

Validação do “King’s Health Questionnaire” para o português em mulheres com incontinência urinária

Validation of the Portuguese version of the King’s Health Questionnaire for urinary incontinent women

José Tadeu Nunes Tamanini, Carlos Arturo Levi D’Ancona, Neury José Botega e Nelson Rodrigues Netto Jr

Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas. Campinas, SP, Brasil

Descritores

Incontinência urinária. Saúde da mulher. Qualidade de vida. Questionários. Tradução (processo). Validação. “Kings Health Questionnaire”.

Resumo

Objetivo

Traduzir e adaptar para o português o questionário de qualidade de vida denominado “King’s Health Questionnaire” (KHQ) em mulheres com incontinência urinária.

Métodos

Cientes dos objetivos da pesquisa científica, dois tradutores brasileiros 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. As versões finais do KHQ e de outro questionário, o “Short-Form Health Survey” (SF-36), já vertido e publicado em português, foram simultaneamente administradas a 156 e 119 pacientes, respectivamente. Foram testadas as propriedades psicométricas do KHQ como confiabilidade (consistência interna e teste-reteste) e validade de constructo. O reteste foi realizado em um período de duas semanas, a partir da primeira entrevista.

Resultados

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. Neste caso, o questionário 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 a 0,92. A confiabilidade, medida pelo índice de correlação intraclasses (ICC) foi considerada de moderada a forte em todos os domínios e na escala de medidas de gravidade, variando de 0,53 a 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 a -0,53.

Conclusões

A versão para o português do KHQ, 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.

Correspondência para/ Correspondence to:
José Tadeu Nunes Tamanini
Rua Floriano Peixoto, 443
17201-100 Jaú, SP, Brasil
E-mail: tadeutamanini@netsite.com.br

Baseado em dissertação de mestrado apresentada à Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp, 2002.
Recebido em 3/6/2002. Reapresentado em 6/11/2002. Aprovado em 29/11/2002.

Keywords

Urinary incontinence. Women's health. Quality of life. Questionnaires. Translating. Validation. Kings Health Questionnaire.

Abstract

Objective

To translate into Portuguese and evaluate the condition-specific quality of life King's Health Questionnaire (KHQ) for female urinary incontinence.

Methods

Two Brazilian translators, aware of the aim of the project, prepared two versions of the KHQ into Portuguese, which were back-translated into English by two other English translators. The differences were harmonized and pre-tested in a pilot study. The final version of the KHQ and the "Short-Form Health Survey" (SF-36), which has already been translated and validated into Portuguese were simultaneously administered to 156 and 119 women respectively. KHQ's psychometric properties such as reliability (internal consistency and retest) and construct validity were tested. A retest was performed within 2 weeks from the start date.

Results

The cultural adjustment process resulted in no changes in the KHQ Portuguese version, although for low schooling patients the questionnaire had to be read by the researcher during face-to-face interview. For all other patients, the KHQ was self-administered. KHQ's standardized Cronbach's alpha was 0.87 and when 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 ranged 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.

Conclusions

The KHQ Portuguese version was translated and adjusted for Brazilian women with urinary incontinence complaints. It represents an important tool for the assessment of incontinent women in clinical trials.

INTRODUÇÃO

Incontinência urinária 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.¹

Em estudo epidemiológico realizado nos Estados Unidos, Diokno et al⁵ (1986) observaram prevalência de 37,7% de incontinência urinária em mulheres com mais de 60 anos. Em pesquisa populacional domiciliar no município de Campinas, Guarisi et al,⁸ observaram que cerca de 35% das mulheres climatéricas apresentavam queixa de incontinência urinária de esforço.

