

*JOSÉ TADEU NUNES TAMANINI*

*TRADUÇÃO, CONFIABILIDADE E VALIDADE DO  
“KING’S HEALTH QUESTIONNAIRE”  
PARA A LÍNGUA PORTUGUESA EM MULHERES COM  
INCONTINÊNCIA URINÁRIA*

200307379

*CAMPINAS*

*2002*

*i*

UNICAMP  
BIBLIOTECA CENTRAL  
SEÇÃO CIRCULANTE

***JOSÉ TADEU NUNES TAMANINI***

***TRADUÇÃO, CONFIABILIDADE E VALIDADE DO  
“KING’S HEALTH QUESTIONNAIRE” PARA A LÍNGUA  
PORTUGUESA EM MULHERES COM INCONTINÊNCIA  
URINÁRIA***

*Dissertação de Mestrado apresentada à Pós-Graduação da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas para obtenção do título de Mestre em Cirurgia, área de concentração Cirurgia.*

***ORIENTADOR: PROF.DR. CARLOS ARTURO LEVI D’ANCONA***

*CAMPINAS  
2002*

UNIDADE BC  
Nº CHAMADA T/UNICAMP  
TAST  
V \_\_\_\_\_ EX \_\_\_\_\_  
TOMBO BC/ 52715  
PROC 16-124/03  
C \_\_\_\_\_ D X  
PREÇO R\$ 11,00  
DATA 15/03/03  
Nº CPD \_\_\_\_\_

CM00180990-1

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA  
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS  
UNICAMP

BIB ID 284953

T15t

Tamanini, José Tadeu Nunes

Tradução, confiabilidade e validade do "King's Health Questionnaire" para a língua portuguesa em mulheres com incontinência urinária / José Tadeu Nunes Tamanini. Campinas, SP : [s.n.], 2002.

Orientadores : Carlos Arturo Levi D'Ancona

Dissertação ( Mestrado) Universidade Estadual de Campinas.  
Faculdade de Ciências Médicas.

1. Incontinência urinária. 2. Qualidade de vida. 3. Questionários.  
4. Confiabilidade. 5. Validação. I. Carlos Arturo Levi D'Ancona.  
II. Neury José Botega. III. Universidade Estadual de Campinas.  
Faculdade de Ciências Médicas. IV. Título.

---

## **Banca examinadora da Dissertação de Mestrado**

---

**Orientador: Prof. Dr. CARLOS ARTURO LEVI D'ANCONA**

---

---

### **Membros Titulares:**

---

**1. PROF<sup>a</sup>. DR<sup>a</sup>. ROZANA MESQUITA CICONELLI**

---

**2. PROF. DR. ANTONIO GUGLIOTA**

---

---

### **Membros Suplentes:**

---

**1. PROF. DR. MARCELO LOPES DE LIMA**

---

**2. PROF. DR. CRISTIANO MENDES GOMES**

---

Curso de Pós-Graduação em Cirurgia da Faculdade de Ciências Médicas da  
Universidade Estadual de Campinas.

---

**Data: 16/10/2002**

---

## **DEDICATÓRIA**

*... aos meus pais Dalva e Roque, verdadeiros mestres na arte de viver, que me deram os ensinamentos de justiça e responsabilidade, além do infinito amor e incentivo imensurado à educação!*

*... à minha querida esposa, Mirce e aos nossos filhos, Juliana e Tarcísio, que dividiram comigo as horas tristes e alegres desta etapa de minha vida, sempre com um sorriso nos lábios, compreensão, carinho e amor. Com a força e o suporte emocional que vocês me deram é que pude concluir esta obra. A você em especial, querida Mirce, minha sincera gratidão.*

*...ao Prof. Dr. Marcello Fabiano de Franco que, nos primórdios de minha iniciação acadêmica, despertou meu interesse pela ciência. Foi meu professor, orientador, com quem publiquei meu primeiro trabalho científico, e hoje, inestimável amigo.*

### **AGRADECIMENTO ESPECIAL**

*Ao Prof. Dr. Carlos Arturo Levi D'Ancona dedico estas palavras de apreço, expressando também minha admiração.*

*Obrigado por sua amizade e respeito, pela orientação científica sempre muito sólida e humanamente dimensionada.*

*Á Beatriz, sua esposa e a seus filhos, Bruno e Mauro, que gentilmente me receberam, por várias vezes, no seio familiar, meus sinceros agradecimentos.*

## *AGRADECIMENTOS*

---

Ao Prof. Dr. Nelson Rodrigues Netto Jr., pela aprovação do meu projeto de pesquisa na Pós-Graduação, desenvolvido na Disciplina de Urologia da Unicamp.

Ao meu co-orientador, Prof. Dr. Neury José Botega, pela aceitação pronta e imediata em participar do trabalho, bem como pelo apoio e incentivo.

Aos amigos do Hospital Maternidade Leonor Mendes de Barros, especialmente ao Prof. Dr. Valdir Tadini, que foi o grande incentivador e responsável por minha procura pelo Curso de Pós-Graduação.

Ao amigo de muitos anos, Dr. Luis Augusto Seabra Rios, que me iniciou nos caminhos da Urologia Funcional e da Uroginecologia.

Aos amigos do Hospital do Servidor Público Estadual, na pessoa do Chefe do Serviço de Urologia, Dr. Demerval de Mattos Jr., que, com generosidade, abriu as portas de seu Serviço para eu reciclar conhecimentos.

À Fundação Educacional Dr. Raul Bauab, pelo apoio material utilizado na pesquisa.

À Profª. Dra. Cleuza Camilo Atique e Dr. Abdala Atique pelo incentivo, amizade e solidariedade oferecidos.

À enfermeira Renata Cristina de Oliveira Souza Castro e à fisioterapeuta Viviane Marques Capelini, pelo valioso auxílio durante a fase de coleta dos dados, e apoio no seguimento das pacientes.

A todos os funcionários do Núcleo de Gestão Assistencial de Jaú que não pouparam esforços para me ajudar, durante o período de coleta de dados.

À Valdicéia, “meu braço direito”... especial obrigado.

À Profª. Débora M. Nuñez, pela amizade, competência e dedicação em seu trabalho, tanto na fase inicial de tradução do questionário, como nas inúmeras correções antes de ser submetido à Revista de Saúde Pública.

À secretária da Disciplina de Urologia da Unicamp, D. Alice, pelo apoio, bom humor e sincera amizade.

Ao amigo e acadêmico do Curso de Estatística da Universidade Federal de São Carlos, Alexanadre Batistella e à Sra. Cleide Aparecida Moreira Silva, da Comissão de Pesquisa e Estatística da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp pelo grande apoio que me deram na análise estatística deste trabalho.

Ao Ícaro e ao Davi, pela acolhida durante as necessárias noites que passei em Campinas.

À Dra. Miriam Dambros, por seu irrestrito apoio e por sua inestimável e perene amizade.

Aos amigos do Curso de Pós-Graduação da FCM da Unicamp, pelo companheirismo.

Aos funcionários da Diretoria de Apoio Didático, Científico e Computacional da FCM - Unicamp, em especial ao Emílton, Mário, Sílvia, Wagner, Alexandre, Maria Rita e Daniel, pela amizade e pelo competente auxílio nas correções (inúmeras!), editoração e preparação dos diapositivos, pôsteres e tudo o mais que foi necessário para a realização desta dissertação.

Às Prof<sup>as</sup>. Dras. Cecília Bueno Jayme Gallani e Neusa M. C. Alexandre, do Departamento de Enfermagem da FCM da Unicamp, pela orientação e incentivo na elaboração do desenho do projeto e na fase inicial de aplicação do questionário.

A **DEUS**, que iluminou e guiou meus passos, dando-me perseverança desde o início até a conclusão deste trabalho.

**PRONOMINAIS**

*“Dê-me um cigarro”*

*Diz a gramática*

*Do professor e do aluno*

*E do mulato sabido.*

*Mas o bom negro e o bom branco*

*Da Nação Brasileira*

*Dizem todos os dias*

*Deixa disso camarada*

*“Me dá um cigarro...”*

***Oswald de Andrade, 1925***

	<i>PÁG.</i>
<b>RESUMO</b> .....	xv
<b>1. INTRODUÇÃO</b> .....	18
1.1. Histórico.....	19
1.2. Conceito de Qualidade de Vida.....	20
1.3. Propriedades do paradigma 'Qualidade de Vida'.....	22
1.3.1. Multifatorial.....	22
1.3.2. Auto-administração.....	22
1.3.3. Variação com o tempo.....	22
1.3.4. Subjetividade.....	22
1.4. Classificação de Qualidade de Vida.....	23
1.5. Aplicações das medidas de Qualidade de Vida.....	23
1.5.1. Geral.....	23
1.5.2. Em Uroginecologia.....	24
1.6. Avaliação da Qualidade de Vida.....	24
1.7. Incontinência urinária e Qualidade de Vida.....	27
1.8. Justificativa do estudo.....	28
<b>2. OBJETIVO</b> .....	29
<b>3. ARTIGO</b> .....	31
<b>4. CONCLUSÃO</b> .....	61
<b>5. SUMMARY</b> .....	63
<b>6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	66
<b>7. ANEXOS</b> .....	72

## *LISTA DE ABREVIATURAS*

---

<b>AE</b>	Aspectos Emocionais
<b>AF</b>	Aspectos Físicos
<b>AS</b>	Aspectos Sociais
<b>BFLUTS</b>	Bristol Female Lower Urinary Tract Symptoms
<b>CCI</b>	Coefficiente de Correlação Intraclases
<b>CF</b>	Capacidade Funcional
<b>D</b>	Dor
<b>DIR X</b>	Diretoria Regional do Interior – X, Secretaria Estadual de Saúde, SP
<b>DP</b>	Desvio-padrão
<b>E</b>	Emoções
<b>EGS</b>	Estado Geral de Saúde
<b>ICIQ-SF</b>	International Consultation on Incontinence Questionnaire – Short Form
<b>ICS</b>	International Continence Society
<b>II</b>	Impacto da Incontinência
<b>IMC</b>	Índice de Massa Corpórea
<b>IIQ</b>	Incontinence Impact Questionnaire
<b>I-QOL</b>	Urinary Incontinence-specific measure of Quality of Life
<b>IU</b>	Incontinência urinária
<b>Kg/m<sup>2</sup></b>	Quilograma por metro quadrado
<b>KHQ</b>	King's Health Questionnaire
<b>LAD</b>	Limitações de Atividades Diárias

<b>LF</b>	Limitações Físicas
<b>LS</b>	Limitações Sociais
<b>MG</b>	Medidas de Gravidade
<b>n</b>	Número de pacientes da amostra populacional
<b>ns</b>	Diferença não Significativa
<b>OMS</b>	Organização Mundial da Saúde
<b>PGS</b>	Percepção Geral de Saúde
<b>QV</b>	Qualidade de Vida
<b>QVNRS</b>	Qualidade de Vida não relacionada à saúde
<b>QVRS</b>	Qualidade de Vida relacionada à saúde
<b>RP</b>	Relações Pessoais
<b>S/D</b>	Sono/Disposição
<b>SF-36</b>	The MOS 36-Item Short Form Health Survey
<b>SM</b>	Saúde Mental
<b>T1</b>	Tradução consensual para a Língua Portuguesa para aplicação em pré-teste
<b>T2</b>	Tradução final para aplicação na amostra populacional
<b>UDI</b>	Urogenital Distress Inventory
<b>V</b>	Vitalidade
<b>V1</b>	Versão consensual final de retro-tradução para o Inglês
<b>WHOQOL Group</b>	Grupo da OMS responsável por estudos em Qualidade de Vida

	<i>PÁG</i>
<b>Tabela 1:</b> Características sociodemográficas e clínicas das 156 pacientes com IU.....	53
<b>Tabela 2:</b> Valores dos escores obtidos para cada domínio do KHQ e do SF-36..	54
<b>Tabela 3:</b> Consistência interna ( $\alpha$ de Cronbach) e confiabilidade teste-reteste (Coeficiente de Correlação Intraclass) (IC 95% - mínimo-máximo) para os domínios do KHQ.....	55
<b>Tabela 4:</b> Correlação entre os escores obtidos nos domínios do KHQ e do SF-36 (Coeficiente de Correlação linear de Pearson).....	56
<b>Tabela 5:</b> Estatísticas descritivas: médias (desvio-padrão) das pontuações obtidas dos domínios do KHQ, variáveis clínicas e respectivas comparações entre suas categorias, referentes à Incontinência Urinária.....	57
<b>Tabela 6:</b> Estudo da validade concorrente: associação da média dos valores dos escores obtidos para cada domínio do KHQ e do SF-36 e das categorias "sim" e "não" da variável "uso de absorventes".....	58

	<i>PÁG</i>
<b>Figura 1:</b> Definição de Qualidade de Vida em três níveis.....	21
<b>Figura 2:</b> Comparações das médias dos escores dos domínios do KHQ, obtidos entre pacientes com IU. Brasil (n=156); Inglaterra (n=293); Espanha (n=162).....	59

## LISTA DE ANEXOS

---

	<i>PÁG</i>
<b>Anexo A</b> Domínio <i>medidas de gravidade</i> em seu original e na versão para o (Artigo) Português como exemplo de adaptação transcultural.....	60
<b>Anexo 1:</b> Carta de autorização dos autores do KHQ, para sua validação na Língua Portuguesa.....	73
<b>Anexo 2:</b> Carta de aprovação para publicação do artigo na Revista de Saúde Pública.....	74
<b>Anexo 3:</b> “King’s Health Questionnaire” original.....	75
<b>Anexo 4:</b> Versão do KHQ na Língua Portuguesa.....	83
<b>Anexo 5:</b> Pontuação e cálculo do "Raw Scale" (0 - 100).....	91



## *RESUMO*

Desde o início da última década, houve um grande aumento do interesse, por parte da classe científica internacional, por se saber qual seria o impacto que doenças e respectivos tratamentos trariam à Qualidade de Vida dos pacientes, principalmente em pesquisa clínica. Na área de disfunção miccional e incontinência urinária, o uso de questionários para este fim tem sido cada vez mais encorajado por pesquisadores, inclusive pela Sociedade Internacional de Continência, desde 1997. Isto se deve ao fato destes questionários, além de incorporarem a visão subjetiva do paciente sobre sua condição de saúde, terem um custo baixo para sua utilização e não serem métodos invasivos. Pelo fato de não haver até a presente data (maio/2002), na Língua Portuguesa, um questionário específico em incontinência urinária, optou-se pela escolha do "King's Health Questionnaire" (KHQ), instrumento internacionalmente conhecido, já validado em algumas outras línguas. O KHQ é composto de 21 questões, divididas em oito domínios, além de duas outras escalas: 'medidas de gravidade', que avalia a presença e a intensidade de aspectos especiais referentes à queixa de incontinência urinária e outra, que investiga a presença e a intensidade dos 'sintomas urinários'.

