ABCS HEALTH SCIENCES

ARTIGO ORIGINAL

OPEN ACCESS

Fatores associados à qualidade de vida, à satisfação com o sono e com a saúde em mulheres com noctúria: um estudo transversal

Ingrid Antunes da Silva[1], Carlos Augusto Faria[1], Renato Augusto Moreira de Sá[1], José Rodrigo de Moraes[2]

[1]Departamento Materno Infantil, Faculdade de Medicina, Universidade Federal Fluminense (UFF) – Niterói (RJ), Brasil

[2]Departamento de Estatística, Instituto de Matemática e Estatística, Universidade Federal Fluminense (UFF) – Niterói (RJ), Brasil

RESUMO

Introdução: Noctúria é definida como o número de micções durante o principal período de sono. Após acordar para urinar pela primeira vez, cada micção deve ser seguida de sono ou da intenção de voltar a dormir. **Objetivo:** Investigar os fatores associados à qualidade de vida, a satisfação com o sono e à saúde em mulheres com e sem noctúria. **Métodos:** A análise estatística incluiu modelagem por regressão logística, testes de significância de Wald, teste de normalidade de Shapiro-Wilk e análise de correlação de Spearman. **Resultados:** Foram incluídas 131 participantes. Houve associação significativa entre sensação de esvaziamento vesical incompleto (OR=4.897), multimorbidade (OR=4.621) e localidade em Petrópolis (OR=0.359) com a satisfação com a saúde; entre o consumo de cafeína e QV (OR=0,994); e entre sensação de esvaziamento vesical incompleto (OR=2,439) e insuficiência venosa crônica (OR=0,437) com satisfação com o sono. Foi positiva a relação entre o número de micções e o desconforto segundo escala numérica e EVA para noctúria 1 e noctúria 2. **Conclusão:** A noctúria teve um impacto específico na QV. A sensação de esvaziamento vesical incompleto esteve associada à menor satisfação com a saúde e o sono. A multimorbidade esteve associada à menor satisfação com a saúde.

Palavras-chave: Noctúria; Sintomas do Trato Urinário Inferior; Qualidade de Vida; Qualidade do Sono; Saúde da Mulher; Multimorbidade.

Como citar este artigo: Silva et al. Fatores associados à qualidade de vida, à satisfação com o sono e com a saúde em mulheres com noctúria: um estudo transversal. ABCS Health Sci. 2026;51:e026218 https://doi.org/10.7322/abcshs.2025106.3213

Recebido: 11 Ago 2025
Revisado: 29 Out 29 2025
Aprovado: 25 Nov 2025

Autor para correspondência: Ingrid Antunes da Silva - Hospital Universitário Antônio Pedro - Rua Marquês do Paraná, 303, 3º andar – Centro - CEP: 24030-215 – Niterói (RJ), Brasil –
E-mail: antunes.ingrid@gmail.com

Declaração de Interesses: nada a declarar

Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença de Atribuição Creative Commons
© 2026 Os autores

INTRODUÇÃO

A noctúria é um sintoma urinário definido pelo número de episódios miccionais no período principal de sono[1]. A etiologia da noctúria é multifatorial, podendo envolver condições cardiovasculares, endócrinas, renais, urológicas e distúrbios do sono, bem como medicamentos utilizados no tratamento das mesmas[2].

A população atendida em serviços especializados de uroginecologia apresenta grande prevalência e variedade de sintomas urinários e suas combinações.

Particularmente a síndrome da bexiga hiperativa e a síndrome da bexiga hipoativa podem incluir a presença de noctúria em sua constelação de sintomas.

A primeira é caracterizada pela urgência urinária, podendo ser acompanhada de incontinência, aumento da frequência miccional e noctúria. Já a síndrome da bexiga hipoativa caracteriza-se pela presença de jato urinário lentificado, hesitação, esforço miccional e sensação de esvaziamento vesical incompleto, podendo incluir sintomas da fase de armazenamento vesical, como a noctúria. Ambas as síndromes se relacionam com esse sintoma através de uma redução na capacidade vesical[2,3].

O impacto da noctúria na qualidade de vida (QV) tem sido objeto de vários estudos. Em estudo conduzido na população geral colombiana sobre a prevalência de noctúria e fatores associados, Azuero et al.[4] observaram, através do *International Consultation on Incontinence Questionnaire Overactive Bladder Module* (ICIQ-OAB), que 20,4% dos participantes que relataram três micções perceberam como severo o prejuízo à QV.

Já no Brasil, Soler et al.[5] avaliaram o impacto de sintomas do trato urinário inferior (STUI) na QV em cinco capitais. Um maior incômodo com a noctúria mostrou-se associado, em mulheres, à maior chance de reportar como "terrível" a QV atribuída aos STUI por meio da pergunta de número oito do *International Prostate Symptom Score* (IPSS).

Um dos aspectos que merecem destaque nessa relação é a qualidade do sono. Em estudo conduzido por Choi et al.[6], a presença de duas ou mais micções aumentou a chance de relatar pior qualidade do sono. Além disso, os participantes com pior qualidade do sono apresentaram pior QV relacionada à saúde, incluindo aspectos físicos e funcionamento social da *12-Item Short Form Health Survey version 2* (SF-12 v2).

Tendo em vista a ampla gama de comorbidades associadas à noctúria, o impacto negativo da multimorbidade na QV merece destaque. Em uma matanálise que incluiu quatro estudos, Makovski et al.[7] observaram um declínio de 4,37% nos escores do domínio físico e de 1,57% nos escores do domínio mental da versão abreviada do questionário *World Health Organization Quality of Life* (WHOQoL-bref) a cada comorbidade adicional. Devido à elevada prevalência de multimorbidade no Brasil, a mesma deve ser considerada em estudos sobre o impacto da noctúria na QV[8].

O objetivo deste estudo foi investigar os fatores associados à qualidade de vida, a satisfação com o sono e à saúde em mulheres com e sem noctúria.

MÉTODOS

O estudo consistiu em um inquérito observacional transversal, individualizado, de base hospitalar. O estudo, de nome "Noctúria: etiologia e impacto sobre a qualidade de vida em usuárias do Sistema Únicos de Saúde" foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Faculdade de Medicina a Universidade Federal Fluminense (parecer 4.812.815), com anuência do CEP do Centro Universitário Arthur Sá Earp Neto (UNIFASE). Todas as participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Foram candidatas ao estudo mulheres atendidas nos ambulatórios de uroginecologia do Hospital Universitário Antônio Pedro (HUAP) e da UNIFASE em 2021 e 2022 e a amostra foi de conveniência. O critério de inclusão foi capacidade cognitiva preservada. Os critérios de exclusão foram doença neurológica, histórico de radioterapia pélvica, cirurgia para câncer pélvico, idade inferior a 18 anos e gestação em curso.

