Por outro lado, muitos profissionais evitam abordar essas questões, por sentirem-se pouco preparados para as respostas, favorecendo a utilização de estratégias inadequadas de enfrentamento, freqüentemente observadas entre essas mulheres, segundo alguns estudiosos do tema ^(Abrams et al, 2003; Abrams, Cardozo, Khoury, Wein, 2005; Wagg et al, 2006).

Outros autores afirmam ainda que, apesar da maioria dos pesquisadores ainda associar a BH à idade mais avançada, esta tem mostrado prevalência significativa entre os jovens, causando problemas específicos como o comprometimento da mobilidade ^(van der Vaart et al, 2002), com impacto também específico sobre a sua QV.

Em 2005, nos Estados Unidos, o custo anual envolvido com a BH foi de cerca de US\$ 9 bilhões, dos quais US\$ 2,9 bilhões para o diagnóstico e tratamento, US\$ 1,5 bilhões para os cuidados de rotina, US\$ 3,9 bilhões para os tratamentos de suas conseqüências e US\$ 849 milhões para a perda de produtividade no trabalho ^(Hu, Wagner, 2005).

Em estudo nacional ^(Teloken et al, 2006) com 848 pessoas de 15 a 55 anos com BH utilizando-se o KHQ e o I-PSS, observou-se um comprometimento significativo da QV das pessoas entrevistadas, principalmente nas áreas de atividades da vida diária,

atividades físicas, sono, trabalho, vida social e sexual. Outro estudo nacional ^(Thiel et al, 2006), feito na cidade de Campinas, com 30 pacientes de 43 anos em média, também apontou os piores escores de QV em pessoas com BH, dentre os demais tipos de perda urinária, afetando todos os domínios estudados, inclusive a atividade sexual.

Esses achados ratificam o interesse internacional pelo tema bem como sua importância em nosso meio, justificando a realização desta investigação, que visa a avaliar a QV de mulheres com BH, utilizando-se o KHQ.

3 QUESTÕES DE PESQUISA

3 QUESTÕES DE PESQUISA

- Quanto e como a BH afeta a qualidade de vida das mulheres do município de Sorocaba por ela acometidas?
- Qual a relação entre a qualidade de vida, os dados clínicos e sócio-demográficos, os sintomas e as perdas involuntárias de urina nessas mulheres?

4 HIPÓTESES

- A BH contribui para uma baixa qualidade de vida específica das mulheres de Sorocaba por ela acometidas.
- A piora da qualidade de vida específica dessas mulheres pode ser ratificada pelos elevados escores obtidos no King's Health Questionnaire (KHQ), principalmente nos domínios *impacto da IU na vida do indivíduo, limitações nas atividades da vida diária, limitações sociais, limitações físicas, relacionamentos pessoais, aspectos emocionais e sono e disposição*.
- A pior qualidade de vida está relacionada com a urge-incontinência, com o aumento no tempo de perda urinária e com a frequência das perdas urinárias entre as mulheres com BH.

5 OBJETIVOS

5 OBJETIVOS

5.1 OBJETIVO GERAL

- Avaliar a qualidade de vida de mulheres com BH, no município de Sorocaba.

5.1. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Verificar as correlações existentes entre os escores de QV e algumas variáveis sócio-demográficas e clínicas nessa amostra.
- Verificar as correlações existentes entre os escores de QV e a Escala de Sintomas do KHQ nessa amostra.

6 MÉTODO

6 MÉTODO

6.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de estudo quantitativo, do tipo descritivo e exploratório, de corte transversal, em que se utilizou inquérito populacional domiciliar.

6.2 LOCAL DO ESTUDO

O estudo foi realizado no município de Sorocaba, situado acerca de 96 Km da cidade de São Paulo. Segundo dados do censo de 2000 ^(IBGE 2000), a população era de cerca de 565.180 habitantes, estimando-se 250.681 mulheres acima de 15 anos. O município possui 147.279 domicílios, 2.000 indústrias e 12.146 estabelecimentos comerciais. Aproximadamente 97,5% das pessoas são moradores da área urbana, a taxa de alfabetização relatada é de 95,34% ^(Fundação SEADE, 2005) e o consumo *per capita* anual é de U\$ 2.702,71. As características sociais e demográficas dessa comunidade são semelhantes às da população de cidades do mesmo porte no Brasil em relação à escolaridade, gênero, área de residência, raça e idade populacional ^(IBGE, 2000).

6.3 PROCEDIMENTOS ÉTICOS

O Projeto foi submetido à autorização prévia da Comissão de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências Médicas e Biológicas da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (**Anexo 1**). Esse incluiu o Modelo de Consentimento Informado (**Apêndice 1**), detalhadamente esclarecido às pessoas que se dispuseram a colaborar com o estudo e foi registrado no CONEP sob o número CAAE – 0581.0.000.154-06. A todas as mulheres entrevistadas, em que foram constatados os

sintomas de BH, foram feitas as orientações sobre os serviços públicos de saúde a serem procurados para o tratamento específico (**Apêndice 2**), conforme recomendação da 3rd International Consultation on Incontinence (Abrams et al, 2003; Abrams, Cardozo, Khoury, Wein, 2005).

6.4 POPULAÇÃO

Para este estudo, considerou-se uma população de 250.681 mulheres maiores de 15 anos, residentes no município de Sorocaba, e uma proporção populacional de mulheres com sintomas relatados de BH de 16% - baseada em estudos nacionais e internacionais de prevalência já descritos no capítulo 1 – com diferença máxima desejada entre a proporção amostral e populacional de 5% e erro tipo I (α) de 0,05.

6.5 AMOSTRA PARA A COLETA DE DADOS

Para a obtenção da amostra, foi feito um estudo de prevalência da BH entre as mulheres residentes em Sorocaba, ainda não publicado.

6.5.1 Cálculo da amostra

Para se obter um estudo de base populacional, cujos resultados pudessem ser representativos da população geral, fez-se necessário o levantamento da prevalência de mulheres com BH no município de Sorocaba, baseado em amostra estratificada por conglomerados.

Em primeiro lugar, a partir de uma listagem de endereços de todos os domicílios do município, fornecida pela Prefeitura Municipal de Sorocaba, identificaram-se os bairros integrantes da cidade, agrupados em cinco regiões

conforme a composição das Unidades Básicas de Saúde (UBS) do município, contendo os dados de suas populações estimadas. Separaram-se, então, em nova lista os domicílios pertencentes a cada UBS compondo-se cinco grandes conglomerados de UBS nomeados por região da cidade: norte, sul, leste, oeste e centro. Para cada UBS calculou-se o número de domicílios a serem sorteados, proporcionalmente ao tamanho dos conglomerados. Esses domicílios foram selecionados por processo aleatório simples. Para a composição da amostra foram consideradas elegíveis as mulheres com 15 anos ou mais, residentes nos domicílios da cidade. A amostra assim definida consistiu de 307 domicílios distribuídos nos cinco conglomerados de UBS.

A partir desse número de domicílios e considerando-se a população de 254.000 mulheres com 15 anos ou mais e uma estimativa de 16% de mulheres com BH, com nível de precisão de 5% e efeito de desenho (*deff*) de 1,20; contou-se com mais 61 domicílios que seriam visitados em substituição à possíveis perdas (margem de erro), quer seja por o tamanho final da amostra passou a ser de 368 domicílios que deveriam ser visitados.

A partir do resultado obtido em entrevistas individuais calculou-se a prevalência de BH, padronizada por idade, conforme apresentado na Tabela 1.

Tabela 1 – Prevalências de Bexiga Hiperativa na população feminina segundo a faixa etária, em Sorocaba - 2007

Amostra			População		
Faixa etária	n	%	p-value	N	%
15-20	30	9,0	0,03	30.509	13,4
21-30	66	19,8	0,15	53.007	23,3
31-40	55	16,5	0,13	45.449	20,0
41-50	69	20,7	0,19	40.605	17,8
51-60	51	15,3	0,07	27.118	11,9
61-70	37	11,1	0,01	16.553	7,3
≥ 71	26	7,8	0,31	14.452	6,3
Total	334	100,0	-	227.693	100,0

Também foi feita uma análise da prevalência de BH segundo a combinação de sintomas recomendada por Zhang et al ⁽²⁰⁰⁶⁾:

- **BH seca:** urgência + frequência; urgência + noctúria; urgência + frequência + noctúria.

- **BH molhada:** urgência + urge-incontinência; urgência + frequência + urge-incontinência; urgência + noctúria + urge-incontinência; urgência + frequência + noctúria + urge-incontinência; urgência + perda urinária aos esforços; urgência + frequência + perda urinária aos esforços; urgência + noctúria + perda urinária aos esforços; urgência + frequência + noctúria + perda urinária aos esforços.

Segundo essa classificação, obtiveram-se os seguintes índices:

Tabela 2 – Prevalência de Bexiga Hiperativa na população feminina, segundo o tipo, em Sorocaba – 2007

Tipo de Bexiga Hiperativa	%
Bexiga Hiperativa seca	4,0
Bexiga Hiperativa molhada	6,1
Total	10,1

Para a análise da prevalência foi também utilizado o teste de Hosmer-Lemeshow que avalia se os dados explicam a variável que se quer analisar (tem ou não BH) com *odds-ratio* 0,21.

Assim que foram identificadas, a partir do levantamento de dados clínicos específicos, as **33 mulheres selecionadas com qualquer um dos dois tipos de BH** que, a seguir, foram questionadas sobre o interesse e aceitação em participar do estudo acerca da sua QV, desde que se enquadrassem nos seguintes critérios:

- ter sintomas de BH, confirmados por perguntas genéricas*
- ter idade igual ou superior a 15 anos**
- ter capacidade para comunicação verbal e
- consentir em participar do estudo.

* Para identificação dos sintomas específicos de BH, como um dos critérios de inclusão na amostra, as mulheres responderam às seguintes questões (baseadas nos conceitos do Consenso Internacional de Incontinências (Abrams, Cardozo, Khoury, Wein, 2005) e no estudo de Donaldson et al (2006):

1. Você costuma ter um desejo forte de urinar que a obrigue a deixar sua atividade e correr para o banheiro? Com que frequência? (*para identificar a urgência*)
2. Nessas situações, acontece de você perder urina antes de chegar ao

banheiro? Com que frequência? (*para identificar a urge-incontinência*)

3. Você perde urina sem perceber? Com que frequência? (*para identificar a perda urinária*)
4. Quantas vezes ao dia você costuma urinar? (*para identificar a frequência urinária diurna, se acima de oito vezes ao dia*)
5. Quantas vezes durante a noite você precisa levantar-se para urinar? (*para identificar a noctúria, se acima de duas vezes por noite*).

A resposta positiva para as perguntas **1 e 4 ou** para a pergunta **2** foi o critério para a inclusão da entrevistada no estudo. A questão **3** foi utilizada como auxílio para a identificação da IU mista que, em alguns casos poderia ser descartada pelos entrevistadores e a questão **5**, embora não seja um identificador primário de BH, trata de uma situação que pode ou não ocorrer em mulheres com BH.

******A inclusão de mulheres na faixa etária de 15 a 18 anos, desde o estudo de prevalência, deveu-se às constatações mais recentes de alguns estudos científicos, entre os quais o realizado em Hiroshima, no Japão, com 624 estudantes com idade entre 13 e 15 anos, onde se obteve prevalência de 15,3% desse tipo de incontinência (Kajiwarra et al, 2006). Além disso, o Censo Brasileiro – como fonte de dados oficial - trabalha com a faixa etária de 15 a 19 anos, tendo constituído a base para o cálculo amostral desta investigação.

6.6 PROCEDIMENTOS PARA A COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi realizada pela pesquisadora e por um grupo composto de 10 alunos de graduação em enfermagem que atuam no Ambulatório de Reabilitação do CHS, submetidos a um processo de treinamento prévio.

O treinamento dos entrevistadores objetivou a padronização dos procedimentos de coleta, ou seja, a homogeneização da técnica de entrevista^(Klein, Bloch, 2003), bem como peculiaridades da visita domiciliar, a abordagem dos sujeitos, a necessidade de retornos e o correto registro das informações. Durante o treinamento, os entrevistadores receberam instruções detalhadas, inclusive escritas, sobre cada

item que compõe o questionário e como deveriam realizar a abordagem da clientela. A técnica de simulação foi utilizada para o desenvolvimento das habilidades necessárias à realização da coleta de dados de maneira eficiente e eficaz, considerando as sugestões apresentadas para as dificuldades encontradas, sem prejuízo do conteúdo proposto. Depois disso, cada entrevistador realizou três entrevistas com pessoas não componentes da população alvo, supervisionados pela pesquisadora, que também preencheu os instrumentos de coleta de dados. Ao final, a pesquisadora avaliou o desempenho do entrevistador durante os procedimentos, bem como os registros feitos nos instrumentos de coleta de dados, equiparados com o seu próprio. O nível de concordância de, no mínimo, 90% entre as respostas do entrevistador e da pesquisadora, registrados no instrumento, foi exigido para que o entrevistador fosse considerado apto para a coleta de dados.

Os dados foram coletados junto aos indivíduos residentes nos domicílios sorteados para a coleta, em cada uma das regiões do município, desde que atendessem aos requisitos pré-estabelecidos. Em cada visita, inicialmente o entrevistador explicava os objetivos do estudo e solicitava, a cada participante, que assinasse o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, após autorização para inserção na investigação. Cada sujeito assinou o termo em duas vias, ficando uma com o participante e a outra com o entrevistador.

Foram entrevistadas todas as mulheres residentes ocupantes dos domicílios sorteados com relato de sintomas de BH. Quando não havia pessoas no domicílio, na ocasião da visita, o entrevistador retornou até duas vezes para encontrar a moradora, buscando garantir a participação de todos os sorteados. Nos casos de domicílios cujos moradores não foram localizados após três tentativas, ou que se tratavam de estabelecimentos comerciais, residências vazias, ou em construção, foi feita sua substituição por outro domicílio dentre aqueles 61 sorteados previamente (margem de erro), sendo que, ao final foram visitados 368 domicílios.

O acompanhamento da coleta de dados foi feito semanalmente pela pesquisadora, auxiliada por uma coordenadora – treinada juntamente com os entrevistadores – visando à garantia de boa qualidade dos dados coletados e à minimização de perdas, por meio da identificação de falhas oriundas da coleta e/ou coletador. Além disso, tal controle garantiu que fosse coletado o número de

entrevistas previsto para cada entrevistador^(Pereira, 1995). Os entrevistadores tiveram um prazo de 120 dias para fazerem a coleta de dados, sendo que as visitas foram feitas em quaisquer dias da semana.

Após identificação e explicação do motivo da visita, as mulheres do domicílio que se enquadraram nos critérios de seleção, dentre os quais, identificadas como apresentando os sintomas de BH, foram entrevistadas para a coleta dos dados sócio-demográficos e clínicos de interesse para os objetivos do estudo (**Apêndice 3**).

Todas as mulheres que aceitaram participar do estudo foram entrevistadas em seus domicílios, preferencialmente sozinhas, em local que selecionaram e que garantisse a maior privacidade. Cada entrevista completa durou cerca de 60 minutos.

6.7 INSTRUMENTOS PARA A COLETA DE DADOS

Para a coleta de dados, utilizaram-se dois instrumentos: o Questionário de dados sócio-demográficos e clínicos e o Questionário de Qualidade de Vida King's Health (**Apêndice 4**).

6.7.1 Questionário de dados sócio-demográficos e clínicos

Trata-se de um questionário formulado pela pesquisadora e que vem sendo utilizado em sua prática diária. A primeira parte contém questões referentes a identificação geral, características do domicílio, escolaridade, religião e renda familiar; a segunda inclui as questões referentes à caracterização da IU; a terceira relaciona-se aos dados gerais de saúde e, finalmente, a quarta parte refere-se aos sintomas específicos da BH.

6.7.2 Questionário de qualidade de vida King's Health

O *King's Health Questionnaire* (KHQ), elaborado por Kelleher, Cardozo, Khullar, Salvatore⁽¹⁹⁹⁷⁾, no King's College Hospital, em Londres, é um instrumento

específico de avaliação da QV de pessoas com IU que, até 2005, havia sido traduzido e validado em 35 idiomas ^(Abrams, Cardozo, Khoury, Wein; 2005). O KHQ destina-se a avaliar o impacto da perda urinária na QV, bem como a presença dos sintomas da hiperatividade detrusora e sua validade e confiabilidade foram analisadas e estatisticamente comprovadas em vários estudos internacionais ^{(Kelleher, Cardozo, Khullar, Salvatore, 1997; Badia Llach, Castro Díaz, Conejero Sugrañes, 2000; Reese, Pleil, Okano, Kelleher, 2003; Uemura, Homma, 2004; Homma, Kawabe, 2004; [Kochakarn et al.](#), 2005; Oh, Ku, 2007)}, com significativas casuísticas, inclusive no Brasil ^(Tamanini, D'Ancona, Botega, Netto Jr, 2003; Tamanini et al, 2004; Fonseca et al, 2005; Pasquini et al, 2006).

O KHQ é composto de três partes, sendo a primeira constituída de domínios referentes à *percepção geral de saúde* (PGS) e ao *impacto da IU na vida do indivíduo* (IIU); a segunda, pelos domínios *limitações nas atividades da vida diária* (LAVD), *limitações físicas* (LF), *limitações sociais* (LS), *relacionamentos pessoais* (RP), *aspectos emocionais* (AE), *sono e disposição* (SD) e o uso de *medidas de gravidade* (MG); e a terceira que relaciona os diversos sintomas percebidos pela pessoa à sua gravidade.

A avaliação dos domínios é feita quantitativamente, por meio de escala do tipo Likert de 0 a 3, de 1 a 4 e de 1 a 5, conforme o domínio; e qualitativamente, também variável de acordo com o domínio (de *nunca ou nada* a *bastante*; e de *não afeta* a *afeta muito*). Esses escores são, após uma soma simples, transformados em uma variação de 0 a 100, onde os mais altos valores indicam maior comprometimento da QV. Além disso, os escores são atribuídos a cada domínio e a escala não permite um escore total único ^(Kelleher, Cardozo, Khullar, Salvatore; 1997; Azevedo et al, 2001; 2002; Tamanini, D'Ancona, Botega, Netto Jr, 2003; Tamanini et al, 2004; Fonseca et al, 2005; Pasquini et al, 2006).

No estudo original, em inglês, os coeficientes alpha de Cronbach variaram de 0,72 (*limitações físicas*) e 0,89 (*relações pessoais*) ^(Kelleher, Cardozo, Khullar, Salvatore, 1997). A confiabilidade teste-reteste foi analisada no International Consultation on Continence ^(Abrams, Cardozo, Khoury, Wein, 2005). Os índices de correlação obtidos em cada domínio em particular foram considerados de moderado a forte, variando de 0,53 (*percepção geral de saúde*) a 0,81 (*medidas de gravidade*). Já na versão espanhola, variaram entre 0,74 (*limitações sociais*) a 0,88 (*medidas de gravidade*) ^(Badia Llach, Castro Díaz, Conejero Sugrañes, 2000).

Em outros estudos internacionais ^(Reese et al, 2003; Bjelic-Radasic et al, 2005), os autores obtiveram coeficientes Alpha de Cronbach superiores a 0,6 para a maioria dos domínios, encontrando-se somente os valores 0,47 para o domínio SD e 0,59 para MG, respectivamente em estudos multicêntrico com a população italiana ^(Reese et al, 2003) e japonês ^(Uemura, Homma, 2004).