O questionário original foi traduzido para a Língua Portuguesa por dois tradutores brasileiros, sendo retrovertido por dois tradutores ingleses. As diferenças foram harmonizadas por um comitê formado por profissionais de saúde, bilíngües, sendo o questionário, resultante na Língua Portuguesa, pré-testado em 20 pacientes. Após pequenas correções, o questionário final e o questionário de avaliação geral de QV, denominado SF-36, foram aplicados na mesma entrevista a 156 e 119 pacientes, respectivamente. Nesta mesma entrevista, dados sociodemográficos foram coletados. As queixas de incontinência urinária como urge-incontinência, incontinência urinária de esforço e IU mista foram especificadas na anamnese. A idade média foi 51,8 anos, variando de 15 a 78 anos. As propriedades psicométricas do instrumento como confiabilidade [consistência interna (alfa de Cronbach) e re-teste (Coeficiente de Correlação Intraclases (CCI))] e validade de constructo (Coeficiente de Correlação de Pearson) e concorrente (Mann-Whitney e Kruskal-Wallis) foram testadas. Re-teste (KHQ) foi realizado, após 2 semanas da primeira entrevista, em 119 pacientes.

Não houve alteração no número de questões que compõem o questionário na Língua Portuguesa, comparado ao original, no final do processo de adaptação cultural.

O modo de administração utilizado foi o de auto-preenchimento e para as pacientes com dificuldades com este método, o questionário foi completado pelo pesquisador durante entrevista. O alfa de Cronbach geral foi de 0,87 e avaliado nos diferentes domínios, variou de 0,49 a 0,92. A confiabilidade (CCI) foi considerada moderada a forte em todos os domínios, variando entre 0,53 a 0,81. O Coeficiente de Correlação de Pearson entre o KHQ e o SF-36 foi considerado entre fraco e moderado para a maioria dos domínios afins, variando de -0,27 a -0,53.

A versão do KHQ para a Língua Portuguesa foi traduzida e adaptada culturalmente para aplicação em mulheres brasileiras com queixa de incontinência urinária, com satisfatórios índices de confiabilidade e validade.



## *1. INTRODUÇÃO*

## 1.1. HISTÓRICO

Desde meados do Século IV a.C., na Grécia antiga, temas semelhantes ao que hoje se denomina 'Qualidade de Vida' (QV) eram objetos de discussão filosófica. Aristóteles postulava que o Bem supremo - a felicidade (*eudaimonia*), não seria alcançada imediatamente nem definitivamente, mas sim, obra de uma vida inteira (CHAUÍ, 1997). Neste sentido, um dos objetivos da medicina grega era ensinar os pacientes a "morrerem jovens - o mais tarde possível" \*ANÔNIMO (1968). No século XX, a expressão 'Qualidade de Vida' foi citada pela primeira vez por \*\*PIGOU (1920), em livro sobre economia e bem-estar, em que discutia o apoio governamental às classes mais pobres e o impacto que esta atitude teria em suas vidas, bem como nas finanças do país. \*\*\*KARNOFSKY (1948) desenvolveu e publicou escala de avaliação clínica denominada "performance status". Este trabalho, considerado marco inicial ao lançar uma nova dimensão em medida de estado de saúde, avaliou o prognóstico e o progresso de pacientes com câncer. Nos Estados Unidos, mais precisamente na década de 50, a expressão foi utilizada de forma reacional aos danos ambientais causados pela Segunda Guerra Mundial e referia-se, apenas, a valores materiais.

O enfoque humanístico viria logo a seguir, em 1964, valorizado no governo de Lyndon Johnson. Em seu discurso de posse, declarou: "...os objetivos não podem ser medidos através do balanço dos bancos. Eles só podem ser medidos através da qualidade de vida que proporcionam às pessoas" (FLECK *et al.*, 1999).

---

\* ANÔNIMO apud SPITZER, W.O. - State of science 1986: quality of life and functional status as target variables for research. *J Chron Dis* 40(6): 464-471, 1987. [Keynote address]

\*\* PIGOU, A.C. apud WOOD-DAUPHINEE, S. - Assessing Quality of Life in clinical research: from where have we come and where are we going? *J Clin Epidemiol* 52(4):355-63, 1999.

\*\*\* KARNOFSKY, D.A. apud SPITZER, W.O. - State of science 1986: quality of life and functional status as target variables for research. *J Chron Dis* 40(6): 464-471, 1987. [Keynote address]

A expressão 'Qualidade de Vida' passou, então, a ser citada nas áreas de Educação, Ciências Sociais e Economia. Na área da Saúde, foi primeiramente documentada no Editorial do "Annals of Internal Medicine", em 1966, sob o título de "Medicine and Quality of Life" por \*ELKINGTON (1966). Em 1977, apareceu pela primeira vez como palavra-chave relevante (WOOD-DAUPHINEE, 1999). Em 1984, um grupo de estudos da Organização Mundial de Saúde (OMS) recomendou que a expressão 'perda de autonomia' fosse considerada em estudos epidemiológicos, relacionando-a a doenças específicas, sua evolução e a possíveis incapacidades físicas ou mentais (KATZ, 1987).

Desde então, a utilização do termo QV tem sido crescente, com grande enfoque a partir da última década. Em 1990, foi lançada a primeira edição do livro "Quality of Life and pharmacoeconomics in Clinical Trials", escrito por médicos, psicólogos, sociólogos, estatísticos, enfermeiros e numerosos outros profissionais de saúde, em que QV foi apresentada como um novo conceito científico. SPILKER (1996) lançou a segunda edição deste livro, hoje considerado por estudiosos, um dos mais completos compêndios sobre o tema.

## 1.2. CONCEITO DE QUALIDADE DE VIDA

O conceito de QV relacionada à saúde (QVRS) surgiu da necessidade de se procurar novos parâmetros de avaliação clínica. A avaliação de QV, segundo FLECK (1999), foi acrescentada aos ensaios clínicos randomizados como terceira dimensão a ser considerada, além da eficácia (modificação da doença pelo efeito do tratamento) e da segurança (reação adversa ao tratamento).

Em 1947, a Organização Mundial da Saúde redefiniu o termo saúde, incluindo em seu cerne o conceito de bem-estar físico, emocional e social. De acordo com essa nova definição, saúde tornou-se "o completo bem-estar físico, psicológico e social, não meramente ausência de doença" (KATZ, 1987; SPITZER, 1987). Quanto à Qualidade de Vida, um dos conceitos atuais mais utilizados é o da própria OMS que, também através de

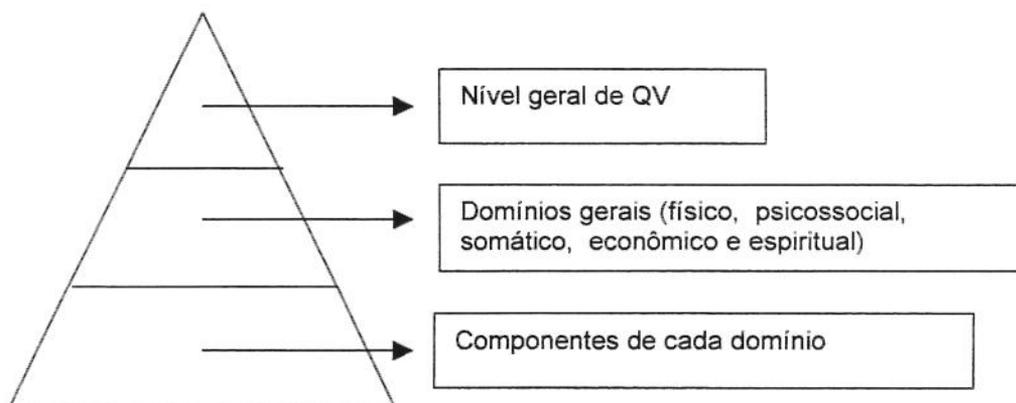
---

\* ELKINGTON apud SPITZER, O.W. - State of science 1986: quality of life and functional status as target variables for research. *J Chron Dis* 40(6): 464-471, 1987.

um grupo de especialistas, definiu-a como “a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistemas de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (WHOQOL Group, 1994). As duas definições abordam a subjetividade e, por isso, são afins. Por ter estas características, o conceito de QV é mediado por valores pessoais e culturais, crenças, auto-apreciação, metas e experiência de vida. Os trabalhos do WHOQOL Group (1994) esforçaram-se em evidenciar a preocupação e o compromisso da OMS na concepção holística do indivíduo, incorporando elementos humanísticos nos cuidados de saúde, que vão além da erradicação do sintoma e da doença.

Qualidade de Vida também pode ser definida como sensação de bem-estar de uma pessoa que deriva da satisfação ou insatisfação com as áreas da vida que são importantes para ela (FERRANS & POWERS, 1985).

Em ambas definições, o foco da análise é a percepção do paciente sobre sua condição, em vez de avaliações dos valores fisiológicos. A discussão conceptual de QV ainda permanece em aberto, em razão da rica diversidade do tema, mas levou à emergência de um modelo, fruto de um processo consensual, ao longo de décadas de estudo (SCHIPPER, CLINCH, OLWENY, 1996). Em termos didáticos, a definição de QV pode ser representada por uma pirâmide constituída por três níveis (Fig. 1):



**Figura 1:** Definição de Qualidade de Vida em três níveis. (SPILKER, 1996).

### **1.3. PROPRIEDADES DO PARADIGMA 'QUALIDADE DE VIDA'**

Ainda de acordo com SCHIPPER, CLINCH, OLWENY (1996), o parâmetro Qualidade de Vida apresenta quatro importantes propriedades que merecem discussão:

#### **1.3.1. Multifatorial:**

É avaliada pelo desempenho e percepção do indivíduo em quatro áreas: física e ocupacional, psicológica, interação social e sensação somática. Estes domínios básicos compõem questionários que avaliam QV.

#### **1.3.2. Auto-administração:**

Em sua maioria, os questionários foram concebidos para serem auto-aplicados. Contudo, podem ser aplicados por terceiros, contanto que treinados. De acordo com o tipo de aplicação, WEINBERGER *et al.* (1996) demonstraram que 70% dos pacientes preferiram a forma de entrevista, 20% a forma auto-administrada e 10%, por telefone.

#### **1.3.3. Variação com o tempo:**

Em razão de seu caráter flutuante, inerente à natureza humana, este parâmetro deve ser coletado com atenção, pois os dados perdidos não poderão ser recuperados.

#### **1.3.4. Subjetividade:**

Comparada a parâmetros objetivos, QV, como medida psicossocial, perde em precisão, mas é compensada por sua relevância.

#### 1.4. CLASSIFICAÇÃO DE QUALIDADE DE VIDA

SPILKER & REVICKI (1996) classificam QV como relacionada e não relacionada à saúde. A Qualidade de Vida relacionada à saúde (QVRS), inclui avaliações clássicas como aspectos físico, psicológico, social, espiritual e sensação somática. Abarca, ainda, desempenho de papéis e bem-estar geral. Está ligada ao impacto do estado de saúde sobre a capacidade do indivíduo de viver plenamente (FLECK, 1999). Por outro lado, a Qualidade de Vida não relacionada à saúde (QVNRS) aborda situações de trabalho, moradia, escola e vizinhança e, por conseguinte, não fará parte do escopo desta dissertação.

#### 1.5. APLICAÇÕES DAS MEDIDAS DE QUALIDADE DE VIDA

O rápido desenvolvimento clínico e tecnológico da ciência médica tem levado ao aumento da expectativa de vida, principalmente nos países desenvolvidos. Este fato tem propiciado o aparecimento de doenças crônicas e, com ele, a preocupação em oferecer uma vida de melhor qualidade a estes pacientes. Desta forma, transita-se de um conceito de tratamento baseado na erradicação da doença em si, para tratar do paciente como um todo. De acordo com FLECK *et al.* (1999), a ciência médica passou a se preocupar em dar mais “vida aos anos” do que simplesmente “anos à vida”. As aplicações podem ser:

##### 1.5.1. Geral

Medir QV pode servir a propósitos populacionais, cuidados a pacientes individuais, auditoria médica, ensaios clínicos, avaliação de resultados em serviços de saúde além de fins comerciais (SPILKER, 1996; ). Aliado aos tradicionais indicadores de saúde como Índice de Mortalidade ou de Esperança de Vida, o parâmetro QV traz uma nova dimensão na avaliação de saúde de uma população. Alguns pesquisadores a consideram, inclusive, um indicador importante de prognóstico (SCHIPPER *et al.*, 1996). Investigar o impacto que determinada doença ou tratamento traz à QV de uma população, permite que pesquisadores e governantes percebam a tendência de bem-estar da mesma e da relação saúde/doença, orientando, assim, melhor alocação de recursos financeiros (GUYATT *et al.*, 1997).

### 1.5.2. Em Uroginecologia

A importância de se medir QV pode ser evidenciada em trabalhos clínicos que usam apenas medidas objetivas de avaliação de resultados. Por exemplo, a paciente refere mudança no sintoma nictúria, diminuindo de 6 para 4 vezes. Este dado, pode ser relevante se analisado por métodos estatísticos, porém, pode conferir pouca ou nenhuma melhora na QV desta paciente. Outro exemplo é a avaliação de um novo procedimento cirúrgico para o tratamento de incontinência urinária de esforço. Enquanto que a paciente é considerada 'curada' do seu sintoma de perda urinária de esforço, analisado por métodos objetivos como teste das fraldas, isto pode ser devido à obstrução uretral parcial, que levaria a dificuldades miccionais e instabilidade detrusora. Neste caso, a avaliação objetiva traria um falso resultado de cura. Assim, o resultado do tratamento seria melhor evidenciado pela avaliação subjetiva que a QV proporciona (KELLEHER, 2000).