Foram investigados os seguintes dados sociodemográficos: idade (estratificada em até 45 anos, 45 a 55 anos e acima de 55 anos), escolaridade (dicotomizada em até ensino fundamental incompleto e a partir do ensino fundamental completo); e local de coleta de dados - Petrópolis e Niterói (cidades localizadas no estado do Rio de Janeiro).

Foram ainda interrogados alguns hábitos de vida, tratados como variáveis quantitativas contínuas: consumo de tabaco, estimado em maços/ano, e consumo de cafeína, estimado mediante quantificação do consumo de mate, café, chocolate, refrigerante e chocolate em pó[9].

Por se tratar de ambulatórios de uroginecologia, foi dada atenção especial aos STUI e demais disfunções do assoalho pélvico (DAP). A noctúria foi considerada segundo duas definições: uma ou mais micções (noctúria 1) e duas ou mais micções, a última devido a um maior impacto sobre a QV reportado em outros estudos.

Outros STUI avaliados foram jato lentificado, hesitação, incontinência pós-miccional, sensação de esvaziamento vesical incompleto, incontinência urinária de urgência (IUU), síndrome da bexiga hiperativa (SBH) e incontinência urinária de esforço (IUE). Além disso, foram avaliados: incontinência fecal, constipação definida pela frequência inferior a três evacuações por semana e pela escala de Bristol e prolapso de órgãos pélvicos (POP). Foi utilizada a padronização de nomenclatura da *International Continence Society* (ICS) na definição dos STUI e de POP[10,11].

Embora a ICS recomende o uso de diário miccional na avaliação da noctúria – um instrumento particularmente valioso na investigação dos mecanismos fisiopatológicos subjacentes – a noctúria foi avaliada no presente estudo através do relato das participantes, da mesma forma como foi feito com os outros STUI. Está decisão baseou-se na experiência dos autores indicando dificuldade significativa, entre as mulheres que são atendidas em ambos os ambulatórios, e, completar de forma precisa o diário miccional, o que limita a utilidade do instrumento[12].

Foram pesquisadas as seguintes comorbidades: hipertensão arterial sistêmica (HAS), insuficiência cardíaca (IC), insuficiência venosa crônica (IVC), doença renal crônica (DRC), histórico de infecção do trato urinário (ITU) recorrente, ansiedade/depressão e outras comorbidades. A depressão e a ansiedade foram abordadas conjuntamente, já que muitas participantes não sabiam informar com precisão o seu diagnóstico, além de serem comorbidades frequentemente associadas[13].

Uma vez que a população estudada possui acesso limitado ao exame de polissonografia, o risco de apneia obstrutiva do sono (AOS), uma causa conhecida de noctúria, foi estimado utilizando-se o questionário STOP-BANG e foi dicotomizado em baixo e intermediário/alto[14].

Tendo em vista os locais de coleta de dados, notadamente centros de referência que atendem pessoas com grande número de comorbidades, optou-se por dicotomizar a variável em até duas comorbidades e três ou mais.

Foi perguntado sobre o uso de bloqueadores do canal de cálcio, diuréticos, bloqueadores dos receptores de angiotensina II, inibidores da enzima conversora de angiotensina, beta-bloqueadores, insulina e hipoglicemiantes. A variável polifarmácia foi definida pelo uso simultâneo de cinco ou mais medicações[15].

O índice de massa corporal (IMC) foi calculado e estratificado em baixo peso/normal, sobrepeso e obesidade. A decisão pelo agrupamento das duas primeiras categorias se deu em função do reduzido número de participantes com baixo peso, além do fato de o sobrepeso e a obesidade assumirem maior importância na avaliação da noctúria[16].

O POP foi classificado segundo o *Pelvic Organ Prolapse Quantification* (POP-Q) *system*. Os compartimentos anterior, posterior e apical do POP-Q foram estratificados em até o estádio II e a partir do estádio III[17].

A QV foi avaliada através do questionário WHOQOL-BREF, versão simplificada do questionário da Organização Mundial da Saúde[18]. Foram consideradas na análise as respostas à pergunta geral sobre QV (Questão 1) e sobre satisfação com a saúde (Questão 2) e com o sono (Questão 16).

A autoavaliação da QV foi dicotomizada em positiva (respostas "boa" e "muito boa") e negativa ("muito ruim", "ruim" e "nem ruim nem boa"). Já as respostas sobre satisfação com a saúde e o sono foram dicotomizadas em maior ("satisfeito" e "muito satisfeito") e menor ("muito insatisfeito", "insatisfeito" e "nem satisfeito nem insatisfeito").

As participantes que apresentaram noctúria 1 responderam ao questionário ICIQ-OAB para avaliar o impacto específico da noctúria sobre a QV. Foi acrescida uma escala visual analógica (EVA) à pergunta específica sobre noctúria[19].

Foram ajustados modelos logísticos univariados a fim de estimar a chance de as participantes reportarem: autoavaliação negativa da QV; menor satisfação com o sono; e menor satisfação com a saúde. Foram estimadas as razões de chance bruta, com seus respectivos intervalos de 95% de confiança, e valores de *p*.

Consideraram-se na análise multivariada as variáveis que, na análise univariada, apresentaram associação com o desfecho com valor de p≤0.20. Foram mantidas na análise multivariada as variáveis que tiveram associação significativa com o desfecho com valor de p≤0.05. Foram estimadas as razões de chances ajustadas, bem como os seus intervalos de 95% de confiança.

Para avaliar a correlação entre o número de episódios de noctúria e a escala numérica (pergunta 4-b) do ICIQ-OAB e a EVA, foi utilizado o coeficiente de correlação de Spearman, após a realização do teste de normalidade de Shapiro-Wilk.

RESULTADOS

Foram incluídas no estudo 131 mulheres. A prevalência de noctúria foi 71%, com 56,5% das participantes experimentando duas ou mais micções noturnas (Tabela 1).

As mulheres que referiram sensação de esvaziamento vesical incompleto e aquelas com três ou mais comorbidades apresentaram chance 4,5 vezes maior de apresentar menor satisfação com a saúde. Além disso, as participantes atendidas em Petrópolis apresentaram, em comparação com aquelas atendidas em Niterói, menor chance de relatar uma menor satisfação com a saúde (Tabela 2).

Com relação à autoavaliação da QV, o consumo de cafeína esteve associado à redução em 1% na chance de relatar uma autoavaliação negativa da QV a cada aumento de um miligrama na cafeína consumida (Tabela 3).

Com relação à satisfação com o sono, a presença da sensação de esvaziamento vesical incompleto esteve associada à uma chance 2.4 vezes maior em relatar uma menor satisfação. Por outro lado, a presença de insuficiência venosa crônica esteve associada a uma chance 56.3% menor (Tabela 4).