Em nosso país, os estudos publicados, com o objetivo de avaliar a qualidade de vida de mulheres por meio do KHQ, somam apenas seis até o momento e em todos eles foram avaliadas as propriedades psicométricas do instrumento.

No primeiro estudo nacional publicado, em que se objetivou a adaptação transcultural e validação do KHQ para a cultura brasileira, esse foi aplicado em 156 pacientes. A versão traduzida mostrou validade de conteúdo e consistência interna satisfatória para o instrumento como um todo (Coeficientes Alpha de Cronbach que variaram de 0,49 a 0,92). Quanto à validade de construto, avaliada pela correlação entre o KHQ e o SF-36, e à validade concorrente, medida pela associação do KHQ com alguns parâmetros clínicos específicos, obtiveram-se correlações de magnitude moderada entre os domínios analisados. Os autores concluíram que a versão do KHQ, traduzida e adaptada para o português, representa um importante instrumento para a avaliação da QV de mulheres brasileiras com queixas de incontinência urinária ^(Tamanini, D'Ancona, Botega, Netto Jr, 2003).

Neste estudo, o KHQ obteve consistência interna satisfatória para todos os domínios, à exceção do domínio LF, segundo critério adotado de 0,70 ^(Rust, Golombok, 1989; Polit, Hungler, 1995), apresentados na Tabela 3.

Tabela 3 - Análise de confiabilidade dos domínios do KHQ, em Sorocaba - 2007

Domínios	Alpha de Cronbach	Número de itens
Limitações das atividades da vida diária	0,76	2
Limitações físicas	0,42	2
Limitações sociais	0,82	2
Relacionamentos pessoais	0,98	3
Aspectos emocionais	0,90	3
Sono/disposição	0,83	2
Medidas de gravidade	0,80	5

Na análise da correlação entre os escores dos domínios do KHQ com PGS e II, para análise da validade concorrente, todos foram positivas e estatisticamente significantes, segundo a Tabela 4.

Tabela 4 – Correlação entre cada um dos domínios do KHQ e os domínios PGS e IIU, em Sorocaba - 2007

Correlations										
	PERCEPÇÃO_SAÚDE_GERAL	IMPACTO_INCONTINÊNCIA	LIMITAÇÕES_ATIVIDADES_DIÁRIAS	LIMITAÇÕES_FÍSICAS	LIMITAÇÕES_SOCIAIS	RELAÇÕES_PESSOAIS	EMOÇÕES	SONO_ENERGIA	MEDIDAS_GRAVIDADE	GRAVIDADE DOS SINTOMAS
PERCEPÇÃO_SAÚDE_GERAL	** .33	.543 .001 33	.626 .000 33	.481 .005 33	.642 .000 33	.263 .176 28	.594 .000 33	.434 .012 33	.586 .000 33	.562 .001 33
IMPACTO_INCONTINÊNCIA	** .33	1.000 33	.782 .000 33	.616 .000 33	.706 .000 33	.508 .006 28	.706 .000 33	.359 .040 33	.690 .000 33	.628 .000 33

** p = 0,01

Além disso, a validade do tipo convergente também foi testada por meio da correlação entre os escores dos domínios do KHQ e as variáveis do questionário de dados clínicos e sócio-demográficos, com correlações positivas e estatisticamente significativas ($p < 0,05$) para a urgência, frequência, urge-incontinência, tempo da perda urinária, além da perda urinária aos diversos tipos de esforços.

6.8 ANÁLISE DOS DADOS

Para a realização dos procedimentos analíticos, organizaram-se os dados referentes às variáveis sócio-demográficas e clínicas e aos domínios do questionário de QV diretamente no *software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) for Windows versão 13.0*. As análises estatísticas da amostra de

mulheres selecionadas foram realizadas por meio dos programas estatísticos *GENSTAT for Windows versão 8*, *Sudaan 7.5* e *NCSS 2007* e são apresentados na forma de tabelas e figuras.

6.8.1 Dados sócio-demográficos e clínicos das mulheres entrevistadas para a seleção da amostra

Os dados demográficos e clínicos de todas as mulheres entrevistadas, para a seleção da amostra, foram submetidos à análise exploratória, incluindo as **frequências absolutas e relativas (%)**, segundo as seguintes variáveis:

- **sócio-demográficas:** idade, estado civil, escolaridade, procedência, ocupação, renda familiar, número de pessoas na família, tipo de moradia, condições sanitárias da moradia, número de cômodos;
- **perfil de saúde:** doenças e antecedentes familiares, presença de tabagismo, número de cigarros por dia, prática de atividade física, tratamentos gerais e específicos realizados e no momento.
- **vida sexual e reprodutiva:** métodos contraceptivos, aborto(s), tipo(s)/número de parto(s), número de gestações, ciclo menstrual, climatério e menopausa;
- **consumo alimentar:** uso de bebidas carbonatadas, bebidas cafeinadas, bebidas alcoólicas, ingestão hídrica diária e consumo de pimenta;
- **presença e característica da perda urinária**

6.8.2 Associação entre BH e fatores potencialmente importantes

Examinou-se a **associação entre BH** (variável resposta ou variável dependente) e **fatores potencialmente importantes** (preditores), tais como variáveis sócio-demográficas (idade, condições de moradia, número de pessoas no domicílio, renda familiar), condições de saúde, vida reprodutiva e alimentação (variáveis independentes, explicativas ou preditoras), por meio da Regressão Logística, Univariada e Múltipla. Considerou-se como variável dependente a presença ou ausência de BH com duas categorias (1 = sim; 0 = não).

As significâncias do qui-quadrado do Teste de Hosmer-Lemeshow variaram de 0,384 a 0,85; indicando bom ajuste dos modelos. O teste da razão de verossimilhança mostrou que a contribuição de cada variável nos modelos ajustados foi significativa ($p < 0,05$).

A presença ou não de multicolinearidade (alta correlação entre as variáveis independentes) foi testada em cada modelo.

6.8.3 Dados sócio-demográficos e clínicos da amostra de mulheres com BH

Os dados demográficos e clínicos das mulheres com BH foram submetidos à análise exploratória, incluindo as **freqüências absolutas e relativas (%)**, segundo as seguintes variáveis:

- **sócio-demográficas:** idade, estado civil, escolaridade, procedência, ocupação, renda familiar, número de pessoas da família, tipo de moradia, condições sanitárias da moradia, número de cômodos.
- **perfil de saúde:** doenças e antecedentes familiares, tabagismo, número de cigarros por dia, prática de atividade física, tratamentos realizados, tratamentos no momento.
- **perfil da vida reprodutiva:** métodos contraceptivos, abortos, tipos/número de partos, número de gestações, ciclo menstrual, climatério e menopausa.
- **perfil da vida sexual**
- **consumo alimentar:** bebidas carbonatadas, bebidas cafeinadas, bebidas alcoólicas, ingestão hídrica diária e consumo de pimenta.
- **caracterização da presença ou não de incontinência urinária:** sintomas gerais de IU como sensação de repleção vesical, sensação de micção, freqüência das perdas urinárias, condição da perda urinária, freqüência do uso de recursos.
- **sintomas gerais de IU:** sensação de repleção vesical, sensação de micção, freqüência das perdas urinárias, condição da perda urinária, freqüência do uso de recursos.

- **sintomas específicos de BH:** frequência diurna aumentada, urgência, urge incontinência, noctúria, disúria, incontinência nas relações sexuais, ITU anterior, ITU de repetição, ITU atual, sensação de esvaziamento incompleto, presença de dor, alterações anatômicas; classificação sintomática de IU (BH seca, BH molhada e IU mista).

6.8.4 Análise dos escores de QV

Foi realizada a análise exploratória dos dados compreendendo os escores obtidos nos domínios do KHQ e as medidas de tendência central e dispersão (média, mediana, moda, valores mínimo e máximo e quartis) para os mesmos. Os resultados dessas análises acarretaram a formação de uma figura gráfica onde, para um melhor entendimento, deve-se observar que o eixo Y é variação do escore (0,0 – 100,0); a linha azul fina indica o intervalo entre o escore mais alto e o escore mais baixo; o círculo vermelho é a mediana; a linha azul mais grossa indica o intervalo inter-quartil; o violino em amarelo descreve proporcionalmente a distribuição dos dados, segundo a densidade de Kernel e, o eixo X representa as categorias da classificação da BH onde, para essa análise, agrupou-se a BH molhada com a incontinência urinária mista (0 = BH seca, 1 = BH molhada).

➤ **Correlação entre cada um dos domínios e os parâmetros clínicos da escala de sintomas do KHQ**

Foram analisadas as correlações não paramétricas que possibilitaram a validade de construto do KHQ – embora não tenha constituído objetivo do estudo – utilizando-se o coeficiente de correlação de postos de Spearman, diante de dados ordinais do tipo Likert, onde pôde ser medida também a magnitude da associação entre as variáveis.

➤ **Correlação entre cada um dos domínios e sintomas que caracterizam a BH**

As correlações não paramétricas que permitiram a validade de construto do KHQ em relação ao questionário de caracterização das mulheres com BH – que também

não foi objetivo do estudo – novamente foram realizadas através do coeficiente de correlação de postos de Spearman.

- **Associação entre os domínios do KHQ** (variável resposta ou variável dependente) e **sintomas gerais de IU**
- **Associação entre os domínios do KHQ** (variável resposta ou variável dependente) e **sintomas específicos de BH**

Considerando que os escores dos domínios do KHQ são derivados de itens que são originalmente ordinais do tipo *Likert*, que não apresentaram nessa amostra distribuição normal, nem relação linear com as variáveis independentes de interesse (sintomas gerais de IU e específicos de BH), optou-se por empregar a regressão linear categórica (Categorical Regression with Optimal Scaling) - CATREG.

O método CATREG quantifica variáveis categóricas que, por meio de procedimentos de otimização de escalas (*optimal scaling*), incorpora valores numéricos às categorias, resultando em uma equação de regressão linear otimizada para variáveis transformadas.

Inicialmente foi empregado como técnica descritiva, mas tem sido ampliado para incluir inferência estatística. A sua implementação para o SPSS foi desenvolvida pelo grupo Data Theory Scaling System (DTSS), da Faculdade de Ciências Sociais e Comportamentais da Universidade de Leiden-Holanda.

Segundo a terminologia da otimização de escalas, este processo de transformação é denominado “quantificação” (Schiffman, Reynolds, Young, 1981). As transformações ou quantificações das variáveis categóricas são estimadas ao mesmo tempo com a avaliação dos coeficientes de regressão, empregando uma metodologia alternativa para calcular mínimos quadrados que maximizam o coeficiente de regressão múltiplo ao quadrado (R^2) para a regressão linear de variáveis transformadas. O coeficiente de determinação (R^2) é a estatística mais utilizada para interpretar os resultados da regressão, pois explica a proporção da variância da variável dependente. O método CATREG quantifica a relação entre a variável resposta e as variáveis independentes (explicativas ou preditoras) nominais, ordinais ou numéricas. O efeito de cada variável preditora ou explicativa sobre a variável resposta é mensurado pelo coeficiente beta (β). Este mostra como as mudanças nas

variáveis independentes influenciam a variável resposta, sendo que um valor β positivo significa que um aumento da variável independente determina um aumento na variável resposta. Por outro lado, beta negativo significa que um aumento da variável independente ocasiona uma diminuição na variável resposta.

As suposições básicas de normalidade e linearidade não são importantes na CATREG. Entretanto, especial atenção deve ser dada às relações entre as variáveis independentes, devido à ocorrência de multicolinearidade, que compromete a estabilidade das estimativas obtidas pela CATREG. Na interpretação dos resultados da regressão logística, além dos coeficientes β e do R^2 empregaram-se também medidas que explicam a importância relativa das variáveis independentes no modelo (Pratt).

Para o presente estudo, as variáveis independentes e dependentes utilizadas estão demonstradas no **Apêndice 5**.

As quantificações mais elevadas das variáveis ordinais sempre correspondem às categorias com valores numéricos mais altos e as quantificações mais baixas correspondem às categorias com valores numéricos mais baixos. Mas, as categorias das variáveis nominais não apresentam tal correspondência, sendo necessário consultar a tabela de quantificações ou gráficos transformados para verificar quais valores numéricos das categorias correspondem aos valores quantificados mais altos e mais baixos.

O modelo de CATREG, ajustado no presente estudo, foi o modelo univariado, isto é, que identifica a presença ou ausência de associação entre cada uma das variáveis independentes, tais como:

- **sintomas gerais de IU** (sensação de repleção vesical, sensação de micção, frequência das perdas urinárias, condição da perda urinária, frequência do uso de recursos);
 - **sintomas específicos de BH** (frequência de sintomas: diurna aumentada, urgência, urge incontinência, noctúria, disúria, incontinência nas relações sexuais, ITU anterior, ITU de repetição, ITU atual, sensação de esvaziamento incompleto, presença de dor, alterações anatômicas);
 - **classificação sintomática de IU** (BH seca, BH molhada e IU mista);
- e

- os domínios do KHQ (**variável dependente**).

Quando significativas ($p < 0,05$), foram incorporadas nos modelos multivariados descritos a seguir:

➤ **Para os sintomas gerais de IU:**

- Modelo 1: a) modelar a relação entre sensação de repleção **ou** b) sensação de micção; tempo de perda de urina, frequência das perdas urinárias e cada um dos domínios do KHQ.
- Modelo 2: modelar a relação entre tempo de perda de urina, frequência das perdas urinárias, condição das perdas urinárias (inesperadamente) e cada um dos domínios do KHQ.
- Modelo 3: modelar a relação entre tempo de perda de urina, frequência das perdas urinárias, condição das perdas urinárias (aos grandes esforços) e cada um dos domínios do KHQ.
- Modelo 4: modelar a relação entre tempo de perda de urina, frequência das perdas urinárias, condição das perdas urinárias (ao tossir/rir) e cada um dos domínios do KHQ.
- Modelo 5: modelar a relação entre tempo de perda de urina, frequência das perdas urinárias, condição das perdas urinárias (ao caminhar rápido/correr) e cada um dos domínios do KHQ.
- Modelo 6: modelar a relação entre tempo de perda de urina, frequência das perdas urinárias, condição das perdas urinárias (ao caminhar) e cada um dos domínios do KHQ.
- Modelo 7: modelar a relação entre tempo de perda de urina, frequência das perdas urinárias, condição das perdas urinárias (aos movimentos leves) e cada um dos domínios do KHQ.

Foram utilizadas apenas três variáveis para cada modelo, pois segundo os autores (Hosmer, Lemeshow, 1989), na regressão logística pode-se considerar o uso de dez pessoas para cada variável, quando se trata de amostra de menor porte. As combinações entre as variáveis em cada modelo repetiram-se em alguns casos, diante da importância de se testar a força das mesmas.

➤ **Para os sintomas específicos de BH:**

- Modelo 1: modelar a relação entre frequência diurna aumentada, urgência, urge-incontinência e cada um dos domínios do KHQ.
- Modelo 2 : modelar a relação entre noctúria, disúria e incontinência nas relações sexuais e cada um dos domínios do KHQ.
- Modelo 4: modelar a relação entre ITU anterior, ITU de repetição, ITU atual e cada um dos domínios do KHQ.
- Modelo 5: modelar a relação entre dor (vesical, uretral, vaginal, pévica, à palpação, à repleção vesical) e cada um dos domínios do KHQ.
- Modelo 6: modelar a relação entre classificação sintomática da IU (molhada, seca e mista) e cada um dos domínios do KHQ.
- Modelo 7: modelar a relação entre sensação de esvaziamento incompleto e cada um dos domínios do KHQ.
- Modelo 8: modelar a relação entre como começou a BH (inesperadamente, após parto, após trauma) e cada um dos domínios do KHQ.

➤ **Ajustes dos modelos na regressão categórica:**

Na regressão categórica, a verificação do ajuste dos modelos foi realizada por meio de:

- Coeficiente de determinação da regressão (R^2).
- Análise dos resíduos: esta permite avaliar o ajuste do modelo de duas formas, a primeira por meio de plotagem dos resíduos dos valores transformados da variável dependente no eixo Y e valores transformados da variável independente de interesse no eixo X em um gráfico de dispersão; e a segunda forma, avaliando-se a presença ou não de padrão na distribuição dos pontos do gráfico. Quando não se observa a presença de padrão de distribuição, tem-se um bom ajuste do modelo.

➤ **Multicolinearidade**

A presença ou não de multicolinearidade (alta correlação entre as variáveis independentes) na análise de regressão constituiu preocupação constante ao longo do tratamento estatístico. Dessa maneira, foi testada em cada modelo, empregando-se os seguintes critérios: tolerância ($\geq 0,20$), VIF (≤ 2), Autovalores (> 1), *Condition Index*

(<15) e proporção da variância (< 0,50). Os valores citados entre parênteses referem-se aos pontos de corte adotados neste estudo e que denotam a não-ocorrência de multicolinearidade.

Outras situações que indicam multicolinearidade podem ser a presença simultânea de correlações bivariadas entre 0,80 e 0,90; teste F do modelo significativo e teste t dos coeficientes de regressão não significativo. Grandes intervalos de confiança para os coeficientes de regressão e variâncias amplas também indicam alta multicolinearidade e erro-padrão tendendo para infinito e coeficientes de regressão indeterminados mostram multicolinearidade perfeita. Tais situações não foram observadas neste estudo.

➤ **Nível de significância**

No presente estudo o nível de significância adotado foi de 5%. As estatísticas com p descritivo $\leq 0,05$ foram consideradas significantes.

7 RESULTADOS

7 RESULTADOS

Neste capítulo são apresentados os resultados obtidos no presente estudo acerca da qualidade de vida de mulheres com BH no município de Sorocaba. Para tanto, estão divididos em: Características sócio-demográficas e clínicas das mulheres com BH e a Qualidade de vida de mulheres com BH, de acordo com os procedimentos adotados e descritos no Capítulo 6.

7.1 CARACTERIZAÇÃO DEMOGRÁFICA E CLÍNICA DA AMOSTRA

As características sócio-demográficas, antropométricas e comportamentais das mulheres com e sem BH, no município de Sorocaba, encontram-se na Tabela 5.