### 1.6. AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA

Nas duas últimas décadas, ocorreu um crescimento importante de publicações sobre QVRS. Encontram-se trabalhos científicos sobre o tema associados a diferentes doenças como hipertensão (CROOG *et al.*, 1986), incontinência urinária (SHUMAKER *et al.*, 1994), lesão da medula espinhal (HAMMELL, 1995), câncer de pênis (D'ANCONA *et al.*, 1997), artrite reumatóide (CICONELLI *et al.*, 1999), esquizofrenia (CAMPOS, 1999), auto-estima em Cirurgia Plástica (DINI, 2000), câncer de próstata (GUGLIOTTA, 2001) entre outras. São encontrados, também, estudos em amostras populacionais, em tratamento ambulatorial e internados por diversas doenças (FLECK *et al.*, 2000) e em grupos específicos de pacientes portadores de doenças crônicas, como os pacientes com insônia (SOUZA & GUIMARÃES, 1999) e em pacientes ostomizados (SANTOS & KIMURA, 2000).

A QV é avaliada através de questionários, que também são denominados de instrumentos, os quais são construídos especificamente para este fim. A classificação mais aceita atualmente é a proposta por GUYATT *et al.* (1996), que os dividem em dois grandes grupos: os genéricos e os condição-específicos. Os questionários genéricos foram desenvolvidos para refletir o impacto de uma doença sobre a vida dos pacientes, em uma

ampla variedade de populações (CICONELLI, 1997). Podem ser subdivididos em dois modos de avaliação: perfil de saúde e medidas de "utility". Através do perfil de saúde, pode-se comparar o impacto de diferentes doenças nas populações; enquanto que as medidas de "utility" traduzem a preferência do paciente por um determinado estado de saúde. Os questionários condição-específicos avaliam, de forma individualizada, aspectos da QV, proporcionando maior capacidade de detecção de melhora ou piora do domínio em questão, isto é, sensibilidade a mudanças no decorrer do tempo (GUYATT *et al.*, 1996; SWITHINBANK & ABRAMS, 1999).

Como exemplo de questionários genéricos de QV pode-se citar:

- SICKNESS IMPACT PROFILE (BERGNER *et al.*, 1981)
- FERRANS AND POWERS QUALITY OF LIFE INDEX (KIMURA, 1999)
- The MOS 36-item Short-Form Health Survey (SF-36) (WARE & SHERBOURNE, 1992)
- WHOQOL-100 (WHOQOL GROUP, 1994)

Adaptações transculturais de questionários gerais de avaliação de sintomas como o de lombalgia, traduzido e validado por NUSBAUM *et al.* (2001), bem como os questionários de QV têm sido objeto de estudos de modo crescente nos últimos anos. Isto decorreu da construção não apenas de questionários genéricos, como também de específicos, que propiciam não só a realização de trabalhos multicêntricos entre populações de diferentes culturas, línguas e costumes, como também facilitam a análise estritamente científica dos resultados.

Um dos trabalhos mais citados na literatura nacional relacionada à QV é o de CICONELLI *et al.* (1999), que traduziram, validaram e adaptaram culturalmente para a Língua Portuguesa o questionário genérico denominado "The Medical Outcome Study 36-item Short-Form Health Survey (SF-36)", que foi publicado por WARE *et al.* em 1992. É considerado um instrumento bem desenhado, sendo que suas propriedades de medidas já foram amplamente testadas. Foi um dos primeiros instrumentos de avaliação de QV validados em nossa língua. Atualmente, é empregado em pesquisas clínicas no Brasil e no

mundo, em virtude de sua fácil aplicação e compreensão pelo paciente, bem como por já ter sido submetido a adaptações transculturais em diferentes línguas.

Assim como os genéricos, os questionários condição-específicos são, atualmente, de fácil acesso e abrangem um grande número de doenças e funções. Relacionados à Incontinência Urinária (IU), podemos citar dois subtipos:

a. Questionários específicos para avaliação dos sintomas como:

- UDI (UROGENITAL DISTRESS INVENTORY) (SHUMAKER *et al.*, 1994);
- BFLUTS (BRISTOL FEMALE LOWER URINARY TRACT SYMPTOMS) (JACKSON *et al.*, 1996);

b. Questionários que avaliam o impacto da incontinência urinária na QV:

- IIQ (INCONTINENCE IMPACT QUESTIONNAIRE) (SHUMAKER *et al.*, 1994)
- I-QOL (URINARY INCONTINENCE-SPECIFIC MEASURE OF QUALITY OF LIFE) (PATRICK *et al.*, 1999)
- ICIQ-SF (THE INTERNATIONAL CONSULTATION ON INCONTINENCE QUESTIONNAIRE – SHORT FORM) (AVERY, DONOVANS, ABRAMS, 2001)

Cada um dos tipos apresentados tem seu mérito particular ao focar o sintoma ou o impacto da QV em suas avaliações. KELLEHER *et al.* (1997) publicaram questionário específico para avaliar o impacto da incontinência urinária na QV de mulheres inglesas. Propôs questionário completo, que avaliasse tanto a presença e a intensidade dos sintomas urinários, como também o impacto da incontinência urinária como um todo, na Qualidade de Vida de pacientes portadores deste sintoma. Denominado “King's Health Questionnaire”

(KHQ), mostrou-se confiável e válido na análise de suas propriedades psicométricas., tendo sido validado até o ano de 2000 para 7 idiomas, além de estar em processo de validação para outras línguas (KELLEHER, 2000). Por estas características apresentadas, a International Continence Society (ICS) o classifica como "altamente recomendável", ou nível "A", para utilização em pesquisas clínicas (DONOVAN, 2001).

### 1.7. INCONTINÊNCIA URINÁRIA E QUALIDADE DE VIDA

A avaliação do impacto que a incontinência urinária tem na QV das pacientes tem se tornado prática cada vez mais relevante e comum em centros de pesquisa e em trabalhos clínicos (ABRAMS *et al.*, 1998).

Há um consenso, na literatura internacional, de que a IU pode afetar adversamente a QV (CHIVERTON *et al.*, 1996). Leva a implicações importantes em muitas esferas como psicológica, social, física, econômica, relacionamento pessoal e sexual. Apresenta-se não apenas como uma ameaça à auto-estima, mas como fator de isolamento social e depressão. Outro consenso, entre os pesquisadores de QV em incontinência urinária, é que os próprios pacientes são seus melhores juízes na avaliação da QV (SWITHINBANK & ABRAMS, 1999).

De acordo com o tipo de IU (urge-incontinência, incontinência urinária de esforço ou IU mista) observam-se variações na intensidade do impacto negativo que causam nas pacientes. Trabalhos internacionais têm demonstrado que a urge-incontinência tem um impacto de maior intensidade na QV, quando comparada à incontinência urinária de esforço. Provavelmente, isto se deva ao caráter imprevisível com que ocorrem as perdas urinárias por urge-incontinência. Relacionando-se o período de vida em que a IU aparece e sua influência na QV (menacme ou pós-menopausa, por exemplo), não há consenso na literatura a respeito destas variáveis (SWITHINBANK & ABRAMS, 1999).

ROBINSON *et al.* (1998), em estudo com médicos de postos de atendimentos primários nos Estados Unidos, revelaram que o impacto da QV na vida de pacientes com queixa de IU pode ser acessado por questionários como o "Incontinence Impact

Questionnaire" (SHUMAKER, 1994). Os questionários podem ser ferramentas úteis e confiáveis na detecção do impacto adverso que a IU pode causar nas pacientes, em dimensões como auto-estima, cotidiano, entre outras. Reflete-se no fato de as pacientes evitarem ingestão de líquidos, lugares onde não têm acesso facilitado à toaletes, e, desta forma, restringindo o contato social.

## 1.8. JUSTIFICATIVA DO ESTUDO

Para a utilização de instrumentos de medida em diferentes culturas, sobretudo quando se trata de variáveis psicossociais como a QV, é fundamental que se adotem procedimentos operacionais, sistematizados para sua adaptação transcultural. A utilização de uma medida em diferentes contextos culturais requer mais que simples tradução, tendo em vista as diferenças culturais e de linguagem (GUILLEMIN, BOMBARDIER, BEATON, 1993). A Sociedade Internacional de Continência (ICS) recomendou que medidas de QV sejam incluídas em todas as pesquisas clínicas sobre IU, como um complemento aos tradicionais parâmetros clínicos (BLAIVAS *et al.*, 1997). Até a presente data (maio, 2002), nenhum instrumento de aferição de QV relacionado à IU na Língua Portuguesa foi encontrado nos bancos de dados de pesquisa como MEDLINE e LILACS. Em virtude da relevância do fato, optou-se por escolher um instrumento que avaliasse, de maneira completa, o impacto na QV nas pacientes com queixa de incontinência urinária. O "KING'S HEALTH QUESTIONNAIRE" foi escolhido por apresentar tais características e foi submetido ao processo de adaptação transcultural.



## ***2. OBJETIVO***

Traduzir e avaliar as propriedades psicométricas como confiabilidade e validade do "King's Health Questionnaire" para a Língua Portuguesa.



### ***3. ARTIGO***

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS**

Campinas, 15 de Maio de 2002

Ilmo. Sr.

Prof. Dr. Oswaldo Paulo Forattini

Editor Científico da Revista de Saúde Pública

Faculdade de Saúde Pública da USP

Av. Dr. Arnaldo, 715 / CEP 01246-904 – São Paulo, SP – Brasil

**NESTA**

Prezado Professor,

Pela presente, encaminhamos o artigo intitulado “Tradução, confiabilidade e validade do *King's Health Questionnaire* para a Língua Portuguesa em mulheres com incontinência urinária”, para ser analisado e, no caso de aprovação, publicado nesta Revista, na sessão de artigos originais.

Atenciosamente,

Dr. José Tadeu Nunes Tamanini

Prof. Dr. Carlos Arturo Levi D'Ancona

Correspondência para:

Rua Floriano Peixoto, 443 - Centro, Jaú, São Paulo, Brasil

CEP - 17.201-100 / FONE: (14) 621-1829

Email - tadeutamanini@netsite.com.br

**Tradução, confiabilidade e validade do "King's Health Questionnaire" para a Língua Portuguesa em mulheres com incontinência urinária**

Translation, reliability and validity of the "King's Health Questionnaire" into the Portuguese Language in urinary incontinent women

José Tadeu Nunes Tamanini<sup>a</sup>, Carlos Arturo Levi D'Ancona<sup>a</sup>, Neury José Botega<sup>b</sup> e Nelson Rodrigues Netto Jr.<sup>a</sup>

*<sup>a</sup>Disciplina de Urologia da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP, Brasil*

*<sup>b</sup>Departamento de Psiquiatria da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP, Brasil.*

Correspondência para / Correspondence to:

José Tadeu Nunes Tamanini

Rua Floriano Peixoto, 443 / CEP: 17.201.100

Jaú, São Paulo, Brasil

Fonefax: (14) 621-1829

e-mail: [tadeutamanini@netsite.com.br](mailto:tadeutamanini@netsite.com.br)

## ABSTRACT

**Objectives:** To translate and adapt into the Portuguese a condition-specific quality of life questionnaire for female urinary incontinence named "King's Health Questionnaire" (KHQ)

**Methods:** Two Brazilian translators, aware of the aim of the project, prepared two versions of the KHQ into the Portuguese which were back-translated into English by two other English translators. The differences were harmonised and pre-tested in a pilot study. The final version of the KHQ and SF-36 were simultaneously administered to 156 and 119 women respectively. Psychometric properties of the KHQ such as reliability (internal consistency and retest) and construct validity were tested. Within 2 weeks from baseline, retest was performed.

**Results:** The cultural adaptation process resulted in no changes in the Portuguese version of the KHQ compared to the original, except in the way of administration for patients with poor literacy. It changed from self-assessment to face-to-face interview. For all other patients, the KHQ was self-administered. Standardised Cronbach's Alpha of the KHQ was 0.87 and assessed by domains, ranged from 0.49 to 0.92. Reliability measured by intraclass correlation (ICC) was considered moderate to strong for all domains and the severity measure scale, ranging from 0.53 to 0.81. Pearson's correlation coefficient between KHQ and SF-36 was considered weak to moderate in the majority of the related domains, ranging from -0.27 to -0.53.

**Conclusion:** The Portuguese version of the KHQ was translated and adapted for its use in Brazilian women with urinary incontinence complaints. It represents an important tool for the assessment of incontinent women in clinical trials.

**Keywords:** Urinary incontinence, Quality of Life, King's Health Questionnaire, Reliability, Validation

## RESUMO

**Objetivos:** Traduzir e adaptar para o Português, o questionário de qualidade de vida condição-específico denominado "King's Health Questionnaire" (KHQ) em mulheres com incontinência urinária.

**Métodos:** Dois tradutores brasileiros, cientes dos objetivos desta pesquisa científica, prepararam duas versões do KHQ para o Português, as quais foram retro-traduzidas por outros dois tradutores ingleses. As diferenças foram harmonizadas e pré-testadas em um estudo piloto. A versão final do KHQ e do SF-36 foram simultaneamente administradas a 156 e 119 pacientes, respectivamente. As propriedades psicométricas do KHQ como confiabilidade (consistência interna e teste-reteste) e validades de constructo foram testadas. O reteste foi realizado em duas semanas, a partir da primeira entrevista.

**Resultados: Results:** O processo de adaptação cultural não alterou a versão em Português do KHQ comparado ao original, exceto no modo de administração, para pacientes com baixo grau de alfabetização. Este mudou de auto-avaliação para ser lido para as pacientes durante entrevista com o pesquisador. Para as outras pacientes, o KHQ foi auto-administrado. O alfa de Cronbach padronizado do KHQ foi de 0.87 e avaliado por seus domínios, variou de 0.49 to 0.92. A confiabilidade, medida pelo índice de correlação intraclasses (ICC) foi considerada moderada a forte em todos os domínios e na escala de medidas de gravidade, variando de 0.53 to 0.81. O coeficiente de correlação de Pearson entre o KHQ e o SF-36 foi considerado de fraco a moderado na maioria dos domínios afins, variando de -0.27 to -0.53.