A incontinência urinária provoca alterações graves na vida de pacientes por ela acometida, tornando-se estressante e debilitante, além de gerar alta morbidade por afetar o nível psicológico, ocupacional, doméstico, físico e sexual.¹⁰ Por esse motivo, a ICS tem recomendado que medidas de avaliação de qualidade de vida sejam incluídas, em todos os estudos, como um complemento das medidas clínicas.² A eficácia do tratamento da incontinência urinária tem sido usualmente avaliada segundo parâmetros objetivos

(estudo urodinâmico, teste de absorventes e teste de esforço). Esses 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, têm sido criados questionários genéricos e específicos de medida de qualidade de vida 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.^{3,16} Este questionário não tem validade de conteúdo para incontinência urinária e, desta forma, tem menor sensibilidade a mudanças do que um instrumento específico. No caso da incontinência urinária, aspectos tão importantes quanto a percepção do impacto que ela causa nas vidas das pacientes e as medidas de sua gravidade tornar-se-iam minimizadas ou não avaliadas pela aplicação desses questionários genéricos. Percebendo a necessidade de um instrumento específico, Kelleher et al¹² (1997), construíram e validaram no idioma inglês um questionário específico para avaliação da qualidade de vida 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 sete idiomas, além de estar em processo de validação para outros idiomas.¹¹

Instrumentos de avaliação específicos validados para o português são raros na literatura nacional, sendo que até o presente não existe qualquer questionário de qualidade de vida em incontinência urinária publicado nos bancos de dados pesquisados (MEDLINE e LILACS, de Janeiro/1992 a maio/2002). No presente estudo optamos pelo KHQ por ser um questionário completo, que avalia tanto o impacto da incontinência urinária nos diferentes domínios da qualidade de vida, 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 outros idiomas.⁶

O presente trabalho tem por objetivo traduzir para o português e avaliar as propriedades de medida do KHQ aplicado em mulheres com incontinência urinária.

Pacientes

Realizou-se estudo observacional (tipo corte transversal) em 156 mulheres com queixa de incontinência urinária, atendidas consecutivamente, 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 por meio 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 α (erro tipo I) de 5% e um β (erro tipo II) de 0,10. Assim, obteve-se um tamanho amostral de 113 pacientes.

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, incontinência urinária de esforço e incontinência urinária mista) e tempo de queixa (menor de um ano ou maior ou igual a um ano), antecedentes de cirurgia prévia para correção de incontinência urinária, uso de ab-

sorventes (sim ou não) e número de absorventes utilizados/dia (1-2; 2-4 ou mais de 4 unidades/dia) e comorbidades. Como parâmetros clínicos de gravidade de incontinência urinária, utilizamos as variáveis "tipo de queixa" e "tempo de queixa", bem como "o uso de absorventes" e "o número de absorventes utilizados/dia".

Na mesma ocasião, foram administradas a versão final do KHQ e outra versão já validada para o português do SF-36,³ com o objetivo de se avaliar as correlações entre os domínios afins dos dois questionários.

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 incontinência urinária (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 qualidade de vida 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 itens, que avaliam uma mesma área 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. As opções de respostas são também apresentadas em escala tipo likert. Pode-se obter um escore final de cada domínio que varia de 0 a 100, sendo que, inversamente à pontua-

ção do KHQ, quanto maior a pontuação, melhor é o estado de saúde avaliado.

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.

O presente processo de tradução e adaptação cultural seguiu as normas publicadas por Guilhemini et al⁹ (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, a "T1" fosse aceita como a tradução do KHQ para o português. As equivalências idiomática e cultural de "T1" foram analisadas por um comitê de sete 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 incontinência urinária. As questões que apresentaram índice maior ou igual a 20% de incompreensão foram reavaliadas. Após novas correções, a "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.

Confiabilidade

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

A avaliação da reprodutibilidade do KHQ foi realizada após duas semanas em 119 pacientes que foram con-

vidadas para nova aplicação do KHQ. Neste período, estas pacientes não foram submetidas à alteração de medicação ou de tratamento para incontinência urinária.

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.

Também foi avaliada a associação entre pior qualidade de vida e a maior gravidade de alguns parâmetros clínicos pesquisados como, por exemplo, o tipo e o tempo de queixa, o uso e o número de absorventes.

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 α de Cronbach padronizado¹⁵ e o teste-reteste, avaliado pelo coeficiente de correlação intraclassas (CCI).¹⁵ A validade de constructo foi analisada através do coeficiente de correlação linear de Pearson¹⁵ e a validade concorrente foi analisada pelos testes Mann-Whitney e Kruskal-Wallis.⁴

Para comparação de proporções foi utilizado o teste Qui-quadrado ou o teste exato de Fisher, quando necessário. Na comparação das variáveis contínuas ou ordenáveis entre dois grupos independentes, foi utilizado o teste Mann-Whitney. Para três ou mais grupos, o teste de Kruskal-Wallis. 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).