Com relação ao questionário ICIQ-OAB, 90 participantes com noctúria responderam à escala numérica, das quais 71 relataram noctúria 2. A EVA foi preenchida por 89 participantes com noctúria e por todas as participantes com noctúria 2. Foi observada uma relação positiva entre o número de episódios de noctúria e o desconforto com o sintoma, tanto pela escala numérica (coeficiente da correlação de Spearman de 0.437; p<0.001) quanto pela EVA (coeficiente da correlação de Spearman de 0.493; p<0.001).

A relação também foi positiva com noctúria 2, com os respectivos coeficientes da correlação de Spearman e valores de p: 0.367 (p=0.002) e 0.468 (p<0.001). É importante mencionar que, de acordo com o teste de Shapiro-Wilk, todas as variáveis envolvidas na análise da correlação de Spearman não apresentaram distribuição normal (p<0.001).

Tabela 1: Análise descritiva das características sociodemográficas e clínicas de mulheres atendidas em dois ambulatórios de uroginecologia (n=131). Niterói (RJ) e Petrópolis (RJ), 2021-2022.

Características		%% de pacientes (n=131)	Satisfação com a sua saúde		Satisfação com o sono		Qualidade de vida relatada	
		ou média ±DP	Maior (n=34)	Menor (n=97)	Maior n=52)	Menor (n=79)	Positiva (n=82)	Negativa (n=49)
Local	Niterói	45 (34.4%)	15.6	84.4	42.2	57.8	68.9	31.1
	Petrópolis	86 (65.6%)	31.4	68.6	38.4	61.6	59.3	40.7
Idade	Até 45 anos	16 (12.2%)	43.8	56.2	37.5	62.5	62.5	37.5
	45 a 55 anos	33 (25.2%)	18.2	81.8	24.2	75.8	57.6	42.4
	Acima de 55 anos	82 (62.6%)	25.6	74.4	46.3	53.7	64.6	35.4
Escolaridade	Até o ensino fundamental incompleto	60 (45.8%)	25.0	75.0	43.3	56.7	60.0	40.0
	Ao menos ensino fundamental completo	71 (54.2%)	26.8	73.2	36.6	63.4	64.8	35.2
Hesitação	Ausente	116 (88.5%)	26.7	73.3	39.7	60.3	62.1	37.9
	Presente	15 (11.5%)	20.0	80.0	40.0	60.0	66.7	33.3
Jato fraco	Ausente	108 (82.4%)	27.8	72.2	38.9	61.1	63.9	36.1
	Presente	23 (17.6%)	17.4	82.6	43.5	56.5	56.5	43.5
Sensação de esvaziamento versical incompleto	Ausente	58 (44.3%)	37.9	62.1	51.7	48.3	69.0	31.0
	Presente	73 (55.7%)	16.4	83.6	30.1	69.9	57.5	42.5
Perda pós-miccional	Ausente	89 (67.9%)	30.3	69.7	46.1	53.9	67.4	32.6
	Presente	42 (32.1%)	16.7	83.3	26.2	73.8	52.4	47.6
Prolapso de órgãos pélvicos (sintoma)	Ausente	89 (67.9%)	31.5	68.5	39.3	60.7	60.7	39.3
	Presente	42 (32.1%)	14.3	85.7	40.5	59.5	66.7	33.3
Prolapso de parede vaginal anterior	Até o estádio II	117 (89.3%)	25.6	74.4	38.5	61.5	61.5	38.5
	Estádio III ou IV	14 (10.7%)	28.6	71.4	50.0	50.0	71.4	28.6
Prolapso de parede vaginal posterior	Até o estádio II	128 (97.7%)	26.6	73.4	39.8	60.2	62.5	37.5
	Estádio III ou IV	3 (2.3%)	0	100	33.3	66.7	66.7	33.3
Prolapso apical	Estádio III ou IV	128 (97.7%)	25.8	74.2	39.8	60.2	62.5	37.5
	Até o estádio II	3 (2.3%)	33.3	66.7	33.3	66.7	66.7	33.3
Incontinência fecal	Ausente	122 (93.1%)	26.2	73.8	39.3	60.7	61.5	38.5
	Presente	9 (6.9%)	22.2	77.8	44.4	55.6	77.8	22.2
Constipação (Brisdtol	Ausente	105 (80.2%)	28.6	71.4	41.0	59.0	65.7	34.3
	Presente	26 (19.8%)	15.4	84.6	34.6	65.4	50.0	50.0
Constipação (Frequência)	Ausente	103 (78.6%)	24.3	75.7	38.8	61.2	62.1	37.9
	Presente	28 (21.4%)	32.1	67.9	42.9	57.1	64.3	35.7
ITU recorrente	Ausente	114 (87.0%)	28.1	71.9	42.1	57.9	64.0	36.0
	Presente	17 (13.0%)	11.8	88.2	23.5	76.5	52.9	47.1
Hipertensão arterial sistêmica	Ausente	54 (41.2%)	35.2	64.8	40.7	59.3	64.8	35.2
	Presente	77 (58.8%)	19.5	80.5	39.0	61.0	61.0	39.0
Diabetes mellitus	Ausente	92 (70.2%)	30.4	69.6	42.4	57.6	63.0	37.0
	Presente	39 (29.8%)	15.4	84.6	33.3	66.7	61.5	38.5
Insuficiência cardíaca	Ausente	129 (98.5%)	26.4	73.6	40.3	59.7	62.8	37.2
	Presente	2 (1.5%)	0	100	0	100	50.0	50.0
Doença renal crônica	Ausente	128 (97.7%)	26.6	73.4	40.6	59.4	63.3	36.7
	Presente	3 (2.3%)	0	100	0	100	33.3	66.7
Insuficiência venosa crônica	Ausente	88 (67.2%)	27.3	72.7	33.0	67.0	60.2	39.8
	Presente	43 (32.8%)	23.3	76.7	53.5	46.5	67.4	32.6

Continua...

Tabela 1: Continuação.