**Conclusão:** A versão para o Português do KHQ foi traduzida e adaptada para seu uso em mulheres brasileiras com queixas de incontinência urinária. Representa um importante instrumento para a avaliação de mulheres incontinentes em pesquisa clínica.

**Descritores:** Incontinência urinária, qualidade de vida, King's Health Questionnaire, confiabilidade, Validação

## INTRODUÇÃO-

Incontinência urinária (IU) é definida pela Sociedade Internacional de Continência (ICS) como a perda involuntária de urina objetivamente demonstrada, podendo causar problemas de ordem social ou de higiene<sup>1</sup>.

Em estudo epidemiológico realizado nos Estados Unidos, Diokno *et al.*<sup>5</sup> (1986) observaram prevalência de 37,7% IU em mulheres com mais de 60 anos. Em pesquisa populacional domiciliar no município de Campinas, Guarisi *et al.*<sup>7</sup> observaram que cerca de 35% das mulheres climatéricas apresentavam queixa de IU de esforço.

A IU provoca alterações graves na vida de pacientes por ela acometidos, tornando-se estressante e debilitante, além de gerar alta morbidade por afetar os níveis psicológico, ocupacional, doméstico, físico e sexual<sup>11</sup>. Por este motivo, a ICS tem recomendado que medidas de avaliação de Qualidade de Vida (Q.V.) sejam incluídas, em todos os estudos, como um complemento das medidas clínicas<sup>2</sup>. A eficácia do tratamento da IU tem sido, usualmente, avaliada segundo parâmetros objetivos (estudo urodinâmico, teste de absorventes e teste de esforço). Estes parâmetros, porém, falham em avaliar o impacto que a doença e o respectivo tratamento causam sob o ponto de vista do paciente. Em razão dessas dificuldades, questionários genéricos e condição-específicos de medida de Q.V. têm sido criados para acessar tanto os aspectos subjetivos de doenças como o impacto que elas e seus tratamentos causam aos pacientes.

Entre os questionários genéricos de avaliação de saúde, o mais famoso é o "The Medical Outcomes Study 36-item Short Form Health Survey", mais conhecido como SF-36<sup>16,3</sup>. Este questionário não tem validade de conteúdo para incontinência urinária e, desta forma, tem menor sensibilidade a mudanças do que um instrumento condição-específico. No caso específico de IU, aspectos tão importantes quanto a percepção do impacto que a IU causa em suas vidas e as medidas de sua gravidade tornar-se-iam minimizadas ou não avaliadas através da aplicação destes questionários genéricos. Percebendo a necessidade de um instrumento condição-específico, Kelleher *et al.*<sup>13</sup> (1997), construíram e validaram na Língua Inglesa um questionário específico para avaliação da Q.V. de mulheres com incontinência urinária denominado "King's Health Questionnaire" (KHQ). Este instrumento

mostrou-se confiável e válido na análise de suas propriedades psicométricas, tendo sido validado até o ano de 2000 para 7 idiomas, além de estar em processo de validação para outras línguas<sup>12</sup>.

Instrumentos de avaliação condição-específico validados para o Português são raros na literatura nacional, sendo que até o presente não existe qualquer questionário de Q.V. em IU publicado nos bancos de dados pesquisados (MEDLINE e LILACS, de Janeiro/1992 a maio/2002).

O KHQ foi escolhido por ser um questionário completo, que avalia tanto o impacto da IU nos diferentes domínios da Q.V. como os sintomas por elas percebidos. A ICS o classifica como "altamente recomendável", ou nível "A", para utilização em pesquisas clínicas, principalmente por sua popularidade e pelo fato de já estar em uso, após processos de tradução e validação, em outras línguas<sup>6</sup>.

Este trabalho tem por objetivo traduzir e avaliar as propriedades de medida do KHQ para a o Português.

## **MÉTODOS**

### **1. Pacientes**

Realizou-se estudo observacional (tipo corte transversal) em 156 mulheres com queixa de incontinência urinária, atendidas consecutivamente no Núcleo de Gestão Assistencial de Jaú (DIR X, Bauru), no período de agosto a dezembro de 2001. As pacientes foram consideradas incontinentes ao declararem média igual ou superior a um episódio de perda urinária por semana, durante os últimos três meses; sendo que as referidas queixas não foram confirmadas através de estudos urodinâmicos. Foram excluídas pacientes em período gestacional ou em lactância e com idade inferior a 15 anos.

O tamanho da amostra foi determinado, admitindo-se uma correlação mínima de  $-0,30$  entre os domínios dos dois instrumentos; fixando-se um  $\alpha$  (erro tipo I) de 5% e um  $\beta$  (erro tipo II) de 0,10. Assim, obteve-se um tamanho amostral de 113 pacientes.

### **2. Variáveis clínicas e instrumentos**

Na abordagem inicial das pacientes, foram coletadas informações sociodemográficas (idade, cor da pele declarada, estado civil, renda familiar, atividade, grau de escolaridade) e clínicas (índice de massa corpórea (IMC), tipo de queixa (urge-incontinência, IU de esforço e IU mista) e tempo de queixa (menor de 1 ano ou maior ou igual a 1 ano), antecedentes de cirurgia prévia para correção de IU, uso de absorventes (sim ou não) e número de absorventes utilizados/dia (1-2; 2-4 ou mais de 4 unidades/dia) e comorbidades. Como parâmetro clínico de diagnóstico de IU, utilizamos as variáveis "tipo de queixa" e "tempo de queixa", bem como "o uso de absorventes" e "o número de absorventes utilizados/dia" no estudo da validade concorrente.

Nesta mesma ocasião, foram administradas a versão final do KHQ e a versão já validada para o Português do SF-36<sup>3</sup>, com o objetivo de se avaliar as correlações entre os domínios afins dos dois questionários (validade de constructo).

O KHQ é composto de 21 questões, divididas em oito domínios a saber: *percepção geral de saúde* (um item), *impacto da incontinência urinária* (um item), *limitações de atividades diárias* (dois itens), *limitações físicas* (dois itens), *limitações sociais* (dois itens), *relacionamento pessoal* (três itens), *emoções* (três itens), *sono/disposição* (dois itens). Além destes domínios, existem duas outras escalas independentes: uma avalia a gravidade da IU (denominada *medidas de gravidade*) e outra a presença e a intensidade dos sintomas urinários (*escala de sintomas urinários*). Estas escalas, tipo likert, são graduadas em quatro opções de respostas ("nem um pouco, um pouco, moderadamente, muito" ou "nunca, às vezes, freqüentemente, o tempo todo"), exceção feita ao domínio percepção geral de saúde com cinco opções de respostas ("muito boa, boa, regular, ruim, muito ruim") e ao domínio relações pessoais ("não aplicável, nem um pouco, um pouco, moderadamente e muito"). O KHQ é pontuado por cada um de seus domínios, não havendo, portanto, escore geral. Os escores variam de 0 a 100 e quanto maior a pontuação obtida, pior é a Q.V. relacionada àquele domínio.

O SF-36 é um questionário multidimensional, formado por 36 itens, reunidos em dois grandes componentes denominados *físico* e *mental*. Cada um destes componentes é formado por quatro domínios, que por sua vez, se constituem de perguntas afins, também denominadas itens, os quais avaliam um mesmo fenômeno da vida dos pacientes. O componente físico é composto pelos seguintes domínios: *capacidade funcional* (10 itens), *aspectos físicos* (quatro itens), *dor* (dois itens), *estado geral de saúde* (cinco itens); já o componente mental abrange domínios como *vitalidade* (quatro itens), *aspectos sociais* (dois itens), *aspectos emocionais* (três itens) *saúde mental* (cinco itens). Existe, ainda, uma questão de avaliação comparativa entre as condições atuais de saúde e as de há um ano. Esta divisão entre componentes *físico* e *mental* é basicamente teórica, sendo que todos os domínios são influenciados pelos dois componentes.

As opções de respostas são também apresentadas em escala tipo likert, e pode-se obter um escore final de cada domínio que varia de 0 a 100, sendo que, inversamente à pontuação do KHQ, quanto maior a pontuação, melhor é o estado de saúde avaliado.

### 3. Procedimentos

Todas as pacientes concordaram em participar do estudo e assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido. Após ter sido submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp, o projeto de pesquisa foi aprovado sob o número 261/2001.

#### 3.1. Tradução e adaptação cultural

O presente processo de tradução e adaptação cultural seguiu as normas publicadas por Guilhemin *et al.*<sup>8</sup> (1993), bem como orientações técnicas fornecidas por seus autores.

A tradução do KHQ original foi realizada por dois professores brasileiros, fluentes no idioma Inglês e cientes dos objetivos da pesquisa. As duas traduções foram comparadas, obtendo-se uma tradução consensual "T1". Esta última foi vertida para o Inglês por dois cidadãos ingleses que vivem no Brasil, fluentes nas duas línguas. As duas versões originadas desta etapa foram também comparadas e harmonizadas em uma versão final de retrotradução "V1", a qual mostrou-se gramatical e semanticamente equivalente ao instrumento original. Tal procedimento permitiu que, até esta fase, "T1" fosse aceita como a tradução do KHQ para o Português. As equivalências idiomática e cultural de "T1" foram analisadas por um comitê de 7 juizes bilíngües, todos eles da área da saúde. Após serem acatadas pequenas considerações desses juizes e reavaliadas as questões duvidosas, obteve-se a tradução "T2", que foi pré-testada em estudo piloto com 10 pacientes, com queixa de IU. As questões que apresentaram índice maior ou igual a 20% de incompreensão foram reavaliadas. Após novas correções, "T2" foi novamente pré-testada e finalmente considerada apta para ser aplicada à amostra populacional em questão.

Nos casos de analfabetismo ou baixo grau de alfabetização, os itens dos instrumentos foram lidos para a paciente, durante entrevista com o pesquisador. Nos demais casos, o KHQ foi auto-administrado.

## **3.2. Confiabilidade**

### **3.2.1. Consistência Interna**

A consistência interna do KHQ foi calculada com base nos escores finais obtidos dos questionários preenchidos, por ocasião da primeira entrevista a 156 pacientes.

### **3.2.2. Teste-reteste**

A avaliação da reprodutibilidade do KHQ foi realizada após duas semanas em 119 pacientes que foram convidadas para nova aplicação do KHQ. Neste período, estas pacientes não foram submetidas à alteração de medicação ou de tratamento para IU.

## **3.3. Validade de Constructo e Concorrente**

A validade de constructo foi avaliada pela correlação entre os resultados obtidos dos domínios do KHQ e do SF-36, aplicados na primeira entrevista a 119 pacientes. A validade concorrente foi avaliada pela associação dos domínios do KHQ com algumas variáveis clínicas selecionadas.

Como hipóteses, procuramos avaliar se a pior Q.V. estaria relacionada à gravidade de alguns parâmetros clínicos pesquisados, como por exemplo o tipo e o tempo de queixa, o uso de absorventes e o número de absorventes.

## **4. Análise dos dados**

A análise estatística descritiva utilizou frequência, média ( $\pm$  desvio-padrão) e mediana (intervalo). Como medida de confiabilidade foram utilizadas a consistência interna, através do coeficiente  $\alpha$  de Cronbach padronizado<sup>10</sup> e o teste-reteste, avaliado pelo

coeficiente de correlação intraclasses (CCI)<sup>10</sup>. A validade de constructo foi analisada através do coeficiente de correlação linear de Pearson<sup>10</sup> e a validade concorrente foi analisada pelos testes Mann-Whitney<sup>4</sup> e Kruskal-Wallis<sup>4</sup>.

Para comparação de proporções foi utilizado o teste Qui-quadrado<sup>4</sup> ou o teste exato de Fisher<sup>4</sup>, quando necessário. Na comparação das variáveis contínuas ou ordenáveis entre dois grupos independentes, foi utilizado o teste Mann-Whitney<sup>4</sup>. Para três ou mais grupos, o teste de Kruskal-Wallis<sup>4</sup>. O nível de significância adotado foi de 5%.

Os programas computacionais utilizados foram SAS System for Windows (Statistical Analysis System), versão 8.2. (SAS Institute Inc, 1999-2001) e o SPSS for Windows, versão 10.0. SPSS (Statistical Package for Social Sciences for Personal Computer (SPSS-PC Inc, 1989-1999).

No anexo A encontra-se o domínio *medidas de gravidade* em seu original e na versão para o Português.

Cópias da versão completa do KHQ para o Português podem ser obtidas através de solicitação escrita aos autores.

## RESULTADOS

Foram entrevistadas 156 mulheres com queixa de incontinência urinária, com idade média de 51,8 anos (DP  $\pm$  11,2), mediana de 51 anos (variando entre 15 e 78 anos). A cor da pele declarada na primeira entrevista distribuiu-se em 125 (80,13%) brancas, 8 pretas (5,13%), 22 pardas (14,10%) e 1 amarela (0,64%). Para fins de análise estatística, foram considerados dois grupos: brancas e não brancas. A maioria delas (124 ou 79,49%) vivia com esposo ou companheiro. Quanto à renda familiar, 23 (14,74%) pacientes referiram um salário mínimo, enquanto que 91(58,33%) referiram de dois a quatro. A maioria delas (132 ou 84,62%) tinha alguma atividade como trabalho ou estudo. Das 95 (61%) pacientes que usavam absorventes, 28 (29,5%) usavam mais de quatro absorventes/dia. Em relação ao grau de escolaridade, observamos que 23,7% desta amostra populacional era composta por pacientes sem nenhuma escolaridade. Outras características sociodemográficas e clínicas encontram-se na Tabela 1.

A Tabela 2 apresenta os valores médios dos escores obtidos para cada domínio do KHQ e do SF-36. Não foram observadas diferenças significantes, quando comparadas variáveis sociodemográficas como cor da pele declarada, estado civil, ocupação e renda familiar em cada domínio do KHQ. Quanto às variáveis clínicas 'co-morbididades' e 'antecedentes de cirurgias prévias para correção de IU', não foram observadas diferenças estatisticamente significantes nos grupos estudados.