Tabela 5 – Distribuição da amostra segundo características sócio-demográficas, antropométricas e comportamentais, em Sorocaba - 2007

VARIÁVEIS	COM BH		SEM BH		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
Idade						
15-20	1	3,0	28	10,4	29	9,6
21-30	6	18,2	54	20,1	60	19,9
31-40	6	18,2	43	16,0	49	16,3
41-50	9	27,3	51	19,0	60	19,9
51-60	6	18,2	39	14,5	45	14,9
≥61	5	15,2	53	19,7	58	19,3
Estado Marital						
Com companheiro	27	81,8	187	69,7	214	71,1
Sem companheiro	6	18,2	81	30,3	87	28,9
Escolaridade						
Analfabeto	22	66,7	138	51,5	160	53,1
Fundamental	7	21,2	101	37,6	108	35,9
Médio	4	12,1	27	10,0	31	10,3
Missing	0	0	2	0,75	2	0,7
Ocupação						
Sem ocupação definida	19	57,6	167	62,3	186	61,8
Ocup manual não especializada	12	36,4	83	31,0	95	31,6
Ocup manual especializada	2	6,1	7	2,6	9	3,0
Supervisão e outras ocupações não manuais	0	0	9	3,3	9	3,0
Gerência e técnico nível médio	0	0	2	0,75	2	0,7
Renda familiar						
≤ R\$ 708,00	11	33,3	35	13,0	46	15,3
R\$ 709,00 – 1200,00	7	21,2	79	29,4	86	28,6
R\$ 1201,00 – 1800,00	6	18,2	73	27,2	79	26,2
R\$ 1801,00 – 5000,00	5	15,2	62	23,1	67	22,6
Missing	4	12,1	19	7,0	23	7,6
Tabagismo						
Sim	10	30,3	21	7,8	31	10,3
Não	23	69,7	246	91,7	269	89,4
Missing	0	0	1	0,37	1	0,3
Atividade física						
Sim	8	24,2	68	25,3	76	25,2
Não	25	75,8	199	74,2	224	74,4
Missing	0	0	1	0,37	1	0,3
IMC						
< 18	1	3,0	2	0,75	3	1,0
18 – 24,9	13	39,4	142	52,9	155	51,5
25 – 29,9	12	36,4	87	32,4	99	32,9
≥ 30	6	18,2	37	13,8	43	14,3
Missing	1	3,0	0	0	1	0,3
ETNIA						
Branca	26	78,8	212	79,1	238	79,1
Negra	1	3,0	20	0,7	21	7,0
Parda	6	18,2	32	11,9	38	12,6
Indígena	0	0	1	0,4	1	0,3
Amarela	0	0	3	1,1	3	1,0
RELIGIÃO						
Católico	19	57,6	171	63,8	190	63,1
Evangélico	12	36,4	81	30,2	93	30,9
Espírita	0	0	10	3,7	10	3,3
Ateu	2	6,1	3	1,1	5	1,7
Mórmon	0	0	1	0,4	1	0,3
Missing	0	0	2	0,8	2	0,7
NÚMERO DE PESSOAS NO DOMICÍLIO						
1-3	12	36,4	129	48,1	141	46,8
4-6	18	54,5	116	43,3	134	44,5
7-9	2	6,1	14	5,2	16	5,3
10-12	1	3,0	7	2,6	8	2,7
Missing	0	0	2	0,8	2	0,7

Nota: Missing refere-se a pessoas que não quiseram/souberam informar os dados

Em relação aos dados da Tabela 5, após regressão logística *stepwise* constatou-se correlação positiva estatisticamente significativa entre BH e escolaridade, quartis de renda, idade, número de pessoas na família, tabagismo, atividade física e IMC, indicando que as mulheres com menor escolaridade, menor renda, acima de 20 anos, sedentárias e fumantes têm maior chance de apresentar BH. Em relação ao IMC, a cada variação de unidade desse índice aumentou em 6,6% a referida probabilidade (**Apêndice 6**).

A análise através do teste NagelKerke mostrou que 21,3% da variação da ocorrência da BH para a amostra analisada é determinada pelo uso de pimenta (duas a cinco vezes ao dia), pela ingestão de cafeína (4 a 10 vezes ao dia) e de bebidas carbonatadas (mais de quatro copos ao dia), nessa ordem de importância.

Na Tabela 6 são apresentadas as características clínicas da amostra de mulheres com BH em Sorocaba.

Tabela 6 – Características clínicas de mulheres com BH em Sorocaba - 2007

Características	Variáveis	N		%	
		Mulher	Família	Mulher	Família
DM	Sim	6	14	18,2	42,4
	Não	27	19	81,8	57,6
	Total	33	33	100,0	100,0
	Sim	12	18	36,4	54,5
HAS	Não	21	15	63,6	45,5
	Total	33	33	100,0	100,0
MULHERES COM BH					
Gestações	0	4		12,1	
	1	7		21,2	
	2	6		18,2	
	3	8		24,2	
	4	2		6,1	
	5	2		6,1	
	6	2		6,1	
	7	1		3,0	
	Total	33		100,0	
	0	30		90,9	
Abortos	1	2		6,1	
	4	1		3,0	
	Total	33		100,0	
	0	11		33,3	
Partos vaginais	1	6		18,2	
	2	6		18,2	
	3	5		15,2	
	4	1		3,0	
	5	3		9,1	
	9	1		3,0	
	Total	33		100,0	
Partos cesareana	0	18		54,5	
	1	11		33,3	
	2	3		9,1	
	3	1		3,0	
	Total	33		100,0	
Métodos contraceptivos	Nenhum	18		54,5	
	Condom	2		6,1	
	Laqueadura	3		9,1	
	Histerectomia	1		3,0	
	Natural	1		3,0	
	DIU	1		3,0	
	Coito interrompido	3		9,1	
	Outro	4		12,1	
	Total	33		100,0	
	0	18		54,5	
Menopausa (tempo)	1 a 5 anos	7		21,2	
	6 a 10 anos	3		9,1	
	+ de 10 anos	5		15,2	
	Total	33		100,0	
	0	19		57,6	
Menopausa (características)	Sangramento even	1		3,0	
	Manut sintomas	7		21,2	
	Outros sintomas	6		18,2	
	Total	33		100,0	
	Sim	25		75,8	
Relações sexuais	Não	8		24,2	
	Sub-total	33		100,0	
	Não se aplica	28		84,8	
	Viúva	3		9,1	
	Sem companheiro	2		6,1	
	Total	33		100,0	

continua

Características	Variáveis	N	%
Frequência / semana	1	5	15,2
	2	4	12,1
	3	12	36,4
	4	2	6,1
	7	1	3,0
	Total	33	100,0
Alteração no desempenho sexual	Sim	7	21,2
	Não	26	78,8
	Total	33	100,0
Falta de lubrificação vaginal	Sim	7	21,2
	Não	26	78,8
	Total	33	100,0
Ausência de orgasmo	Sim	6	18,2
	Não	27	81,8
	Total	33	100,0
Dispareunia	Sim	3	9,1
	Não	30	90,9
	Total	33	100,0
Falta/diminuição da libido	Sim	8	24,2
	Não	25	75,8
	Total	33	100,0
Cirurgias ginecológicas	Sim	6	18,2
	Não	27	81,8
	Total	33	100,0
Tratamento DM	Sim	4	12,1
	Não	29	87,9
	Total	33	100,0
Tratamento HAS	Sim	10	30,3
	Não	23	69,7
	Total	33	100,0
Tratamentos que faz oncológicos	Sim	1	3,0
	Não	32	97,0
	Total	33	100,0
Consumo de bebida carbonatada (copos/dia)	0	18	54,5
	1	10	30,3
	2	2	6,1
	3	1	3,0
	4	1	3,0
	5	1	3,0
	Total	33	100,0

continuação

Características	Variáveis	N	%
	0	4	12,1
Consumo de bebida com cafeína (copos/dia)			
	1	9	27,3
	2	8	24,2
	3	6	18,2
	5	4	12,1
	6	1	3,0
	7	1	3,0
	Total	33	100,0
Consumo de bebidas alcoólicas (copos/dia)	0	32	97,0
	2	1	3,0
	Total	33	100,0
	0	25	75,8
Consumo de pimenta (por refeição)			
	1	3	9,1
	2	3	9,1
	3	2	6,1
	Total	33	100,0
	0	1	3,0
Ingestão hídrica total (copos/dia)			
	3	2	6,1
	4	1	3,0
	5	8	24,2
	6	3	9,1
	7	4	12,1
	8	2	6,1
	10	8	24,2
	12	1	3,0
	15	1	3,0
	18	1	3,0
	Total	33	100,0
	Sim	4	12,1
Sintomas BH em outras mulheres na casa			
	Não	28	84,8
	3	1	3,0
	Total	33	100,0

Na Tabela 7 são apresentadas a distribuição de sintomas de BH para toda a amostra de mulheres de Sorocaba.

Tabela 7 – Distribuição de sintomas de BH para mulheres em Sorocaba, 2007.

Respostas	N	%
Urgência		
Sim	39	13,0
Não	262	87,0
Total	301	100,0
Episódios Urgência/dia		
1	5	1,7
2	10	3,3
3	7	2,3
4	3	1,0
5	2	0,7
6	5	1,7
7	3	1,0
Sub-total	35	11,6
Não	266	88,4
Total	301	100,0
Urge-incontinência		
Sim	28	9,3
Não	273	90,7
Total	301	100,0
Episódios urge-incontinência/dia		
1	8	2,7
2	5	1,7
3	8	2,7
4	1	0,3
5	2	0,7
6	1	0,3
7	2	0,7
Sub-total	27	9,0
Não	274	91,0
Total	301	100,0
Outras situações de perda de urina		
Inesperadamente	4	1,3
Tossir/rir	22	7,3
Caminhar/correr	3	1,0
Caminhar	1	0,3
Movim. leves	2	0,7
Nenhuma	1	0,3
Sub-total	33	11,0
Não	268	89,0
Total	301	100,0
Frequência urinária diurna		
0	1	0,3
2	4	1,3
3	48	15,9
4	92	30,6
5	84	27,9
6	49	16,3
7	8	2,7
8	14	4,7
10	1	0,3
Total	301	100,0
Frequência urinária noturna		
0	148	49,2
1	98	32,6
2	40	13,3
3	12	4,0
4	3	1,0
Total	301	100,0

Tabela 8 – Distribuição de sintomas para a amostra de 33 mulheres com BH, em Sorocaba - 2007

Valores	N	%
Urgência		
Sim	25	75,8
Não	8	24,2
Total	33	100,0
Episódios Urgência/dia		
2	4	12,1
3	2	6,1
6	1	3,0
7	14	42,4
10	1	3,0
12	1	3,0
15	1	3,0
Sub-total	24	72,7
Não	9	27,3
Total	33	100,0
Urge-incontinência		
Sim	18	54,5
Não	15	45,5
Total	33	100,0
Episódios urge-incontinência/dia		
1	3	9,1
2	3	9,1
6	1	3,0
7	9	27,3
10	2	6,1
Sub-total	18	54,5
Não	15	45,5
Total	33	100,0
Outras situações de perda de urina		
Inesperadamente	3	9,1
Tossir/rir	8	24,2
Caminhar	1	3,0
Movim. leves	2	6,1
Nenhuma	1	3,0
Sub-total	15	45,5
Não	18	54,5
Total	33	100,0
Frequência urinária diurna		
5	2	6,1
8	8	24,2
9	8	24,2
10	12	36,4
15	2	6,1
20	1	3,0
Total	33	100,0
Frequência urinária noturna		
0	3	9,1
1	7	21,2
2	6	18,2
3	7	21,2
4	5	15,2
5	4	12,1
6	1	3,0
Total	33	100,0

Para a amostra das mulheres com BH; 75,8% apresentaram urgência, com até sete episódios ao dia; 54,5% apresentaram urge-incontinência sendo que 36,4% com seis ou mais episódios ao dia. A frequência urinária diurna foi superior a oito vezes ao dia para 69,7% das mulheres, e a noturna ocorreu acima de dois episódios por noite para 51,5% da amostra.

A acurácia global do modelo utilizado para prever mulheres com BH (com uma probabilidade de 0,50 ou mais) foi de 96,7%, utilizando-se a tabela de classificação do modelo logístico. A sensibilidade foi 70% e a especificidade foi 99,6%; o valor preditivo positivo (VPP) foi 95,8% e o valor preditivo negativo (VPN) de 96,8%. O teste de Nagelkerke mostrou que as características pesquisadas explicam 72% da variação da ocorrência de BH. Os sintomas considerados, em ordem de importância foram frequência diurna, frequência noturna, urge-incontinência e urgência.

7.2 QUALIDADE DE VIDA

Os resultados referentes à QV de mulheres com BH em Sorocaba serão apresentados através de suas medidas descritivas na Tabela 9 e, a seguir, das suas correlações nas Figuras 1 a 7, para cada domínio do KHQ.

Tabela 9 – Escores médios, desvio-padrão, valores mínimos e máximos para os domínios do KHQ de mulheres com BH, em Sorocaba - 2007

Domínios	Média	Mediana	Moda	Desvio-padrão	Valores mínimos	Valores máximos
PGS	40,15	50,00	50,00	24,15	0,00	100,00
II	49,49	33,33	33,33	33,45	0,00	100,00
LAVD	40,40	33,33	0,00	34,11	0,00	100,00
LF	30,30	16,66	0,00	31,02	0,00	100,00
LS	26,76	0,00	0,00	34,87	0,00	100,00
RP	20,83	0,00	0,00	35,60	0,00	100,00
AE	26,26	11,11	0,00	36,19	0,00	100,00
SD	45,95	66,66	66,67	34,86	0,00	100,00
MG	31,31	26,66	0,00	28,01	0,00	80,00
ES	10,63	9,00	6,00	7,29	0,00	24,00

Na análise das medidas de tendência central dos domínios do KHQ, observa-se que os domínios IIU, SD, PGS e LAVD tiveram os escores mais elevados, ou seja, indicando os piores níveis de QV.

As Figuras 1 a 7 mostram os escores para cada domínio do KHQ, separando as mulheres quanto ao tipo de BH, seca e molhada.

Figura 1 - Violin Plot para o domínio do KHQ Limitações das Atividades da Vida Diária em Sorocaba, 2008

No domínio LAVD observa-se que houve uma distribuição de dados mais proporcional, aliada a poucos escores muito altos para as mulheres com BH molhada, além de medianas semelhantes para ambas.

Figura 2 - Violin Plot para o domínio do KHL Limitações Físicas em Sorocaba, 2008

Na Figura 2, observam-se menor mediana e poucos escores muito altos para BH molhada, com distribuição semelhante dos escores mais baixos para ambos os grupos.

Figura 3 - Violin Plot para o domínio do KHL Limitações Sociais em Sorocaba, 2008

O domínio LS apresentou mediana zero e um pouco mais de proporção em escores mais altos para BH molhada e maiores concentrações em escores mais baixos para ambas.

figura 4 - Violin Plot para o domínio do KHQ Relacionamentos Pessoais em Sorocaba, 2008

No domínio RP, pode-se constatar que houve maiores concentrações de escores baixos para ambos os tipos de BH.

figura 5 - Violin Plot para o domínio do KHQ Aspectos Emocionais em Sorocaba, 2008

Na Figura 5, observa-se mediana mais baixa e maiores escores médios para BH seca além de maior concentração de escores mais altos para BH molhada.

figura 6 - Violin Plot para o domínio do KHQ Sono e Disposição em Sorocaba, 2008

No domínio SD ocorreu uma maior concentração de escores baixos e maior distribuição de escores médios/altos para BH molhada.

figura 7 - Violin Plot para o domínio do KHQ Medidas de Gravidade em Sorocaba, 2008

Na Figura 7, evidencia-se a mediana mais alta, bem como maiores concentrações de escores mais altos para mulheres com BH seca.

Na Tabela 10 são apresentadas as correlações entre os domínios do KHQ e sua escala de sintomas, que possibilitou a análise da validade convergente do mesmo.

Tabela 10 – Correlações entre os domínios do KHQ e sua escala de sintomas para mulheres com BH, em Sorocaba - 2007

Domínios	Valores	Freq	Noct	Urg	UI	IUE	Enurese	Inc Rel Sex	Dor	Disúria
PGS	Spearman	0,437	0,454	0,399	0,490	0,504	0,421	-0,331	0,534	0,468
	p	0,11	0,008	0,021	0,004	0,003	0,015	0,060	0,001	0,006
II	Spearman	0,410	0,410	0,635	0,645	0,434	0,354	0,010	0,430	0,442
	p	0,018	0,015	0,000	0,000	0,012	0,043	0,955	0,012	0,010
LAVD	Spearman	0,416	0,535	0,580	0,672	0,472	0,413	-0,100	0,454	0,321
	p	0,016	0,001	0,000	0,000	0,006	0,017	0,581	0,008	0,068
LF	Spearman	0,369	0,386	0,655	0,705	0,576	0,418	0,019	0,669	0,692
	p	0,035	0,026	0,000	0,000	0,000	0,015	0,919	0,000	0,000
LS	Spearman	0,304	0,321	0,606	0,807	0,516	0,512	0,103	0,645	0,399
	p	0,085	0,068	0,000	0,000	0,002	0,002	0,570	0,000	0,022
RP*	Spearman	0,127	-0,016	0,353	0,523	0,120	0,141	0,335	0,474	0,356
	p	0,518	0,934	0,066	0,004	0,544	0,475	0,081	0,011	0,063
AE	Spearman	0,483	0,611	0,468	0,510	0,318	0,310	-0,287	0,334	0,355
	p	0,004	0,000	0,006	0,002	0,071	0,080	0,106	0,058	0,043
SD	Spearman	0,377	0,701	0,392	0,538	0,408	0,502	-0,065	0,430	0,370
	p	0,031	0,000	0,024	0,001	0,019	0,003	0,719	0,013	0,034
MG	Spearman	0,432	0,569	0,569	0,744	0,423	0,457	-0,159	0,576	0,356
	p	0,012	0,001	0,001	0,000	0,014	0,008	0,377	0,000	0,042

Nota: O domínio foi o único que apresentou N = 28, devido à variável “não se aplica”

Segundo a Tabela 10, embora haja muitas correlações e domínios que se correlacionaram com as sete ou oito variáveis, a força de correlação não foi muito elevada (0,3 a 0,7). Os domínios II, LF, SD e MG correlacionaram-se com todas essas variáveis e PGS e LAVD com seis dentre essas sete mais frequentes.

Tabela 11 – Correlações entre os domínios do KHQ e os sintomas do questionário de dados clínicos para mulheres com BH, em Sorocaba - 2007

Domínios	Valores	Freq	Noct	Urg	UI	IUE
PGS	Spearman	0,143	0,253	0,519	0,378	-0,12
	p	0,427	0,156	0,002	0,030	0,946
II	Spearman	0,302	0,076	0,471	0,543	0,037
	p	0,087	0,676	0,006	0,001	0,836
LAVD	Spearman	0,381	0,204	0,609	0,626	0,031
	p	0,029	0,254	0,000	0,000	0,862
LF	Spearman	0,353	0,080	0,477	0,511	0,085
	p	0,044	0,658	0,005	0,002	0,637
LS	Spearman	0,254	0,196	0,423	0,695	-0,024
	p	0,154	0,274	0,014	0,000	0,896
RP*	Spearman	-0,176	-0,146	0,052	0,402	0,226
	p	0,370	0,458	0,794	0,034	0,247
AE	Spearman	0,341	0,132	0,447	0,425	0,070
	p	0,052	0,463	0,009	0,014	0,697
SD	Spearman	0,430	0,472	0,571	0,513	-0,29
	p	0,012	0,006	0,001	0,002	0,872
MG	Spearman	0,293	0,144	0,451	0,669	-0,067
	p	0,098	0,425	0,008	0,000	0,710

Nota: O domínio foi o único que apresentou N = 28, devido à variável “não se aplica”

Na Tabela 11 todos os domínios do KHQ apresentaram correlações positivas e estatisticamente significantes com duas a quatro variáveis do questionário de dados clínicos. Somente o domínio RP correlacionou-se com uma variável (UI). Esses resultados ratificaram, mais uma vez, a validade convergente do KHQ.

Os resultados das análises de correlação entre os escores dos domínios do KHQ e os sintomas gerais e específicos de BH, segundo os modelos previamente propostos e por meio da regressão categórica *stepwise*, encontram-se nas Tabelas 12 a 29.