Características		%% de pacientes (n=131)	Satisfação com a sua saúde		Satisfação com o sono		Qualidade de vida relatada	
		ou média ±DP	Maior (n=34)	Menor (n=97)	Maior n=52)	Menor (n=79)	Positiva (n=82)	Negativa (n=49)
Depressão/ansiedade	Ausente	113 (86.3%)	28.3	71.7	40.7	59.3	61.9	38.1
	Presente	18 (13.7%)	11.1	88.9	33.3	66.7	66.7	33.3
Número de comorbidades	Até duas	44 (33.6%)	40.9	59.1	43.2	56.8	63.6	36.4
	Três ou mais	87 (66.4%)	18.4	81.6	37.9	62.1	62.1	37.9
Antidepressivo	Ausente	105 (80.2%)	28.6	71.4	40.0	60.0	60.0	40.0
	Presente	26 (19.8%)	15.4	84.6	38.5	61.5	73.1	26.9
Diurético	Ausente	92 (70.2%)	30.4	69.6	40.2	59.8	58.7	41.3
	Presente	39 (29.8%)	15.4	84.6	38.5	61.5	71.8	28.2
Bloqueador do canal de cálcio	Ausente	108 (82.4%)	27.8	72.2	39.8	60.2	63.0	37.0
	Presente	23 (17.6%)	17.4	82.6	39.1	60.9	60.9	39.1
Benzodiazepínico	Ausente	117 (89.3%)	29.1	70.9	39.3	60.7	64.1	35.9
	Presente	14 (10.7%)	0	100	42.9	57.1	50.0	50.0
Bloqueador do receptor de angiotensina II	Ausente	73 (55.7%)	31.5	68.5	42.5	57.5	58.9	41.1
	Presente	58 (44.3%)	19.0	81.0	36.2	63.8	67.2	32.8
Beta-bloqueador	Ausente	109 (83.2%)	27.5	72.5	39.4	60.6	63.3	36.7
	Presente	22 (16.8%)	18.2	81.8	40.9	59.1	59.1	40.9
Agente hipoglicemiante	Ausente	93 (71.0%)	30.1	69.9	41.9	58.1	60.2	39.8
	Presente	38 (29.0%)	15.8	84.2	34.2	65.8	68.4	31.6
Insulina	Ausente	124 (94.7%)	26.6	73.4	37.9	62.1	62.9	37.1
	Presente	7 (5.3%)	14.3	85.7	71.4	28.6	57.1	42.9
Inibidor da enzima conversora da angiotensina	Ausente	124 (94.7%)	25.8	74.2	39.5	60.5	62.9	37.1
	Presente	7 (5.3%)	28.6	71.4	42.9	57.1	57.1	42.9
Polifarmácia	Menos de 4 medicamentos	89 (67.9%)	31.5	68.5	38.2	61.8	62.9	37.1
	5 ou mais medicamentos	42 (32.1%)	14.3	85.7	42.9	57.1	61.9	38.1
Índice de massa corporal	Baixo peso / Normal	28 (21.4%)	39.3	60.7	39.3	60.7	71.4	28.6
	Sobrepeso	75 (57.3%)	21.3	78.7	44.0	56.0	61.3	38.7
	Obesidade	28 (21.4%)	25.0	75.0	28.6	71.4	57.1	42.9
Risco de AOS	Baixo	54 (41.2%)	37.0	63.0	46.3	53.7	59.3	40.7
	Moderado/Alto	77 (58.8%)	18.2	81.8	35.1	64.9	64.9	35.1
Noctúria (Definição 1)	Nenhuma micção	38 (29.0%)	26.3	73.7	50.0	50.0	57.9	42.1
	Uma ou mais	93 (71.0%)	25.8	74.2	35.5	64.5	64.5	35.5
Noctúria (Definição 2)	Até uma micção	57 (43.5%)	26.3	73.7	42.1	57.9	59.6	40.4
	Duas ou mais	74 (56.5%)	25.7	74.3	37.8	62.2	64.9	35.1
Incontinência urinária de esforço	Ausente	108 (82.4%)	25.9	74.1	39.8	60.2	61.1	38.9
	Presente	23 (17.6%)	26.1	73.9	39.1	60.9	69.6	30.4
Incontinência urinária de urgência	Ausente	114 (87.0%)	24.6	75.4	39.5	60.5	61.4	38.6
	Presente	17 (13.0%)	35.3	64.7	41.2	58.8	70.6	29.4
Incontinência urinária mista	Ausente	58 (44.3%)	29.3	70.7	44.8	55.2	63.8	36.2
	Presente	73 (55.7%)	23.3	76.7	35.6	64.4	61.6	38.4
Síndrome da bexiga hiperativa	Ausente	35 (26.7%)	28.6	71.4	48.6	51.4	60.0	40.0
	Presente	96 (73.3%)	25.0	75.0	36.5	63.5	63.5	36.5
Cafeína (mg/dia)		163.6±78.0	179.0±74.3	158.0±78.8	163.0±80.7	164.0±76.6	177.0±69.3	142.0±87.0
Tabaco (maços/ano)		4.4±13.6	4.3±12.0	4.4±14.1	7.3±19.7	2.5±6.8	4.9±12.2	3.5±15.7

Tabela 2: Associação entre as características sociodemográficas e clínicas e a chance de menor satisfação com a saúde em mulheres atendidas em dois ambulatórios de uroginecologia (n=131). Niterói (RJ) e Petrópolis (RJ), 2021-2022.