RESULTADOS

Os dados das características sociodemográficas das 156 mulheres entrevistadas com queixa de incontinência urinária foram: 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 uma 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, 23,7% dessa 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

Tabela 1 - Características sociodemográficas e clínicas das 156 pacientes com incontinência urinária.

Características sociodemográficas	N	DP
Idade (anos)		
Média (DP)	51,8	(±11,2)
Mediana (mínimo-máximo)	51	(15-78)
Grau de escolaridade (Frequência; %)		
Sem instrução	37	(23,7)
Primeiro grau completo ou incompleto	105	(67,3)
Segundo grau e/ou superior	14	(9,0)
Índice de massa corpórea (Kg/m ²)		
Média (DP)	28,37	(±5,8)
Mediana (mínimo-máximo)	27,55	(17-45,8)
Tipo de queixa (Frequência; %)		
Urge-incontinência	13	(8,3)
Esforço	49	(31,4)
Mista	94	(60,3)
Tempo de queixa (Frequência; %)		
≤1 ano	9	(5,8)
>1 ano	147	(94,2)
Antecedentes cirúrgicos (Frequência; %)		
Sim	29	(18,6)
Não	127	(81,4)
Uso de absorventes (Frequência; %)		
Sim	95	(60,9)
Não	61	(39,1)
Co-morbidades (Frequência; %)		
Hipertensão arterial	61	(39,1)
Diabetes mellitus	19	(12,2)
Outras	23	(14,7)

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-morbidades e antecedentes de cirurgias prévias para correção de incontinência urinária, não foram observadas diferenças estatisticamente significantes nos grupos estudados.

Estudo de confiabilidade

O coeficiente α 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 CCI, que avaliam o teste-reteste bem como os valores do α de Cronbach de cada domínio, encontram-se na Tabela 3. 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

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

Domínios do KHQ*	Média	DP	Mediana	Mínimo - Máximo
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
Domínios do SF-36**				
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

KHQ = King's Health Questionnaire

SF = Short-form Health Survey

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, 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.¹⁴ 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 qualidade de vida, de acordo com o diagnóstico urodinâmico, seu objetivo secundário.¹² Já, o estudo de validação do KHQ para a Língua Espanhola¹³ 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 (23,7%) eram analfabetas. De acordo com dados do Censo 2000,⁷ 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 amostra populacional da presente pesquisa, 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 usual, principalmente em estudos que utilizam escalas. Acrescenta-se que Weinberger¹⁷ (1996), após comparação de diferentes formas de administração do SF-36, que 70% das pacientes preferiram as entrevistas e 20% as formas de auto-preenchimento.

A consistência interna do KHQ, medida pelo coeficiente α 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.¹⁰ Em relação à consistência interna dos domínios em separado, obtiveram-se valores entre 0,49 (sono/disposição) a 0,92 (emoções). Apesar de o α de Cronbach, no domínio sono/disposição, ter seu valor menor comparado aos outros valores, não houve modificação no valor do α 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 ter sido calculada, pois não era esperado que as pacientes apresentassem todos os sintomas ao mesmo tempo. Mesmo assim, foi observado valor de α de Cronbach de 0,73. Este dado revela que os sintomas referidos pelas pacientes têm bom grau de correlação entre si.

De maneira geral, o instrumento traduzido tem correlação positiva entre os seus itens e está realmente medindo o impacto da incontinência urinária na qualidade de vida das pacientes estudadas.