Tabela 12 – Regressão categórica *stepwise* para os sintomas gerais de BH e o domínio PGS do KHQ de mulheres, em Sorocaba - 2007

Variáveis	β	p	Importância	R^2
Modelo 1a				
Sensação repleção	0,023	0,776	0,012	0,351
Tempo de perda urina	0,139	0,121	0,149	
Frequência perda	0,520	<0,001	0,839	
Modelo 1b				
Sensação micção	0,103	0,182	0,080	0,375
Tempo de perda urina	0,131	0,114	0,138	
Frequência perda	0,496	<0,001	0,782	
Modelo 2				
Frequência perda	0,671	<0,001	0,863	-
Perda inesperadamente	-0,367	<0,001	0,137	
Modelo 4				
Frequência perda	0,072	0,001	0,064	0,453
Perda ao tossir/rir	0,633	<0,001	0,936	
Modelo 5				
Frequência perda	0,295	,0,001	0,410	0,360
Perda caminhar rápido/correr	0,390	,0,001	0,590	
Modelo 6				
Frequência perda	0,404	<0,001	0,708	0,286
Perda ao caminhar	0,211	<0,001	0,292	
Modelo 7				
Frequência perda	0,555	<0,001	0,140	0,315
Perda aos movimentos leves	0,286	<0,001	0,140	

Tabela 13 – Regressão categórica *stepwise* para os sintomas específicos de BH e o domínio PGS do KHQ de mulheres, em Sorocaba - 2007

Variáveis	β	P	Importância	R ²
Modelo 1				
Frequência diurna	0,287	0,002	-0,077	0,338
Urgência	0,525	<0,001	0,739	
Urge-incontinência	0,280	<0,001	0,338	
Modelo 2				
Noctúria	0,143	0,086	0,062	0,226
Disúria	0,475	<0,001	0,688	
Incontinência nas relações sexuais	0,322	<0,001	0,250	
Modelo 3				
ITU anterior	-0,239	0,003	0,386	0,071
ITU repetição	0,271	0,007	0,614	0,046
ITU atual	-0,215	0,015		
Modelo 4				
Dor	0,420	<0,001	-	0,177
Modelo 5				
Classificação sintomática IU	0,332	<0,001	-	0,111
Modelo 6				
Esvaziamento incompleto	0,520	<0,001	-	0,270
Modelo 7				
Como iniciou BH	0,394	<0,001	0,731	0,156

No domínio **percepção geral de saúde (PGS)**, o Modelo 5 de sintomas gerais (Tabela 12) e o Modelo 1 de sintomas específicos mostram os maiores valores de correlação. As variáveis “frequência das perdas urinárias” e “urgência” destacam-se, respectivamente, como sintomas mais importantes para este domínio.

Tabela 14 – Regressão categórica *stepwise* para os sintomas gerais de BH e o domínio II do KHQ de mulheres, em Sorocaba - 2007

Variáveis	B	P	Importância	R2
Modelo 1a				
Sensação repleção	0,414	<0,001	0,087	0,622
Tempo de perda urina	0,164	0,003	0,105	
Frequência perda	0,724	<0,001	0,808	
Modelo 1b				
Sensação micção	0,141	0,038	0,096	0,515
Tempo de perda urina	0,042	0,584	0,035	
Frequência perda	0,636	<0,001	0,869	
Modelo 2				
Frequência perda	0,559	<0,001	0,692	0,525
Perda inesperadamente	0,304	<0,001	0,243	
Modelo 3				
Frequência perda	0,490	<0,001	0,572	0,555
Perda aos grandes esforços	0,374	<0,001	0,372	
Modelo 4				
Frequência perda	0,524	<0,001	0,653	0,532
Perda ao tossir/rir	0,300	<0,001	0,280	
Modelo 5				
Sensação de micção	-	-	0,045	0,575
Frequência perda	0,472	<0,001	0,516	
Perda ao caminhar rápido/correr	0,432	<0,001	0,439	
Modelo 6				
Sensação de micção	-	-	0,028	0,577
Frequência perda	0,399	<0,001	0,388	
Perda ao caminhar	0,530	<0,001	0,583	
Modelo 7				
Frequência perda	0,543	<0,001	0,657	0,530
Perda aos movimentos leves	0,333	<0,001	0,282	

Tabela 15 – Regressão categórica *stepwise* para os sintomas específicos de BH e o domínio II do KHQ de mulheres em Sorocaba - 2007

Variáveis	β	p	Importância	R ²
Modelo 1				
Frequência diurna	-0,235	<0,001	-0,075	0,631
Urgência	0,480	<0,001	0,480	
Urge-incontinência	0,532	<0,001	0,595	
Modelo 2				
Noctúria	0,238	0,007	0,562	0,113
Disúria	0,074	0,641	-0,064	
Incontinência nas relações sexuais	0,245	0,003	0,501	
Modelo 3				
ITU anterior	0,345	<0,001	1,036	0,103
ITU repetição	-0,096	0,305	-0,036	
ITU atual			-	
Modelo 4				
Dor	0,412	<0,001	-	0,170
Modelo 5				
Classificação sintomática IU	0,368	<0,001	-	0,135
Modelo 6				
Esvaziamento incompleto	0,728	<0,001	-	0,530
Modelo 7				
Como iniciou BH	0,291	0,004	-	-

No domínio **impacto da incontinência (II)** o “tempo de perda de urina” não apresentou efeito sobre o escore de QV em análise isolada, no segundo modelo introduziu-se a variável “perda urinária inesperadamente” à “sensação de repleção”, ao “tempo de perda de urina” e à “frequência das perdas” e, nesse caso, a segunda e a terceira perderam a significância estatística, como ocorreu para os demais domínios.

No terceiro modelo analisou-se as variáveis “sensação de micção”, “tempo de perda de urina” e “frequência das perdas urinárias” e, dessa vez a segunda perdeu a sua significância estatística, restando as duas outras. Assim sendo, essas duas variáveis – sensação de micção e frequência das perdas urinárias – permaneceram nos próximos modelos analisados.

Ao final constatou-se que existe uma associação positiva entre cada uma dessas variáveis e o escore de QV. Na análise da “frequência das perdas urinárias”, a “perda aos grandes esforços” e a “sensação de micção” todas tiveram significância positiva nessa ordem de importância. Quanto aos sintomas “frequência diurna aumentada”, “urgência” e “urge-incontinência”, todas tiveram uma relação positiva e significativa com a QV, sendo a última a mais importante.

Tabela 16 – Regressão categórica *stepwise* para os sintomas gerais de BH e o domínio LAVD do KHQ de mulheres, em Sorocaba - 2007

Variáveis	B	p	Importância	R2
Modelo 1a				
Sensação repleção	-0,168	0,002	-0,046	0,727
Tempo de perda urina	0,517	<0,001	0,521	
Frequência perda	0,508	<0,001	0,526	
Modelo 1b				
Sensação micção	-0,049	0,347	-0,015	0,710
Tempo de perda urina	0,491	<0,001	0,521	
Frequência perda	0,472	<0,001	0,494	
Modelo 2				
Tempo de perda urina	0,442	<0,001	0,461	0,721
Frequência perda	0,436	<0,001	0,451	
Perda inesperadamente	0,152	<0,001	0,088	
Modelo 3				
Tempo de perda urina	0,406	<0,001	0,425	0,722
Frequência perda	0,418	<0,001	0,432	
Perda aos grandes esforços	0,177	<0,001	0,143	
Modelo 4				
Tempo de perda urina	0,374	<0,001	0,384	0,743
Frequência perda	0,376	<0,001	0,377	
Perda ao tossir/rir	0,264	<0,001	0,239	
Modelo 5				
Tempo de perda urina	0,332	<0,001	0,319	0,768
Frequência perda	0,382	<0,001	0,362	
Perda ao caminhar rápido/correr	0,370	<0,001	0,319	
Modelo 6				
Tempo de perda urina	0,404	<0,001	0,401	0,742
Frequência perda	0,388	<0,001	0,377	
Perda ao caminhar	0,293	<0,001	0,222	
Modelo 7				
Tempo de perda urina	0,441	<0,001	0,458	0,722
Frequência perda	0,427	<0,001	0,436	
Perda aos movimentos leves	0,178	<0,001	0,106	

Tabela 17 – Regressão categórica *stepwise* para os sintomas específicos de BH e o domínio LAVD do KHQ de mulheres, em Sorocaba - 2007

Variáveis	β	p	Importância	R ²	
Modelo 1					
Frequência diurna	0,611	<0,001	0,114	0,857	
Urgência	0,753	<0,001	0,248		
Urge-incontinência	0,959	<0,001	0,865		
Modelo 2					
Noctúria	0,337	<0,001	0,301	0,320	
Disúria	0,506	<0,001	0,555		
Incont relações sexuais	0,282	<0,001	0,144		
Modelo 3					
ITU anterior	-0,317	<0,001	0,521	0,219	
ITU repetição	-0,302	<0,001	0,479		
Modelo 4					
ITU repetição	-0,296	0,001	0,580	0,178	
ITU atual	-0,242	0,004	0,420		
Modelo 5					
Dor	0,412	<0,001	-	0,169	
Modelo 6					
Classificação sintomática IU	-	-	-	0,613	
Modelo 7					
Esvaziamento incompleto	0,783	<0,001	-		
Modelo 8					
Como iniciou BH	0,384	0,076	-	0,147	

Quanto ao domínio **limitação das atividades da vida diária (LAVD)**, nos **três modelos somente** o “tempo de perda de urina” e a “frequência das perdas urinárias” tiveram associação significativa com a QV, ocasionando uma piora na mesma. Na análise dos sintomas “noctúria”, “disúria” e “incontinência nas relações sexuais”, todos apresentaram associação positiva e significativa com a QV, similarmente à análise dos sintomas “frequência diurna aumentada”, “urgência” e “urge-incontinência”, sendo que a última foi a mais importante, conforme observado na maioria dos domínios.

Tabela 18 – Regressão categórica *stepwise* para os sintomas gerais de BH e o domínio LF do KHQ de mulheres, em Sorocaba - 2007

Variáveis	β	p	Importância	R2
Modelo 1a				
Sensação repleção	-0,055	0,391	-0,028	0,632
Tempo de perda urina	0,246	<0,001	0,223	
Frequência perda	0,663	<0,001	0,805	
Modelo 1b				
Sensação micção	-0,032	0,582	-0,007	0,631
Tempo de perda urina	0,238	<0,001	0,215	
Frequência perda	0,651	<0,001	0,793	
Modelo 2				
Tempo de perda urina	0,216	<0,001	0,195	0,633
Frequência perda	0,638	<0,001	0,775	
Perda inesperadamente	0,068	0,247	0,030	
Modelo 3				
Tempo de perda urina	0,106	0,117	0,089	0,654
Frequência perda	0,668	<0,001	0,779	
Perda aos grandes esforços	0,216	0,001	0,131	
Modelo 4				
Tempo de perda urina	0,471	<0,001	0,016	0,770
Frequência perda	0,676	<0,001	0,603	
Perda ao tossir/rir	0,604	<0,001	0,380	
Modelo 5				
Tempo de perda urina	0,168	0,005	0,148	0,640
Frequência perda	0,668	<0,001	0,801	
Perda ao caminhar rápido/correr	0,125	0,041	0,051	
Modelo 6				
Tempo de perda urina	0,386	0,002	0,270	0,523
Frequência perda	0,591	<0,001	0,535	
Perda ao caminhar	-0,302	0,014	0,195	
Modelo 7				
Tempo de perda urina	0,216	<0,001	0,195	0,633
Frequência perda	0,639	<0,001	0,775	
Perda aos movimentos leves	0,068	0,246	0,030	

Tabela 19 – Regressão categórica *stepwise* para os sintomas específicos de BH e o domínio LF do KHQ de mulheres em Sorocaba - 2007

Variáveis	β	p	Importância	R ²
Modelo 1				
Frequência diurna	0,268	<0,001	0,204	0,589
Urgência	0,291	<0,001	0,281	
Urge-incontinência	0,459	<0,001	0,514	
Modelo 2				
Noctúria	-1,151	<0,001	0,491	0,193
Disúria	0,744	<0,001	0,198	
Incont relações sexuais	-1,052	<0,001	0,311	
Modelo 3				
ITU anterior	-	-	-	-
ITU repetição	-	-	-	-
ITU atual	0,412	<0,001	-	-
Modelo 4				
Dor	0,573	<0,001	-	-
Modelo 5				
Classificação sintomática IU	-	-	-	-
Modelo 6				
Esvaziamento incompleto	0,609	<0,001	-	0,370
Modelo 7				
Como iniciou BH	0,481	<0,001	-	0,232

Já no domínio **limitações físicas (LF)**, repetiram-se as associações mais importantes ocorridas nos modelos anteriores, e as variáveis “frequência das perdas urinárias” e a “perda urinária aos grandes esforços” tiveram uma associação positiva e significativa com o escore de QV. A “frequência das perdas urinárias”, a “perda urinária ao caminhar” e a “disúria” também apresentaram o mesmo resultado.

Tabela 20 – Regressão categórica *stepwise* para os sintomas gerais de BH e o domínio LS do KHQ de mulheres em Sorocaba - 2007

Variáveis	β	p	Importância	R2
Modelo 1a				
Sensação repleção	-0,100	0,125	-0,044	0,614
Tempo de perda urina	0,194	0,008	0,175	
Frequência perda	0,696	<0,001	0,869	
Modelo 1b				
Sensação micção	-0,041	0,482	-0,008	0,609
Tempo de perda urina	0,184	0,010	0,169	
Frequência perda	0,667	<0,001	0,839	
Modelo 2				
Tempo de perda urina	0,157	0,021	0,134	0,642
Frequência perda	0,469	<0,001	0,552	
Perda inesperadamente	0,302	<0,001	0,314	
Modelo 3				
Tempo de perda urina	0,175	0,020	0,161	0,608
Frequência perda	0,654	<0,001	0,824	
Perda aos grandes esforços	0,216	0,847	0,014	
Modelo 4				
Tempo de perda urina	-0,640	<0,001	0,007	0,796
Frequência perda	0,524	<0,001	0,285	
Perda ao tossir/rir	0,895	<0,001	0,707	
Modelo 5				
Tempo de perda urina	0,087	0,245	0,076	0,611
Frequência perda	0,466	<0,001	0,500	
Perda ao caminhar rápido/correr	0,425	<0,001	0,425	
Modelo 6				
Tempo de perda urina	0,106	0,080	0,078	0,721
Frequência perda	0,311	<0,001	0,300	
Perda ao caminhar	0,568	<0,001	0,622	
Modelo 7				
Tempo de perda urina	0,129	0,048	0,102	0,675
Frequência perda	0,373	<0,001	0,382	
Perda aos movimentos leves	0,482	<0,001	0,515	

Tabela 21 – Regressão categórica *stepwise* para os sintomas específicos de BH e o domínio LS do KHQ de mulheres, em Sorocaba - 2007

Variáveis	β	p	Importância	R²	
Modelo 1					
Frequência diurna	0,238	<0,001	0,023	0,825	
Urgência	0,329	<0,001	0,207		
Urge-incontinência	0,732	<0,001	0,770		
Modelo 2					
Noctúria	0,390	<0,001	0,266	0,454	
Disúria	0,637	<0,001	0,753		
Incontinência nas relações sexuais	-0,129	<0,001	-0,019		
Modelo 3					
ITU anterior	-0,305	<0,001	0,938	0,102	
ITU repetição	-0,062	0,014	0,062		
Modelo 4					
ITU repetição	-0,229	<0,001	0,634	0,104	
ITU atual	-0,157	<0,001	0,367		
Modelo 5					
Dor	0,652	<0,001	-	0,425	
Modelo 6					
Classificação sintomática IU	-	-	-	0,567	
Modelo 7					
Esvaziamento incompleto	0,753	<0,001	-		
Modelo 8					
Como iniciou BH	0,739	<0,001	-	0,546	

No domínio **limitações sociais (LS)**, as **variáveis** “frequência das perdas urinárias”, “perda urinária ao tossir/rir” e a “perda urinária ao caminhar” novamente tiveram uma associação positiva e significativa com o escore de QV. O mesmo foi observado para “noctúria” e “disúria” e, surpreendentemente, na análise dos sintomas “ITU atual”, “ITU anterior” e “ITU de repetição”, todas tiveram associação negativa e significativa com a QV.

Tabela 22 – Regressão categórica *stepwise* para os sintomas gerais de BH e o domínio RP do KHQ de mulheres, em Sorocaba - 2007

Variáveis	β	p	Importância	R2
Modelo 1a				
Sensação repleção	0,042	0,671	0,032	0,264
Tempo de perda urina	-0,189	0,019	0,020	
Frequência perda	0,519	<0,001	0,948	
Modelo 1b				
Sensação micção	0,023	0,802	0,008	0,263
Tempo de perda urina	-0,183	0,022	0,021	
Frequência perda	0,530	<0,001	0,972	
Modelo 2				
Tempo de perda urina	-0,152	0,062	0,031	0,281
Frequência perda	0,418	<0,001	0,717	
Perda inesperadamente	0,173	0,107	0,252	
Modelo 3				
Tempo de perda urina	-0,141	0,090	0,019	0,303
Frequência perda	0,625	<0,001	0,991	
Perda aos grandes esforços	0,235	0,018	-0,010	
Modelo 4				
Tempo de perda urina	-0,335	<0,001	0,050	0,384
Frequência perda	0,432	<0,001	0,542	
Perda ao tossir/rir	0,403	<0,001	0,407	
Modelo 5				
Tempo de perda urina	-0,302	<0,001	-0,003	0,373
Frequência perda	0,567	<0,001	0,733	
Perda ao caminhar rápido/	0,353	<0,001	0,269	
Modelo 6				
Tempo de perda urina	-0,247	0,002	0,033	0,435
Frequência perda	0,373	<0,001	0,413	
Perda ao caminhar	0,453	<0,001	0,554	
Modelo 7				
Tempo de perda urina	-0,253	<0,001	-0,028	0,395
Frequência perda	0,706	<0,001	0,861	
Perda aos movimentos leves	0,398	<0,001	0,167	

Tabela 23 – Regressão categórica *stepwise* para os sintomas específicos de BH e o domínio RP do KHQ de mulheres em Sorocaba - 2007

Variáveis	β	p	Importância	R ²	
Modelo 1					
Frequência diurna	-0,566	<0,001	0,309	0,621	
Urgência	-0,229	<0,001	-0,030		
Urge-incontinência	0,767	<0,001	0,720		
Modelo 2					
Noctúria	0,269	<0,001	0,152	0,556	
Disúria	0,569	>0,001	0,672		
Incontinência relações sexuais	0,216	<0,001	0,176		
Modelo 3					
ITU anterior	0,211	<0,001	0,355	0,176	
ITU repetição	0,310	<0,001	0,645		
Modelo 4					
ITU repetição	0,293	<0,001	0,646	0,167	
ITU atual	0,193	<0,001	0,354		
Modelo 5					
Dor	0,410	<0,001	-	0,168	
Modelo 6					
Classificação sintomática IU	-	-	-	0,174	
Modelo 7					
Esvaziamento incompleto	0,417	<0,001	-		
Modelo 8					
Como iniciou BH	0,518	<0,001	-	0,268	

Quanto aos **relacionamentos pessoais (RP)**, as variáveis “frequência das perdas urinárias”, “perda urinária inesperadamente”, “perda urinária aos grandes esforços”, “perda urinária ao tossir/rir”, “perda urinária ao caminhar rápido/correr”, “perda urinária ao caminhar” ou a “perda urinária aos movimentos leves” todas tiveram associação positiva e significativa com o escore de QV. Novamente, somente a “disúria” apresentou associação positiva e significativa com a QV.