Características	Modelos logísticos univariados			Modelo logístico multivariado			Modelo logístico selecionado		
	OR	IC 95%	p-valor	OR	IC 95%	p-valor	OR	IC 95%	p-valor
Local: Petrópolis vs Niterói	0.403	0.159; 1.016	0.054	0.433	0.127; 1.479	0.182	0.359	0.130; 0.991	0.048
Idade			0.173			0.079			
Idade: Acima de 55 anos vs até 45 anos	2.259	0.748; 6.823	0.148	0.500	0.083; 3.012	0.449			
Idade: 45 a 55 anos vs até 45 anos	3.500	0.929; 13.180	0.064	2.803	0.507; 15.485	0.237			
Escolaridade: Ensino fundamental completo ou mais vs até o ensino fundamental incompleto	0.912	0.416; 2.002	0.819						
Hesitação: Presente vs Ausente	1.459	0.386; 5.518	0.578						
Jato fraco: Presente vs Ausente	1.827	0.574; 5.813	0.308						
Sensação de esvaziamento versical incompleto: Presente vs Ausente	3.106	1.375; 7.019	0.006	4.767	1.550; 14.659	0.006	4.897	1.896; 12.648	0.001
Perda pós-miccional: Presente vs Ausente	2.177	0.860; 5.512	0.101	2.023	0.567; 7.213	0.278			
POP[1] (sintoma) Presente vs Ausente	2.754	1.041; 7.288	0.041	4.844	1.345; 17.448	0.016			
PPA[2]: Estádio III ou IV vs até estádio II	0.862	0.252; 2.954	0.813						
Prolapso apical: Estádio III ou IV vs até estádio II	0.695	0.061; 7.914	0.769						
Incontinência fecal: Presente vs Ausente	1.244	0.246; 6.304	0.792						
Constipação (Bristol): Presente vs Ausente	2.200	0.699; 6.923	0.178	1.847	0.442; 7.718	0.400			
Constipação (Frequência): Presente vs Ausente	0.677	0.272; 1.685	0.401						
ITU recorrente[3]: Presente vs Ausente	2.927	0.633; 13.529	0.169	2.384	0.299; 19.021	0.412			
HAS[4]: Presente vs Ausente	2.244	1.015; 4.962	0.046	1.755	0.278; 11.093	0.550			
DM[5]: Presente vs Ausente	2.406	0.906; 6.390	0.078	6.018	0.125; 289.810	0.364			
Insuficiência venosa crônica: Presente vs Ausente	1.238	0.530; 2.892	0.623						
Depressão/ansiedade: Presente vs Ausente	3.160	0.687; 14.535	0.139	3.807	0.373; 38.824	0.259			
Número de comorbidades: Três ou mais vs até duas	3.072	1.367; 6.903	0.007	3.071	0.739; 12.757	0.123	4.621	1.807; 11.821	0.001
Antidepressivo: Presente vs Ausente	2.200	0.699; 6.923	0.178	0.564	0.074; 4.281	0.580			
Diurético: Presente vs Ausente	2.406	0.906;6.390	0.078	1.374	0.298; 6.330	0.683			
Bloqueador do canal de cálcio: Presente vs Ausente	1.827	0.574; 5.813	0.308						
BRA[6]: Presente vs Ausente	1.965	0.864; 4.469	0.107	0.698	0.121; 4.015	0.687			
Beta-bloqueador: Presente vs Ausente	1.709	0.535; 5.463	0.366						
Agente hipoglicemiante: Presente vs Ausente	2.297	0.864; 6.109	0.096	0.675	0.013; 35.205	0.845			
Insulina: Presente vs Ausente	2.176	0.252; 18.757	0.479						
IECA [7]: Presente vs Ausente	0.870	0.161; 4.705	0.871						
Polifarmácia: Cinco ou mais medicamentos vs Menos do que quatro	2.754	1.041; 7.288	0.041	1.200	0.258; 5.577	0.816			
IMC[8]			0.189			0.416			
IMC: Sobrepeso vs IMC normal	2.386	0.934; 6.098	0.069	2.602	0.643; 10.524	0.180			
IMC: Obesidade vs IMC normal	1.941	0.619; 6.089	0.255	2.282	0.371; 14.048	0.374			
Risco de AOS[9]: Moderado/Alto vs Baixo	2.647	1.189; 5.893	0.017	1,123	0.315; 4.005	0.858			
Noctúria 1: Uma ou mais vs nenhuma micção	1.027	0.435; 2.423	0.952						
Noctúria 2: Duas ou mais vs até uma micção	1.034	0.471; 2.271	0.934						
IUE[10]: Presente vs Ausente	0.992	0.356; 2.765	0.987						
IUU[11]: Presente vs Ausente	0.597	0.202; 1.762	0.350						
IUM[12]: Presente vs Ausente	1.366	0.624; 2.991	0.436						
SBH[13]: Presente vs Ausente	1.200	0.504; 2.855	0.680						
Cafeína (mg/dia)	0.996	0.991; 1.002	0.170	0.997	0.990; 1.003	0.288			
Tabaco (maços/ano)	1.000	0.972; 1.030	0.974						

[1]POP: Prolapso de Órgãos Pélvicos; [2]PPA: Prolapso de parede vaginal anterior; [3]ITU: Infecção do trato urinário; [4]HAS: Hipertensão arterial sistêmica; [5]DM: Diabetes Mellitus; [6]BRA: Bloqueador do receptor de angiotensina II; [7]IECA: Inibidor da enzima conversora da angiotensina; [8]IMC: Índice de massa corporal; [9]OSA: Apneia obstrutiva do sono; [10]IUE: Incontinência urinária de esforço; [11]IUU: Incontinência urinária de urgência; [12]IUM: Incontinência urinária mista; [13]SBH: Síndrome da bexiga hiperativa.

Tabela 3: Associação entre as características sociodemográficas e clínicas e a chance de autoavaliação negativa da qualidade de vida em mulheres atendidas em dois ambulatórios de uroginecologia (n=131). Niterói (RJ) e Petrópolis (RJ), 2021-2022.

Características	Modelos logísticos univariados			Modelo logístico multivariado			Modelo logístico selecionado		
	OR	IC 95%	p-valor	OR	IC 95%	p-valor	OR	IC 95%	p-valor
Local: Petrópolis vs Niterói	1.520	0.708; 3.262	0.283						
Idade			0.779						
Idade: Acima de 55 anos vs até 45 anos	0.912	0.301; 2.764	0.871						
Idade: 45 a 55 anos vs até 45 anos	1.228	0.361; 4.181	0.742						
Escolaridade: Ensino fundamental completo ou mais vs até o ensino fundamental incompleto	0.815	0.401; 1.658	0.573						
Hesitação: Presente vs Ausente	0.818	0.262; 2.551	0.729						
Jato fraco: Presente vs Ausente	1.361	0.546; 3.392	0.508						
Sensação de esvaziamento versical incompleto: Presente vs Ausente	1.640	0.795; 3.385	0.181	1.572	0.718;3.442	0.257			
Perda pós-miccional: Presente vs Ausente	1.881	0.888; 3.984	0.099	2.028	0.900;4.570	0.088			
POP[1] (sintoma) Presente vs Ausente	0.771	0.357; 1.666	0.509						
PPA[2]: Estádio III ou IV vs até estádio II	0.640	0.189; 2.163	0.473						
PPP[3]: Estádio III ou IV vs até estádio II	0.833	0.074; 9.437	0.883						
Prolapso apical: Estádio III ou IV vs até estádio II	0.833	0.074; 9.437	0.883						
Incontinência fecal: Presente vs Ausente	0.456	0.091; 2.288	0.340						
Constipação (Bristol): Presente vs Ausente	1.917	0.805; 4.566	0.142	2.399	0.937;6.144	0.068			
Constipação (Frequência): Presente vs Ausente	0.912	0.382; 2.175	0.835						
ITU recorrente[4]: Presente vs Ausente	1.583	0.567; 4.417	0.381						
HAS[5]: Presente vs Ausente	1.176	0.571; 2.421	0.660						
DM[6]: Presente vs Ausente	1.066	0.493; 2.306	0.871						
IC[7]: Presente vs Ausente	1.687	0.103; 27.604	0.714						
DRC[8]: Presente vs Ausente	3.447	0.304; 39.043	0.318						
IVC[9]: Presente vs Ausente	0.731	0.339; 1.575	0.424						
Depressão/ansiedade: Presente vs Ausente	0.814	0.285; 2.328	0.701						
Número de comorbidades: Três ou mais vs até duas	1.069	0.504; 2.268	0.861						
Antidepressivo: Presente vs Ausente	0.553	0.214; 1.430	0.221						
Diurético: Presente vs Ausente	0.558	0.248; 1.257	0.159	0.432	0.179;1.040	0.061			
Bloqueador do canal de cálcio: Presente vs Ausente	1.093	0.434; 2.753	0.851						
Benzodiazepínico: Presente vs Ausente	1.786	0.586; 5.438	0.308						
BRA[10]: Presente vs Ausente	0.698	0.340; 1.434	0.328						
Beta-bloqueador: Presente vs Ausente	1.194	0.469; 3.042	0.710						
Agente hipoglicemiante: Presente vs Ausente	0.699	0.314; 1.555	0.380						
Insulina: Presente vs Ausente	1.272	0.272; 5.936	0.760						
IECA[11]: Presente vs Ausente	1.272	0.272; 5.936	0.760						
Polifarmácia: Cinco ou mais medicamentos vs Menos que quatro	1.044	0.490; 2.226	0.911						
IMC[12]			0.516						
IMC: Sobrepeso vs IMC normal	1.576	0.614; 4.045	0.344						
IMC: Obesidade vs IMC normal	1.875	0.618; 5.690	0.267						
Risco de AOS[13]: Moderado/Alto vs Baixo	0.785	0.384; 1.608	0.509						
Noctúria 1: Uma ou mais vs nenhuma micção	0.756	0.350; 1.636	0.478						
Noctúria 2: Duas ou mais vs até uma micção	0.801	0.393; 1.633	0.541						
IUE[14]: Presente vs Ausente	0.688	0.261; 1.811	0.448						
IUU[15]: Presente vs Ausente	0.663	0.219; 2.010	0.468						
IUM[16]: Presente vs Ausente	1.096	0.537; 2.238	0.801						
SBH [17]: Presente vs Ausente	0.861	0.389; 1.904	0.711						
Cafeína (mg/dia)	0.994	0.989; 0.999	0.014	0.993	0.988;0.998	0.007	0.994	.989;0.999	0.014
Tabaco (maços/ano)	0.991	0.963; 1.021	0.557						