Estudo de confiabilidade: o coeficiente  $\alpha$  de Cronbach padronizado geral (considerando os oito domínios clássicos, além da escala de *medidas de gravidade*, que doravante passará a ser considerado como domínio e da escala de sintomas urinários) foi de 0,87. Considerando-se individualmente os domínios, seu escore variou entre 0,49 (sono/disposição) e 0,92 (emoções). Os coeficientes de correlação intraclassas (CCI), que avaliam o teste-reteste bem como os valores do  $\alpha$  de Cronbach de cada domínio, encontram-se na Tabela 3. Cabe ressaltar que os domínios *percepção geral de saúde e impacto da incontinência urinária*, compostos de itens únicos, não tiveram a consistência interna calculada.

Estudo das validades de constructo e concorrente:

Foram realizadas correlações entre as médias dos escores obtidos nos domínios do KHQ com os do SF-36, bem como associações com parâmetros clínicos (Tabelas 4 e 5, respectivamente).

## DISCUSSÃO

Algumas limitações deste estudo estão relacionadas à amostra populacional, composta predominantemente de mulheres pertencentes a estratos socioeconômicos intermediários e baixos. A seleção das pacientes para este estudo foi feita de acordo com suas queixas clínicas, apresentadas aos ginecologistas ou aos clínicos dos postos de atendimento básico de saúde de Jaú e região, os quais encaminhavam as pacientes para consulta com o pesquisador. O mesmo padrão de seleção de pacientes tem sido reportado por outros autores na literatura<sup>15</sup>. Os autores do KHQ também selecionaram as pacientes através de suas queixas e tinham como objetivo principal a avaliação das propriedades psicométricas do novo instrumento, sendo a avaliação da Q.V., de acordo com o diagnóstico urodinâmico, seu objetivo secundário<sup>13</sup>. Já, o estudo de validação do KHQ para a Língua Espanhola<sup>14</sup> foi multicêntrico, envolvendo 23 hospitais, sendo que o KHQ foi auto-administrado imediatamente antes do estudo urodinâmico.

Outra limitação importante foi a forma de administração. Originalmente, o KHQ foi elaborado para ser preenchido pela paciente. Como mostra a Tabela 1, das 156 pacientes, 37 pacientes (23,7%) eram analfabetas. De acordo com dados do Censo 2000<sup>8</sup>, a taxa de analfabetismo em pessoas de ambos os sexos, com idade igual ou superior a 15 anos foi de 13,3%, sendo que a média de anos de estudo foi de 5,7 anos. Graças ao nível de alfabetização da população brasileira e, particularmente, de nossa amostra populacional, optou-se por ler o instrumento para as pacientes com baixo grau de escolaridade ou analfabetas durante as entrevistas com o pesquisador. Para as pacientes que eram capazes de ler o questionário, optou-se pelo auto-preenchimento. Em nosso meio, este procedimento é normal, principalmente em estudos que utilizam escalas. Acrescente-se que Weinberger<sup>17</sup> (1996), após comparação de diferentes formas de administração do SF-36, concluiu que 70% das pacientes preferiram as entrevistas e 20% as formas de auto-preenchimento.

A consistência interna do KHQ, medida pelo coeficiente  $\alpha$  de Cronbach padronizado foi satisfatória, obtendo-se índice geral de 0,87, excedendo o valor mínimo geralmente utilizado como referência de 0,7 em trabalhos clínicos<sup>10</sup>. Em relação à consistência interna dos domínios em separado, obtiveram-se valores entre 0,49 (sono/disposição) a 0,92 (emoções). Apesar de o  $\alpha$  de Cronbach, no domínio

sono/disposição, ter seu valor menor comparado aos outros valores, não houve modificação no valor do  $\alpha$  de Cronbach geral padronizado, quando da retirada deste domínio, inclusive diminuindo o seu valor para 0,86. A consistência interna da escala de sintomas poderia não ser calculada, pois não era esperado que as pacientes apresentassem todos os sintomas ao mesmo tempo. Mesmo assim, foi observado valor de  $\alpha$  de Cronbach de 0,73. Este dado revela que os sintomas referidos pelas pacientes têm bom grau de correlação entre si. Isto demonstra que o instrumento traduzido tem, de maneira geral, uma correlação positiva entre os seus itens e está, realmente, medindo o impacto da IU na Q.V. das pacientes estudadas.

A consistência interna da versão original em Inglês<sup>13</sup> variou entre 0,72 (*limitações físicas*) a 0,89 (*relações pessoais*) e em Espanhol<sup>14</sup> variou de 0,65 (*medidas de gravidade*) a 0,92 (*relações pessoais*).

A confiabilidade teste-reteste foi analisada pelo ICC. Os índices de correlação obtidos em cada domínio em particular foram considerados moderados a fortes, variando de 0,53 (*percepção geral de saúde*) a 0,81 (*medidas de gravidade*). Apenas o domínio percepção geral de saúde obteve um coeficiente de correlação moderado (0,53). Este resultado já era esperado, pois este domínio era o único que poderia sofrer alguma alteração espontânea, uma vez que as pacientes não foram tratadas, bem como o tempo entre as aplicações do KHQ não foi suficientemente longo para haver mudança espontânea da queixa de IU. Os CCI obtidos nos domínios do KHQ na versão espanhola<sup>14</sup> variaram entre 0,74 (*limitações sociais*) a 0,88 (*medidas de gravidade*).

A validade de constructo foi avaliada pela correlação entre os dois questionários aplicados por ocasião da primeira consulta e a validade concorrente pela associação do KHQ com alguns parâmetros clínicos relacionados à IU. O grau de correlação foi moderado entre os domínios afins analisados (Tabela 4). Deve ser lembrado que as correlações foram negativas em razão das características de pontuação de cada questionário.

De uma maneira geral, a Q.V. foi considerada pior quando o tipo de queixa era IU mista (em todos os domínios do KHQ, com exceção do domínio *percepção geral de saúde*) e este dado é corroborado pela literatura internacional<sup>6</sup>. Também a Q.V. foi

considerada pior quando o tempo de queixa era maior de 1 ano (também observado em 5 dos 9 domínios do KHQ, como *percepção geral de saúde, impacto da incontinência urinária, emoções, sono/disposição e medidas de gravidade*), quando as pacientes utilizavam absorventes (diferença em todos os domínios do KHQ, com exceção dos domínios *percepção geral de saúde e sono/disposição*) ou ainda quando o número de absorventes usados por dia era maior que quatro unidades (observado nos domínios *impacto da incontinência urinária e medidas de gravidade*). Em conjunto, estas análises de dados confirmam as hipóteses previamente levantadas de que a pior Q.V. estaria relacionada à maior gravidade dos parâmetros clínicos pesquisados (Tabela 5).

Observamos que o SF-36 não foi suficientemente sensível para detectar diferenças entre as categorias "sim" e "não" da variável "uso de absorventes", por exemplo. Porém, neste sentido, não era esperado que o fosse. Enquanto a grande maioria dos domínios do KHQ demonstrou diferença significativa em relação às categorias propostas (à exceção dos domínios *percepção geral de saúde e sono/disposição*), o SF-36 conseguiu demonstrar apenas diferença significativa em 1 (*aspectos físicos*) dos seus 8 domínios. Isto se deve, provavelmente, à pobre validade de conteúdo que o SF-36 tem para IU. Por outro lado, evidenciou-se forte esta mesma validade para o KHQ, quando este mesmo fenômeno foi avaliado (Tabela 6).

Estudo realizado na Espanha encontrou correlações semelhantes entre algumas das variáveis acima citadas e os domínios do KHQ<sup>14</sup>.

Na comparação dos escores obtidos através da aplicação do KHQ na Inglaterra, na Espanha e no Brasil (Figura 1), observa-se que os resultados obtidos são semelhantes, seguindo a mesma tendência de impacto nos diferentes domínios. A variação para mais, encontrada em nosso estudo no domínio emoções pode dever-se a diferenças nas características sociodemográficas e clínicas da amostra populacional, ou mesmo a uma tendência de nossa população de expressar mais enfaticamente suas emoções.

A sensibilidade da versão para o Português do KHQ a alterações temporais deverá ser avaliada em futuras pesquisas. Os próximos objetivos estão voltados para o estudo de sua responsividade, isto é, a avaliação do impacto na Q.V. em mulheres com IU,

após tratamentos específicos. Desta forma, completaremos o processo de adaptação cultural.

Pelo fato de ser o primeiro e, até agora, único questionário condição-específico em IU no Brasil, poderá ser utilizado como instrumento para avaliação de Q.V. em mulheres que apresentam o sintoma de IU, especialmente em pesquisa clínica.

## **CONCLUSÃO**

A versão para a Língua Portuguesa do King's Health Questionnaire mostrou-se confiável e válida neste estudo envolvendo mulheres com queixa de incontinência urinária.

## **AGRADECIMENTOS**

À Fundação Educacional Dr. Raul Bauab de Jaú, pelo apoio material; à Profª. Drª. Cleusa Camillo Atique, pelo incentivo; à Profª. Débora Nuñez, pelo auxílio na fase de tradução do instrumento; à fisioterapeuta Viviane Marques Capelini e à enfermeira Renata Cristina de Oliveira Souza Castro, pelo auxílio na coleta dos dados.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Abrams P, Blaivas JG, Stanton SL, Andersen, JT. The standardization of terminology of lower urinary tract function. *Scand J Urol Nephrol* 1998; Suppl 114: 9-14
2. Blaivas JG, Appell RA and Fantl JA. Standards of efficacy for evaluation of treatment outcomes in urinary incontinence: recommendations of the Urodynamic society. *Neurourology and Urodynamics* 1997; 16: 145-147.
3. Ciconelli RM, Ferraz MB, Santos W, Meinão I e Marina RQ. Tradução para a Língua Portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36). *Rev Bras Reumatol* 1999; 39(3): 143-150.
4. Conover, W. J. *Practical Nonparametric Statistics*. In: Conover WJ. Contingency Tables and the use of ranks. New York: John Wiley & Sons Inc.; 1971. P.140 – 281.
5. Diokno CA, Brock BM, Brown MB and Herzog AR. Prevalence of urinary incontinence and other urological symptoms in the noninstitutionalized elderly. *JUrol* 1986; 136:1022-1025.
6. Donovan, JL *Symptom and Quality of Life Assessment*. In: Abrams P *et al*. Incontinence. Plymouth: Plymbridge Distributors Ltd; 2001. P.267-315.
7. Guarisi T, Pinto Neto AM, Osis MJ, Pedro AO, Paiva LHC e Faúndes A. Incontinência urinária entre mulheres climatéricas brasileiras: inquérito domiciliar. *Rev Saúde Pública* 2001; 35(5): 428-35.
8. Guillemin F, Bombardier C and Beaton D. Cross-cultural adaptation of health-related quality of life measures: literature review and proposed guidelines. *J Clin Epidemiol* 1993; 46(12): 1417-1432.
9. <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/indicadoresminimos/tabela1.shtml>, 20/04/2002
10. <http://www.sportsci.org/resource/stats/correl.html>, 2000 Will G. Hopkins, 20/03/2002
11. Kelleher, CJ – Quality of Life and urinary incontinence. In: CARDOZO, L & STASKIN, D – Textbook of Female Urology and Urogynaecology. London. Isis Medical Media. 2001. P.

12. Kelleher CJ. Quality of Live and urinary incontinence. *Baillière's Clin Obstet Gynaecol* 2000; 14(2): 363-379.
13. Kelleher CJ, Cardozo LD, Khullar V and Salvatore S. A new questionnaire to assess the quality of life of urinary incontinent women *Br J Obstet Gynaecol* 1997; 104: 1374-1379.
14. Llach XB, Diaz DC, Sugrañes JC. Validez del cuestionario King's Health para la evaluación de la calidad de vida en pacientes com incontinencia urinaria. *Med Clin (Barc)* 2000; 114: 647-652.
15. Robinson D, Katherine FP, Preisser JS, Dugan E, Suggs PK and Cohen SJ. Relationship between patient reports of urinary incontinence symptoms and Quality of Life measures. *Obster Gynecol* 1998; 91:224-228.
16. Ware JE and Sherbourne CD. The MOS 36-item Short-Form Health Survey (SF-36). Conceptual framework and item selection. *Medical Care* 1992; 30(6): 473-483.
17. Weinberger M, Oddone EZ, Sansa GP, Sandsman PB. Are health-related quality of life measures affected by the mode of administration? *J Clin epidemiol* 1996; 49:135-140.