Tabela 24 – Regressão categórica *stepwise* para os sintomas gerais de BH e o domínio AE do KHQ de mulheres, em Sorocaba - 2007

Variáveis	β	p	Importância	R2
Modelo 1a				
Sensação repleção	0,044	0,045	0,030	0,396
Tempo de perda urina	0,259	<0,001	0,287	
Frequência perda	0,470	<0,001	0,684	
Modelo 1b				
Sensação micção	0,001	<0,001	0,976	0,289
Tempo de perda urina	0,301	<0,001	0,450	
Frequência perda	0,346	<0,001	0,550	
Modelo 2				
Tempo de perda urina	0,333	<0,001	0,302	0,475
Frequência perda	0,249	<0,001	0,272	
Perda inesperadamente	0,384	<0,001	0,425	
Modelo 3				
Tempo de perda urina	0,550	<0,001	0,448	0,510
Frequência perda	0,534	<0,001	0,531	
Perda aos grandes esforços	-0,556	<0,001	0,020	
Modelo 4				
Tempo de perda urina	0,228	<0,001	0,244	0,400
Frequência perda	0,486	<0,001	0,702	
Perda ao tossir/rir	0,101	<0,001	0,054	
Modelo 5				
Tempo de perda urina	0,255	<0,001	0,259	0,413
Frequência perda	0,400	<0,001	0,559	
Perda ao caminhar rápido/	0,177	<0,001	0,182	
Modelo 6				
Tempo de perda urina	0,204	<0,001	0,160	0,509
Frequência perda	0,168	<0,001	0,187	
Perda ao caminhar	0,500	<0,001	0,654	
Modelo 7				
Tempo de perda urina	0,269	<0,001	0,262	0,447
Frequência perda	0,274	<0,001	0,353	
Perda aos movimentos leves	0,312	<0,001	0,385	

Tabela 25 – Regressão categórica *stepwise* para os sintomas específicos de BH e o domínio AE do KHQ de mulheres, em Sorocaba - 2007

Variáveis	β	p	Importância	R²
Modelo 1				
Frequência diurna	0,085	<0,001	0,065	0,484
Urgência	0,062	<0,001	0,049	
Urge-incontinência	0,624	<0,001	0,887	
Modelo 2				
Noctúria	0,078	<0,001	0,015	0,481
Disúria	0,756	<0,001	0,970	
Incontinência relações sexuais	0,329	<0,001	0,015	
Modelo 3				
ITU anterior	-0,322	<0,001	0,243	0,238
ITU repetição	0,475	<0,001	0,756	
Modelo 4				
ITU repetição	0,477	<0,001	0,712	0,240
ITU atual	0,354	<0,001	0,288	
Modelo 5				
Dor	0,399	<0,001	-	0,159
Modelo 6				
Classificação sintomática IU	-	-	-	
Modelo 7				
Esvaziamento incompleto	0,694	<0,001	-	0,481
Modelo 8				
Como iniciou BH	0,421	<0,001	-	0,177

No tocante aos **aspectos emocionais (AE)**, as variáveis “tempo de perda de urina” e “frequência das perdas urinárias” têm uma associação positiva e significativa com o escore de QV, sendo que a última é mais importante do que a primeira. Na análise dos sintomas “noctúria”, “disúria” e “incontinência nas relações sexuais”, todos apresentaram associação positiva e significativa com a QV, sendo a “disúria” a mais importante. O mesmo ocorreu para a “ITU atual” e a “ITU de repetição”, que tiveram associação positiva e significativa com a QV.

Tabela 26 – Regressão categórica *stepwise* para os sintomas gerais de BH e o domínio SD do KHQ de mulheres, em Sorocaba - 2007

Variáveis	β	p	Importância	R2
Modelo 1a				
Sensação repleção	0,230	0,091	0,196	0,474
Tempo de perda urina	0,368	<0,001	0,429	
Frequência perda	0,339	<0,001	0,376	
Modelo 1b				
Sensação micção	0,271	<0,001	0,061	0,491
Tempo de perda urina	0,438	<0,001	0,496	
Frequência perda	0,411	<0,001	0,443	
Modelo 2				
Tempo de perda urina	0,366	<0,001	0,450	0,449
Frequência perda	0,342	<0,001	0,404	
Perda inesperadamente	0,165	0,028	0,146	
Modelo 3				
Tempo de perda urina	0,286	<0,001	0,348	0,456
Frequência perda	0,360	<0,001	0,410	
Perda aos grandes esforços	0,228	0,008	0,242	
Modelo 4				
Tempo de perda urina	0,146	0,032	0,115	0,569
Frequência perda	0,333	<0,001	0,276	
Perda ao tossir/rir	0,531	<0,001	0,609	
Modelo 5				
Tempo de perda urina	0,340	<0,001	0,424	0,445
Frequência perda	0,366	<0,001	0,429	
Perda ao caminhar rápido/correr	0,166	0,034	0,147	
Modelo 6				
Tempo de perda urina	0,376	<0,001	0,474	0,441
Frequência perda	0,301	<0,001	0,354	
Perda ao caminhar	0,167	0,015	0,173	
Modelo 7				
Tempo de perda urina	0,369	<0,001	0,438	0,455
Frequência perda	0,277	<0,001	0,326	
Perda aos movimentos leves	0,218	0,002	0,236	

Tabela 27 – Regressão categórica *stepwise* para os sintomas específicos de BH e o domínio SD do KHQ de mulheres, em Sorocaba - 2007

Variáveis	β	p	Importância	R ²
Modelo 1				
Frequência diurna	0,076	<0,001	0,046	0,536
Urgência	0,382	<0,001	0,406	
Urge-incontinência	0,459	<0,001	0,548	
Modelo 2				
Noctúria	0,727	<0,001	0,935	0,590
Disúria	-0,080	<0,001	0,022	
Incont relações sexuais	0,116	<0,001	0,043	
Modelo 3				
ITU repetição	-0,439	0,008	0,104	0,325
ITU anterior	-0,671	<0,001	0,897	0,325
Modelo 4				
ITU repetição	-0,434	0,011	0,083	0,302
ITU atual	0,664	0,001	0,917	0,302
Modelo 5				
Tem Dor ou Não	0,245	0,169	-	0,060
Número da Dor	0,620	<0,001	-	0,384
Modelo 6				
Classificação sintomática IU	-	-	-	
Modelo 7				
Esvaziamento incompleto	0,599	<0,001	-	0,359
Modelo 8				
Como iniciou BH	0,808	<0,001	-	0,652

Em **sono e disposição (SD)**, a “frequência diurna aumentada”, a “urgência” e a “urge-incontinência” têm uma relação positiva e significativa com a QV, sendo a última a mais importante. Na análise dos sintomas “noctúria”, “disúria” e “incontinência nas relações sexuais”, o primeiro e o último têm associação positiva e significativa com a QV e a segunda tem associação negativa e significativa com a QV, sendo a primeira a mais importante. Quanto aos sintomas “ITU atual”, “ITU anterior” e “ITU de repetição”, a segunda e a terceira têm associação negativa e significativa com a QV e a primeira tem associação positiva e significativa. Nos demais modelos do domínio, todas as análises apresentaram associação positiva e significativa, ou seja, uma piora na QV.

Tabela 28 – Regressão categórica *stepwise* para os sintomas gerais de BH e o domínio MG do KHQ de mulheres, em Sorocaba - 2007

Variáveis	β	p	Importância	R2
Modelo 1a				
Sensação repleção	0,074	<0,001	0,045	0,684
Tempo de perda urina	0,392	<0,001	0,417	
Frequência perda	0,484	<0,001	0,538	
Modelo 1b				
Sensação micção	-0,038	0,014	-0,011	0,681
Tempo de perda urina	0,412	<0,001	0,438	
Frequência perda	0,513	<0,001	0573	
Modelo 2				
Tempo de perda urina	0,391	<0,001	0,359	0,744
Frequência perda	0,273	<0,001	0,265	
Perda inesperadamente	0,409	<0,001	0,377	
Modelo 3				
Tempo de perda urina	0,383	<0,001	0,406	0,682
Frequência perda	0,477	<0,001	0,534	
Perda aos grandes esforços	0,065	0,003	0,060	
Modelo 4				
Tempo de perda urina	0,287	<0,001	0,288	0,708
Frequência perda	0,414	<0,001	0,442	
Perda ao tossir/rir	0,282	<0,001	0,270	
Modelo 5				
Tempo de perda urina	0,282	<0,001	0,274	0,738
Frequência perda	0,441	<0,001	0,448	
Perda ao caminhar rápido/	0,325	<0,001	0,278	
Modelo 6				
Tempo de perda urina	0,294	<0,001	0,266	0,758
Frequência perda	0,330	<0,001	0,319	
Perda ao caminhar	0,432	<0,001	0,415	
Modelo 7				
Tempo de perda urina	0,330	<0,001	0,314	0,735
Frequência perda	0,369	<0,001	0,371	
Perda aos movimentos leves	0,353	<0,001	0,315	

Tabela 29 – Regressão categórica *stepwise* para os sintomas específicos de BH e o domínio MG do KHQ de mulheres, em Sorocaba - 2007

Variáveis	β	p	Importância	R ²
Modelo 1				
Frequência diurna	0,150	<0,001	0,020	0,698
Urgência	-0,009	0,538	-0,004	
Urge-incontinência	0,869	<0,001	1,025	
Modelo 2				
Noctúria	0,085	<0,001	0,025	0,342
Disúria	0,631	<0,001	0,977	
Incontinência relações sexuais	0,249	<0,001	-0,002	
Modelo 3				
ITU anterior	-0,225	<0,001	0,439	0,077
ITU repetição	0,245	<0,001	0,561	
Modelo 4				
ITU repetição	0,245	<0,001	0,561	0,077
ITU atual	-0,225	<0,001	0,439	
Modelo 5				
Dor	0,492	<0,001	-	0,242
Modelo 6				
Classificação sintomática IU	-	-	-	
Modelo 7				
Esvaziamento incompleto	0,850	<0,001	-	0,723
Modelo 8				
Como iniciou BH	0,324	<0,001	-	0,105

Para as **medidas de gravidade (MG)**, as variáveis “sensação de repleção”, “perda de urina inesperadamente”, “perda urinária aos grandes esforços”, a “perda urinária ao tossir/rir”, a “perda urinária ao caminhar rápido/correr”, a “perda urinária ao caminhar”, a “perda urinária aos movimentos leves”, a “noctúria”, a “disúria”, a “incontinência nas relações sexuais” e a “ITU de repetição” tiveram uma associação positiva e significativa com o escore de QV. Na análise dos sintomas “frequência diurna aumentada”, “urgência” e “urge-incontinência”, o primeiro e o último tiveram uma relação positiva e significativa com a QV. E como nos demais domínios, na análise de “presença de dor” (que pode ser pélvica, vesical, uretral, vaginal, à palpação e à repleção vesical), “sensação de esvaziamento incompleto”, “como iniciou a BH” (inesperadamente, após parto, após trauma) e “classificação do tipo de IU” (BH seca, BH úmida e IU mista) tiveram uma associação positiva e significativa com a QV.

Em relação aos dados apresentados, observa-se no geral que, o aumento dos escores dos domínios do KHQ, isto é, uma piora da qualidade de vida está associada com o tempo das perdas urinárias, a frequência das perdas e as condições em que as mulheres perdem urina, qual sejam, inesperadamente, aos grandes esforços, ao tossir/rir, ao caminhar rápido/ correr, ao caminhar normalmente e aos movimentos leves. A exceção foi a diminuição do escore do domínio RP, ou a melhora da qualidade de vida, que está associada com a condição em que perde da urina (aos movimentos leves) e ao tempo de perda. A diminuição do escore do domínio AE, com melhora da qualidade de vida, está associada com a condição de perda de urina aos grandes esforços.

8 DISCUSSÃO

8 DISCUSSÃO

Este estudo representa uma importante contribuição para a pesquisa da BH em nosso país, diante da pequena quantidade de estudos de qualidade de vida dessa clientela, com um destaque principal para a utilização de instrumentos que se mostraram confiáveis para a população alvo. Desse modo, o questionário de dados clínicos, que já vinha sendo empregado por nós na prática clínica diária, demonstrou sua validade para caracterizar a BH em mulheres. Assim também o KHQ, recomendado pela ICS, teve desempenho psicométrico satisfatório ao serem confirmadas suas consistência interna e validades concorrente e convergente. Por outro lado, o estudo prévio de prevalência dessa condição – no qual se estabeleceu a amostra desta investigação - não somente somar-se-á aos poucos estudos epidemiológicos nacionais sobre o tema como possibilita a maior credibilidade dos resultados ora discutidos.

Os sintomas considerados para a caracterização da BH, em ordem de importância foram frequência diurna, frequência noturna, urge-incontinência e urgência, ratificados estatisticamente ao explicarem 72% da variação de sua ocorrência. Em um estudo realizado no Reino Unido ^(Donaldson et al, 2006), os autores empregaram as mesmas questões para a identificação dos sintomas de BH, enquanto medidas de avaliação clínica, obtendo boa estabilidade (teste e re-teste) e ratificando a validade de critério, avaliada por meio da comparação com o teste urodinâmico. Em outro estudo, realizado em Taiwan, com questões similares, os autores também reportaram resultados muito semelhantes ^(Man-Jung Hung et al, 2006). Frequência de perdas urinárias e urge-incontinência foram as variáveis isoladas, nos modelos de sintomas gerais e específicos, que mais frequentemente correlacionaram-se significativamente com a pior QV das mulheres com BH em Sorocaba, em vários domínios do KHQ.

A ocorrência da BH entre as mulheres entrevistadas, a partir de amostra estratificada por conglomerados, mostrou-se ligeiramente inferior quando comparada àquelas encontradas em poucos estudos nacionais. Nos estudos brasileiros, realizados em Vassouras/RJ ^(Carneiro et al, 2003), Porto Alegre ^(Teloken et al, 2006) e Campinas ^(Thiel et al, 2006), os autores obtiveram respectivamente 38,6%, 18,9% e 15%. Já na epidemiologia internacional, os índices são mais assemelhados, com prevalências

que variam de 9,3% a 16,9% (Hannestad et al, 2000; Abrams, Kelleher, Kerr, Rogers, 2000; Stewart et al, 2003; Modroño Freire et al, 2004; Temml, Heidler, Ponholzer, 2005; Abrams, et al, 2005; Milsom et al, 2006; Kajiwarra et al, 2006).

No geral, a QV das mulheres de Sorocaba foi significativamente afetada pela BH, como já foi constatado em todos os estudos publicados sobre o tema (Hannestad et al, 2000; Abrams, Kelleher, Kerr, Rogers, 2000; Stewart et al, 2003; Reese et al, 2003; Modroño Freire et al, 2004; Temml, Heidler, Ponholzer, 2005; Abrams, et al, 2005; Milsom et al, 2006; Kajiwarra et al, 2006; Homma, Uemura, 2006), com escores mais altos principalmente nos domínios LAVD, LS, LF, SD e AE, para as mulheres com BH molhada, e no domínio RP para aquelas com BH seca. Quanto às MG, houve uma distribuição proporcional entre escores médios/altos e baixos para molhada, o que pode ser ratificado pelas associações significativas encontradas com os sintomas específicos da BH, quais sejam, a “frequência diurna aumentada”, a “urgência” e a “urge-incontinência”, para todos os domínios do KHQ, indicando sua importância no impacto negativo sobre a QV das mulheres entrevistadas.

Ao evidenciar os piores escores de QV entre as mulheres que apresentaram maiores tempo e frequência de perdas urinárias, essas incluíram as condições geradas pelos esforços, grandes ou não, como efetuar movimentos leves, tossir, rir ou caminhar, o que caracterizaria a IU mista. No estudo de validação do KHQ para o português, os autores constataram que, de uma maneira geral, a QV foi considerada pior quando o tipo de queixa era incontinência urinária mista, em todos os domínios do questionário, a qual se caracteriza pela presença de BH associada à perda aos esforços (Tamanini, 2003).

Tendo em vista que a associação entre tabagismo e problemas respiratórios já é de conhecimento geral, destaca-se que as perdas urinárias aos esforços se intensificam na presença de tosse (Abrams, et al, 2005) e que, na amostra selecionada, as mulheres que referiram tabagismo, apresentaram quatro vezes mais chances de ter BH do que as que não fumam. Esses achados corroboraram aqueles encontrados em outro estudo internacional, no qual as fumantes tinham 1,44 chances de desenvolver BH, com aumento significativo do risco para as ex-fumantes (Dallosso et al, 2003).

Em um estudo nacional em que os autores analisaram os parâmetros clínicos da incontinência urinária e os diferentes domínios, a urgência, juntamente com a incontinência urinária de esforço influenciaram o domínio LS, e a frequência de micções diurnas revelou correlação moderada (Fonseca et al, 2005).

Com relação à urgência e à urge-incontinência, como dois dos sintomas específicos mais importantes para a BH, o consumo de alimentos e bebidas apontou que 21,3% da variação da ocorrência da BH para a amostra analisada foi determinada pelo uso de pimenta (duas a cinco vezes ao dia), cafeína (4 a 10 vezes ao dia) e de bebidas carbonatadas (mais de quatro copos ao dia), nessa ordem de importância. O consumo de bebidas carbonatadas também apresentou associação significativa com a ocorrência de BH, em um estudo de análise uni-variada ^(Dallosso et al, 2003) e, segundo o consenso da ICS, ainda é conflitante a idéia de que o consumo de cafeína seja um preditor das perdas urinárias, enquanto que o consumo de pimenta tem ação comprovada no aumento das contrações do músculo detrusor ^(ICI, 2005).

A “infecção de trato urinário” (anterior, atual ou de repetição), como outro sintoma específico para a BH, também se destacou como fator negativo importante para a QV específica (IIU), contribuindo principalmente para as limitações sociais (LS) e alterações de sono e disposição (SD). O desconforto causado pela presença da infecção urinária é bastante semelhante àquele presente na BH, enfatizando-se que também pode estar relacionado à irritabilidade que provoca. Nesse sentido, a “disúria” foi o sintoma isolado específico mais importante para a QV emocional (AE) e como medida de maior gravidade (MG) da BH.

Cabe considerar que, tanto as infecções do trato urinário quanto a disúria são mais frequentes em determinadas doenças, principalmente no diabetes mellitus e nas neuropatias, associadas significativamente à BH neste estudo. A hipertensão arterial e hipertensão arterial na família (essa sendo três vezes maior) também foram doenças que se mostraram significativamente associadas à BH, sendo as mais importantes das quatro mencionadas. Ressalta-se que o diabetes mellitus tem associação específica com os sintomas de BH também em função da faixa etária na qual ambas são prevalentes ^(Brown et al, 1999; McGrother et al, 2005; Donaldson et al, 2006).

Discutindo-se especificamente o impacto dos sintomas gerais e específicos sobre cada domínio, constatou-se que todos os fatores analisados mostraram correlações significativas com a **percepção geral de saúde**. Em um estudo nacional utilizando o KHQ, os autores observaram que os sintomas clássicos de alguns tipos de IU, como frequência, urgência e noctúria, também se correlacionaram significativamente com os domínios específicos da QV relacionada às perdas urinárias ^(Tamanini et al, 2003; Homma, Uemura, 2006). Similarmente ao presente estudo, esses

sintomas correlacionaram-se fracamente com os domínios gerais - PGS e II – conforme esperado em função da sua menor especificidade. Achados semelhantes foram descritos em outro estudo nacional (Fonseca et al, 2005).

