

Maria Inês dos Santos Costa

Adaptação cultural e linguística do *Protection, Amount, Frequency, Adjustment, Body image* (PRAFAB) para o português europeu

**Projeto elaborado com vista à obtenção
do grau de Mestre em Fisioterapia,
na Especialidade de Saúde da Mulher**

Orientador: Professor Doutor Rui Miguel Monteiro Soles Gonçalves

Coorientador: Professor António Manuel Fernandes Lopes

abril, 2021

Maria Inês dos Santos Costa

Adaptação cultural e linguística do *Protection, Amount, Frequency, Adjustment, Body image* (PRAFAB) para o português europeu

**Projeto elaborado com vista à obtenção
do grau de Mestre em Fisioterapia,
na Especialidade de Saúde da Mulher**

Orientador: Professor Doutor Rui Miguel Monteiro Soles Gonçalves

Coorientador: Professor António Manuel Fernandes Lopes

Júri:

Presidente: Professora Doutora Ana Isabel Correia Matos de Ferreira Vieira
Professora Adjunta da Escola Superior de Saúde do Alcoitão

Vogais: Professor Doutor Rui Miguel Monteiro Soles Gonçalves
Professor Coordenador da Escola Superior de Tecnologias e
Saúde de Coimbra, Fisioterapeuta

Professora Doutora Paula Clara Ribeiro Santos,
Professor Adjunto na Escola Superior de Saúde do Politécnico do Porto,
Fisioterapeuta

julho, 2021

Resumo:

Introdução: A severidade da incontinência urinária deve ser tida em conta nos algoritmos terapêuticos e no processo de tomada de decisão. O instrumento de medição *Protection, Amount, Frequency, Adjustment, Body image* (PRAFAB) mensura a severidade da incontinência urinária feminina. O objetivo deste estudo é adaptar cultural e linguisticamente a versão original do PRAFAB para o português europeu.

Metodologia: O processo de adaptação cultural e linguística realizou-se em duas fases: Equivalência semântica, constituída pela tradução e retroversão; Validação de conteúdo, que consistiu na revisão clínica da qualidade da tradução por uma Médica e uma Fisioterapeuta consideradas especialistas na área, e no pré-teste cognitivo, usando uma amostra de 15 mulheres com Incontinência Urinária.

Resultados: Foi obtida a equivalência semântica e de conteúdo. Duas traduções e uma retroversão serviram de base à obtenção de uma versão modificada na língua portuguesa. Não foram identificados problemas pelas clínicas. A amostra do pré-teste considerou o questionário curto, compreensível e adequado à população a que se dirige. O tempo de preenchimento médio do PRAFAB foi de 1,74 \pm 1,01 minutos.

Conclusão: O PRAFAB foi adaptado cultural e linguisticamente para o português europeu, dando origem à versão portuguesa denominada por: Questionário PRAFAB de determinação da severidade da perda de urina.

Palavras-chave: Incontinência urinária; PRAFAB; Severidade; Medida de resultados reportados pelo utente; Adaptação cultural e linguística; Saúde da Mulher.

Abstract:

Introduction: The severity of urinary incontinence must be considered in the therapeutic algorithms and in the decision-making process. The measuring instrument *Protection, Amount, Frequency, Adjustment, Body image* (PRAFAB) measures the severity of female urinary incontinence. The aim of this study is to cross-cultural and linguistic adapt the original version of PRAFAB to European Portuguese.

Methodology: The process of cultural and linguistic adaptation took place in two phases: Semantic equivalence, consisting of translation and retroversion; Content validation, which consisted of a clinical review of the quality of the translation produced by a Doctor and a Physiotherapist considered experts in the field, and in the cognitive pre-test, using a sample of 15 women with Urinary Incontinence.

Results: Semantic and content equivalence was obtained. Two translations and a retroversion served as the basis for obtaining a modified version in the European Portuguese. No problems were identified by clinicians. The pre-test sample considered the questionnaire to be short, comprehensible, and appropriate to the population to which it was addressed. The mean filling time for PRAFAB was 1.74 ± 1.01 minutes.

Conclusion: PRAFAB was culturally and linguistically adapted to European Portuguese, giving rise to the Portuguese version called: Questionário PRAFAB de determinação da severidade da perda de urina.

Keywords: Urinary incontinence; PRAFAB; Severity; Patient-reported outcome measure; Cross-cultural and linguistic adaptation; Women's Health.

Introdução

A incontinência urinária (IU) é definida como qualquer perda involuntária de urina (Abrams *et al.*, 2002). Os três tipos de IU mais frequentes são a IU de Esforço, a IU de Urgência e a IU mista. A incontinência urinária de esforço (IUE) é caracterizada por uma perda involuntária de urina síncrona com um aumento súbito da pressão abdominal (Haylen *et al.*, 2011; Abrams *et al.*, 2002). A IU de urgência (IUU) é associada ao sintoma de urgência urinária, devido a um desejo súbito e inadiável de urinar. Por fim, a IU mista (IUM) é a ocorrência simultânea da IUE e de IUU (Haylen *et al.*, 2011).

A nível mundial, estima-se que 423 milhões de pessoas sofram de IU, correspondendo a 8,7% da população (Irwin, Kopp, Agatep, Milsom & Abrams, 2011; Milsom & Gyhagen, 2019). A IU feminina apresenta uma taxa de prevalência média no Mundo de 27,6%, calculada através de estudos de base populacional realizados nos cinco continentes (Minassian, Drutz & Al-Badr, 2003). Na Europa, o tipo mais prevalente nas mulheres é a IUE, com taxas que variam entre 13 e os 50%, seguida da IU mista e da IUU (Cerruto, D'Elia, Aloisi, Fabrello & Artibani, 2013; Minassian *et al.*, 2003). Em Portugal, segundo o Inquérito Nacional de Saúde de 2014, esta patologia afeta 9,6% das mulheres residentes em Portugal, sendo mais prevalente na faixa etária entre os 75 e os 84 anos. Por outro lado, o número de casos em Portugal vai aumentando progressivamente com a idade, até aos 84 anos (Inquérito Nacional de Saúde, 2014). Outro estudo reportou taxas de prevalência superiores, sendo que 21,4% das mulheres portuguesas, com idade igual ou superior a 40 anos, sofrem de IU. A IUE é a mais comum (42,2%) (Correia, Dinis, Rolo & Lunet, 2009).

A IU tem um grande impacto no estado de saúde dos indivíduos, afetando as três dimensões da Classificação Internacional de Funcionalidade (CIF) (Organização Mundial da Saúde, 2001).

A nível das estruturas e funções corporais, sabe-se que a cronicidade das perdas de urina aumenta a frequência de infeções do trato urinário (Moore, Jackson, Boyko, Scholes & Fihn, 2008). Por outro lado, os indivíduos com IUU apresentam distúrbios do sono (68,6%) e reportam maiores níveis de fadiga (Ge, Vetter & Lai, 2017). A nível psíquico, a depressão e a ansiedade são mais prevalentes em mulheres incontinentes (Felde, Ebbesen & Hunskaar, 2015). Uma imagem corporal negativa é muito frequente, atingindo 79,4% da população feminina com IU (Gümüşsoy, Kavlak & Dönmez, 2019).

Nas atividades, as perdas urinárias podem causar um impacto negativo no desempenho laboral das mulheres, levando à incapacidade de realizar tarefas físicas (29%) e à interrupção do trabalho para idas frequentes à casa de banho (34%) (Fultz *et al.*, 2005).

Em relação à participação, a IU faz com que as mulheres restrinjam as suas atividades recreacionais, afetando 25,6% das incontinentes de meia-idade (48 aos 53 anos) e 19,1% das idosas (73 aos 79 anos) (Brown & Miller, 2001). Do mesmo modo, esta condição é considerada uma barreira para a prática de exercício físico, sendo que as mulheres com IU severa apresentam uma probabilidade 2,64 vezes

maior de serem insuficientemente ativas do que as continentais (Nygaard *et al.*, 2005). Por outro lado, Margareta, Ann e Othn (2009) verificaram que 38% das mulheres referem que a patologia tem um efeito negativo nas suas relações conjugais. A disfunção sexual afeta 50% desta população (Nilsson, Lalos, Lindkvist & Lalos, 2011).