[1]POP: Prolapso de Órgãos Pélvicos; [2]PPA: Prolapso de parede vaginal anterior; [3]PPP: Prolapso de parede vaginal posterior; [4]ITU: Infecção do trato urinário; [5]HAS: Hipertensão arterial sistêmica; [6]DM: Diabetes Mellitus; [7]IC: Insuficiência cardíaca; [8]DRC: Doença renal crônica; [9]IVC: Insuficiência venosa crônica; [10]BRA: Bloqueador do receptor de angiotensina II; [11]IECA: Inibidor da enzima conversora da angiotensina; [12]IMC: Índice de massa corporal; [13]OSA: Apneia obstrutiva do sono; [14]IUE: Incontinência urinária de esforço; [15]IUU: Incontinência urinária de urgência; [16]IUM: Incontinência urinária mista; [17]SBH: Síndrome da bexiga hiperativa.

Tabela 4: Associação entre as características sociodemográficas e clínicas e a chance de menor satisfação com o sono em mulheres atendidas em dois ambulatórios de uroginecologia (n=131). Niterói (RJ) e Petrópolis (RJ), 2021-2022.

Características	Modelos logísticos univariados			Modelo logístico multivariado			Modelo logístico selecionado		
	OR	IC 95%	p-valor	OR	IC 95%	p-valor	OR	IC 95%	p-valor
Local: Petrópolis vs Niterói	1.174	0.563; 2.445	0.669						
Idade			0.097			0.528			
Idade: Acima de 55 anos vs até 45 anos	0.695	0.231; 2.090	0.517	0.786	0,219; 2,816	0,711			
Idade: 45 a 55 anos vs até 45 anos	1.875	0.517; 6.796	0.339	1.392	0.335; 5.785	0.649			
Escolaridade: Ensino fundamental completo ou mais vs até o ensino fundamental incompleto	1.324	0.655; 2.673	0.434						
Hesitação: Presente vs Ausente	0.986	0.329; 2.955	0.980						
Jato fraco: Presente vs Ausente	0.827	0.333; 2.057	0.683						
Sensação de esvaziamento versical incompleto: Presente vs Ausente	2.484	1.212; 5.091	0.013	2.255	1.005; 5.061	0.049	2.439	1.174; 5.067	0.017
Perda pós-miccional: Presente vs Ausente	2.407	1.077; 5.380	0.032	1.703	0.667; 4.349	0.266			
POP[1] (sintoma) Presente vs Ausente	0.953	0.451; 2.015	0.900						
PPA[2]: Estádio III ou IV vs até estádio II	0.625	0.206; 1.900	0.407						
PPP[3]: Estádio III ou IV vs até estádio II	1.325	0.117; 14.993	0.820						
Prolapso apical: Estádio III ou IV vs até estádio II	1.325	0.117; 14.993	0.820						
Incontinência fecal: Presente vs Ausente	0.811	0.207; 3.172	0.763						
Constipação (Bristol): Presente vs Ausente	1.310	0.534; 3.212	0.555						
Constipação (Frequência): Presente vs Ausente	0.847	0.363; 1.975	0.700						
ITU recorrente[4]: Presente vs Ausente	2.364	0.726; 7.698	0.153	2.400	0.633; 9.105	0.198			
HAS[5]: Presente vs Ausente	1.077	0.529; 2.191	0.838						
DM[6]: Presente vs Ausente	1.472	0.672; 3.222	0.334						
IVC[7]: Presente vs Ausente	0.427	0.203; 0.901	0.026	0.381	0.155; 0.936	0.035	0.437	0.203; 0.937	0.034
Depressão/ansiedade: Presente vs Ausente	1.373	0.481; 3.922	0.554						
Número de comorbidades: Três ou mais vs até duas	1.244	0.595; 2.599	0.562						
Antidepressivo: Presente vs Ausente	1.067	0.442; 2.575	0.886						
Diurético: Presente vs Ausente	1.076	0.499; 2.320	0.851						
Bloqueador do canal de cálcio: Presente vs Ausente	1.029	0.409; 2.587	0.951						
Benzodiazepínico: Presente vs Ausente	0.864	0.281; 2.652	0.798						
BRA[8]: Presente vs Ausente	1.300	0.640; 2.641	0.467						
Beta-bloqueador: Presente vs Ausente	0.941	0.370; 2.392	0.898						
Agente hipoglicemiante: Presente vs Ausente	1.389	0.632; 3.050	0.413						
Insulina: Presente vs Ausente	0.244	0.046; 1.309	0.100	0.216	0.032; 1.467	0.117			
IECA[9]: Presente vs Ausente	0.871	0.187; 4.062	0.861						
Polifarmácia: Cinco ou mais medicamentos vs Menos que quatro	0.824	0.391; 1.738	0.612						
IMC [10]			0.369						
IMC: Sobrepeso vs IMC normal	0.824	0.340; 1.995	0.667						
IMC: Obesidade vs IMC normal	1.618	0.529; 4.942	0.399						
Risco de AOS[11]: Moderado/Alto vs Baixo	1.596	0.784; 3.250	0.197	2.076	0.855; 5.043	0.106			
Noctúria 1: Uma ou mais vs nenhuma micção	1.818	0.846; 3.906	0.125	1.608	0.671; 3.853	0.287			
Noctúria 2: Duas ou mais vs até uma micção	1.195	0.590; 2.418	0.621						
IUE[12]: Presente vs Ausente	1.029	0.409; 2.587	0.951						
IUU[13]: Presente vs Ausente	0.932	0.331; 2.626	0.894						
IUM[14]: Presente vs Ausente	1.469	0.726; 2.973	0.285						
SBH [15]: Presente vs Ausente	1.646	0.753; 3.599	0.212						
Cafeína (mg/dia)	1.000	0.996; 1.005	0.903						
Tabaco (maços/ano)	0.971	0.939; 1.004	0.080	0.971	0.935; 1.009	0.130			