**Tabela 1.** Características sociodemográficas e clínicas das 156 pacientes com IU

<b>IDADE (anos)</b>		
Média (DP)	51,8	(±11,2)
Mediana (mínimo-máximo)	51	(15 - 78)
<b>GRAU DE ESCOLARIDADE (Frequência; %)</b>		
Sem instrução	37	(23,7)
Primeiro grau completo ou incompleto	105	(67,3)
Segundo grau e/ou superior	14	(9,0)
<b>ÍNDICE DE MASSA CORPÓREA (Kg/m<sup>2</sup>)</b>		
Média (DP)	28,37	(±5,8)
Mediana (mínimo-máximo)	27,55	(17 - 45,8)
<b>TIPO DE QUEIXA (Frequência; %)</b>		
Urge-incontinência	13	(8,3)
Esforço	49	(31,4)
Mista	94	(60,3)
<b>TEMPO DE QUEIXA (Frequência; %)</b>		
≤ 1 ano	9	(5,8)
>1 ano	147	(94,2)
<b>ANTECEDENTES CIRÚRGICOS (Frequência; %)</b>		
Sim	29	(18,6)
Não	127	(81,4)
<b>USO DE ABSORVENTES (Frequência; %)</b>		
Sim	95	(60,9)
Não	61	(39,1)
<b>CO-MORBIDADES (Frequência; %)</b>		
Hipertensão arterial	61	(39,1)
Diabetes mellitus	19	(12,2)
Outras	23	(14,7)

**Tabela 2.** Valores dos escores obtidos [média (DP) e mediana (intervalo)] para cada domínio do KHQ e do SF-36

<b>Domínios do KHQ*</b>	<b>Média</b>	<b>DP</b>	<b>Mediana</b>	<b>Mínimo - Máximo</b>
Percepção geral de saúde	45,2	(19,5)	50	0 - 100
Impacto da incontinência	75,0	(32)	100	0 - 100
Limitações de atividades diárias	57,7	(37,9)	66,7	0 - 100
Limitações físicas	57,7	(36,5)	66,7	0 - 100
Limitações sociais	38,6	(31,7)	33,3	0 - 100
Relações pessoais	29,5	(38,1)	0	0 - 100
Emoções	68,7	(34,3)	77,8	0 - 100
Sono/disposição	51,9	(30,7)	50	0 - 100
Medidas de gravidade	60,8	(25,2)	66,7	0 - 100
<b>Domínios do SF-36**</b>				
Estado geral de saúde	47,8	(25,5)	52	0 - 92
Capacidade funcional	58,2	(21,9)	55	0 - 100
Aspectos físicos	38,4	(37,4)	25	0 - 100
Aspectos emocionais	45,7	(46,3)	33,3	0 - 100
Dor	50,3	(29,2)	42	0 - 100
Vitalidade	42,9	(23,3)	40	0 - 90
Saúde mental	48,4	(22,1)	48	0 - 100
Aspectos sociais	52,8	(30,6)	50	0 - 100

\*n=156      \*\*n=119

**Tabela 3.** Consistência interna ( $\alpha$  de Cronbach) e confiabilidade teste-reteste (coeficiente de correlação intraclassas) (IC 95% - mínimo-máximo) para os domínios do KHQ

<b>Domínios do KHQ</b>	<b><math>\alpha</math> de Cronbach</b>	<b>Coefficiente de Correlação Intraclassas (CCI)</b>	<b>Intervalo de Confiança (95%)</b>
Percepção geral de saúde	-	0,53	0,38 - 0,66
Impacto da incontinência	-	0,70	0,60 - 0,79
Limitações de atividades diárias	0,82	0,75	0,66 - 0,82
Limitações físicas	0,76	0,69	0,58 - 0,78
Limitações sociais	0,69	0,75	0,65 - 0,82
Relações pessoais	0,87	0,66	0,53 - 0,77
Emoções	0,92	0,72	0,62 - 0,80
Sono/disposição	0,49	0,66	0,53 - 0,75
Medidas de gravidade	0,79	0,81	0,74 - 0,87
Sintomas urinários	0,73	-	-

**Tabela 4.** Associação linear entre os escores obtidos nos domínios do KHQ e do SF-36

DOMÍNIOS	DOMÍNIOS DO KHQ									
	Percepção geral de saúde	Impacto da incontinência	Limitações diárias	Limitações físicas	Limitações sociais	Relações pessoais	Emoções	Sono e disposição	Medidas de gravidade	
Estado geral de saúde	<b>0,40***</b>	-0,01	-0,17	-0,22*	-0,18	-0,14	-0,30***	-0,37***	-0,20*	
Capacidade funcional	-0,19*	-0,13	<b>-0,27**</b>	-0,24**	-0,28**	-0,15	-0,35***	-0,24***	-0,36***	
Aspectos físicos	-0,09	-0,26**	-0,45***	<b>-0,53***</b>	-0,37***	-0,22*	-0,40***	-0,33***	-0,45***	
Aspectos emocionais	-0,19*	0,02	-0,21*	-0,18	-0,26**	-0,15	-0,25**	-0,32***	-0,19*	
Dor	<b>-0,56***</b>	-0,05	-0,13	-0,12	-0,17	-0,15	-0,28**	-0,44***	-0,14	
Vitalidade	<b>-0,37***</b>	-0,09	<b>-0,23**</b>	-0,19*	<b>-0,30**</b>	-0,26**	<b>-0,43***</b>	<b>-0,52***</b>	-0,27**	
Saúde mental	<b>-0,40***</b>	-0,07	-0,22*	-0,13	-0,31***	-0,29***	<b>-0,45***</b>	-0,56***	-0,14	
Aspectos sociais	-0,29**	-0,07	-0,23**	-0,21*	<b>-0,30***</b>	-0,21*	-0,35***	-0,43***	-0,17	

\*\*\* p < 0,001    \*\* p < 0,01    \* p < 0,05 (Em negrito, valores de correlação entre domínios afins)

**Tabela 5.** Estatísticas descritivas: médias ( $\pm$  DP) das pontuações obtidas dos domínios do KHQ e de variáveis clínicas e respectivas comparações entre suas categorias, referentes à IU.

	PGS	II	LAD	LF	LS	RP	E	S/D	MG
<b>Tipo de queixa<sup>a</sup></b>									
Urge-incontinência	36,5 (19,4)	74,4 (36,4)	44,9 (42,7)	43,6 (33,0)	28,2 (29,3)	15,4 (37,6)	52,1 (38,1)	39,7 (30,1)	48,9 (27,3)
Esforço	42,9 (22,2)	59,9 (34,7)	39,8 (39,8)	45,2 (36,6)	21,8 (27)	15,6 (24,9)	53,3 (33,1)	45,2 (26,6)	44,4 (21,3)
Mista	47,6 (17,6)	83,0** (27,1)	68,8** (32,1)	66,1** (34,8)	48,8** (30,3)	38,7* (41,3)	79,1** (30,7)	57,1* (31,9)	70,9** (21,5)
<b>Tempo de queixa<sup>b</sup></b>									
<1 ano	22,2** (19,5)	48,1* (41,2)	40,7 (40,9)	50,0 (41,7)	18,5 (22,9)	9,3 (22,2)	44,4* (29,4)	31,5* (15,5)	44,4* (23,3)
$\geq$ 1 ano	46,6 (18,7)	76,6 (30,8)	58,7 (37,6)	58,2 (36,3)	39,8 (31,8)	30,7 (38,6)	70,2 (34,1)	53,2 (31)	61,8 (25)
<b>Uso de absorventes<sup>b</sup></b>									
Sim	45,8 (17,7)	86,3** (24,6)	71,6** (31,7)	67,7** (32,4)	48,3** (30)	37** (39,3)	77,9** (31,8)	52,3 (33,6)	74,1** (17,1)
Não	44,3 (22,1)	57,4 (34,5)	36,1 (36,9)	42,1 (37,3)	23,5 (28,4)	17,8 (33,2)	54,5 (33,4)	51,4 (25,9)	39,7 (21,1)
<b>Número de absorventes<sup>a</sup></b>									
1 – 2		79,2 (27,8)							67,9 (17)
3 – 4	p-valor 0,3545	84,8 (26)	p-valor 0,3815	p-valor 0,3207	p-valor 0,6544	p-valor 0,7967	p-valor 0,1998	p-valor 0,3338	77,3 (17,9)
> 4		96,4* (13,9)							78,6* (15,1)

PGS: percepção geral de saúde; II: impacto da incontinência; LAD: limitações de atividades diárias; LF: limitações físicas; LS: limitações sociais; RP: relações pessoais;

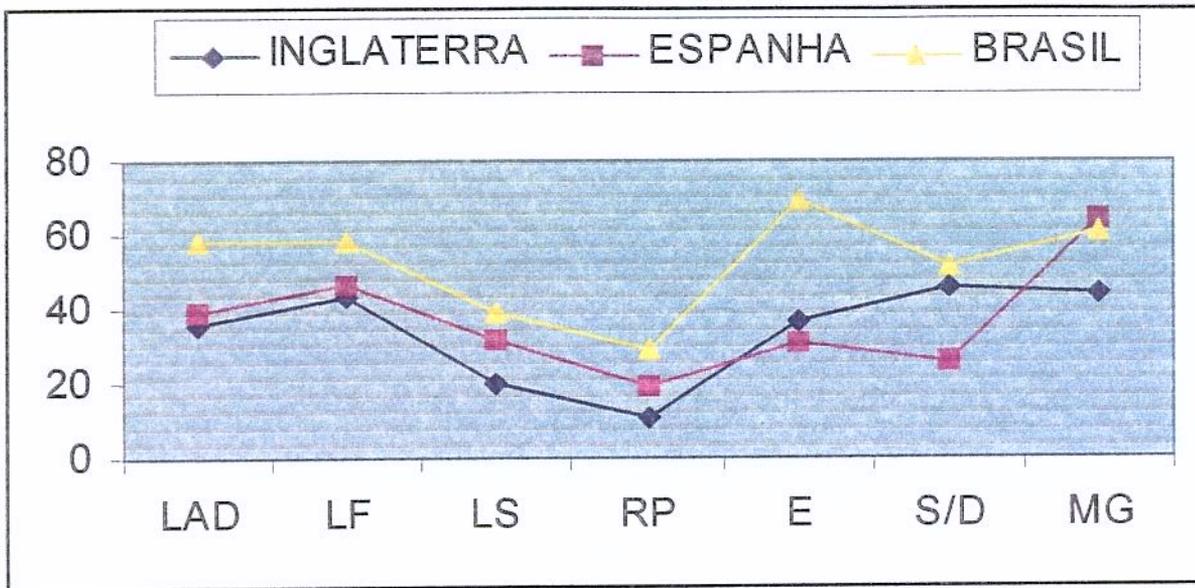
E: emoções; S/D: sono/disposição; MG: medidas de gravidade da IU

<sup>a</sup>Teste de Kruskal-Wallis

<sup>b</sup>Teste de Mann-Whitney ns - diferença não significativa \* p < 0,05 \*\* p < 0,001

**Tabela 6.** Estudo da validade concorrente: associação da média dos valores dos escores obtidos para cada domínio do KHQ e do SF-36 e das categorias "sim" e "não" da variável "uso de absorventes".

<b>Domínios do KHQ</b>	<b>p-valor</b>
Percepção geral de saúde	0,5518
<b>Impacto da incontinência</b>	<b>&lt;0,0001*</b>
<b>Limitações de atividades diárias</b>	<b>&lt;0,0001*</b>
<b>Limitações físicas</b>	<b>&lt;0,0001*</b>
<b>Limitações sociais</b>	<b>&lt;0,0001*</b>
<b>Relações pessoais</b>	<b>0,0007*</b>
<b>Emoções</b>	<b>&lt;0,0001*</b>
Sono/disposição	0,8715
<b>Medidas de gravidade</b>	<b>&lt;0,0001*</b>
<b>Domínios do SF-36</b>	
Estado geral de saúde	0,4233
Capacidade funcional	0,0520
<b>Aspectos físicos</b>	<b>0,0102**</b>
Aspectos emocionais	0,8355
Dor	0,7077
Vitalidade	0,1709
Saúde mental	0,7340
Aspectos sociais	0,3001
*p<0,001	**p<0,05



LAD: limitações de atividades diárias; LF: limitações físicas; LS: limitações sociais; RP: relações pessoais; E: emoções; S/D: sono/disposição; MG: medidas de gravidade

**Figura 1:** Comparações das médias dos escores dos domínios do KHQ obtidos entre pacientes com IU. Brasil (n=156); Inglaterra (n=293); Espanha (n=162)

## Anexo A

Apresentamos, a título ilustrativo, o domínio *medidas de gravidade* em seu original e na versão para o Português. Escolhemos o domínio "medidas de gravidade" para exemplificar a tradução e adaptação transcultural realizada.

### **Texto original em Inglês:**

"Do you do any of the following? If so, how much?"

- 8a. Wear pads to keep dry?
- 8b. Be careful how much fluid you drink?
- 8c. Change your underclothes when they get wet?
- 8d. Worry in case of smell?
- 8e. Get embarrassed because of your bladder problem?

### **Na versão em Português, temos:**

Você faz alguma das seguintes coisas? E se faz, quanto?

- 8a. Você usa forros ou absorventes para se manter seca?
- 8b. Toma cuidado com a quantidade de líquidos que bebe?
- 8c. Troca suas roupas íntimas quando elas estão molhadas?
- 8d. Preocupa-se com a possibilidade de cheirar urina?
- 8e. Fica envergonhada por causa do seu problema de bexiga?



## *4. CONCLUSÃO*

A versão final para a Língua Portuguesa do *King's Health Questionnaire* mostrou-se confiável e válida neste estudo envolvendo mulheres com queixa de incontinência urinária.



## *5. SUMMARY*

The use of condition-specific quality of life questionnaires has been increasingly used in clinical trials since the last decade. Many authors have encouraged their use in incontinence research because, apart from incorporating the patient's perception, they are inexpensive and non-invasive. The aim of the study was translation, and cross-cultural adaptation into the Portuguese Language of the "KING'S HEALTH QUESTIONNAIRE" (KHQ), which was developed and validated by Kelleher et al..

The KHQ comprises 21 questions divided into 8 domains in addition to a scale of self-severity measures. A urinary symptoms scoring item completes the questionnaire.

Two English teachers prepared two independent forward translations from the original English version of the KHQ. These two versions were, then, backward translated into English by two English natives, fluent in Portuguese Language. The differences were harmonized in a single one, which was pre-tested in 20 patients. After adjustments, the final version of the KHQ was created and administered in 156 patients during the inclusion period. Yet, during the same period, the 36-Item Short-Form Questionnaire (SF-36) was administered in 119/156 (76.3%) of the patients as well. Sociodemographic data were also assessed. Urinary incontinence complaints such as urge, stress or mixed were diagnosed by anamnesis. The median age was 51 years (range 15 to 78). The median period for KHQ re-test was 15 days (range 7 to 22). Reliability was measured by internal consistency (Cronbach's Alpha coefficient) and Test-retest (Intraclass Correlation Coefficient (ICC)). Construct validity was assessed by Pearson's correlation coefficient.

No changes from the original content and format of the KHQ were observed in the end of the validation process. Internal consistency measured by general Cronbach's Alpha coefficient was 0.87 and assessed in the domains and the severity measure scale ranged from 0.49 to 0.92. Test-retest measured by ICC was considered moderate to strong for all domains and the severity measure scale, ranging from 0.53 to 0.81. The evaluation of the construct validity of the KHQ was also satisfactory and statistically significant. Pearson's correlation coefficient between KHQ and SF-36 in the related domains was considered weak to moderate in the majority of the correlation, ranging from -0.27 to -0.53.