A IU torna-se assim, num problema de grande impacto que afeta negativamente o bem-estar psicológico, as atividades e a participação social, bem como os relacionamentos sexuais e interpessoais, tendo como consequência uma diminuição da sua qualidade de vida (Bartoli, Aguzzi & Tarricone, 2010). Em Portugal, 20,8% das mulheres relataram que a IU tinha um impacto moderado na sua qualidade de vida (QV), enquanto que 40,2% e 32,9% indicaram um impacto sério e muito sério, respetivamente (Amaral, Coutinho, Nelas, Chaves & Duarte, 2015). Apesar da sua prevalência e impacto no estado de saúde, em grande parte os profissionais de saúde e a população desconhecem que a incontinência urinária é uma doença (Tikkinen, Leinonen, Guyatt, Ebrahim & Järvinen, 2012). Esta falta de consciência está enraizada no equívoco de que a IU representa uma consequência natural do envelhecimento ou do parto (Mitteness, 1990; Wagg, Kendall & Bunn, 2017).

Prevê-se que o número de indivíduos com IU cresça exponencialmente, como consequência do aumento da esperança média de vida e do incremento da obesidade mundial (Wu, Hundley, Fulton & Myers, 2009; Milsom & Gyhagen, 2019; Mishra, Hardy, Cardozo & Kuh, 2008). Portanto, prevê-se uma maior prevalência da IU e consequentemente uma sobrecarga significativa em termos de saúde pública destas condições, estimando-se que, entre 2010 e 2030, a necessidade de cuidados de saúde devido a distúrbios do pavimento pélvico aumente 35%, nos Estados Unidos da América (Milsom & Gyhagen, 2019; Kirby, Lubber & Menefee, 2013).

O tratamento conservador, que inclui a Fisioterapia, é considerado a abordagem de primeira linha para as mulheres com IU, sendo que a avaliação nesta área deve ser holística, sistemática e estruturada (Abrams *et al.*, 2018; Berghmans, Seleme & Bernards, 2020). O objetivo do diagnóstico é examinar a natureza e severidade da IU e avaliar até que ponto pode ser modificada. Deve-se descrever os problemas de saúde baseados na CIF, assim como identificar fatores pessoais e ambientais relevantes (Bernards *et al.*, 2011). As informações podem ser obtidas através da história clínica, questionários validados, diários miccionais e exame físico (Berghmans *et al.*, 2020).

A medição é uma parte essencial e integrante da prática do Fisioterapeuta (American Physical Therapy Association's (APTA), 2014). A utilização de testes e medidas permite: identificar alterações de estrutura e função e a sua relação com limitações de atividade ou restrições na participação; estabelecer o diagnóstico, prognóstico e selecionar o plano de tratamento; avaliar as mudanças no estado de saúde dos utentes; e mensurar os resultados da intervenção (APTA, 2011). Atualmente, existe uma crescente necessidade da abordagem centrada na pessoa, o que estimula a autogestão da

sua condição e melhora a experiência com o serviço de Fisioterapia (Greenhalgh, 2008; Coyle & Carpenter, 2011). A utilização de instrumentos de medição reportados pelo utente tem como objetivos garantir o envolvimento deste no processo de tomada de decisão sobre os cuidados de saúde (Sloan *et al.*, 2007; Refolo, Sacchini & Spagnolo, 2012). Permite ainda, uma avaliação sistemática da perspetiva da pessoa, de forma a fornecer informações que podem ser perdidas durante a entrevista clínica (United States Department of Health and Human Services, Food and Drug Administration (HHS, FDA), 2006).

Os instrumentos de medição de resultados reportados pelo utente, mencionados na literatura anglo-saxónica como *Patient Reported Outcome Measures* (PROMs), definem-se como os protocolos da medição de qualquer aspeto da condição de saúde obtido diretamente do mesmo, sem a interpretação das respostas dadas por um profissional de saúde (HHS, FDA, 2006). Os PROMs são geralmente divididos em duas categorias, os genéricos e os específicos, sendo que os primeiros são multidimensionais e medem o bem-estar de todos os tipos de utentes, independentemente do distúrbio ou doença. A sua desvantagem é que nem sempre têm poder de resposta para medir a evolução clínica de um utente (Calvert & Freemantle, 2003; Habashy & Mahdy, 2019). Os PROMs específicos concentram-se numa doença ou população específica e abordam as preocupações e sintomas mais relevantes para as pessoas. Podem ser divididos em: específicos de doença ou condição de saúde; região do corpo; de dimensão; específicos do utente (Fitzpatrick, Davey, Buxton & Jones, 1998). Tendem a ser mais responsivos na monitorização de sintomas e nas mudanças na condição do utente e são, portanto, mais adequados na medição dos resultados individuais (Kyte *et al.*, 2015; Schifferdecker *et al.*, 2018).

Na Fisioterapia, os PROMs auxiliam o processo de raciocínio clínico, devendo ser usados, em conjunto com o utente, na identificação dos principais problemas e suas implicações nas dimensões da CIF. Consequentemente, ajudam a estabelecer objetivos de tratamento e a monitorizar os resultados da intervenção (Kyte *et al.*, 2015). Na investigação, os PROMs são frequentemente utilizados pois garantem que os estudos obtêm melhores informações sobre os aspetos importantes da recuperação para as pessoas, assim como suportam a efetividade do tratamento (Kyte *et al.*, 2015; Wedge *et al.*, 2011). Assim, os questionários têm de ser de utilização fácil, fiáveis, válidos e sensíveis às mudanças do estado de saúde, assim como adequados para medir os aspetos mais importantes para a população a que se destinam (Kyte *et al.*, 2015; Abrams *et al.*, 2018).

Os PROMs são o método mais adequado para avaliar a perspetiva da utente sobre a presença e severidade dos sinais e sintomas da IU, o impacto na sua vida, o benefício do tratamento e a QV relacionada com a saúde. Estes instrumentos fornecem um método padronizado de recolha de dados

e uma avaliação objetiva dos fenómenos descritos pelas mulheres (Abrams *et al.*, 2018; Habashy & Mahdy, 2019).

É amplamente reconhecido que a severidade da IU deve ser tida em conta nos algoritmos terapêuticos e no processo de tomada de decisão, visto que este parâmetro afeta negativamente a QV das mulheres incontinentes (Monz *et al.*, 2007). A severidade é determinada pela frequência e magnitude da perda involuntária de urina, uso de produtos absorventes e consequências para a vida quotidiana (Berghmans *et al.*, 2020). O Fisioterapeuta deve registar os aspetos mencionados anteriormente e monitorizar as suas alterações para poder avaliar o efeito do tratamento (Bernards *et al.*, 2011). Por outro lado, a estratificação da doença por severidade é uma prática clínica comum, facilitando a comunicação entre profissionais e permitindo a comparação de resultados entre diferentes tratamentos. De um modo geral, as classificações de severidade constituem meios importantes para agrupar utentes, orientando os processos de tomada de decisão a nível diagnóstico e terapêutico (Monz *et al.*, 2007). Por outro lado, a severidade deve ser considerada aquando do aconselhamento da utente, de modo a que concorde com o tratamento mais adequado para atender às suas expectativas. Deste modo, pode reduzir-se a pressão sobre os serviços clínicos, sendo também mais económico a longo prazo (Obloza, Teo, Marriott, Parker & Tincello, 2018).