[1]POP: Prolapso de Órgãos Pélvicos; [2]PPA: Prolapso de parede vaginal anterior; [3]PPP: Prolapso de parede vaginal posterior; [4]ITU: Infecção do trato urinário; [5]HAS: Hipertensão arterial sistêmica; [6]DM: Diabetes Mellitus; [7]IVC: Insuficiência venosa crônica; [8]BRA: Bloqueador do receptor de angiotensina II; [9]IECA: Inibidor da enzima conversora da angiotensina; [10]IMC: Índice de massa corporal; [11]OSA: Apneia obstrutiva do sono; [12]IUE: Incontinência urinária de esforço; [13]IUU: Incontinência urinária de urgência; [14]IUM: Incontinência urinária mista; [15]SBH: Síndrome da bexiga hiperativa.

DISCUSSÃO

A presença de sensação de esvaziamento vesical incompleto esteve associada a uma chance 4,5 vezes maior de reportar uma satisfação reduzida com a saúde. Não foi encontrada associação entre noctúria e o desfecho.

Maserejian et al.[20] conduziram um estudo na população geral dos EUA que avaliou a prevalência dos sintomas pós-miccionais, a associação destes com outros sintomas urinários e com a QV relacionada à saúde. As mulheres com sintomas pós-miccionais apresentaram piores escores de saúde física e maior interferência nas atividades quando comparadas àquelas sem os sintomas usando o 12-*Item Short-Form Health Survey* (SF-12) mesmo ajustando o modelo estatístico para outros sintomas urinários isolados. Tais resultados corroboram os achados do presente estudo.

Outra variável que esteve associada a uma chance aumentada de reportar menor satisfação com a saúde foi a presença de três ou mais comorbidades quando comparada com a presença de até duas comorbidades. Makovski et al.[7], em metanálise de quatro estudos que também utilizaram o WHOQoL-BREF para avaliar a associação entre número de comorbidades e QV, identificaram um declínio de 4,37% nos escores do domínio físico e de 1,57% nos escores do domínio mental a cada comorbidade adicional.

Uma compreensão abrangente da associação entre residir na cidade de Petrópolis e a menor chance, comparado com residir em Niterói, de relatar menor satisfação com a saúde demandaria a investigação de uma série de variáveis fora do escopo do presente estudo, incluindo fatores ambientais e socioeconômicos, assim como potenciais diferenças relacionadas ao acesso aos serviços de saúde entre as duas cidades[21].

Com relação à QV, o consumo de cafeína apresentou efeito protetor, de forma que cada miligrama adicional consumido reduziu em cerca de 1% a chance de referir pior QV. Embora algumas evidências apontem que a cafeína pode agravar alguns sintomas urinários, como a urgência, também se sabe que a substância possui uma série de efeitos benéficos, inclusive sendo uma adjuvante no tratamento da dor.

Tendo em vista que as participantes do presente estudo consumiram, em média, 163.6 mg/dia e a *European Food Safety Authority* considera seguro um consumo de até 400 mg/dia por adultos, os efeitos globais da cafeína podem ter suplantado o impacto de um potencial prejuízo nos sintomas urinários na QV[22,23]. O consumo de cafeína não precisa ser contraindicado em pacientes com noctúria. Um consumo parcimonioso da substância pode melhorar a autopercepção da QV, desde que não haja quaisquer contraindicações.

Na análise da satisfação com o sono, a sensação de esvaziamento vesical incompleto esteve associada a uma satisfação menor. Tal relação pode ser mediada pela noctúria, que embora não tenha se mostrado associada ao desfecho no presente estudo, aumentou em cerca de duas vezes a chance de uma pior qualidade do sono no trabalho conduzido por Choi et al.[6]. A noctúria pode se fazer presente tanto na síndrome da bexiga hipoativa quanto na síndrome da bexiga hiperativa. Uma mesma paciente pode, inclusive, apresentar ambas as síndromes concomitantemente[3].

A presença de insuficiência venosa crônica, contrariamente ao esperado, mostrou conferir proteção contra uma menor satisfação com o sono. A insuficiência venosa crônica é uma das comorbidades que favorecem à noctúria devido a um aumento do retorno venoso quando em decúbito. Yeldan et al.[24] observaram uma correlação positiva entre a gravidade da IVC e uma pior qualidade do sono (aferidas, respectivamente, pelo *Venous Clinical Severity Score* e pelo *Pittsburg Sleep Quality Index*). Além do presente estudo não ter classificado as participantes segundo a gravidade da doença, também não incluiu nas variáveis independentes a prática de atividade física, uma das medidas comportamentais recomendadas a pacientes com IVC para o alívio dos sintomas e que por si só influencia a qualidade do sono.

Por fim, observou-se uma correlação positiva entre o número de micções e as escalas numérica e visual analógica de incômodo com o sintoma. De forma concordante, Azuero et al.[4] identificaram um prejuízo severo à QV em 20,4% dos participantes que relataram três micções, contra 3,4% e 0,5% daqueles com uma e com duas micções, respectivamente. Portanto, a noctúria possui um impacto específico na QV.

A relevância deste trabalho se deve ao número reduzido de estudos que têm avaliado os STUI no estado do Rio de Janeiro e STUI na população atendida em ambulatórios de uroginecologia. Além disso, merece destaque o número de fatores clínicos, sociodemográficos e comportamentais estudados.

Algumas limitações do estudo precisam ser explicitadas. Uma vez que a amostragem foi de conveniência em ambulatórios de uroginecologia, as prevalências dos STUI podem ser mais elevadas que na população geral. Não foi possível estudar possíveis associações envolvendo a atrofia pós-menopausa como variável, uma vez que um importante percentual das participantes possuía história de histerectomia, sendo difícil determinar o momento preciso da menopausa.

As comorbidades avaliadas foram aquelas relatadas pelas pacientes, o que pode ter interferido na prevalência delas. Não foi possível diagnosticar doença renal crônica em estágios iniciais, nem classificar o status de compensação do diabetes nas participantes portadoras do mesmo, ambas condições sabidamente associadas à noctúria.

Conclusão

A sensação de esvaziamento vesical incompleto mostrou-se associada a uma menor satisfação com a saúde e com o sono, merecendo importância na avaliação global da mulher idosa em consultório e em futuras pesquisas envolvendo os STUI.