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

Domínios do KHQ	α de Cronbach	Coefficiente de correlação intraclassas (CCI)	Intervalo de Confiança (95%)
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 do SF-36	Domínios do KHQ								
	Percepção geral de saúde	Impacto da incontinência	Limitações de atividades diárias	Limitações físicas	Limitações sociais	Relações pessoais	Emoções	Sono e disposição	Medidas de gravidade
Estado geral de saúde	0,40***	-0,01	-0,17	-0,22*	-0,18	-0,14	-0,30***	-0,37***	-0,20*
Capacidade funcional	-0,19*	-0,13	-0,27**	-0,24**	-0,28**	-0,15	-0,35***	-0,24***	-0,36***
Aspectos físicos	-0,09	-0,26**	-0,45***	-0,53***	-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	-0,56***	-0,05	-0,13	-0,12	-0,17	-0,15	-0,28**	-0,44***	-0,14
Vitalidade	-0,37***	-0,09	-0,23**	-0,19*	-0,30**	-0,26**	-0,43***	-0,52***	-0,27**
Saúde mental	-0,40***	-0,07	-0,22*	-0,13	-0,31***	-0,29***	-0,45***	-0,56***	-0,14
Aspectos sociais	-0,29**	-0,07	-0,23**	-0,21*	-0,30***	-0,21*	-0,35***	-0,43***	-0,17

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

**p<0,01

***p<0,001

A consistência interna da versão original em inglês¹² variou entre 0,72 (*limitações físicas*) a 0,89 (*relações pessoais*) e em espanhol¹³ 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 da queixa de incontinência urinária. Os CCI obtidos nos domínios do KHQ na versão espanhola¹³ 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 incontinência urinária. O grau de correlação foi moderado entre os domínios afins analisados. Deve-se lembrar que as correlações foram negativas em razão das características de pontuação de cada questionário.

De uma maneira geral, a qualidade de vida foi considerada pior quando o tipo de queixa era inconti-

nência urinária mista (em todos os domínios do KHQ, com exceção do domínio percepção geral de saúde) e este dado é corroborado pela literatura internacional.⁶ Também a qualidade de vida foi considerada pior quando o tempo de queixa era maior de um ano (também observado em cinco dos nove 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

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".

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

*p<0,001 **p<0,05

Tabela 5 - Estatísticas descritivas: médias (± DP) das pontuações obtidas dos domínios do KHQ e de variáveis clínicas e respectivas comparações entre suas categorias, referentes à incontinência urinária.

Variáveis	PGS	II	LAD	LF	LS	RP	E	S/D	MG
Tipo de queixa ^a									
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)
Tempo de queixa ^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)
≥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)
Uso de absorventes ^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)
Número de absorventes ^a									
1-2	43 (19,3)	79,2 (27,8)	65,6 (34,1)	64,1 (33,1)	47,6 (29)	40,6 (38,8)	70,8 (33,7)	51,6 (32,1)	67,9 (17)
3-4	45 (15,8)	84,8 (26)	72,4 (30,5)	66,6 (31,8)	46,7 (32,4)	34,8 (39,1)	81,6 (31,9)	47,6 (33,9)	77,3 (17,9)
>4	50 (18)	96,4* (13,9)	77,4 (30,2)	74,4 (33,2)	52,4 (28,7)	36,3 (41,3)	82,9 (28,9)	60,1 (34,6)	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.

^aTeste de Kruskal-Wallis.

^bTeste de Mann-Whitney.

*p<0,05 **p<0,001

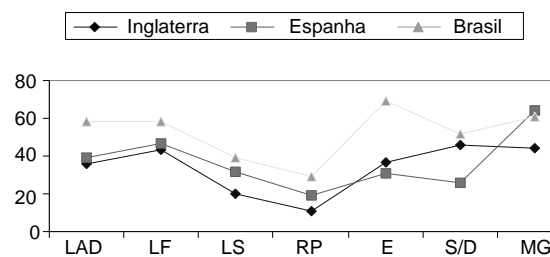
de absorventes usados por dia era maior que quatro unidades (observado nos domínios impacto da incontinência urinária e medidas de gravidade). Em conjunto, estas análises de dados confirmam as hipóteses previamente levantadas de que a pior qualidade de vida estaria relacionada à maior gravidade dos parâmetros clínicos pesquisados (Tabela 5).

Observou-se 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 diferenças significativas em um (*aspectos físicos*) dos seus oito domínios. Isto se deve, provavelmente, à pobre validade de conteúdo que o SF-36 tem para incontinência urinária. 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 os domínios do KHQ.¹³

Na comparação dos escores obtidos pela aplicação do KHQ na Inglaterra, na Espanha e no Brasil (Figura), observa-se que os resultados obtidos são semelhantes, seguindo a mesma tendência de impacto nos diferentes domínios. A variação para mais, encontrada no presente estudo no domínio emoções, pode dever-se a diferenças nas características sociodemográficas e clínicas da amostra populacional, ou mesmo a uma tendência da população brasileira 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 qualidade de vida em mulheres com incontinência urinária, após tratamentos específicos. Desta forma, completa-se o processo de adaptação cultural.