A severidade da IU feminina pode ser avaliada por diversos questionários nomeadamente, o *Incontinence Severity Index (ISI)*, o *International Consultation on Incontinence Questionnaire-Urinary Incontinence Short Form (ICIQ-UI SF)*, e o *Protection, Amount, Frequency, Adjustment, Body image (PRAFAB)*. O ISI foi criado por Sandvik *et al.* (1993) para avaliar mulheres incontinentes, sendo um instrumento de autopreenchimento muito breve, composto por duas questões de escolha múltipla sobre a frequência e quantidade da perda urinária. Atualmente, este instrumento é utilizado maioritariamente em estudos epidemiológicos (Hannestad, Rortveit, Sandvik & Hunskaar, 2000). Sabe-se que a severidade medida através da frequência e quantidade da perda de urina, por si só, é um fraco preditor de possíveis limitações das atividades de vida diária assim como, do impacto psicossocial e da perceção de QV (Avery *et al.*, 2004; Amarenco *et al.*, 2003). Compreende-se ainda que, o modo como as utentes percebem as consequências da IU é importante, já que essa experiência faz parte do problema de saúde, pois uma incontinência leve pode ter efeitos consideráveis na QV (Fultz, *et al.*, 2003; Brittain, Perry & Williams, 2001). Por outro lado, não foi estudada a correlação entre a pontuação total deste questionário com melhorias do estado de saúde. O ICIQ-UI SF é um instrumento de autopreenchimento utilizado para avaliar a frequência, a gravidade e o impacto na QV da IU em homens e mulheres (Avery *et al.*, 2004). Este questionário apresenta quatro questões, que solicitam aos inquiridos que relatem a média dos seus sintomas nas últimas quatro semanas. As questões abordam a frequência das perdas urinárias, a quantidade de urina e ainda o impacto global

da IU. As desvantagens prendem-se com o facto de: não incluir um item relativo ao momento de ocorrência das perdas, pois o impacto da IU na vida dos utentes varia consoante isso (Bernards *et al.*, 2011); ter de ser muitas vezes associado ao *International Consultation on Incontinence Questionnaire- Female Lower Urinary Tract Symptoms Modules*, que apresenta 12 itens e requer mais tempo a preencher; poder haver um viés de memória pois é necessário reportar a sua sintomatologia por um período largo de tempo; e por fim, não se conhece a sua correlação com as melhorias no estado de saúde. Além disto, aplica-se a ambos os sexos, sendo que o impacto da IU e a perceção do estado de saúde é diferente entre homens e mulheres (Coyne *et al.*, 2008; Fultz, *et al.*, 2003). A *International Continence Society* atribuiu um grau de recomendação C ao ISI, enquanto a ICIQ-UI SF possui um grau A (Abrams *et al.*, 2018). Ambas as escalas não foram traduzidas nem adaptadas para o português europeu.

Um instrumento que avalia a perda de urina e o seu impacto na vida da mulher é o questionário PRAFAB. Este consiste numa escala ordinal que mensura a severidade da IU feminina. O instrumento de autopreenchimento foi criado pelo Médico Ginecologista e Obstetra, Dr. Mark Vierhout, no *Radboud University Medical Centre*. É constituído por dois domínios, um objetivo e outro subjetivo: a escala de severidade da perda urinária, composta pelas três primeiras questões e a escala de impacto percebida, pelas duas últimas (Vierhout, 1990). Este instrumento contém questões sobre o uso de produtos absorventes (*Protection*), a quantidade de urina perdida involuntariamente (*Amount*) e a frequência das perdas (*Frequency*). Além disso, regista o impacto da IU em termos mais subjetivos: a forma como a utente se ajusta à perda de urina nas suas atividades de vida diária (*Adjustment*) e as consequências da incontinência para a imagem corporal (*Body image*) (Vierhout, 1990; Bernards *et al.*, 2011). Assim, o PRAFAB combina os principais problemas objetivos e subjetivos da IU (Berghmans, Bernards, Hendriks, Bø & Gruppings, 1998). É composto por cinco questões de escolha múltipla, com quatro opções de resposta, sendo que as respostas a cada questão são descritores verbais e estão enumeradas de um a quatro pontos numa escala de Likert, de menor a maior gravidade, respetivamente. A pontuação total é calculada através da soma do valor de cada item, sendo a mínima de cinco pontos e a máxima de 20 (Vierhout, 1990). Este instrumento consegue discriminar se a IU é severa, quando a pontuação é maior ou igual a 14 pontos, e não severa se for inferior a 14 pontos. Atualmente, é amplamente utilizado nos Países Baixos por Fisioterapeutas e Investigadores (Hendriks, Bernards, Berghmans & de Bie, 2007).

As propriedades psicométricas do PRAFAB foram estudadas em termos de validade, fiabilidade e sensibilidade à mudança. A estrutura de cinco questões do PRAFAB foi avaliada através de uma análise fatorial exploratória, usando o método das componentes principais. Os componentes variaram entre 0,52 e 0,88 (*oblmax*), confirmando a adequação da pontuação total do PRAFAB. Por outro lado,

os resultados indicaram que, separando os itens do questionário, estes irão medir diferentes aspetos da severidade e do impacto da IU na vida diária das utentes, com cargas fatoriais superiores a 0,30 e inter-correlações entre 0,3 e 0,9. A consistência interna do instrumento é excelente (α Cronbach superior a 0,80 e inferior a 0,9), revelada através de um α Cronbach de 0,82 para ambos os grupos de IUE e IUU (Hendriks *et al.*, 2007; Nunnally & Bernstein, 1994). A fiabilidade medida através do teste-reteste, num intervalo de 10 dias, revelou um coeficiente de correlação intraclassa de 0,95 e 0,93, para as mulheres com IU de esforço e de urgência, respetivamente (Hendriks *et al.*, 2007). Segundo Fitzpatrick *et al.* (1998), estes valores são considerados excelentes pois são iguais ou superiores a 0,75. Os itens individuais da escala apresentam uma excelente concordância, pois têm valores do coeficiente de kappa iguais ou superiores a 0,75 (Hendriks *et al.*, 2007; Fleiss, Levin & Paik, 2013). A validade de construção foi examinada através da pontuação total obtida na avaliação inicial. As pontuações totais do questionário mais elevadas eram esperadas em pacientes com IUU (média=13) em relação à IUE (média=11), com um valor de p significativo ($p < 0,05$). Por outro lado, o primeiro grupo de mulheres, apresenta ainda, valores mais elevados nos itens “*frequency*” e “*body image*” ($p < 0,05$). As pacientes submetidas a cirurgias demonstraram valores mais altos em todos os itens do questionário, comparativamente ao grupo não cirúrgico, havendo uma diferença significativa entre ambos ($p < 0,03$). As mulheres com comorbilidades apresentaram pontuações totais mais elevadas no PRAFAB em ambos os tipos de IU ($p < 0,01$), com uma média de 14,6 e 13,6 pontos, para o grupo da IUU e IUE, respetivamente. Foram ainda encontradas, diferenças significativas nos itens individuais do questionário entre os dois tipos de IU. As questões “*protection*” ($p = 0,04$) e “*amount*” ($p = 0,001$) no grupo da IUE demonstraram valores de p significativos relativamente ao grupo da IUU. Em contrapartida, os itens “*frequency*” ($p = 0,001$) e “*adjustment*” ($p = 0,02$) em mulheres com IUU, revelaram diferenças muito significativas e significativas, respetivamente. As mulheres com um grau maior de educação apresentaram *scores* totais menores, mas apenas significativamente diferentes no grupo da IUU ($p = 0,007$). Calcularam ainda, o coeficiente de correlação de Spearman entre a pontuação da questão “*frequency*” no PRAFAB com a média do número de perdas de urina por dia, medidas através de um diário miccional de quatro dias. Nas mulheres com IUE, o coeficiente de correlação de Spearman foi de 0,41 ($p = 0,002$) e 0,67 ($p = 0,000$) para as com IUU. Estes valores indicam uma correlação positiva regular para o grupo de mulheres com IUE enquanto que as com IUU apresentaram uma intensidade de correlação forte. Foi ainda estudado, o coeficiente de correlação de Spearman entre a pontuação total do instrumento com a média do número de ocasiões de perda involuntária de urina por dia, registando 0,31 ($p = 0,043$) para o grupo da IUE e 0,73 ($p < 0,001$) para a IUU, indicando uma adequada e excelente validade de construto, respetivamente (Marôco, 2011; Hendriks *et al.*, 2007).