The Portuguese version of the KHQ was translated and adapted for application in Brazilian female patients complaining of urinary incontinence, with satisfactory reliability and validity.



## ***6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS***

- ABRAMS, P.; BLAIVAS, J.G.; STANTON, S.L.; ANDERSEN, J.T. - The standardization of terminology of lower urinary tract function. **Scand J Urol Nephrol**, (suppl.114) : 9-14, 1998.
- AVERY, K.; DONOVAN, J.; ABRAMS, P. - Validation of a new questionnaire for incontinence: THE INTERNATIONAL CONSULTATION ON INCONTINENCE QUESTIONNAIRE (ICI-Q) In: International Continence Society Meeting, 31, Seoul, 2001, Discussed posters, **Abstracts**, Seoul, 2001. (Abstract, 86)
- BLAIVAS, J.G.; APPELL, R.A.; FANTL, J.A.; LEACH, G.; McGUIRE, E.J.; RESNICK, N.M.; RAZ, S.; WEIN, A. - Standards of efficacy for evaluation of treatment outcomes in urinary incontinence: recommendations of the Urodynamic society. **Neurourol Urodyn**, 16:145-7, 1997.
- BERGNER, M.; BOBBITT, R.; CARTER, W.; GIBSON, B. - The sickness impact profile development and final revision of a health status measure. **Medical Care**, 19: 787-805, 1981.
- CAMPOS, E.M. - Tradução e adaptação para o Português da entrevista de Qualidade de Vida ("LEHMAN QUALITY OF LIFE INTERVIEW"). Campinas, 1999. (Tese - Mestrado - Universidade Estadual de Campinas - Unicamp)
- CICONELLI, R.M. - Tradução para o Português e validação do questionário genérico de avaliação de Qualidade de Vida "Medical Outcomes Study 36-item Short-Form Health Survey (SF-36)". São Paulo, 1997. (Tese - Doutorado - Universidade Federal de São Paulo)
- CICONELLI, R.M.; FERRAZ, M.B.; SANTOS, W.; MEINÃO; QUARESMA, M.R. - Tradução para a Língua Portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36). **Rev Bras Reumatol**, 38(3):143-50, 1999.
- CHAUÍ, M. - A ética e o justo meio. In: CHAUÍ, M., ed. - **Introdução à História da Filosofia: dos pré-socráticos a Aristóteles**. São Paulo, Brasiliense, 1997. p.308-19.
- CHIVERTON, P.A.; WELLS, T.J.; BRINK, C.A.; MAYER, R. - Psychological factors associated with urinary incontinence. **Clinical Nurse Specialist**, 10(5):229-33, 1996.

- CONOVER, W. J. - Practical Nonparametric Statistics. In: CONOVER W.J. - **Contingency Tables and the use of ranks**. New York. John Wiley & Sons Inc., 1971. p.140 – 281.
- CROOG, S.H.; LEVINE, S.; TESTA, M.A.; BROWN, B.; BULPITT, C.J.; JENKINS, C.D.; KLERMAN, G.L.; WILLIAMS, G.H. - The effects of antihypertensive therapy on the quality of life. **N Eng J Med**, **314**(26):1657-64, 1986.
- D'ANCONA, C.A.L.; BOTEGA, N.J.; MORALES, C.; LAVOURA, N.S.; SANTOS, J.K.; RODRIGUES NETTO JR, N. - Quality of life after partial penectomy for penile carcinoma. **UROLOGY**, **50**(4):593-6, 1997.
- DINI, G.M. - Adaptação cultural, validade e reprodutibilidade da versão brasileira da Escala de Auto-Estima de Rosenberg. São Paulo, 2000. (Tese - Mestrado - Universidade Federal de São Paulo)
- DIOKNO, A.C.; BROCK, B.M.; BROWN, M.D. - Prevalence of urinary incontinence and other urologic symptoms in the non-institutionalized patient. **J Urol**, **136**: 1022-5, 1986.
- DONOVAN, J.L. - Symptom and Quality of Life Assessment. In: Abrams P *et al.* Incontinence. Plymouth: Plymbridge Distributors Ltd; 2001. P.267-315.
- FERRANS, C.E. & POWERS, M.J. - Quality of Life Index: development and psychometric properties. **Adv Nurs Sci**, **8**: 15-24, 1985.
- FLECK, M.P.A.; LEAL, O.F.; LOUZADA, S.; XAVIER, M.; CHACHAMOVICH, E.; VIEIRA, G.; SANTOS, L.; PINZON, V. - Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL - bref". **Rev Saúde Pública**, **34**(2):178-83, 2000.
- FLECK, M.P.A.; LEAL, O.F.; LOUZADA, S.; XAVIER, M.; CHACHAMOVICH, E.; VIEIRA, G.; SANTOS, L.; PINZON, V. - Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (WHOQOL-100). **Rev Bras Psiquiatr**, **21**:19-28, 1999.

- GUARISI, T.; PINTO NETO, A.M.; OSIS, M.J.; PEDRO, A.O.; PAIVA, L.H.C.; FAÚNDES, A. - Incontinência urinária entre mulheres climatéricas brasileiras: inquérito domiciliar. **Rev Saúde Pública**, **35**(5):428-35, 2001.
- GUILLEMIN, F.; BOMBARDIER, C.; BEATON, D. - Cross-cultural adaptation of health-related Quality of Life measures: literature review and proposed guidelines. **J Clin Epidemiol**, **46**(12):1417-32, 1993.
- GUGLIOTA, A. - Qualidade de Vida de pacientes com câncer localizado de próstata, tratados com prostatectomia radical ou radioterapia. Campinas, 2001. (Tese - Doutorado - Universidade Estadual de Campinas - Unicamp)
- GUYATT, G.H.; JAESCHKE, R.; FEENY, D.H.; PATRICK, D.L. - Measurements in Clinical trials: choosing the right approach. In: SPILKER B. - **Quality of life and pharmacoeconomics in clinical trials**. Philadelphia: Lippincott-Raven, 1996. p. 41-8.
- GUYATT, G.H.; NAYLOR, D.C.; JUNIPER, E.; HEYLAND, D.K.; JAESCHKE, R.; COOK, D.J. - User's guides to the medical literature. XII. How to use articles about health-related quality of life. **JAMA**, **277**:1232 - 6, 1997.
- HAMMEL, K.W. - Spinal cord injury; quality of life; occupational therapy: is there a connection? **Br J Occup Ther**, **58**(4):151-7, 1995.
- HOPKINS, W. G. - 2000. Disponíveis em:  
<http://www.sportsci.org:resource/stats/correl.html>, 20/03/2002
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - CENSO 2000. Disponíveis em:  
<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/indicadoresminimos/tabela1.shtm>, 20/04/2002
- JACKSON, S.; DONOVAN, J.; BROOKES, S.; ECKFORD, S.; SWITHINBANK, L.; ABRAMS, P. - The Bristol Female Lower Urinary Tract Symptoms Questionnaire: development and psychometric testing. **Br J Urol**, **77**:805-12, 1996.
- KATZ, S. - The science of quality of life. **J Chron Dis**, **40**(6):459-63, 1987. [Editorial]

- KELLEHER, C.J.; CARDOZO, L.D.; KHULLAR, V.; SALVATORE, S. - A new questionnaire to assess the quality of life of urinary incontinent women. **Br J Obstet Gynaecol**, **104**:1374-9, 1997.
- KELLEHER, C.J. - Quality of life and urinary incontinence. **Baillière's Clinical Obstet and Gynaecol**, **14**(2):363-79, 2000.
- KIMURA, M. - Tradução para o Português e validação do "Quality of Life Index" de Ferrans e Powers. São Paulo, 1999. (Tese de Livre Docência - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo).
- LLACH, X.B.; DIAZ, D.C.; SUGRAÑES, J.C. - Validez del cuestionario King's Health para la evaluación de la calidad de vida en pacientes com incontinencia urinaria. **Med Clin (Barc)**, **114**:647-52, 2000.
- NUSBAUM, L.; NATOUR, J.; FERRAZ, M.B.; GOLDENBERG, J. - Translation, adaptation and validation of the Roland-Morris questionnaire - Brazil Roland-Morris. **Braz J Biol Res**, **34**(2): 203-10, 2001.
- PATRICK, D.L.; MARTIN, M.L.; BUSHNELL, D.M.; YALCIN, I.; WAGNER, T.H.; BUESCHING, D.P. - Quality of Life of women with urinary incontinence: further development of the incontinence quality of life instrument (I-QOL). **UROLOGY**, **53**:71-6, 1999.
- ROBINSON, D.; KATHERINE, F.P.; PREISSER, J.S.; DUGAN, E.; SUGGS, P.K.; COHEN, S.J. - Relationship between patient reports of urinary incontinence symptoms and Quality of Life measures. **Obster Gynecol**, **91**:224-8, 1998.
- SANTOS, V.L.C.G. & KIMURA, M. - Qualidade de Vida e a Reabilitação do Ostomizado. - In: SANTOS, V.L.C.G.; CESARETTI, I.V.R.; KIMURA, M., ed. - **Assistência em estomatoterapia: cuidando do ostomizado**. São Paulo. Editora Atheneu, 2000 p. 453 -75.
- SCHIPPER, H.; CLINCH, J.J.; OLWENY, C.L.M. - Quality of life studies: definitions and conceptual issues. In: SPILKER B. - **Quality of life and pharmacoeconomics in clinical trials**. Philadelphia: Lippincott-Raven, 1996. p. 11-24.

- SHUMAKER, S.A.; WYMAN, J.F.; UERBERSAX, J.S.; MCCLISH, D.; FANTL, J.A. - Health related quality of life measures for women with urinary incontinence - the Incontinence Impact Questionnaire and the Urogenital Distress Inventory. **Quality of Life Research**, 3:291-306,1994.
- SOUZA, J.C. & GUIMARÃES, L.A.M. - Qualidade de Vida. In: SOUZA, J.C. & GUIMARÃES, L.A.M., ed. **Insônia e Qualidade de Vida**. Campo Grande, U.C.D.B., 1999.
- SPIPKER, B. - Introduction. In: SPIPKER, B., ed. - **Quality of life and pharmaceconomics in clinical trials**. Philadelphia Lippincott-Raven, 1996. p.1-10.
- SPIPKER, B. & REVICKI, D.A. - Taxonomy of Quality of Life. In: Spilker, B., ed. - **Quality of life and pharmaceconomics in clinical trials**. Philadelphia Lippincott-Raven, 1996. p.25-31.
- SPITZER, W.O. - State of science 1986: quality of life and functional status as target variables for research. **J Chron Dis**, 4(6):465-71, 1987. [Keynote address]
- SWITHINBANK, L.V.; ABRAMS, P. - The impact of urinary incontinence on the quality of life of women. **World J Urol**, 17:225-9, 1999.
- WARE, J.E. & SHERBOURNE, C.D. - The MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36). **Medical Care**, 30(6):473-83, 1992.
- WEINBERGER, M.; ODDONE, E.Z.; SANSA, G.P.; SANDSMAN, P.B. - Are health-related quality of life measures affected by the mode of administration? **J Clin Epidemiol**, 49:35-140,1996.
- WHOQOL GROUP - Development of the WHOQOL: rationale and current status. **Int J Ment Health**, 23(3):24-56, 1994.
- WOOD-DAUPHINEE, S. - Assessing Quality of Life in Clinical Research: from where have we come and where are we going? **J Clin Epidemiol** 52(4):355-63, 1999.

---

As referências bibliográficas foram organizadas de acordo com: **BIREME - CENTRO LATINO -AMERICANO DE INFORMAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE** - Normas para a Apresentação de Dissertações e Teses, São Paulo, BIREME, 1990, 32p.



## ***7. ANEXOS***

Carta de autorização dos autores do KHQ, para sua validação na Língua Portuguesa

Campinas, July 3<sup>rd</sup> 2001

I **Mr C.J.Kelleher**, Consultant Urogynaecologist at Guy's and St Thomas' NHS Trust, UK, the lead author on the construction and validation of the instrument named the KING'S HEALTH QUESTIONNAIRE, hereby allow **Dr Jose Tadeu Nunes Tamanini** to make its validation in to the Portuguese language.

Yours sincerely



**MR C.J.KELLEHER**  
Guy's and St Thomas' NHS Trust

---

Carta de aprovação para publicação do artigo na Revista de Saúde Pública

# REVISTA DE SAÚDE PÚBLICA

## Journal of Public Health

---

RSP/1931

29 novembro de 2002

Ilmo. Sr.  
Prof. Dr. José Tadeu Nunes Tamanini  
R. Floriano Peixoto, 443  
17201-100 – Jáu, SP

**Manuscrito: 3614**

Prezado Colaborador

É com prazer que vimos comunicar a V.Sa que seu manuscrito intitulado: **“Tradução, confiabilidade e validade do “Kings Health Questionnaire” para a língua portuguesa em mulheres com incontinência urinária”** (reg. 3614), em sua segunda versão, foi aprovado para publicação. De acordo com a avaliação de nossa assessoria, verificou-se que esta nova versão contempla as observações dos relatores. Além disso os seus comentários foram bastante explicativos, o que nos levou a aprovar seu manuscrito.

Com relação às referências bibliográficas, vamos deixar esta discussão para quando o trabalho estiver em fase de edição. Nesse sentido, informamos que estamos programando a publicação de seu manuscrito no vol 37, n.2, 2003.

Agradecendo sua valiosa contribuição a esta Revista, esperamos receber outros trabalhos de sua autoria.