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 - Comparações das médias dos escores dos domínios do KHQ obtidos entre pacientes com incontinência urinária. Brasil (n=156); Inglaterra (n=293); Espanha (n=162).

tinência urinária, após tratamentos específicos. Desta forma, completa-se o processo de adaptação cultural.

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

Em conclusão, a versão para o idioma português 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 Prof^a. Dr^a. Cleusa Camilo Atique, Diretora das Faculdades Integradas da Fundação Educacional "Dr. Raul Bauab" pelo apoio material e incentivo à pesquisa; à Prof^a. Débora Maria Nuñez, da Fundação Educacional de Jaú pelo auxílio na fase de tradução do questionário; às alunas de Pós-Graduação do Departamento de Cirurgia da Unicamp, fisioterapeuta Viviane Marques Capelini e enfermeira Renata Cristina de Oliveira Souza Castro pelo auxílio na coleta dos dados.

REFERÊNCIAS

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, Fantl JA. Standards of efficacy for evaluation of treatment outcomes in urinary incontinence: recommendations of the Urodynamic society. *Neurourol Urodynamics* 1997;16:145-7.
3. Ciconelli RM, Ferraz MB, Santos W, Meinão I, 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;39:143-50.
4. Conover WJ. Practical nonparametric statistics. In: Conover WJ. *Contingency tables and the use of ranks*. New York: John Wiley & Sons; 1971. p. 140-281.

5. Diokno CA, Brock BM, Brown MB, Herzog AR. Prevalence of urinary incontinence and other urological symptoms in the noninstitutionalized elderly. *J Urol* 1986;136:1022-5.
6. Donovan JL. Symptom and quality of life assessment. In: Abrams P et al. *Incontinence*. Plymouth: Plymbridge Distributors; 2001. p. 267-315.
7. Fundação IBGE. Indicadores sociais mínimos: aspectos demográficos – informações gerais. Disponível em <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaoodevida/indicadoresminimos/tabela1.shtm> [20/4/2002].
8. Guarisi T, Pinto Neto AM, Osis MJ, Pedro AO, Paiva LHC, Faúndes A. Incontinência urinária entre mulheres climatéricas brasileiras: inquérito domiciliar. *Rev Saúde Pública* 2001;35:428-35.
9. Guillemin F, Bombardier C, Beaton D. Cross-cultural adaptation of health-related quality of life measures: literature review and proposed guidelines. *J Clin Epidemiol* 1993;46:1417-32.
10. Kelleher CJ. Quality of life and urinary incontinence. In: Cardozo L, Staskin D. *Textbook of female urology and urogynaecology*. London: Isis Medical Media; 2001.
11. Kelleher CJ. Quality of life and urinary incontinence. *Baillière's Clin Obstet Gynaecol* 2000;14:363-79.
12. Kelleher CJ, Cardozo LD, Khullar V, Salvatore S. A new questionnaire to assess the quality of life of urinary incontinent women. *Br J Obstet Gynaecol* 1997;104:1374-9.
13. Llach XB, Diaz DC, Sugrañes JC. Validez del cuestionario King's Health para la evaluación de la calidad de vida en pacientes con incontinencia urinaria. *Med Clin (Barc)* 2000;114:647-52.
14. Robinson D, Katherine FP, Preisser JS, Dugan E, Suggs PK, Cohen SJ. Relationship between patient reports of urinary incontinence symptoms and quality of life measures. *Obstet Gynecol* 1998;91:224-8.
15. Sportscience. A new view of statistics: correlation coefficient. Available from <http://www.sportsci.org/resource/stats/correl.html> [20/3/2002].
16. Ware JE, Sherbourne CD. The MOS 36-item Short-Form Health Survey (SF-36). Conceptual framework and item selection. *Medical Care* 1992;30:473-83.
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;49:135-40.