O **impacto da incontinência (II)** sobre a vida das mulheres com BH mostrou correlações semelhantes às aquelas obtidas em outro estudo nacional, particularmente relacionado à “presença de dor” (Fonseca et al, 2005). A “frequência das perdas urinárias”, segundo alguns autores nacionais, também causou uma piora no escore de QV quando o número de absorventes usados por dia era maior que quatro unidades, nesse domínio (Tamanini, 2003).

A QV relacionada às **LAVD** foi afetada pelos mesmos sintomas também analisados em outro estudo brasileiro (Fonseca et al, 2005). Nesse, os autores constataram que a enurese noturna, a frequência de micções diurnas e a noctúria tiveram correlações moderadas a fortes, indicando que quanto maior o número de sintomas relatados pelas pacientes, pior a qualidade de vida.

As AVD incluem um item relacionado ao trabalho e, nesse sentido, os achados do estudo mostraram maiores chances de desenvolver BH para mulheres de classes sócio-econômicas mais baixas e com baixo nível de escolaridade, à semelhança dos resultados de um estudo realizado na Itália (Parazzini et al, 2003). Interessante observar que 60,7% das mulheres com BH têm idade acima de 40 anos, além do número significativo de mulheres sem ocupação definida que apresentaram BH (57,6%) e que compreende o universo das donas de casa e aposentadas. Essa constatação se reforça quando comparada a um estudo multinacional (Suécia, Itália, Alemanha, Reino Unido e Canadá) no qual a porcentagem de mulheres desempregadas com BH foi significativamente maior do que as do grupo controle, sendo que os sintomas de BH estiveram associados com a redução dos índices de empregabilidade e com a diminuição da produtividade para as que estavam empregadas (Irwin et al, 2006b).

As **limitações físicas** apresentaram resultados semelhantes aos domínios anteriores nos primeiros modelos, com um resultado interessante em relação às variáveis “perda urinária ao caminhar” e “aos movimentos leves”, que não tiveram associação com o escore de QV. Ao considerarmos que ambas caracterizam uma perda urinária com esforços pequenos, que denotam uma falha esfíncteriana de longa

evolução e, com a qual muitas mulheres mais idosas tendem a se adaptar, delineia-se um cenário muito semelhante ao da amostra de mulheres analisada neste estudo. Assim, a evidência de que a grande maioria das mulheres avaliadas têm vida sedentária, sobrepeso/obesidade, menopausadas e que uma das duas únicas questões do domínio diz respeito às atividades físicas, justificam a análise das variáveis para o domínio. Cabe lembrar que as chances de apresentar BH foram 20% maiores entre as sedentárias do que entre as que faziam atividade física e, em relação ao IMC, a cada variação de unidade desse índice aumentava em 6,6% a probabilidade de apresentar BH.

A exemplo desses achados, um estudo italiano constatou que o risco de apresentar perda urinária também aumentava com o IMC ^(Parazzini et al, 2003); e em outros dois estudos a obesidade estava significativamente associada com o aumento do risco de apresentar BH, com grande risco na presença de sobrepeso, o qual também foi proximamente significativo ^(Dallosso et al, 2003; Donaldson et al, 2006). Em um deles, um baixo índice de atividade física, a obesidade e o fumo estavam significativamente associados com a BH em uma análise univariada e, exceto pela atividade física, todos os fatores apresentaram-se como preditores independentes para BH, após análise multivariada ^(Dallosso et al, 2003).

Quanto às **limitações sociais**, essas foram influenciadas por todos os tipos de perda urinária, restringindo atividades importantes como visitar amigos, a exemplo de outro estudo ^(Fonseca et al, 2005). Excepcionalmente, na análise dos sintomas relacionados à ITU, todos tiveram associação negativa e significativa com o domínio, ou seja, não pioraram a QV. Considerando-se aqui novamente a característica sócio-econômica e cultural da amostra de mulheres com BH que, certamente já convive com muitas restrições por causa do padrão de vida que têm, ao se depararem com as duas questões que compõem os itens do domínio (restrição na vida social e a possível dificuldade de visitar amigos), podem não tê-las relacionado às limitações sociais que enfrentam com a BH.

Emocionalmente (**aspectos emocionais**), inúmeros sintomas gerais e específicos mostraram-se significativos para o impacto negativo sobre esse domínio de QV. Tais resultados corroboram os achados do primeiro estudo multinacional para medir a QV relacionada à saúde e os sintomas depressivos em indivíduos com BH. Utilizando questionários validados, os autores observaram que os entrevistados

tinham mais sintomas depressivos e alta prevalência de diagnóstico de depressão auto-reportada, quando comparados com o grupo controle, destacando-se entre aqueles com urge-incontinência (Irwin et al, 2006b), sintoma específico dos mais importantes também entre as mulheres da amostra do presente estudo, para a maioria dos domínios. Em outro estudo nacional, a frequência de micções diurnas, a noctúria, o aumento da frequência urinária e o número de micções noturnas influenciaram negativamente a QV emocional das mulheres incontinentes (Fonseca et al, 2005).

Quanto aos **relacionamentos pessoais (RP)**, destaca-se o comportamento da variável “frequência das perdas urinárias”, a exemplo de um estudo espanhol utilizando o KHQ com mulheres com vários tipos de IU. Para esses autores, os sintomas mais frequentes foram o aumento da frequência miccional, seguido de urgência e noctúria, ainda mais frequentes em mulheres acima dos 65 anos (Espuña Pons, 2006).

Em nosso estudo, embora todas as variáveis relacionadas às situações de perda de urina apresentaram correlações positivas com o escore de QV, a surpresa refere-se à urgência e à perda urinária nas relações sexuais, que não causaram piora na QV, ao contrário de alguns estudos publicados (Tamanini et al, 2003; Fonseca et al, 2005; Kim, Seo, Yoon, 2005; Patel et al, 2006). A justificativa provável para a perda de força das variáveis pode ser o número de respostas “não se aplica” a duas das três questões do domínio, reforçada pelo fato de que 33,4% da amostra analisada encontravam-se acima dos 51 anos de idade e poderiam ter outras dificuldades em relação à atividade sexual.

Os aspectos da vida sexual e, consequentemente reprodutiva, para a amostra de mulheres com BH apontaram que o número maior de gestações foi a variável mais importante seguida pelo número de partos cesareana e por parto vaginal. Cabe considerar aqui que a maior prevalência de BH ocorreu em mulheres acima dos cinquenta anos, as quais tiveram um número maior de gestações e/ou foram submetidas ao parto cesáreo por complicações no momento do parto, os quais configuram uma nova topografia anatômica na mulher.

A exemplo dos achados na presente pesquisa, em um estudo chinês com análise de regressão logística, constatou-se menopausa, paridade > 2, constipação intestinal, episiotomia e alto IMC como fatores de risco potenciais para BH, sendo que a constipação aumentava a ocorrência de BH seca, enquanto que a BH molhada

estava associada à menopausa, paridade >2, recém-nascidos de alto peso e episiotomia. Já o parto cesareano protegia contra o desenvolvimento de BH molhada (Zhang et al, 2006). Em outro estudo observou-se que a urge-incontinência foi mais prevalente após o parto cesareano comparativamente ao parto vaginal (Van Brummen et al, 2006). A regularidade menor na atividade sexual (1 a 3 vezes/mês), as alterações no desempenho sexual, a falta de lubrificação vaginal, a dispareunia e a falta de libido foram variáveis associadas à BH no presente estudo.

É fundamental ressaltar que todas essas variáveis estão intimamente relacionadas, já que a falta de libido e de lubrificação vaginal podem ocasionar a dispareunia e levarem à alteração no desempenho sexual, diminuindo significativamente as tentativas de uma relação sexual, além de estarem diretamente envolvidas com os sintomas da BH. Em um estudo coreano, os autores também constataram que a BH foi um preditor significativo de problemas na vida sexual (OR=5.08, 95% IC=3.68–7.01), por causa das repetidas experiências de desejo miccional e da necessidade de interrupção do ato sexual para a micção, além da diminuição da auto-estima, provocada pelos sintomas de BH, levando à depressão, que também interfere na vida sexual (Kim, Seo, Yoon, 2005).

Associado a isso, as mudanças ginecológicas que ocorrem a partir do climatério, durante e após a menopausa, como a atrofia e o ressecamento vaginal, a perda de suporte da musculatura pélvica e/ou diminuição do tônus do esfíncter uretral, que podem causar a incontinência, aliados ao declínio nos níveis de estrógeno e à flutuação nos níveis de testosterona, indicam que ambos, climatério e menopausa podem ser preditores importantes da qualidade na vida sexual, quando considerada para as mulheres com BH, segundo achados de estudos de vários autores (Walters, Taylor, 1990; Temml et al, 2000; Liberman et al, 2001; van der Vaart et al, 2002; Shaw, 2002; Kim, Seo, Yoon, 2005; Patel et al, 2006), o que foi ratificado na presente investigação.

Neste estudo, a chance de ocorrência de BH em mulheres climatéricas foi 3,6 vezes quando comparada com as não climatéricas. Todas as mulheres em menopausa, com e sem sintomas de climatério apresentaram diferentes chances de desenvolvimento de BH. Considere-se então, que as mulheres no climatério e menopausa apresentam um hipoestrogenismo progressivo que se relaciona diretamente com diversos sintomas urológicos, tais como dificuldade de

esvaziamento vesical, urgência, aumento da frequência urinária, noctúria e disúria, além da perda urinária, exceção feita para aquelas que fazem terapia de reposição hormonal que é uma das causas de sangramento eventual em mulheres menopausadas, aliada aos tumores ginecológicos ^(Girão et al, 2003) podendo-se compreender melhor os achados no domínio RP.

No domínio **sono e disposição**, o “tempo de perda de urina”, a “frequência das perdas urinárias”, a “noctúria” e a “incontinência nas relações sexuais” tiveram associação positiva e significativa com a QV e, considerando-se a faixa etária da amostra, esses dados não coincidem com os de um estudo chinês, onde a prevalência de noctúria ou de noctúria combinada com outros sintomas de BH foi significativamente maior nas mulheres em idade reprodutiva, sendo que não houve diferença significativa na prevalência de noctúria entre aquelas em fase de climatério e nas mulheres em idade reprodutiva ^(Tzu-Li Lin et al, 2005). Os escores do domínio apontaram uma mediana muito mais alta que os demais, para as mulheres com BH molhada, o que vai ao encontro dos achados do estudo NOBLE. Nesse, os autores constataram que mais do que um episódio de noctúria por noite levava a um aumento significativo nos sintomas referidos ^(Abrams, Koyne, Corey, Hunt, Revicki, Stewart - NOBLE Program Research Team), acarretando piora na QV. Um estudo nacional considerou ainda que o número de micções diurnas e noturnas referidas foi o fator que mais prejudicou a qualidade de vida das entrevistadas ^(Fonseca et al, 2005).

Para as **medidas de gravidade (MG)**, as variáveis referentes às perdas mais frequentes mostraram uma piora no escore de QV, similarmente a um estudo nacional onde os piores escores corresponderam às pessoas que utilizaram mais de quatro absorventes por dia, ou seja, com quadros de perda urinária mais intensa ^(Tamanini, 2003).

A frequência de micções diurnas e a noctúria revelaram associação positiva e significativa com a QV, a exemplo de um dos estudos nacionais, onde houve correlação moderada e forte em relação ao mesmo domínio ^(Fonseca et al, 2005).

A idade é um aspecto intimamente relacionado com a perda urinária e a sua gravidade. Os resultados deste estudo confirmam as evidências de que as mulheres

com idade entre 51 a 60 anos são as que têm três vezes mais chances de ter BH do que as que têm de 15 a 20 anos de idade, e as mulheres com mais de 61 anos têm a mesma chance de ter BH do que aquelas com 41 a 50 anos. Estudo prospectivo realizado no Reino Unido em conjunto com o Leicester MRC Incontinence Study Group^(Donaldson et al, 2006) também corroboram esses achados.

Ao final, constatou-se que todos os tipos de IU impactaram negativamente sobre a QV das mulheres de Sorocaba, por meio das análises de correlação com a **escala de sintomas**. Ressalta-se que esta terceira parte do KHQ – que não se constitui propriamente um domínio – mostrou-se bastante útil para a validação concorrente do questionário sócio-demográfico e clínico para mulheres com BH, utilizado na prática clínica diária e que merecerá futuros estudos que comprovem sua validade, incluindo-se sua comparação com outros índices recomendados e já validados em nosso meio. Em estudo nacional utilizando o KHQ, os autores responsáveis pela sua validação em nossa língua observaram que a escala revelou-se satisfatória para distinguir diferentes sub-grupos de pacientes com sintomas diferentes, com correlações estatisticamente significantes e compatíveis com os parâmetros clínicos^(Tamanini, 2004).

Apesar de todas as contribuições desta investigação e como em qualquer outro estudo dessa natureza, ela possui algumas limitações que merecem indicação.

O diagnóstico de BH foi dado com base em questões acerca dos sintomas, sem uma análise clínica mais elaborada, a exemplo dos demais estudos epidemiológicos, apesar da validade dos instrumentos utilizados para essa finalidade, seja do instrumento de dados demográficos e clínicos (usado na fase do estudo de prevalência) e que teve sua validade testada posteriormente, seja da escala de sintomas do KHQ (utilizada somente com as mulheres com BH já identificada) e que possui validade atestada em estudos nacionais e internacionais prévios.

Por ter sido realizado com um desenho transversal, não permitiu a análise da gênese da BH o que, em alguns casos, pode ter comprometido os resultados da QV em alguns domínios. Em contrapartida, ao incluir mulheres em diferentes estágios da BH, mesmo não permitindo análises das alterações longitudinais do processo de adoecer e respectivo impacto sobre a QV, favoreceu a detecção dos fatores associados.

Finalizando, sua contribuição para a continuidade da assistência às mulheres com BH, não somente em Sorocaba como para todos os especialistas em incontinência urinária, sejam médicos, enfermeiros estomaterapeutas e fisioterapeutas, poderá ser significativa, por meio do reconhecimento e controle dos fatores que mais afetam a sua QV. Novos estudos utilizando a QV como importante resultado de intervenções em enfermagem em estomaterapia, na área das incontinências, deverão ser realizados, incorporando-se às novas tendências e medidas como de responsividade e MID melhorando as evidências sobre o manejo da BH.

9 CONCLUSÕES

*“Na ciência a gente só lida com coisas
faladas e escritas, hipóteses, teorias,
modelos que a nossa razão inventou.
A vida, ela mesma, fica um pouco mais
além das coisas que falamos.”*

Rubem Alves

9 CONCLUSÕES

- A BH contribui para uma piora significativa na qualidade de vida específica das mulheres de Sorocaba por ela acometidas.
- Os domínios do KHQ com maiores escores médios foram II (49,49); SD (45,95); LAVD (40,40) e PGS (40,15).
- As variáveis referentes aos sintomas específicos de BH, “frequência diurna aumentada”, “urgência” e “urge-incontinência”, tiveram uma associação positiva e significativa – sendo a última a mais importante – com todos os domínios do KHQ, com destaque para II ($R^2 = 0,631$).
- A piora da QV esteve associada com as variáveis referentes aos sintomas gerais de BH, “tempo da perda urinária”, “frequência das perdas” e as “condições em que perde urina: inesperadamente/aos grandes esforços/ao tossir e rir/ao caminhar rápido ou correr/ao caminhar normalmente/aos movimentos leves”, na maioria dos domínios do KHQ.
- Na análise da acurácia global do modelo para prever mulheres com BH (com uma probabilidade de 0,50 ou mais) o resultado obtido foi de 96,7%; utilizando-se a tabela de classificação do modelo logístico. A sensibilidade foi de 70%; a especificidade foi 99,6%; o valor preditivo positivo igual a 95,8% e o valor preditivo negativo foi de 96,8%.
- Os sintomas considerados para a caracterização da BH, em ordem de importância foram frequência diurna, frequência noturna, urge-incontinência e urgência, ratificados estatisticamente ao explicarem 72% da variação de sua ocorrência.
- Houve associação positiva e significativa entre BH e escolaridade, quartis de renda, idade, número de pessoas na família, tabagismo, atividade física e IMC, sendo que as mulheres com menor escolaridade, menor renda, acima de 20 anos, sedentárias e fumantes têm maior chance de apresentar BH. Em relação ao IMC, a cada

variação de unidade desse índice aumenta em 6,6% a referida probabilidade.

- A presença de diabetes melitus, hipertensão, neuropatias, infecções do trato urinário, dores, climatério, idade mais avançada, constipação intestinal, cirurgias pélvicas prévias, paridade aumentada, pouca atividade sexual e pouca libido, e o uso de bebidas alcoólicas, pimenta e cafeína estão estatisticamente relacionadas com a BH.

10 CONSIDERAÇÕES FINAIS

10 CONSIDERAÇÕES FINAIS

No desenvolvimento do estudo foi possível uma grande familiaridade com as questões do KHQ e as queixas das mulheres com BH ou com IU de outros tipos, o que nos permite algumas sugestões em relação ao mesmo. Primeiramente, algumas questões apresentam sobreposição ou interface com outros domínios, indicando que devam ser revistos os critérios que levaram os autores às divisões dos domínios. Em segundo lugar, apesar da ampla divulgação do uso de questionários do tipo “*short-form*”, no tocante à BH é fundamental que as pessoas possam ser avaliadas com maior profundidade em todos os aspectos de suas vidas, para uma fidedignidade maior do impacto da QV específica, principalmente porque pudemos observar que, algumas situações que parecem causar dano à QV nem sempre o fazem naquele domínio. Outro fator interessante é que quando as mulheres já têm perda urinária há alguns anos existe uma acomodação, observada em vários estudos internacionais, o que faz com que uma indagação nesse sentido deva ser considerada nos questionários de QV relacionada ao tema. Por último, os itens que permitem a resposta “não se aplica” têm comprometido a análise de consistência interna do mesmo, cabendo uma reformulação nas suas questões.

Ainda são raros os estudos nacionais que avaliam a QV de mulheres com BH, sendo sempre restritos aos grandes centros, o que implica em poucos parâmetros comparativos e nenhuma medida de prevenção ou assistência em nível nacional para as pessoas que vivem esse problema. Esse fato, por si só, já justifica um empenho maior dos profissionais da área na divulgação de conhecimentos acerca da BH, diante de tantos danos que causa à vida das pessoas por ela acometidas.

11 REFERÊNCIAS

Abrams P, Blaivas JG, Stanton SL, Andersen JT. The standardisation of terminology of lower urinary tract function. Scand J Urol Nephrol. 1988; 114 Suppl:5-19.

Abrams P, Cardozo L, Fall M, Griffiths D, Rosier P, Ulmsten U et al. Padronização da terminologia da função do trato urinário inferior: relato do Subcomitê de Padronização da Sociedade Internacional de Continência. Urogin Uroginecol. 2003; 6(2):29-41.

Abrams P, Cardozo L, Khoury S, Wein A, editors. Third International Consultation on Incontinence, Edition 2005. International Continence Society. Monte Carlo: Monaco; 26-29 June; 2005. [Cd-rom].