Cordialmente

Prof Dr Oswaldo Paulo Forattini  
Editor Científico

---

Faculdade de Saúde Pública da USP - Av. Dr. Arnaldo, 715 - 01246-904 - São Paulo - SP - Brasil  
Fone/Fax: (011-055)3068-0539 - E-mail: [revsp@usp.br](mailto:revsp@usp.br) - Web: <http://www.fsp.usp.br/rsp>

---

**KHQ ORIGINAL****GENERAL HEALTH PERCEPTION****1. HOW WOULD YOU DESCRIBE YOUR HEALTH AT PRESENT?**

<i>SCORE</i>	<i>SCALE</i>	
1	Very good	<input type="checkbox"/>
2	Good	<input type="checkbox"/>
3	Fair	<input type="checkbox"/>
4	Poor	<input type="checkbox"/>
5	Very poor	<input type="checkbox"/>

**INCONTINENCE IMPACT****2. HOW MUCH DO YOU THINK YOUR BLADDER PROBLEM AFFECTS YOUR LIFE?**

<i>SCORE</i>	<i>SCALE</i>	
1	Not at all	<input type="checkbox"/>
2	A Little	<input type="checkbox"/>
3	Moderately	<input type="checkbox"/>
4	A Lot	<input type="checkbox"/>

BELOW ARE SOME DAILY ACTIVITIES THAT CAN BE AFFECTED BY BLADDER PROBLEMS. HOW MUCH DOES YOUR BLADDER PROBLEM AFFECT YOU? WE WOULD LIKE YOU TO ANSWER EVERY QUESTION. SIMPLY TICK THE CIRCLE THAT APPLIES TO YOU.

### ROLE LIMITATIONS

3a. TO WHAT EXTENT DOES YOUR BLADDER PROBLEM AFFECT YOUR HOUSEHOLD TASKS (EG CLEANING, SHOPPING, ETC)?

3b. DOES YOUR BLADDER PROBLEM AFFECT YOUR JOB, OR YOUR NORMAL DAILY ACTIVITIES OUTSIDE THE HOME?

<i>SCORE</i>	<i>SCALE</i>	
1	Not at all	<input type="checkbox"/>
2	A Little	<input type="checkbox"/>
3	Moderately	<input type="checkbox"/>
4	A Lot	<input type="checkbox"/>

**PHYSICAL LIMITATIONS**

**4a. DOES YOUR BLADDER PROBLEM AFFECT YOUR PHYSICAL ACTIVITIES (EG GOING FOR A WALK, RUN, SPORT, GYM, ETC)**

**4b. DOES YOUR BLADDER PROBLEM AFFECT YOUR ABILITY TO TRAVEL?**

**SOCIAL LIMITATIONS**

**4c. DOES YOUR BLADDER PROBLEM LIMIT YOUR SOCIAL LIFE?**

**4d. DOES YOUR BLADDER PROBLEM LIMIT YOUR ABILITY TO SEE/VISIT FRIENDS?**

<i>SCORE</i>	<i>SCALE</i>	
1	Not at all	<input type="checkbox"/>
2	A Little	<input type="checkbox"/>
3	Moderately	<input type="checkbox"/>
4	A Lot	<input type="checkbox"/>

**PERSONAL RELATIONSHIPS**

**5a. DOES YOUR BLADDER PROBLEM AFFECT YOUR RELATIONSHIP WITH YOUR PARTNER?**

**5b. DOES YOUR BLADDER PROBLEM AFFECT YOUR SEX LIFE?**

**5c. DOES YOUR BLADDER PROBLEM AFFECT YOUR FAMILY LIFE?**

<i>SCORE</i>	<i>SCALE</i>	
0	Not applicable	<input type="checkbox"/>
1	Not at all	<input type="checkbox"/>
2	A Little	<input type="checkbox"/>
3	Moderately	<input type="checkbox"/>
4	A Lot	<input type="checkbox"/>

**EMOTIONS**

**6a. DOES YOUR BADDER PROBLEM MAKE YOU FEEL DEPRESSED?**

**6b. DOES YOUR BLADDER PROBLEM MAKE YOU FEEL ANXIOUS OR NERVOUS?**

**6c. DOES YOUR BLADDER PROBLEM MAKE YOU FEEL BAD ABOUT YOURSELF?**

<i>SCORE</i>	<i>SCALE</i>	
1	Not at all	<input type="checkbox"/>
2	A Little	<input type="checkbox"/>
3	Moderately	<input type="checkbox"/>
4	A Lot	<input type="checkbox"/>

**SLEEP / ENERGY**

**7a. DOES YOUR BLADDER PROBLEM AFFECT YOUR SLEEP?**

**7b. DO YOU FEEL WORN OUT OR TIRED?**

<i>SCORE</i>	<i>SCALE</i>	
1	Never	<input type="checkbox"/>
2	Sometimes	<input type="checkbox"/>
3	Often	<input type="checkbox"/>
4	All the time	<input type="checkbox"/>

**SEVERITY MEASURES**

**DO YOU DO ANY OF THE FOLLOWING?**

**IF SO, HOW MUCH?**

**8a. WEAR PADS TO KEEP DRY?**

**8b. BE CAREFUL HOW MUCH FLUID YOU DRINK?**

**8c. CHANGE YOUR UNDERCLOTHES WHEN THEY GET WET?**

**8d. WORRY IN CASE YOU SMELL?**

**8e. GET EMBARRASSED BECAUSE OF YOUR BLADDER PROBLEM?**

<i>SCORE</i>	<i>SCALE</i>	
1	Never	<input type="checkbox"/>
2	Sometimes	<input type="checkbox"/>
3	Often	<input type="checkbox"/>
4	All the time	<input type="checkbox"/>

**WE WOULD LIKE TO KNOW WHAT YOUR BLADDER PROBLEMS ARE AND HOW MUCH THEY AFFECT YOU. FROM THE LIST BELOW CHOOSE ONLY THOSE PROBLEMS THAT YOU HAVE AT PRESENT. LEAVE OUT THOSE THAT DO NOT APPLY TO YOU.**

**HOW MUCH DO THEY AFFECT YOU?**

*SCORE SCALE*

1 A Little

2 Moderately

3 A Lot

**FREQUENCY (going to the toilet very often)**

**NOCTURIA (getting up at night to pass urine)**

**URGENCY (a strong and difficult to control desire to pass urine)**

**URGE INCONTINENCE (urinary leakage associated with a strong desire to pass urine)**

**STRESS INCONTINENCE (urinary leakage with physical activity e.g. coughing, sneezing, running)**

**NOCTURNAL ENURESIS (wetting the bed at night)**

**INTERCOURSE INCONTINENCE (urinary leakage with sexual intercourse)**

**FREQUENT WATERWORKS INFECTIONS**

**BLADDER PAIN**

**DIFFICULTY PASSING URINE**

**OTHER, SPECIFY**

**THANK YOU. NOW CHECK THAT IF YOU HAVE NOT MISSED ANY QUESTIONS.**

Versão em Português do KHQ

PRECEPÇÃO GERAL DE SAÚDE

1. Como você descreveria sua saúde no momento?

<i>ESCORE</i>	<i>ESCALA</i>	
1	Muito boa	<input type="checkbox"/>
2	Boa	<input type="checkbox"/>
3	Regular	<input type="checkbox"/>
4	Ruim	<input type="checkbox"/>
5	Muito ruim	<input type="checkbox"/>

IMPACTO DA INCONTINÊNCIA

2. Quanto você acha que o seu problema de bexiga afeta sua vida?

<i>ESCORE</i>	<i>ESCALA</i>	
1	Nem um pouco	<input type="checkbox"/>
2	Um pouco	<input type="checkbox"/>
3	Moderadamente	<input type="checkbox"/>
4	Muito	<input type="checkbox"/>

A seguir, estão algumas das atividades diárias que podem ser afetadas por seu problema de bexiga. Quanto seu problema de bexiga afeta você? Nós gostaríamos que você respondesse cada questão, escolhendo a resposta que mais se aplica a você.

### LIMITAÇÕES DE ATIVIDADES DIÁRIAS

3a. Quanto seu problema de bexiga afeta seus afazeres domésticos como limpar a casa, fazer compras, etc...?

3b. Quanto seu problema de bexiga afeta seu trabalho ou suas atividades diárias fora de casa?

<i>ESCORE</i>	<i>ESCALA</i>	
1	Nem um pouco	<input type="checkbox"/>
2	Um pouco	<input type="checkbox"/>
3	Moderadamente	<input type="checkbox"/>
4	Muito	<input type="checkbox"/>

## LIMITAÇÕES FÍSICAS

4a. Seu problema de bexiga afeta suas atividades físicas como andar, correr, praticar esportes, fazer ginástica, etc...?

4b. Seu problema de bexiga afeta suas viagens?

## LIMITAÇÕES SOCIAIS

4c. Seu problema de bexiga limita sua vida social?

4d. Seu problema de bexiga limita seu encontro ou visita a amigos?

<i>ESCORE</i>	<i>ESCALA</i>	
1	Nem um pouco	<input type="checkbox"/>
2	Um pouco	<input type="checkbox"/>
3	Moderadamente	<input type="checkbox"/>
4	Muito	<input type="checkbox"/>

## RELAÇÕES PESSOAIS

5a. Seu problema de bexiga afeta o relacionamento com seu parceiro?

5b. Seu problema de bexiga afeta sua vida sexual?

5c. Seu problema de bexiga afeta sua vida familiar?

<i>ESCORE</i>	<i>ESCALA</i>	
0	Não aplicável	<input type="checkbox"/>
1	Nem um pouco	<input type="checkbox"/>
2	Um pouco	<input type="checkbox"/>
3	Moderadamente	<input type="checkbox"/>
4	Muito	<input type="checkbox"/>

## EMOÇÕES

6a. Seu problema de bexiga faz com que você se sinta deprimida?

6b. Seu problema de bexiga faz com que você se sinta ansiosa ou nervosa?

6c. Seu problema de bexiga faz você sentir-se mal consigo mesma?

<i>ESCORE</i>	<i>ESCALA</i>	
1	Nem um pouco	<input type="checkbox"/>
2	Um pouco	<input type="checkbox"/>
3	Moderadamente	<input type="checkbox"/>
4	Muito	<input type="checkbox"/>

## SONO E DISPOSIÇÃO

7a. Seu problema de bexiga afeta seu sono?

7b. Você se sente esgotada ou cansada?

<i>ESCORE</i>	<i>ESCALA</i>	
1	Nunca	<input type="checkbox"/>
2	Às vezes	<input type="checkbox"/>
3	Freqüentemente	<input type="checkbox"/>
4	O tempo todo	<input type="checkbox"/>

## MEDIDAS DE GRAVIDADE

Você faz algumas das seguintes coisas? E se faz, quanto?

8a. Você usa forros ou absorventes para se manter seca?

8b. Toma cuidado com a quantidade de líquidos que bebe?

8c. Troca suas roupas íntimas quando elas estão molhadas?

8d. Preocupa-se com a possibilidade de cheirar urina?

8e. Fica envergonhada por causa do seu problema de bexiga?

<i>ESCORE</i>	<i>ESCALA</i>	
1	Nunca	<input type="checkbox"/>
2	Às vezes	<input type="checkbox"/>
3	Freqüentemente	<input type="checkbox"/>
4	O tempo todo	<input type="checkbox"/>

Gostaríamos de saber quais são seus problemas de bexiga e quanto eles afetam você.

Da lista abaixo, escolha somente aqueles que você apresenta atualmente.

Exclua os problemas que não se aplicam a você.

Quanto que os problemas afetam você?

**ESCORE ESCALA**

**1 Um pouco**

**2 Moderadamente**

**3 Muito**

**Freqüência** (ir ao banheiro para urinar muitas vezes)

**Noctúria** (levantar à noite para urinar)

**Urgência** (um forte desejo de urinar e difícil de segurar)

**Urge-incontinência** (vontade muito forte de urinar, com perda de urina antes de chegar ao banheiro)

**Incontinência urinária de esforço** (perda urinária que ocorre durante a realização de esforço físico como tossir, espirrar, correr, etc...)

**Enurese noturna** (urinar na cama, à noite, durante o sono)

**Incontinência durante relação sexual** (perda urinária durante a relação sexual)

**Infecções urinárias freqüentes**

**Dor na bexiga**

**Dificuldade para urinar**

**Você tem alguma outra queixa? Qual?** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Muito obrigado.**

**Agora veja se você deixou de responder alguma questão.**

**Pontuação e cálculo do "RAW SCALE" (0 - 100)**

**PARA CALCULAR AS PONTUAÇÕES**

**PERCEPÇÃO GERAL DE SAÚDE**

$$\text{Pontuação} = ((\text{Pontuação da Questão 1} - 1) / 4) \times 100$$

**IMPACTO DA INCONTINÊNCIA**

$$\text{Pontuação} = ((\text{Pontuação da Questão 2} - 1) / 3) \times 100$$

**LIMITAÇÕES DE ATIVIDADES DIÁRIAS**

$$\text{Pontuação} = (((\text{Pontuação das Questões 3a} + 3b) - 2) / 6) \times 100$$

**LIMITAÇÕES FÍSICAS**

$$\text{Pontuação} = (((\text{Pontuação das Questões 4a} + 4b) - 2) / 6) \times 100$$

**LIMITAÇÕES SOCIAIS**

$$\text{Pontuação} = (((\text{Pontuação das Questões 4c} + 4d + 5c) - 3) / 9) \times 100^{**}$$

\*\* Se a pontuação da Questão 5c  $\geq 1$ ; se 0, então  $..-2) / 6) \times 100$

**RELAÇÕES PESSOAIS**

$$\text{Pontuação} = (((\text{Pontuação das Questões 5a} + 5b) - 2) / 6) \times 100^{***}$$

\*\*\* Se a pontuação das Questões 5a + 5b  $\geq 2$ ,

$$\text{Se } (5a + 5b) = 1; \dots\dots-1) / 3) \times 100$$

Se (5a + 5b) = 0; .....tratar como "missing value" (não aplicável)

**EMOÇÕES**

$$\text{Pontuação} = (((\text{Pontuação das Questões 6a} + 6b + 6c) - 3) / 90) \times 100$$

### **SONO E DISPOSIÇÃO**

Pontuação = (((Pontuação das Questões 7a + 7b) - 2) / 6) x 100

### **MEDIDAS DE GRAVIDADE**

Pontuação = (((Pontuação das Questões 8a + 8b + 8c + 8d + 8e) - 5) / 15) x 100

### **ESCALA DE SINTOMAS**

*PONTUAÇÃO*

0

1

2

3

*ESCALA DE GRADUAÇÃO*

Omitiu resposta

Um pouco

Moderadamente

Muito