Hendriks *et al.* (2008) demonstraram que o PRAFAB pode ser usado para registar mudanças no estado de saúde das utentes, após o treino supervisionado dos músculos do pavimento pélvico e programa educacional, com a duração de três semanas. A sensibilidade à mudança é considerada excelente, pois o coeficiente de correlação de *Spearman* entre mudanças na pontuação total e no *Global Rating Scale* (GRS) foi igual ou superior a 0,86. A mudança mínima importante (MMI), definida no GRS como “moderadamente a muito melhor” para pontuações iniciais no PRAFAB não severas (<14 pontos) *versus* severas (≥ 14 pontos), foram de menos 4,6 pontos (Intervalo de Confiança (IC)95%: -5,3; -4,0) *versus* 7,0 (IC95%: -9,1; -5,1) para o grupo de IUE. Do mesmo modo, a MMI foi de menos 3,4 pontos (IC95%: -4,1; -2,9) contra 4,4 (IC95%: -4,9; -3,8) para o grupo da IUU. No grupo de IU não severa, o ponto de *cut-off*, determinado pela curva de ROC, foi de 2,5 pontos para ambos os dois tipos de IU. Por outro lado, nas mulheres com IU severa foi de 4,5 pontos para as mulheres com IUE e 4,0 pontos para a IUU. Com base numa análise estratificada, nas IU’s classificadas como não graves e graves, a MMI é de entre -2,5 a -4,6 e -4,5 a -7,0 pontos, respetivamente, para o grupo de UI de esforço. De outro modo, no grupo de IUU é de -2,5 a -3,4 pontos e -4,0 a -4,4, para a IU não grave e grave. Os resultados de diferentes métodos utilizados para determinar a MMI foram todos superiores ao SDC para os dois grupos de UI, tornando o PRAFAB numa medida capaz de determinar uma mudança verdadeira, acima do erro de medição.

As propriedades psicométricas do PRAFAB foram posteriormente estudadas exclusivamente em mulheres com IUE. As análises fatoriais exploratórias e confirmatórias dividiram o questionário nas duas subescalas anteriormente estudadas, ambas demonstraram uma consistência interna excelente, com valores de α *Cronbach* que variam entre 0,83 para a subescala de severidade e 0,84 para o impacto percebido (Nunnally & Bernstein, 1994). A correlação entre a pontuação das subescalas é moderada ($r=0,31$). Posteriormente, Hendriks, Bernards, de Bie e de Vet (2008) realizaram um estudo de coorte prospetivo para estudar a MMI em mulheres com IUE. As utentes completaram um GRS e o PRAFAB na avaliação inicial e após 12 semanas de Fisioterapia. A média da diferença de pontuação do questionário foi de menos 3,2 pontos, com diferenças muito significantes ($p<0,001$), entre a avaliação inicial e a final. No teste-reteste, o coeficiente de correlação intra-classe (CCI) foi 0,91 para o grupo “sem alterações” no GRS, sendo considerado excelente ($CCI>75$), obtendo ainda um SDC de 2,1 pontos (Fitzpatrick *et al.*, 1998). Os resultados de todos os métodos usados no cálculo da MMI, obtiveram valores de 1,9 a 2,7 pontos (SDC=1,6) para as mulheres com IU não severa e de 3,6 a 4,7 (SDC=2,3) para o grupo severo (Hendriks *et al.*, 2008).

A utilização do PRAFAB é recomendada para registar a severidade da IU e o efeito da Fisioterapia em duas *guidelines* (Bernards *et al.* 2014; Berghmans *et al.*, 1998). Do mesmo modo, a *International*

Contenance Society atribuiu-lhe um grau de recomendação A (Abrams *et al.*, 2018). Adicionalmente, este questionário não possui versões internacionais publicadas.

Atualmente, não existe nenhuma versão portuguesa de um instrumento de medição que avalie a severidade da IU feminina. Assim, o objetivo deste estudo é adaptar cultural e linguisticamente a versão original do PRAFAB para o português europeu.

Metodologia

No âmbito da unidade curricular de Trabalho de Projeto da 10.^a edição do Mestrado em Fisioterapia – Ramo de Especialização em Saúde da Mulher, da Escola Superior de Saúde do Alcoitão, realizou-se um estudo metodológico, com o objetivo de adaptar cultural e linguisticamente a versão original do instrumento de medida PRAFAB para o português europeu, em colaboração com o Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra (CEISUC).

Inicialmente, foi enviado um pedido formal de autorização ao autor do PRAFAB com o propósito de obter a sua permissão para a tradução e adaptação do questionário para a população portuguesa. O contacto foi estabelecido através de correio eletrónico, sendo que a autorização foi concedida.

De forma a poder utilizar-se um PROM num novo país, cultura ou idioma, é exigido que se alcance a equivalência semântica entre o questionário original e a versão de destino, assim como se deve realizar a sua adaptação cultural para assegurar a validade de conteúdo. A adaptação cultural e linguística do PRAFAB para o português europeu baseou-se nos métodos sequenciais e padronizados recomendados por Beaton, Bombardier, Guillemin e Ferraz (2000) e Guillemin, Bombardier e Beaton (1993). O processo realizou-se em duas fases: Equivalência semântica, constituída pela tradução e retroversão; Validação de conteúdo, que consistiu na revisão clínica da qualidade da tradução produzida e no pré-teste cognitivo.

Equivalência semântica

Tradução

A primeira fase iniciou-se em outubro de 2019, com o envio da versão original do PRAFAB para o CEISUC que disponibilizou dois tradutores profissionais. Ambos são de nacionalidade portuguesa e apresentam experiência na tradução de documentos da área da saúde, sendo que um domina a língua holandesa e outro a inglesa. Assim, foram realizadas duas traduções independentes, uma da versão original do questionário na língua holandesa (T1) e a outra da versão inglesa que não se encontra validada (T2), para o português europeu.

Posteriormente, as traduções foram analisadas num painel de consenso de equivalência semântica no dia 24 de março de 2020, realizado através de videoconferência, pela discente e por peritos do CEISUC. O objetivo da reunião era analisar a qualidade das traduções no que respeita à clareza,

linguagem coloquial e tradução literal, de modo a obter a versão reconciliada na língua portuguesa (V1).

Retroversão

A segunda fase iniciou-se com o envio da V1 a um tradutor profissional disponibilizado pelo CEISUC, que desconhecia a versão original e era fluente em holandês. Esta foi sujeita a uma retroversão (R1) independente para a língua holandesa. Em seguida, procedeu-se ao envio deste documento para o autor do PRAFAB, de modo a obter a sua aprovação relativamente às alterações propostas assim como à equivalência semântica com o questionário original, tendo-se conseguido um parecer positivo da versão de consenso.

No dia 26 de maio de 2020 foi realizado o segundo painel de consenso, por videoconferência com os mesmos participantes do anterior. O objetivo da reunião era verificar a equivalência semântica entre a R1 e a versão original, tendo em conta os comentários do Dr. Mark Vierhout, alcançando-se assim, a versão modificada na língua portuguesa do PRAFAB (V2).

Validação de Conteúdo

Revisão clínica da qualidade da tradução produzida

A avaliação da qualidade da tradução portuguesa, incluindo a sua relevância e abrangência, foi realizada através da revisão da segunda versão de consenso por um painel de clínicos. Assim, a V2 foi analisada por duas profissionais de saúde, especialistas na área – uma Fisioterapeuta e uma Médica – ambas de nacionalidade portuguesa, residentes na Holanda e fluentes em Holandês. Estas preencheram um relatório de revisão individual, onde registaram comentários e sugestões sobre a tradução apresentada. O objetivo deste painel foi tornar a linguagem da tradução mais clara, precisa e compreensível, recorrendo a uma terminologia mais coloquial e adequada para a população alvo do questionário.

Os dois relatórios foram analisados num terceiro de consenso, no dia 20 de julho de 2020. Procedeu-se à análise da equivalência transcultural entre a versão original e a V2, assim como se resolveram as discrepâncias encontradas. Por fim, obteve-se a versão pré-final do PRAFAB (V3).

Pré-teste cognitivo

A última fase do processo de adaptação cultural e linguística corresponde à realização de um pré-teste cognitivo de modo a aferir a validade de conteúdo da versão pré-final do PRAFAB. Este teste teve como objetivo determinar o grau de compreensibilidade dos itens, opções de resposta e instruções, abrangência e relevância cultural do questionário.