Abrams P, Coyne K, Corey R, Hunt T, Revicki D, Stewart W. NOBLE Program Research Team. IMPACT OF OVERACTIVE BLADDER ON HEALTH-RELATED QUALITY OF LIFE IN CONTINENT VS INCONTINENT PATIENTS.

Almeida FG, Bruschini H, Srougi M. Urodynamic and clinical evaluation of 91 female with urinary incontinence treated with perineal magnetic stimulation: 1-year follow-up. J Urol. 2004; 171(4):1571-5.

Alonso Caballero J, Rebollo Alvarez P, Ferrer Fores M, Ortega Suárez F, Valdras Martinez JM, Vilagut Saiz G, inventors. Method and system for evaluating quality of life related to a person's health. Geneva patent WO/2007/085680. 2007 Aug 2.

Azevedo GR, Santos VLCG, Marcondes LHMO, Silva NP, Kimura M, Rios LAS. Qualidade de vida de mulheres portadoras de incontinência urinária de esforço.IV Congresso Brasileiro de Enfermagem em Estomaterapia; 2001 Out 21, São Paulo, Brasil.

Azevedo GR, Santos VLCG, Marcondes LHMO, Silva NP, Kimura M, Rios LAS. Quality of life of women with stress urinary incontinence. XII Biennial Congress World Council of Enterostomal Therapists; 2002 Jul 11, Florença, Itália].

Azevedo GR, Santos VLCG. Cuida-dor (d)eficiente: as representações sociais de familiares acerca do processo de cuidar. Rev Lat-Am Enfermagem. 2006; 14(5):770-80.

Badia Llach X, Castro Díaz D, Conejero Sugrañes J. Validez de cuestionario King's Health para la evaluación de la calidad de vida en pacientes con incontinencia urinaria. Med Clin. 2000; 114:647-52.

Barlow RE, Bartholomew DJ, Bremner JM, Brunk HD. Statistical inference under order restrictions. New York: John Wiley; 1972.

Becerra Conejera A, Cerda Jiménez P, Pinilla Morales M. Calidad de vida en mujeres climatéricas con incontinência urinária [tese]. Santiago: Escuela de Enfermería, Pontificia Universidad Católica de Chile; 1999.

Blaivas JG, Appell RA, Fantl JA, Leach G, McGuire EJ, Resnick MN et al. Definition and classification of urinary incontinence: recommendations of the Urodynamic Society. Neurourol Urodyn. 1997; 16:149-51.

Blanes L, Pinto RCT, Santos VLCG. Urinary incontinence. Knowledge and attitudes in São Paulo. J Bras Urol. 2001; 27:281-8.

Bogdan R, Taylor SJ. Introduction to qualitative research methods. New York: Wiley; 1984.

Bowling A. Measuring health: a review of Quality of Life Measurement Scales. Buckingham: Open University; 1997.

Brading AF. A myogenic basis for the overactive bladder. Urology. 1997; 50(Suppl6A):57-67.

Bretonez Alcaraz JJ, Del Pino y Pino MD, García Vilchez MA, Fajardo Cabrerizo ML. Incontinencia urinaria en mujeres en edad adulta: estudio descriptivo en una población rural. Aten Primaria. 1997; 20:45-8.

Brown JS, Grady D, Ouslander J et al. Prevalence of urinary incontinence and associated risk factors in postmenopausal women. Obstet Gynecol. 1999; 94:66-70.

Burgio LK, Matthews AK, Engel TB. Prevalence, incidence and correlates of urinary incontinence in healthy, middle-aged women. J Urol. 1991; 146:1255-9.

Carneiro K, Bruschini H, Srougi M, Errico G, Almeida Jr A. Prevalence of urinary incontinence in unselected Brazilian community-living women over fifteen years old by direct approach. International Continence Society 33rd annual meeting. Italy: ICS; 2003. p 138.

Chiverton AP, Wells TJ, Brink CA, Mayer R. Psychological factors associated with urinary incontinence. Clin Nurs Spec. 1996; 10:229-33.

Ciconelli RM. Tradução para o português e validação do questionário genérico de qualidade de vida Medical Outcomes Study 36 – Item Short Form Health Survey (SF-36) [tese]. São Paulo: Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo, 1997.

Coyne K, Revicki D, Hunt T, Corey R, Stewart W, Bentkover J, et al. Psychometric validation of an overactive bladder symptom and health-related quality of life questionnaire: The OAB-q. Qual Life Res. 2002; 11:6.

Coyne K, Stewart W, Schmier J, Liberman J, Corey R, Hunt T, et al. Validating an HRQL Questionnaire for Overactive Bladder from a Community Sample. Qual Life Res. 2000; 9(3): 347.

Coyne KS, Payne C, Bhattacharyya SK, Revicki DA, Thompson C, Corey R, et al. The impact of urinary urgency and frequency on health-related quality of life in overactive bladder: results from a national community survey. Value Health. 2004; 7(4):455-63.

Currie CJ, Mcewan P, Poole CD, Odeyemi IAO, Datta SA, Morgan CL. The impact of the overactive bladder on health-related utility and quality of life. BJU Int. 2006; 97:1267-72.

D’Ancona CAL, Netto Jr NR. Aplicações clínicas da urodinâmica. São Paulo: Atheneu; 2001.

Dallosso HM, McGrother CW, Matthews RJ, Donaldson MM. Leicestershire MRC Incontinence Study Group. The association of diet and other lifestyle factors with overactive bladder and stress incontinence: a longitudinal study in women. Br J Urol Int. 2003; 92:69-77.

Donaldson MMK, Thompson JR, Matthews RJ, Dallosso HM, McGrother CW, and the Leicestershire Incontinence Study Group. The Natural History of overactive bladder and stress urinary incontinence in older women in the community: a 3-year prospective cohort study. *Neurourol Urodyn*. 2006; 25(7):709-16.

Du Beau CE, Kiely DK, Resnick NM. Quality of life impact of urge incontinence in older persons: a new measure and conceptual structure. *J Am Geriatr Soc*. 1999; 47: 989-94.

Dugan E, Goben SJ, Bland DR, Preisser JS, Davis CC, Suggs PK, et al. The association of depressive symptoms and urinary incontinence among older adults. *J Am Geriatr Soc*. 2000; 48:413-6.

Engberg SJ, McDowell BJ, Burgio KL, Watson JE, Belle S. Self-care behaviors of older women with urinary incontinence. *J Gerontol Nurs*. 1995; 21:7-14.

Erikson CG. Focus groups and other methods for increased effectiveness of community intervention – a review. *Scand J Prim Health Care Supply*. 1988; 1:73-80.

Espuña Pons M, Puig Clota M. Síntomas del tracto urinario inferior en la mujer y afectación de la calidad de vida. Resultados de la aplicación del King's Health Questionnaire. *Actas Urol Esp*. 2006;30(7):684-91.

Fall M, Ohlsson BL, Carlsson CA. The neurogenic overactive bladder. Classification based on urodynamics. *Br J Urol*. 1989; 64:368-373.

Farquhar M. Definitions of quality of life: a taxonomy. *J Adv Nurs*. 1995; 22:502-8.

Farquhar M. Elderly people's definitions of quality of life. *Soc Sci Med*. 1995; 41(10):1439-46.

Fasing S. Assessment and treatment of urinary incontinence in the hospitalized adult. *J WOCN*. 1996; 23:269-72.

Ferolla EC. A auto-estima de mulheres portadoras de incontinência urinária de esforço [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem da USP; 2001.

Ferrans CE, Powers MJ. Psychometric assessment of the quality of life index. *Res Nurs Health*. 1992; 15:29-38.

Ferraz MB. Qualidade de vida: conceito e um breve histórico. *Jovem Méd*. 1998; 4:219-22.

Fleck MPA, Fachel O, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, et al. Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100). *Rev Bras Psiquiatr*. 1999; 21(1):19-28.

Fleck MPA, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, Santos L, et al. Aplicação da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100). *Rev Saúde Pública*. 1999; 33(2):198-205.

Fonseca ESM, Camargo ALM, Castro RA, Sartori MGF, Fonseca MCM, Lima GR et al. Validação do questionário de qualidade de vida (King's Health Questionnaire) em mulheres brasileiras com incontinência urinária. *Rev Bras Ginecol Obstet*. [periódico na Internet]. 2005 [citado 2005 Ago];27(5). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-2032005000500002&script=sci_arttext&tlng=pt.

Gonçalves LT. A confiabilidade da escala de qualidade de vida de Flanagan – versão em português. Fórum Internacional de Enfermagem da UNIFESP, 14-17 jun, 1999.

Gray M. Overactive bladder: an overview. *J WOCN*. 2005; 32(Suppl.3):S1-S5.

Hannestad YS, Rortveit G, Sandvik H, Hunskaar S. A community-based epidemiological survey of female urinary incontinence: The Norwegian EPINCONT study. *J Clin Epidemiol*. 2000; 53:1150-7.

Hayes RD, Anderson R, Revicki D. Psychometric consideration in evaluating health-related quality of life measures. *Qual Life Res*. 1993; 2:441-9.

Hodgkinson CP, Ayers MA, Drukker BH. Dyssynergic detrusor dysfunction in the apparently normal female. *Am J Obstet Gynecol*. 1963; 87:717-30.

Homma Y, Kawabe K. Health-related quality of life of Japanese patients with overactive bladder treated with extended-release tolterodine or immediate-release oxybutynin: a randomized, placebo-controlled trial. *World J Urol.* 2004; 22:251–6.

Homma Y, Uemura S. Use of the short form of King's Health Questionnaire to measure quality of life in patients with an overactive bladder. *BJU Int.* 2004; 93(7):1009–13.

Hosmer DW, Lemeshow S. *Applied logistic regression.* New York: John Wiley, 1989.

Hu TW, Wagner TH, Bentkover JD, Leblanc K, Zhou SZ, Hunt T. Costs of urinary incontinence and overactive bladder in the United States: a comparative study. *Adult Urol.* 2004; 63:461–5.

Hu TW, Wagner TH. Health-related consequences of overactive bladder: an economic perspective. *BJU Int.* 2005; 96(Suppl.1):43–5.

Hung M, Ho E, Shen P, Sun M, Lin A, Ghen G. Urgency is the core symptom of female overactive bladder syndrome, as demonstrated by a statistical analysis. *J Urol.* 2006; 176:636-40.

International Continence Society. Committee on Standardization of Terminology. The standardization of terminology of lower urinary tract function. In: Ostergaard DR, Bent AE. *Urogynecology and urodynamics: theory and practice.* 3rd ed. Baltimore: Williams & Wilkins; 1991.

Irwin D, Milsom I, Reilly K, Hunskaar S, Coyne KS, Kopp Z, et al. Men and women with overactive bladder symptoms report higher prevalence of depression and lower quality of life: results from the EPIC Study. International Continence Society 36th Annual Meeting. Nov 27 - Dec 1 2006. Christchurch, New Zealand; 2006a.

Irwin D, Milsom I, Reilly K, Hunskaar S, Coyne KS, Kopp Z, et al. Overactive Bladder Symptoms Associated with a Negative Impact on Work Productivity: Results From the EPIC Study. International Continence Society 36th Annual Meeting. Nov 27 - Dec 1 2006. Christchurch, New Zealand; 2006b.

Jahn AC. *Incontinência urinária: a dimensão do problema na visão de mulheres idosas [dissertação].* Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem da USP; 1997.

Kajiwar M, Inoue K, Mutaguchi K, Usui T. The prevalence of overactive bladder and nocturnal enuresis in Japanese early adolescents: a questionnaire survey. Hinyokika Kiyo. 2006; 52(2):107-11.

Kelleher C. Quality of life and urinary incontinence. *Bailliere's Best Pract Res Clin Obstet Gynecol.* 2000; 14:363-79.

Kelleher CJ, Cardozo LD, Khullar V, Salvatore S. A new questionnaire to assess the quality of life of urinary incontinent women. *Br J Obstet Gynaecol.* 1997; 104:1374-9.

Kelleher CJ, Pleil AM, Reese PR, Burgess SM, Brodishd PH. How much is enough and who says so? The case of the King's Health Questionnaire and overactive bladder. *BJOG Int J Obstet Gynaecol.* 2004; 111:605-12.

Kim YH, Seo JT, Yoon H. The effect of overactive bladder syndrome on the sexual quality of life in Korean young and middle aged women. *Int J Impotence Res.* 2005; 17:158-63.

Kimura M. Tradução para o português e validação do "Quality of Life Index", de Ferrans e Powers [livre-docência]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da USP; 1999.

Kirby M, Artibani W, Cardozo L, Chapple C, Diaz DC, Ridder D, et al. Overactive bladder: the importance of new guidance. *Int J Clin Pract.* 2006; 60(10):1263-71.

Klein CH, Bloch KV. Estudos seccionais. In: Medronho RA, Carvalho DM, Block KV, Werneck GL. *Epidemiologia.* São Paulo: Atheneu; 2003. p.125-50.

Kochakarn W, Pummangura N, Kijvikai K, Viseshsindh W, Sukying C, Lertsithichai P. Reliability of a Thai Version of King's Health Questionnaire in Thai Females with overactive bladder symptoms. *J Med Assoc Thai.* 2005; 88(11):1526-34.

Komorowski L, Chen B. Female urinary incontinence in China: experiences and perspectives. Health Care Women Int. 2006; 27(2):169-81.

Leininger M. Quality of life from a transcultural nursing perspective. *Nurs Sci Q*. 1994; 7(1): 22-8.

Liberman JN, Hunt TL, Stewart WF, Wein A, Zhou Z, Herzog AR, et al. Health-related quality of life among adults with symptoms of overactive bladder: results from a U.S. community-based survey. *Urology*. 2001; 57(6):1044-50.

Lin T, Ng S, Chen Y, Hu S, Chen G. What affects the occurrence of nocturia more: menopause or age? *Maturitas*. 2005; 50:71–7.

Martins LM, França APD, Kimura M. Qualidade de vida de pessoas com doença crônica. *Rev latino-am Enfermagem*. 1996; 4(3):5-18.

McDowell, Newell C. Measuring health. A guide to rating scales and questionnaires. 2nd ed. New York: Oxford University, 1996. p.10-46.

MCGrother CW, Donaldson MMK, Shaw C, Matthews RJ, Hayward TA, Dallosso HM, et al. Storage symptoms of the bladder: prevalence, incidence and need for services in the UK. *BJU Int*. 2004; 93:763-9.

Meade-D'Alisera P, Merriweather T, Wentland M, Fatal M, Ghafar M. Depressive symptoms in women with urinary incontinence: a prospective study. *Urologic Nurs*. 2001; 21:397-9.

Milsom I, Abrams P, Cardozo L, Roberts RG, Thuroff J, Wein AJ. How widespread are the symptoms of an overactive bladder and how they managed? A population-based prevalence study. *Br J Urol Int*. 2001; 87:760-6.

Milsom I, Irwin D, Reilly K, Coyne KS, Hunskaar S, Kopp Z, et al. Prevalence, symptom bother and healthcare seeking among individuals with overactive bladder: results from the EPIC study. *Neurourol Urodyn*. 2006; 25(6):574-5.

Minayo MCS, Hartz ZMA, Buss PM. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2000; 5(1):7-31.

Modroño Freire MJ, Sánchez Cougil MJ, Gayoso Diz P, Valero Paternain M, Blanco Ramos M, Cuña Ramos FO. Estudo de prevalência de incontinência urinária em mulheres de 18 a 65 anos y su influencia em la calidad de vida. *Aten Primaria*. 2004; 34(3):134-9.

Newman DK, Lynch K, Smith DA, Cell P. Restoring urinary continence. *Am J Nurs*. 1991; 91(1):28-34.

Nunnally J. Psychometric theory. New York: McGraw-Hill; 1967.
Oh SJ, Ku JH. Impact of self-perceived bothersomeness on health-related quality of life in women with overactive bladder symptoms. *Urol Int*. 2007; 78(1):63-9.

Palma P, Riccetto C, Muller V, Fraga R, Contreras O, Sarsotti C, et al. POS-01.15: Nazca: a monoprosthesis for the simultaneous correction of cystocele and urinary stress incontinence - a multicentric trial. *Urology*. 2007; 70(3):193-4.

Palmer MH, Fitzgerald S, Berry SJ, Hart K. Urinary incontinence in working women: an exploratory study. *Women Health*. 1999; 29:67-82.

Parazzini F, Chiaffarino F, Lavezzari M, Giambanco V, VIVA Study Group. Risk factors for stress, urge or mixed urinary incontinence in Italy. BJOG. 2003; 110(10):927-33.

Paschoal SMP. Qualidade de vida do idoso: elaboração de um instrumento que privilegia sua opinião [dissertação]. São Paulo (SP): Faculdade de Medicina da USP; 2000.

Pasquini MB, Vicentin T, Azevedo GR, Sampaio Neto LF, Santos VLCG. Estudo da qualidade de vida de mulheres com Incontinência urinária de esforço após terapia para o fortalecimento do assoalho pélvico, usando o King's College Health Questionnaire. III Society of Urologic Nurses and Associates Annual Symposium; 2006 Mar 16, New York, EUA.

Patel AS, O'Leary ML, Stein RJ, Leng WW, Chancellor MB, Patel SG, et al. The relationship between overactive bladder and sexual activity in women. *Int. Braz J Urol*. 2006; 32:77-87.

Patton MQ. Qualitative evaluation methods. Beverly Hills: C A Sage; 1987.

Pereira MG. Morbidade. In: Pereira MG. Epidemiologia: teoria e prática. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan; 1995. p.76-104.

Pleil A, Reese P, Okano G, Kelleher C. Validation of King's Health Questionnaire in patients with symptoms of overactive bladder. *Qual Life Res*. 2000; 9:347.

Polit DF, Hungler BP. Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem. 3ª. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

Reese P, Okano G, Pleil A, Kelleher C. Minimally perceived difference in the King's Health Questionnaire (KHQ) in overactive bladder patients: Results from two studies. Qual Life Res. 2000; 9:250 .

Reese PR, Pleil AM, Okano GJ, Kelleher CJ, . Multinacional study of reliability and validity of the King's Health Questionnaire in patients with overactive bladder. Qual Life Res. 2003; 12(4):427-42.

Rust J, Golombok S. Modern psychometrics: The Science of Psychological Assessment. 2nd ed. London: Routledge, 1999.

Sakuramoto P. Incontinência urinária no idoso. Bol Soc Bras Urol. 1996; 11:26-31.

Samuelsson E. Five-year incidence and remission rates of female urinary incontinence in Swedish population less than 65 years old. Am J Obstet Gynecol. 2000; 183:568-74.

Santos VLCG, Kimura M. Qualidade de vida e a reabilitação do ostomizado. In: Santos VLCG, Cesaretti IUR, editores. Assistência em estomaterapia: cuidando do ostomizado. São Paulo: Atheneu; 2000. p.453-475.

Santos VLCG, Silva AM. Quality of life of people with faecal incontinence. World Council Enterostomal Therapists J. 2003; 23(1):7-16.

São Paulo. Secretaria de Economia e Planejamento. SEADE Fundação Sistema Estadual de Análises de Dados 2006: Disponível em: <http://www.seade.gov.br/produtos/perfil/perfil.php>.

Sawaia BB. Análise psicossocial do processo saúde-doença. Rev Esc Enfermagem USP. 1994; 28:105-10.