A multimorbidade esteve associada a uma menor satisfação com a saúde e as mediações dessa relação precisam ser estudadas, dado o aumento da prevalência da mesma que acompanha o envelhecimento da população.

Embora não tenha sido evidenciado impacto da noctúria na autopercepção geral da QV e na satisfação com a saúde e com o sono, a condição apresentou um impacto específico na QV.

REFERÊNCIAS

1. Hashim H, Blanker MH, Drake MJ, Djurhuus JC, Meijlink J, Morris V, et al. International Continence Society (ICS) report on the terminology for nocturia and nocturnal lower urinary tract function. Neurourol Urodyn. 2019;38(2):499-508. https://doi.org/10.1002/nau.23917

2. Everaert K, Hervé F, Bower W, Djurhuus JC, Dmochowski R, Fine N, et al. How can we develop a more clinically useful and robust algorithm for diagnosing and treating nocturia? ICI-RS 2017. Neurourol Urodyn. 2018;37(S4):S46-59. https://doi.org/10.1002/nau.23569

3. Offiah I, Drake MJ, Gammie A. Implications of Underactive Bladder Syndrome for Nocturia. Do We Need Urodynamic Assessment? Eur Urol Focus. 2022;8(1):86-8. https://doi.org/10.1016/j.euf.2021.12.013

4. Azuero J, Santander J, Trujillo CG, Caicedo JI, Zuluaga L, Becerra AM, et al. Potential associations of adult nocturia. Results from a national prevalence study. Neurourol Urodyn. 2021;40(3):819-28. https://doi.org/10.1002/nau.24624

5. Soler R, Averbeck MA, Koyama MAH, Gomes CM. Impact of LUTS on treatment-related behaviors and quality of life: A population-based study in Brazil. Neurourol Urodyn. 2019;38(6):1579-87. https://doi.org/10.1002/nau.24004

6. Choi EPH, Wan EYF, Kwok JYY, Chin WY, Lam CLK. The mediating role of sleep quality in the association between nocturia and health-related quality of life. Health Qual Life Outcomes. 2019;17(1):181. https://doi.org/10.1186/s12955-019-1251-5

7. Makovski TT, Schmitz S, Zeegers MP, Stranges S, van den Akker M. Multimorbidity and quality of life: Systematic literature review and meta-analysis. Ageing Res Rev. 2019;53:100903. https://doi.org/10.1016/j.arr.2019.04.005

8. Huaquía-Díaz AM, Chalán-Dávila TS, Carrillo-Larco RM, Bernabe-Ortiz A. Multimorbidity in Latin America and the Caribbean: a systematic review and meta-analysis. BMJ Open. 2021;11(7):e050409. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-050409

9. Pacheco AHRN, Araujo DMR, Lacerda EMA, Kac G. Consumo de cafeína por grávidas usuárias de uma Unidade Básica de Saúde no município do Rio de Janeiro. Rev Bras Ginecol Obstet. 2008;30(5):232-40. https://doi.org/10.1590/s0100-72032008000500005

10. Aziz I, Whitehead WE, Palsson OS, Törnblom H, Simrén M. An approach to the diagnosis and management of Rome IV functional disorders of chronic constipation. Expert Rev Gastroenterol Hepatol. 2020;14(1):39-46. https://doi.org/10.1080/17474124.2020.1708718

11. International Continence Society (ICS). ICS Glossary. Available from: https://www.ics.org/glossary

12. Flynn KE, Wiseman JB, Helmuth ME, Smith AR, Bradley CS, Cameron AP, et al. Comparing clinical bladder diaries and recalled patient reports for measuring lower urinary tract symptoms in the symptoms of Lower Urinary Tract Dysfunction Research Network (LURN). Neurourol Urodyn. 2022;41(8):1711-21. https://doi.org/10.1002/nau.25030

13. Wilson H, Mannix S, Oko-osi H, Revicki DA. The Impact of Medication on Health-Related Quality of Life in Patients with Generalized Anxiety Disorder. CNS Drugs. 2015;29(1):29-40. https://doi.org/10.1007/s40263-014-0217-8

14. Fonseca LBM, Silveira EA, Lima NM, Rabahi MF. STOP-Bang questionnaire: translation to Portuguese and cross-cultural adaptation for use in Brazil. J Bras Pneumol. 2016;42(4):266-72. https://doi.org/10.1590/S1806-37562015000000243

15. Delara M, Murray L, Jafari B, Bahji A, Goodarzi Z, Kirkham J, et al. Prevalence and factors associated with Polifarmácia: a systematic review and meta-analysis. BMC Geriatr. 2022;22(1):601. https://doi.org/10.1186/s12877-022-03279-x

16. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Protocolos do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN na assistência à saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

17. Madhu C, Swift S, Moloney-Geany S, Drake MJ. How to use the Pelvic Organ Prolapse Quantification (POP-Q) system? Neurourol Urodyn. 2018;37(S6):S39-43. https://doi.org/10.1002/nau.23740

18. Fleck MP, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, Santos L, et al. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-bref". Rev Saude Publica. 2000;34(2):178-83. https://doi.org/10.1590/s0034-89102000000200012

19. Pereira SB, Thiel RRC, Riccetto C, Silva JM, Pereira LC, Herrmann V, et al. Validação do International Consultation on Incontinence Questionnaire Overactive Bladder (ICIQ-OAB) para a língua portuguesa. Rev Bras Ginecol Obstet. 2010;32(6):273-8. https://doi.org/10.1590/s0100-72032010000600004

20. Maserejian NN, Kupelian V, McVary KT, Doshi M, Link CL, McKinlay JB. Prevalence of post-micturition symptoms in association with lower urinary tract symptoms and health-related quality of life in men and women. BJU Int. 2011;108(9):1452-8. https://doi.org/10.1111/j.1464-410X.2010.10014.x

21. Yoon K, Lee M. Factors influencing the health satisfaction of users of public health and medical institutions in South Korea. Front Public Health. 2023;10:1079347. https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.1079347

22. Le Berre M, Presse N, Morin M, Larouche M, Campeau L, Hu YX, et al. What do we really know about the role of caffeine in urinary tract symptoms? A scoping review on caffeine consumption and lower urinary tract symptoms in adults. Neurourol Urodyn. 2020;39(5):1217-33. https://doi.org/10.1002/nau.24344

23. Saraiva SM, Jacinto TA, Gonçalves AC, Gaspar D, Silva LR. Overview of Caffeine Effects on Human Health and Emerging Delivery Strategies. Pharmaceuticals (Basel). 2023;16(8):1067. https://doi.org/10.3390/ph16081067

24. I Y, Karakelle SG, Aydın GT, R M, T O, Iu A. The relationship between clinical severity and outcome measures in patients with Insuficiência venosa crônica with or without leg ulcer. J Tissue Viability. 2021;30(3):310-16. https://doi.org/10.1016/j.jtv.2021.06.002