O pré-teste cognitivo foi realizado a uma amostra de conveniência, onde foram incluídas 15 mulheres portuguesas com idade superior a 18 anos, inseridas na comunidade e que apresentassem

incontinência urinária diagnosticada por um Médico ou um Fisioterapeuta. Foram considerados fatores de exclusão ser analfabeta, possuir um défice cognitivo e o não preenchimento do consentimento informado. As entrevistas ocorreram entre os dias cinco e 15 de setembro de 2020, sendo que onze foram presenciais e quatro por audioconferência.

Inicialmente, foi explicado o objetivo da entrevista e a importância do estudo. As participantes assinaram o consentimento informado e responderam à versão pré-final do PRAFAB. De seguida, procederam ao preenchimento do questionário de caracterização sociodemográfica e clínico, anonimamente. Tal como no estudo de Hendriks *et al.* (2007), solicitou-se às utentes a facultação de alguns dados sociodemográficos, tais como idade, etnia, estado civil, habilitações literárias, profissão, peso, estatura, número de filhos, presença/ausência da menopausa e sua duração, cirurgias pélvicas anteriores, comorbilidades, tipo de incontinência urinária, duração dos sintomas, tempo de doença, medicação para a IU, número médio de perdas de urina por semana e número de pensos diários. Posteriormente, foram realizadas entrevistas individuais acerca do PRAFAB, onde se solicitou uma opinião geral sobre o instrumento de medida, seguindo-se de uma análise pormenorizada das instruções de preenchimento, de cada uma das perguntas e respetivas opções de resposta. As entrevistadas puderam ainda, identificar os itens problemáticos, explicar as dificuldades subjacentes e propor alternativas para uma melhor formulação das questões. Deste modo, aferiu-se a capacidade de compreensão da linguagem e dos termos utilizados assim como, a necessidade de alterar algum item que compõe o PRAFAB. Assim, foi possível a construção de uma versão do questionário clara e aceitável para a população portuguesa. De forma a determinar o tempo despendido, o preenchimento do questionário e da entrevista foram cronometrados.

Os dados recolhidos relativos à caracterização do painel foram tratados através da estatística descritiva, tendo-se utilizado medidas de tendência central (média) e de dispersão (amplitude e desvio padrão), bem como as frequências e respetivas percentagens. A análise estatística foi realizada com recurso ao *software* Excel, versão de 2016 para o *Windows*.

No dia 23 de outubro de 2020, realizou-se o último painel de consenso, na qual se analisaram os resultados obtidos no pré-teste, alcançando-se a versão final do PRAFAB em português europeu (V4).

Resultados

Os resultados apresentados dizem respeito à análise das diferenças linguísticas face ao instrumento original em Holandês e os principais consensos obtidos nas diferentes fases do processo. De modo a facilitar a compreensão, optou-se por dividir esta apresentação de resultados nas fases descritas na metodologia e acrescentaram-se os itens do questionário não validado na língua inglesa. Esta versão

em inglês foi publicada como parte do artigo de validação do questionário original (Hendriks *et al.*, 2007).

Equivalência semântica

Tradução

A análise das equivalências de significado da tradução do PRAFAB resultou nos seguintes consensos:

- Título: **“Questionário PRAFAB de determinação da gravidade da perda de urina”** como equivalente semântico de *“De PRAFAB-score voor bepaling van de ernst van het urineverlies (elk onderdeel kan maximaal 4 punten en minimal 1 punt krijgen)”/ “The PRAFAB-Questionnaire Score”*.
- Instruções: Acrescentou-se uma frase com as instruções de preenchimento do questionário, que não está presente na versão em Holandês. Como tal, introduziu-se: **“Por baixo de cada um dos seguintes itens, assinale o quadrado que melhor descreve a sua perda de urina.”**.
- Aspeto gráfico: Manteve-se a formatação original, na qual o título é delimitado por duas linhas e cada questão é antecedida por um número. Na versão holandesa, os itens apresentam um hífen no início de cada frase, que se inicia com letra minúscula. No fim destes, existe um espaço entre parênteses onde as inquiridas assinalam a resposta. Assim, o painel definiu que cada item deveria começar com letra maiúscula. Optou-se por colocar um quadrado no lado esquerdo das opções de resposta e do lado direito deste e antes do início de cada item, acrescentou-se o número referente à pontuação.
- Acrónimo PRAFAB: As palavras inglesas *“Protection”, “Amount”, “Frequency”, “Adjustment”* e *“Body image”*, que antecedem cada questão foram retiradas.
- Questão um: **“Proteção”** como equivalente semântico de *“Protection”/ “Protection”*.
 - 1.1) **“Nunca utilizo proteção absorvente para a minha perda de urina”** como equivalente semântico de *“voor mijn urine-incontinentie gebruik ik nooit verband”/ “I never use protection for urine loss”*.
 - 1.2) **“Às vezes utilizo proteção absorvente, ou tenho de mudar a roupa interior”** como equivalente semântico de *“af en toe gebruik ik verband of moet ik mijn ondergoed verschonen”/ “I sometimes use protection, or I have to change my underwear because of urine loss”*.
 - 1.3) **“Habitualmente utilizo proteção absorvente, ou tenho de mudar a roupa interior várias vezes por dia”** como equivalente semântico de *“als regel draag ik verband of verschoon ik mijn ondergoed meerdere malen per dag”/ “I normally use protection, or change my underwear several times a day because of urine loss”*.

1.4) **“Tenho sempre de utilizar proteção absorvente para a minha perda de urina”** como equivalente semântico de *“ik moet altijd verband gebruiken voor mijn incontinentie”/ “I always have to use protection because of urinary incontinence”*.

- Questão dois: **“Quantidade”** como equivalente semântico de *“Amount”/ “Amount”*.

Colocou-se a expressão **“A minha perda de urina ...”**, abaixo do subtítulo.

2.1) **“Não é mais que uma gota”** como equivalente semântico de *“het urineverlies dat ik heb, is slechts een druppeltje”/ “The amount of urine loss is just a drop or less”*.

2.2) **“É ligeira, por vezes pinga”** como equivalente semântico de *“ik verlies ook wel eens een scheutje urine”/ “Sometimes I loose a trickle”*.

2.3) **“É significativa e fico com a proteção absorvente ou as roupas bem molhadas”** como equivalente semântico de *“het verlies is zoovel dat het mijn verband en (of) kleren goed nat maakt”/ “The loss of urine is so much that it wets my protection or clothes noticeably”*.

2.4) **“É tão significativa que a proteção absorvente fica encharcada ou deixa passar”** como equivalente semântico de *“ik verlies zoveel dat het mijn verband doorweekt en (of) er doorheen lekt”/ “The loss of urine is so much that my protection is soaked or leaks”*.

- Questão três: **“Frequência”** como equivalente semântico de *“Frequency”/ “Frequency”*.

A frase que surge abaixo do subtítulo **“A minha perda involuntária de urina ocorre...”** como equivalente semântico de *“onwillekeurig urineverlies treedt bij mij op:”/ “Involuntary loss of urine occurs:”*.

3.1) **“Uma vez por semana ou menos”** como equivalente semântico de *“eens per week of minder”/ “Once a week or less”*

3.2) **“Duas a três vezes por semana”** como equivalente semântico de *“meer dan eens maar minder dan drie keer per week” / “More than once but less than three times a week”*.

3.3) **“Mais do que três vezes por semana, mas não todos os dias”** como equivalente semântico de *“meer dan drie keer per week maar niet elke dag”/ “More than three times a week, but not every day”*.

3.4) **“Todos os dias”** como equivalente semântico de *“elke dag”/ “Every day”*.

- Questão quatro: **“Adaptação”** como equivalente semântico de *“Adjustment”/ “Adjustment”*.

A frase abaixo do subtítulo **“A minha perda de urina...”** como equivalente semântico de *“Door mijn urine-incontinentie”/ “Implications of urine loss”*.