Schiffman SS, Reynolds ML, Young FW. Introduction to multidimensional scaling: theory, methods, and applications. New York: Academic Press; 1981.

Shaw C. A systematic review of the literature on the prevalence of sexual impairment in women with urinary incontinence and the prevalence of urinary leakage during sexual activity. *Eur Urol.* 2002; 42:432-40.

Simeonova Z, Milsom I, Kullendorff AM, Molander U, Begtsson C. The prevalence of urinary incontinence and its influence on the quality of life in women from an urban Swedish population. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 1999; 78:546-51.

Stewart WF, Van Rooyen JB, Cundiff GW, Abrams P, Herzog A R, Corey R, et al. Prevalence and burden of overactive bladder in the United States. *World J Urol.* 2003; 20:327-36.

Tamanini JTN, D'Ancona CAL, Botega NJ, Netto Jr NR. Validação do “Kings Health Questionnaire” para o português em mulheres com incontinência urinária. *Rev Saúde Pública.* 2003; 37(2):203-11.

Tamanini JTN, Dambros M, D'Ancona CAL, Palma PCR, Botega NJ, Rios LAS, et al. Concurrent validity, internal consistency and responsiveness of the portuguese version of the King's Health Questionnaire (Khq) in women after stress urinary incontinence surgery. *Int Braz J Urol.* 2004; 30(6):479-86.

Tamanini JTN, Dambros M, D'Ancona CAL, Palma PCR, Rodrigues-Netto Jr N. Validação para o português do “International Consultation on Incontinence Questionnaire Short Form” (ICIQ-SF). *Rev Saúde Pública.* 2004; 38(3):438-44.

Teloken C, Caraver F, Weber FA, Teloken PE, Moraes JF, Sogari PR, et al. Overactive bladder: prevalence and implications in Brazil. *Eur Urol.* 2006; 49:1087-92.

Temml C, Haidinger G, Schmidbauer J, Schatzl G, Madersbacher S. Urinary incontinence in both sexes: prevalence rates and impact on quality of life and sexual life. *Neurourol Urodyn.* 2000; 19:259-71.

Temml C, Heidler S, Ponholzer A, Madersbacher S. Prevalence of the Overactive bladder syndrome by applying the International Continence Society Definition. *Eur Urol.* 2005; 48(4):622-7.

Testa MA, Simonson DC. Assessment of quality of life outcomes. *N Engl Med J.* 1996; 334(13):835-40.

Thiel R, Thiel M, Dambros M, Riccetto C, López V, Rincón ME, et al. Assessment of female sexual function before and after a procedure for correcting stress urinary incontinence. *Actas Urol Esp*. 2006; 30(3):315-20.

Uemura S, Homma Y. Reliability and validity of King's Health Questionnaire in patients with symptoms of overactive bladder with urge incontinence in Japan. *Neurourol Urodynam*. 2004; 23(2):94-100.

Uemura S, Homma Y. Reliability and validity of King's Health Questionnaire in patients with symptoms of overactive bladder with urge incontinence in Japan. *Neurourol Urodyn*. 2004; 23(2):94-100.

Van Brummen HJ, Hein WB, Van de Pol G, Heintz APM, Van der Vaart CH. Bothersome lower urinary tract symptoms 1 year after first delivery: prevalence and the effect of childbirth. *BJU Int*. 2006; 98:89-95.

Van der Kooji A. Data Theory Group, Leiden University, 2006.

Van der Vaart CH, de Leeuw JRJ, Roovers JPWR, Heintz APM. The effect of urinary incontinence and overactive bladder symptoms on quality of life in young women. *BJU Int*. 2002; 90(6):544-9.

Wagg AS, Cardozo L, Chapple C, Ridder DD, Kelleher C, Kirby M, et al. On behalf of the overactive bladder faculty. Overactive bladder syndrome in older people. *BJU Int*. 2007; 99:502-9.

Walters MD, Taylor S, Schoenfeld LS. Psychosexual study of women with detrusor instability. *Obstet Gynecol*. 1990; 75(1):22-6.

Wein AJ. How Much is Enough and Who Says So? The Case of the King's Health Questionnaire and Overactive Bladder [editorial comment]. *J Urol*. 2005; 173:908-14.

Yamada BFA, Santos VLCG. Índice de Qualidade de Vida de Ferrans e Powers: construção e validação da versão feridas [tese]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da USP; 2006.

Yamada BFA. Qualidade de vida de pessoas com úlceras venosas crônicas [dissertação]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da USP; 2001.

Young HH, Davis DM. Young's practice of urology. Philadelphia: Saunders; 1926. v.7

Zhang W, Song Y, He X, Huang H, Xu B, Song J. Prevalence and risk factors of overactive bladder syndrome in Fuzhou Chinese women. Neurourol Urodyn. 2006; 25(7):717-21.

Zorn BH, Montgomery HM, Peiper K, Gray M, Steers WD. Urinary incontinence and depression. J Urol.1999; 162:82-4.

APÊNDICE 1

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Prezado(a) Sr(a)

Nós, Gisele Regina de Azevedo, professora assistente do CCMB da PUC/SP, e Vera Lúcia Conceição de Gouveia Santos, professora associada da Escola de Enfermagem da USP, solicitamos a sua autorização e colaboração para participar do estudo **“Qualidade de vida de mulheres com Bexiga Hiperativa no município de Sorocaba”**, respondendo os questionários anexos. Trata-se de um estudo para avaliar a qualidade de vida de mulheres que tem perda urinária constante, através de uma entrevista que será gravada e transcrita e de um questionário de qualidade de vida especialmente desenvolvido para pessoas com perda urinária, bem como um questionário clínico e sócio-demográfico.

Sua participação é livre e espontânea, seus dados pessoais serão mantidos em sigilo, e os resultados gerais serão publicados em revistas científicas e apresentados em eventos da mesma natureza, sem a sua identificação.

Autorização

Eu, _____, depois de receber as orientações acima, dou meu consentimento para participar do estudo **“Qualidade de vida de mulheres com Bexiga Hiperativa no município de Sorocaba”**, a ser realizado pelas professoras Gisele Regina de Azevedo e Vera Lúcia Conceição de Gouveia Santos, onde serei entrevistada e responderei individualmente um questionário de dados clínicos e sócio-demográficos e outro de qualidade de vida. Neste estudo, reconheço que minha participação é de livre e espontânea vontade, sendo assegurada a confidência das minhas respostas, bem como o sigilo de minha identidade. Sei ainda que posso abandonar o estudo a qualquer momento sem que isso interfira em meus interesses. Estou ciente de que não sofrerei danos físicos ou morais oriundos dessa colaboração e que os resultados gerais serão divulgados por meio de publicações científicas e apresentados em eventos da mesma natureza.

Assinatura do paciente: _____

Assinatura do pesquisador: _____

Testemunha: _____

Data: ____/____/____

Qualquer dúvida entrar em contato com:

Gisele Regina de Azevedo

Av. Washington Luiz, 598 – Jardim Faculdade – Sorocaba/SP – CEP 18030-270

Fones: (15) 3233 5010 ou (15) 9705 6043

1ª. Via – Paciente

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Prezado(a) Sr(a)

Eu, Gisele Regina de Azevedo, professora assistente do CCMB da PUC/SP, e Vera Lúcia Conceição de Gouveia Santos, professora associada da Escola de Enfermagem da USP, solicitamos a sua autorização e colaboração para participar do estudo **“Qualidade de vida de mulheres com Bexiga Hiperativa no município de Sorocaba”**, respondendo os questionários anexos. Trata-se de um estudo para avaliar a qualidade de vida de mulheres que tem perda urinária constante, através de uma entrevista que será gravada e transcrita e de um questionário de qualidade de vida especialmente desenvolvido para pessoas com perda urinária, bem como um questionário clínico e sócio-demográfico.

Sua participação é livre e espontânea, seus dados pessoais serão mantidos em sigilo, e os resultados gerais serão publicados em revistas científicas e apresentados em eventos da mesma natureza, sem a sua identificação.

Autorização

Eu, _____, depois de receber as orientações acima, dou meu consentimento para participar do estudo **“Qualidade de vida de mulheres com Bexiga Hiperativa no município de Sorocaba”**, a ser realizado pelas professoras Gisele Regina de Azevedo e Vera Lúcia Conceição de Gouveia Santos, onde serei entrevistada e responderei individualmente um questionário de dados clínicos e sócio-demográficos e outro de qualidade de vida. Neste estudo, reconheço que minha participação é de livre e espontânea vontade, sendo assegurada a confidência das minhas respostas, bem como o sigilo de minha identidade. Sei ainda que posso abandonar o estudo a qualquer momento sem que isso interfira em meus interesses. Estou ciente de que não sofrerei danos físicos ou morais oriundos dessa colaboração e que os resultados gerais serão divulgados por meio de publicações científicas e apresentados em eventos da mesma natureza.

Assinatura do paciente: _____

Assinatura do pesquisador: _____

Testemunha: _____

Data: ____/____/____

Qualquer dúvida entrar em contato com:

Gisele Regina de Azevedo

Av. Washington Luiz, 598 – Jardim Faculdade – Sorocaba/SP – CEP 18030-270

Fones: (15) 3233 5010 ou (15) 9705 6043

2ª. Via - Pesquisador

APÊNDICE 2

Prezado Doutor:

Após avaliação constatou-se que a Sra. _____ apresenta os sintomas de Hiperatividade Detrusora (bexiga hiperativa) abaixo assinalados:

☐ aumento da frequência urinária

☐ noctúria

☐ urgência miccional

☐ urge-incontinência

Sugerimos que a mesma seja avaliada por um médico urologista para diagnóstico e tratamento, enquanto colocamo-nos à disposição para a realização de terapia para reabilitação vésico-intestinal no Ambulatório de Reabilitação do CHS, que será composta de treino vesical, cinesioterapia, biofeedback e reeducação vésico-intestinal.

Atenciosamente,

Gisele Regina de Azevedo e equipe
Enfermeira Estomaterapeuta
Contato: (15) 3233 5010 ou 9705 6043

Prezada Sra. _____

Caso seja de seu interesse, compareça ao Ambulatório de Reabilitação do Conjunto Hospitalar de Sorocaba às quartas-feiras, entre 13h e 16h para terapia de reabilitação vésico-intestinal com o objetivo de melhorar os seus sintomas urinários. Não é necessário agendar, favor apresentar este documento na recepção.

Atenciosamente,

Gisele Regina de Azevedo e equipe
Enfermeira Estomaterapeuta
Contato: (15) 3233 5010 ou 9705 6043

APÊNDICE 3

Questionário de Qualidade de Vida King's Health (KHQ) - FICHA No. _____

Parte I

Percepção Geral de Saúde (PGS)

1. Como você descreveria sua saúde atual?
() Muito boa () Boa () Razoável () Ruim () Péssima

Impacto da Incontinência (IIU)

2. Você acha que o seu problema de bexiga afeta a sua vida?
() Nada () Pouco () Moderadamente () Bastante

Parte II – Limitações

Limitações nas Atividades da vida diária (LAVD)

- 3.a. Quanto o seu problema de bexiga afeta os seus afazeres domésticos (limpeza, compras, etc)?
() Nada () Levemente () Moderadamente () Bastante
3.b. O seu problema de bexiga afeta o seu trabalho ou suas atividades diárias fora de casa?
() Nada () Pouco () Moderadamente () Bastante

Limitações Físicas (LF)

- 4.a. O seu problema de bexiga afeta suas atividades físicas (caminhar, ginástica, corrida)?
() Nada () Pouco () Moderadamente () Bastante
4.b. O seu problema de bexiga afeta a sua possibilidade de viajar?
() Nada () Pouco () Moderadamente () Bastante

Limitações Sociais (LS)

- 4.c. Seu problema de bexiga restringe a sua vida social?
() Nada () Pouco () Moderadamente () Bastante
4.d. Seu problema de bexiga dificulta a sua possibilidade de visitar amigos?
() Nada () Pouco () Moderadamente () Bastante

Relacionamentos pessoais (RP)

- 5.a. Seu problema de bexiga afeta o seu relacionamento com o seu parceiro?
() Não se aplica () Não afeta () Afeta levemente () Afeta moderadamente () Afeta muito
5.b. Seu problema de bexiga afeta a sua vida sexual?
() Não se aplica () Não afeta () Afeta levemente () Afeta moderadamente () Afeta muito
5.c. Seu problema de bexiga afeta a sua vida familiar?
() Não se aplica () Não afeta () Afeta levemente () Afeta moderadamente () Afeta muito

Aspectos Emocionais (AE)

- 6.a. O seu problema de bexiga faz com que se sinta deprimido (a)?
() Nunca () Levemente () Moderadamente () Bastante
6.b. O seu problema de bexiga faz com que se sinta nervoso ou ansioso (a)?
() Nunca () Levemente () Moderadamente () Bastante
6.c. O seu problema de bexiga faz com que se sinta mal consigo mesmo (a)?
() Nunca () Levemente () Moderadamente () Bastante

Sono e Disposição (SD)

- 7.a. O seu problema de bexiga afeta o seu sono?
() Nunca () Às vezes () Frequentemente () O tempo todo
7.b. Você se sente esgotado ou cansado (a)?
() Nunca () Às vezes () Frequentemente () O tempo todo

Medidas de Gravidade (MG)

- Você usa algum dos seguintes cuidados? Se utiliza, quantifique:
8.a. Usa forros para permanecer seco (a)?
() Nunca () Às vezes () Frequentemente () O tempo todo
8.b. Tem cuidado com a quantidade de líquidos ingeridos?
() Nunca () Às vezes () Frequentemente () O tempo todo
8.c. Troca suas roupas de baixo quando se molha?
() Nunca () Às vezes () Frequentemente () O tempo todo
8.d. Se preocupa com o odor?
() Nunca () Às vezes () Frequentemente () O tempo todo
8.e. Fica embaraçado (a) devido ao seu problema de bexiga?
() Nunca () Às vezes () Frequentemente () O tempo todo

Parte III

Gostaríamos de saber quais são seus sintomas relacionados com a bexiga e quanto eles o (a) afetam. Escolha da lista abaixo apenas os problemas que você apresenta atualmente. Esqueça aqueles que não se aplicam ao seu caso.

Use a seguinte escala para quantificar cada um deles:

Não tenho	0
Um pouco	1
Moderadamente	2
Bastante	3

- Frequência (ir ao banheiro muitas vezes) ()
- Noctúria (acordar à noite para urinar) ()
- Urgência (vontade forte de urinar e difícil de controlar) ()
- Urge-incontinência (perda de urina associada à forte necessidade de urinar) ()
- Incontinência aos esforços (perda de urina relacionada a esforços como tossir, espirrar, pegar peso, etc) ()
- Enurese noturna (perda de urina na cama durante o sono) ()
- Incontinência durante as relações sexuais ()
- Dor na bexiga ()

- Dificuldade para urinar
- Outros (especificar abaixo)

()
()

APÊNDICE 5

Quadro 1 – Variáveis independentes usadas na CATREG: escala e níveis, 2007.

Variáveis	Escala	Níveis
Repleção vesical	Nominal *	1,2
Sensação de micção	Nominal *	1,2
Frequência das perdas	Ordinal	1, 2 , 3,4
Perda inesperadamente	Ordinal	1,2,3
Perda aos grandes esforços	Ordinal	1,2,3
Perda ao tossir, rir	Ordinal	1,2,3
Perda ao caminhar rápido, correr	Ordinal	1,2,3
Perda ao caminhar	Ordinal	1,2,3
Perda aos movimentos leves	Ordinal	1,2,3

Quadro 2 – Variáveis independentes usadas na CATREG: escala e níveis, 2007

Variáveis	Escala	Níveis
Frequência diurna aumentada	Ordinal	1,2, 3,4, 5,6,7
Urgência	Ordinal	1,2, 3,4, 5,6,7
Urge-incontinência	Ordinal	1,2, 3,4, 5,6,7
Disúria	Ordinal	1,2, 3,4, 5,6,7
Incontinência relações sexuais	Ordinal	1,2, 3,4, 5,6,7
ITU anterior	Ordinal	1,2, 3,4, 5,6,7
ITU repetição	Ordinal	1,2, 3,4, 5,6,7
ITU atual	Ordinal	1,2, 3,4, 5,6,7
Sensação de esvaziamento incompleto	Ordinal	1,2, 3,4, 5,6,7
Dor	Ordinal	1,2,3,4,5
Classificação IU	Ordinal	1,2,3,5
Como começou BH	Nominal	

Quadro 3 – Variáveis dependentes usadas na CATREG: escala e níveis, 2007

Domínios	Escala	Níveis
Percepção da saúde	Ordinal	1,2,3,4,5
Impacto da incontinência	Ordinal	1,2,3,4
Limitações atividades da vida diária	Ordinal	1,2,3,4,5,6,7
Limitação física	Ordinal	1,2,3,4,5,6,7
Limitação social	Ordinal	1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11
Relacionamento Pessoal	Ordinal	1,2,3,4,5
Emoções	Ordinal	1,2,3,4,5,6,7
Sono/disposição	Ordinal	1,2,3,4,5,6,7
Medidas gravidade	Ordinal	1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12,13

APÊNDICE 6

Tabela A – Regressão logística stepwise para aspectos sócio-demográficos, comportamentais, antropométricos e BH em Sorocaba, 2007.

Variáveis na equação

	BETA	ERRO-PADRÃO	Wald	df	p	OR	INTERVALO CONFIANÇA 95%	
							INFERIOR	SUPERIOR
a	ESCOLARIDADE		42.572	2	.000			
	ESCOLARIDADE(1)	.750	.198	31.306	1	.000	2.117	1.679 2.874
	ESCOLARIDADE(2)	.657	.120	29.997	1	.000	1.929	1.525 2.440
	QUARTIS_RENDA		199.326	3	.000			
	QUARTIS_RENDA(1)	1.363	.111	150.141	1	.000	3.907	3.142 4.859
	QUARTIS_RENDA(2)	.735	.109	45.736	1	.000	2.085	1.685 2.580
	QUARTIS_RENDA(3)	.249	.102	5.880	1	.015	1.282	1.049 1.567
	IDADE		43.954	5	.000			
	IDADE(1)	.357	.262	1.853	1	.173	1.429	.855 2.390
	IDADE(2)	.750	.253	8.818	1	.003	2.117	1.291 3.474
	IDADE(3)	.839	.250	11.223	1	.001	2.313	1.416 3.778
	IDADE(4)	1.100	.256	18.404	1	.000	3.005	1.818 4.967
	IDADE(5)	.755	.261	8.395	1	.004	2.128	1.277 3.546
	PESSOAS_FAMI		310.038	3	.000			
	PESSOAS_FAMI(1)	1.285	.076	286.413	1	.000	3.616	3.116 4.196
	PESSOAS_FAMI(2)	-.313	.199	2.473	1	.116	.731	.495 1.080
	PESSOAS_FAMI(3)	.531	.191	7.765	1	.005	1.701	1.171 2.471
	Tabag(1)	1.454	.076	370.635	1	.000	4.281	3.692 4.964
	atv_fis(1)	.183	.073	6.306	1	.012	1.200	1.041 1.384
	imc	.064	.006	104.409	1	.000	1.066	1.053 1.080
	Constant	-6.341	.338	352.945	1	.000	.002	

a. Variáveis: ESCOLARIDADE, QUARTIS_RENDA, IDADE, PESSOAS_FAMI, Tabag, atv_fis, imc.