4.1) **“Não dificulta as minhas atividades diárias”** como equivalente semântico de *“laat ik me niet hinderen in mijn dagelijks leven”/ “I am not hampered in my daily activities”*.

4.2) **“Impede-me de fazer algumas atividades, como alguns desportos e atividades fisicamente exigentes”** como equivalente semântico de *“ben ik gestopt met sommige activiteiten zoals sport en*

andere zware lichamelijke activiteiten”/ “I have stopped some activities, such as some sports and physically demanding activities”.

4.3) “**Impede-me de fazer a maior parte das atividades físicas que provocavam perda involuntária de urina**” como equivalente semântico de “*ben ik gestopt met de meeste lichamelijke activiteiten die mijn incontinentie uitlokken*”/ “*I have stopped most physical activities that caused involuntary loss of urine*”.

4.4) “**Faz com que praticamente já não saia de casa**” como equivalente semântico de “*kom ik de deur bijna niet meer uit*”/ “*I almost never go out*”.

- Questão cinco: “**Imagem corporal**” como equivalente semântico de “*Body image*”/ “*Body (or self) image*”.

5.1) “**A minha perda de urina não afeta a forma como me vejo**” como equivalente semântico de “*mijn urine-incontinentie kan me eigenlijk niets schelen*”/ “*I am not bothered by my urine loss*”.

5.2) “**Acho um pouco incómodo e desagradável, mas não me afeta assim tanto**” como equivalente semântico de “*ik vind het vervelend en lastig maar zit er niet echt mee*”/ “*I think urine loss is annoying and troublesome, but I am not greatly bothered by it*”.

5.3) “**A minha perda de urina faz-me sentir suja**” como equivalente semântico de “*ik vind mijn urine-incontinentie vies*”/ “*Urine loss makes me feel dirty*”.

5.4) “**Tenho nojo de mim própria por causa da minha perda de urina**” como equivalente semântico de “*ik walg van mezelf door mijn incontinentie*”/ “*I am disgusted by myself because of my urinary incontinence*”.

Retroversão

A análise da equivalência de significado foi realizada através da comparação entre a retroversão da primeira versão de consenso com os comentários do autor do questionário relativamente à versão original do PRAFAB. Assim, resultaram os consensos seguintes:

- Acrónimo PRAFAB: Colocou-se a origem do acrónimo PRAFAB numa nota de rodapé, adicionando-se a frase “***O acrónimo PRAFAB resulta das palavras: PProtection/ Amount/ Frequency/ Adjustment/ Body image**”. A referência foi feita com a colocação de um asterisco no acrónimo presente no título.
- 2.1) Alterou-se a frase “É ligeira, por vezes pinga” para “**É ligeira, por vezes perco uma pequena quantidade**”.
- 5.1) Modificou-se a frase “A minha perda de urina não afeta a forma como me vejo” para “**A minha perda de urina não me incomoda**”.

Validação de Conteúdo*Revisão clínica da qualidade da tradução produzida*

Tendo por base os relatórios de revisão de duas clínicas, o terceiro painel de equivalência obteve os seguintes consensos:

- Título: Alterou-se a expressão “Questionário PRAFAB de determinação da gravidade da perda de urina” para “**Questionário PRAFAB de determinação da severidade da perda de urina**”.

Pré-teste cognitivo

A tabela 1 apresenta as características sociodemográficas e antropométricas enquanto que na tabela 2 se encontram os dados clínicos das participantes do painel do teste de compreensibilidade do PRAFAB.

Tabela 1 – Dados sociodemográficos e antropométricos da amostra (n = 15)

Variáveis	Dados
Idade (anos)	53,27±14,00 (28-81)
Género	
Feminino	15 (100)
Índice de Massa Corporal (kg/m ²)	26,34±3,93 (22,20-35,09)
Raça	
Branca	14 (93,33)
Negra	1 (6,67)
Estado Civil	
Solteira	3 (20,00)
Casada	8 (53,33)
Divorciada	1 (6,67)
União de facto	1 (6,67)
Viúva	2 (13,33)
Habilitações Literárias	
4.º ano	2 (13,33)
6.º ano	1 (6,67)
9.º ano	1 (6,67)
12.º ano	3 (20,00)
Licenciatura	6 (40,00)
Mestrado	2 (13,33)
Profissão	
Psicóloga	1 (6,67)
Auxiliar de Ação Educativa	1 (6,67)
Assistente Social	3 (20,00)
Reformada	2 (13,33)
Auxiliar de Fisioterapia	1 (6,67)
Fisioterapeuta	2 (13,33)
Auxiliar de Lavandaria	1 (6,67)
Educadora de Infância	1 (6,67)
Auxiliar de Geriatria	1 (6,67)
Empresária	1 (6,67)
Administrativa	1 (6,67)
Número de filhos	
Sem filhos/as	2 (13,33)
1 filho/a	7 (46,67)
2 filhos/as	5 (33,33)
≥ 3 filhos/as	1 (6,67)

Variáveis quantitativas: média ± desvio padrão (min. - máx.)

Variáveis categóricas: frequência (percentagem)

Tabela 2 – Dados clínicos da amostra (n = 15)

Variáveis	Dados
Incontinência urinária	
Tipo de IU	
Urgência	2 (13,33)
Esforço	11 (73,33)
Mista	2 (13,33)
Início dos sintomas (anos)	10,44±10,36 (0,50-35)
Tempo de doença (anos)	5,59±6,99 (0,25-25)
Medicação para a IU	
Não	15 (100)
Sim	0 (0)
Número de pensos por dia	1,93±2,31 (0-7)
Número médio de perdas por semana	4,73±7,65 (0-30)
Menopausa	
Não	4 (26,67)
Sim	11 (73,33)
Duração da menopausa	9,33±9,25 (0,17-24)
Cirurgia pélvica	
Não	11 (73,33)
Sim	4 (26,67)
Se sim, qual?	
Histerectomia total	1 (25,00)
Laparoscopia para remoção de mioma uterino	1 (25,00)
Ovariectomia	1 (25,00)
Cesariana	1 (25,00)
Anos após a cirurgia pélvica	19,08±8,68 (11-30)
Comorbilidades	
Não	6 (40,00)
Sim	9 (60,00)
Se sim, quais?	
Hipertensão arterial	5 (55,55)
Diabetes tipo 2	2 (22,22)
Psoríase	1 (11,11)
Colesterol elevado	1 (11,11)
Prolactinoma	1 (11,11)
Depressão	1 (11,11)
Hipotiroidismo	1 (11,11)
Cistocele (grau 3)	1 (11,11)

Variáveis quantitativas: média ± desvio padrão (min. - máx.)

Variáveis categóricas: frequência (percentagem)

A duração média do preenchimento do questionário foi de 1,74 minutos sendo o mínimo 0,50 e o máximo 4 minutos. Por outro lado, a duração média das entrevistas foi 18,80 minutos (Tabela 3).

Tabela 3 - Tempo de preenchimento do PRAFAB e da entrevista

Variáveis	Dados
Tempo de preenchimento (min)	1,74 ± 1,01 (0,50-4)
Tempo de entrevista (min)	18,80 ± 5,31 (11-28)

Variáveis quantitativas: média ± desvio padrão (min. - máx.)

Da análise global do instrumento, no que se refere à clareza, compreensão e adequação a cada indivíduo e à sua situação particular, e tendo por base a opinião geral das entrevistadas, resultou o

consenso de que o questionário é curto, compreensível, de fácil e rápida resposta, estando adequado à população a que se dirige. Salienta-se ainda, a opinião unânime de que a linguagem utilizada é simples, clara e coloquial.

A análise individual de cada pergunta e respetivas respostas, teve como finalidade verificar a facilidade ou dificuldade na compreensão dos termos usados, das instruções fornecidas, perguntas e opções de resposta correspondentes. Quando foi identificada a existência de um problema pelas participantes, analisaram-se as alternativas propostas. Assim, verificou-se que:

- Instruções: Uma participante sugeriu a colocação de uma das seguintes frases: “Complete as seguintes afirmações nas questões dois, quatro e cinco de acordo com a sua situação.” ou “Escolha a opção que melhor se adequa à sua situação.” (*sic*). Outra entrevistada sugeriu que deveria haver a indicação de que as pessoas apenas poderiam escolher um quadrado em cada pergunta.
- Questão um: Uma participante sugeriu que antes do subtítulo “Proteção” se colocassem exemplos de produtos de higiene pessoal entre parênteses. Do mesmo modo, duas inquiridas sugeriram a inclusão das expressões “prevenção/com medo da perda” (*sic*) e “como necessidade ou medo da perda” (*sic*), no item um e quatro respetivamente
- Questão dois: Uma das participantes sentiu dificuldade em perceber a diferença entre uma gota e pequena quantidade, dos itens um e dois respetivamente. Assim, sugeriu “Inserir mais uma opção porque pode ser mais que uma gota, espaço entre um e dois.” (*sic*). Outra inquirida propôs mudar a opção dois acrescentando no fim da frase “quando faço esforço” (*sic*).
- Questão três: Três participantes solicitaram a introdução de um item relacionado com as perdas ocasionais. As sugestões foram as seguintes: “se desse para ter cinco opções, na primeira acrescentava-se “ocasional” (*sic*), antes de “uma vez por semana ou menos”; “adicionava uma opção de “menos/ocasionalmente”; “devia ter “outras” para perdas ocasionais”. Por outro lado, uma participante recomendou adicionar uma questão para perceber qual foi o esforço que desencadeou a perda enquanto que, outra inquirida pediu a introdução de um item designado por “outras”, de modo a que as pessoas pudessem completar com as situações onde ocorre a incontinência.
- Questão quatro: Uma participante aconselhou a modificação de “Adaptação” no subtítulo, no entanto não propôs outra palavra.
- 4.1) Uma entrevistada sugeriu a substituição de “Não dificulta as minhas atividades diárias” para “Incomoda-me, mas não deixo de fazer as minhas atividades”.
- 5.4) Quatro participantes sugeriram a retirada da palavra “nojo”. Três mulheres consideraram a palavra muito forte e recomendaram a mudança para “incómodo”, “A minha perda de urina torna-

me insegura.”, “A minha perda de urina faz-me ficar desagradada com a situação” ou “Tenho receio do que as outras pessoas pensam por causa da minha perda de urina” (*sic*).

Estas considerações foram analisadas no quarto painel de consenso, tendo-se optado por não as implementar. No entanto, no item 4.3 duas inquiridas propuseram a modificação para “**Impede-me de fazer a maior parte das atividades físicas que provocam perda involuntária de urina**” em detrimento de “Impede-me de fazer a maior parte das atividades físicas que provocavam perda involuntária de urina”. O painel concordou e procedeu-se à alteração.

Uma vez que não foram referenciadas outras dificuldades relativas à análise de conteúdo dos itens traduzidos do questionário, alcançou-se a versão oficial do PRAFAB em português europeu (Apêndice I).

Discussão

O presente estudo reporta o processo de adaptação cultural e linguística do PRAFAB do holandês para o português europeu, tendo sido obtida a sua equivalência semântica e de conteúdo. Todo o processo utilizado neste estudo foi baseado nas orientações propostas por Beaton *et al.* (2000) e Guillemin *et al.* (1993), descritas nos capítulos anteriores, de forma a que os procedimentos metodológicos empregues e os resultados fossem considerados válidos. Para garantir a precisão de conteúdo durante a adaptação cultural de PROM's, Epstein, Osborne, Elsworth, Beaton e Guillemin (2015) recomendam o apoio por parte de uma equipa multidisciplinar constituída por membros com experiência no desenvolvimento e validação de questionários. Durante as diferentes etapas metodológicas, apenas surgiram pequenas divergências que foram facilmente resolvidas nas reuniões de consenso por três membros experientes do CEISUC. Todas as informações relativas às instruções e à análise individual de cada item, foram submetidas a consensos consecutivos em cada uma das fases, de modo a alcançar a versão final do PRAFAB para a língua portuguesa.

O presente questionário não se encontra traduzido para outra língua, havendo por esse motivo uma limitação na comparação dos resultados.

Equivalência semântica

Tradução

A tradução do questionário deve ser obtida recorrendo a mais do que um tradutor (Beaton *et al.*, 2000). Assim, as traduções foram realizadas por dois tradutores independentes, nativos na língua alvo do questionário, residentes em Portugal e fluentes na língua original do instrumento de medição atribuído, tendo ambos experiência prévia na tradução de PROM's, seguindo também as orientações de Wild *et al.* (2005). Obteve-se uma tradução da versão original do questionário na língua holandesa

e outra da versão inglesa que não se encontra validada, visto que no painel de peritos da reunião de consenso apenas existiam membros fluentes em Inglês. As principais diferenças entre as traduções encontravam-se na construção frásica e na escolha de algumas palavras específicas. Os consensos que resultaram da análise da equivalência da tradução de ambas as versões do PRAFAB foram facilmente alcançadas, tendo-se optado maioritariamente pela tradução realizada a partir do Holandês. Inicialmente procurou-se um consenso relativamente à adequabilidade da terminologia utilizada, a linguagem em português europeu e a das doentes. As discrepâncias foram analisadas em reunião de consenso e foram selecionadas as palavras mais comumente usadas em Portugal. A existência de vários membros que analisaram a tradução pode ajudar a reduzir os erros linguísticos e a falta de adequabilidade dos itens, permitindo a sua identificação e correção (Perneger, Leplège & Etter, 1999).

Foi decidido manter a sigla original “PRAFAB”, por respeitar o acrónimo que deu origem ao nome do questionário original. Do mesmo modo, a palavra “Questionário” foi adicionada, antes da sigla, assemelhando-se assim à versão original e aos estudos de validação. Retirou-se a frase referente às instruções da pontuação do questionário que se encontra entre parênteses a seguir ao título, pois considerou-se que não era útil para a população alvo e poderia enviesar as respostas dadas. As palavras inglesas resultantes do acrónimo PRAFAB antes de cada questão, foram retiradas, mantendo-se apenas a tradução das mesmas em português europeu, facilitando a leitura do questionário. Em consenso, o painel optou por trocar o termo “incontinência urinária” (Itens 1.1, 4.3, 5.1, 5.3, 5.4 e frases abaixo dos títulos 2, 3 e 4) da versão original por “perda de urina”, visto ser mais coloquial e de mais fácil perceção. Em Portugal, apenas cerca de 4,5% dos indivíduos com sintomatologia recebe um diagnóstico médico de IU (Correia *et al.*, 2009). Por outro lado, é recomendado utilizar terminologia leiga em detrimento de termos médicos de modo a facilitar a compreensão das mulheres incontinentes relativamente ao seu problema de saúde (Siddiqui, Levin, Phadtare, Pietrobon & Ammarel, 2013). Nos itens 1.4, 5.1 e 5.3 e nas frases abaixo das questões 2, 3 e 4, foi adicionado o pronome possessivo “minha” para uniformizar todo o questionário de acordo com o item 1.1 que também inclui a expressão “a minha perda de urina”. Na questão dois, as opções de resposta na versão original iniciavam-se com a frase “A perda de urina que observo”, como indica a tradução de Holandês para o Português Europeu. O painel decidiu incluir a expressão “A minha perda de urina ...”, colocada abaixo do subtítulo “Quantidade”, reduzindo assim, o tamanho das frases de cada item. Por outro lado, as expressões que surgem abaixo dos títulos dois, três e quatro foram pontuadas com reticências tornando a questão mais aberta para as inquiridas, contrariamente aos dois pontos usados na versão holandesa. Seguidamente, no item 3.2, a tradução literal do item original seria “Mais do que uma vez por semana, mas menos de três vezes por semana”, no entanto, em consenso o painel modificou para “Duas a três vezes por semana” como forma de simplificar a frase, não alterando o seu significado.

Os restantes itens não apresentaram qualquer problema relativamente à tradução e adequação para a população portuguesa, o que se refletiu numa fácil concretização da primeira versão de consenso do PRAFAB.

Retroversão

A retroversão do PRAFAB de Português europeu para Holandês foi realizada por um tradutor totalmente cego para a versão original do questionário (Beaton *et al.*, 2000). De seguida, este documento foi enviado ao autor do questionário para que comentasse todas as alterações realizadas. Além de auxiliar o painel de peritos a identificar erros conceituais na tradução, esta fase permite comunicar com o autor do PRAFAB para que este tenha um papel criterioso no processo de adaptação cultural e linguística, especialmente quando ele não é proficiente do idioma alvo do questionário (Beaton *et al.*, 2000; Epstein *et al.*, 2015).

No segundo painel para a análise de equivalência semântica da retroversão, os consensos obtidos foram semelhantes à fase anterior. Apenas foram realizadas alterações semânticas em alguns itens. O autor sugeriu a colocação das palavras que compõem o acrónimo PRAFAB. Optou-se por colocar a origem do acrónimo PRAFAB numa nota de rodapé. Relativamente ao item 2.1, o autor referiu que na versão original o termo “*scheutje*”/“*dash*” é utilizado pois representa uma quantidade maior de perda de urina do que “*het*”/“*drops*”. Assim, modificou-se “É ligeira, por vezes pinga” para “É ligeira, por vezes perco uma pequena quantidade”. Seguidamente no item 3.2, o Dr. Mark Vierhout validou a alteração realizada no painel anterior por considerar que a versão original excluía a possibilidade da frequência de perdas urinárias três vezes por semana. Por fim, no item 5.1, o autor indicou que na versão original, a frase significa “*My urineloss does not really bother me.*”, em vez de “*It has no influence on how I see myself,*” como em R1. Alterou-se a frase “A minha perda de urina não afeta a forma como me vejo” para “A minha perda de urina não me incomoda”. Alcançou-se a segunda versão de consenso do PRAFAB.

Validação de Conteúdo

Revisão clínica da qualidade da tradução produzida

A segunda versão de consenso foi revista por duas profissionais de saúde de áreas diferentes. Os consensos foram obtidos com facilidade pois o painel de peritos não encontrou discrepâncias relevantes na qualidade da tradução produzida. Em consenso, optou-se por proceder à alteração do título de “Questionário PRAFAB de determinação da gravidade da perda de urina” para “Questionário PRAFAB de determinação da severidade da perda de urina”, visto que o termo “severidade” era mais comumente utilizado nos PROMs, assim como mais aceite na literatura científica. Nas frases abaixo dos títulos das questões dois, três e quatro, uma das revisoras sugeriu que se mudassem as reticências

do final da frase, substituindo-as por dois pontos. O painel decidiu manter a pontuação pois este sinal indica um pensamento ou ideia que ficou por terminar, transmitindo a ideia de continuidade da frase. Na questão quatro, uma revisora sugeriu a alteração da frase abaixo do título para “Devido às minhas perdas de urina:”. Pelas razões supracitadas, manteve-se a pontuação e a frase definida nos consensos anteriores por se assemelhar mais à versão original. Nos itens um e quatro da questão quatro, uma revisora sugeriu as alterações para “Não alterei as minhas atividades diárias” e “Praticamente já não saio de casa”, respetivamente. Em consenso, não se procederam às alterações pois considerou-se que as afirmações obtidas anteriormente eram mais fáceis de compreender e próximas da versão original. Nos itens três e quatro da mesma questão, um clínico solicitou a modificação do verbo “impedir”, por “suspender”. No painel de consenso, respeitou-se o consenso da primeira reunião em que se definiu que a expressão “Impede-me” reforça a ideia da presença da IU como fator adaptativo e limitativo do dia-a-dia, sendo também mais simples, coloquial e de fácil interpretação. Em geral, os clínicos consideraram que a equivalência conceptual, semântica, idiomática e experiencial entre a versão original e a versão traduzida para português foi alcançada (Beaton *et al.*, 2000). Acrescentaram ser de fácil compreensão. Obteve-se assim, a versão pré-final do PRAFAB.

Pré-teste cognitivo

Com a finalidade de realizar o pré-teste cognitivo procurou-se encontrar uma amostra o mais heterogénea possível. Os parâmetros de caracterização das participantes que integraram o painel de equivalência de conteúdo tiveram como base os estudos de validação do PRAFAB (Hendriks *et al.*, 2007; Hendriks *et al.*, 2008).

A amostra deve ter um mínimo de 12 participantes, segundo Guillemin *et al.* (1993). No presente trabalho, participaram 15 mulheres com média de idade de $53,27 \pm 14,00$ anos (28-81). Num estudo transversal realizado em Portugal com 505 mulheres com IU, a idade média de idades era idêntica, sendo de 53.34 ± 11.58 anos (29–75). A IU pode afetar mulheres de todas as idades, embora seja mais comum em mulheres de meia idade devido às mudanças fisiológicas associadas ao envelhecimento e à menopausa, assim como aos efeitos do seu estilo de vida (Amaral *et al.*, 2015). Como corroborado por Danforth *et al.* (2006), numa amostra de 83 355 mulheres, as que têm idades entre os 50 e os 54 anos têm maior possibilidade de padecer de IU do que as que têm menos de 40 anos (Odds Ratio (OR)= 1,81, IC95%=1,66-1,97). O intervalo de idades da amostra do teste da versão pré-final do PRAFAB apresenta uma grande amplitude de idades, no entanto não se conseguiu incluir mulheres com idade superior a 81 anos, possivelmente porque as mulheres mais velhas estão menos propensas a discutir alguns problemas de saúde, subestimam os sintomas de IU pois consideram-nos uma

consequência natural do envelhecimento e do parto, assim como à sua possível institucionalização (Amaral *et al.*, 2015; Mitteness, 1990; Wagg *et al.*, 2017).

A média do índice de massa corporal (IMC) foi de $26,34 \text{ kg/m}^2 \pm 3,93$ (22,20-35,09), que segundo os valores de referência da OMS é considerado excesso de peso. Sabe-se que 55% das mulheres portuguesas apresenta excesso de peso (Lopes *et al.*, 2017). Quando comparado com um IMC normal ($<25 \text{ kg/m}^2$), o excesso de peso ($25\text{--}30 \text{ kg/m}^2$) é associado a um terço de aumento no risco de desenvolver IU (risco relativo = 1,35, IC95% = 1,20-1,53), enquanto o risco duplica em mulheres com obesidade (risco relativo = 1,95, IC95% = 1,58-2,42) (Lamerton, Torquati & Brown, 2018). Num estudo com 1483 mulheres portuguesas, as que tinham um IMC igual ou superior a 30 kg/m^2 possuíam maior possibilidade de desenvolver IU do que as com um IMC normal (OR=1.65, IC95%=1,07-2,57) (Correia *et al.*, 2009).

A maior parte das participantes eram caucasianas (93,33%), semelhantemente ao estudo de validação do PRAFAB (92%) (Hendriks *et al.*, 2007). Quanto ao estado civil, 3 mulheres eram solteiras (20%), 8 estavam casadas (53,33%), 1 era divorciada (6,67%), 1 vivia em união de facto (6,67%) e 2 eram viúvas (13,33%). Estes dados apresentam maior variabilidade e diferem do estudo de Amaral *et al.* (2015), em que 83,8% das mulheres portuguesas com IU eram casadas.

No que diz respeito às habilitações literárias, a amostra apresenta uma grande heterogeneidade de forma a tornar o nível de compreensibilidade do questionário mais abrangente. A maioria da amostra concluiu a licenciatura (40%, n=6), seguida do 12.º ano de escolaridade (20%, n=3), mestrado (13,33%, n=2), 4.º ano (13,33%, n=2) e por último, o 6.º ano e o 9.º ano (6,67 % e n=1, respetivamente).

As profissões das participantes do estudo são distintas, enfatizando a heterogeneidade da amostra do estudo: 1 Psicóloga (6,67%), 1 Auxiliar de Ação Educativa (6,67%), 3 Assistentes Sociais (20,00%), 2 Reformadas (13,33%), 1 auxiliar de Fisioterapia (6,67%), 2 Fisioterapeutas (13,33%), 1 Auxiliar de Lavandaria (6,67%), 1 Educadora de Infância (6,67%), 1 Auxiliar de Geriatria (6,67%), 1 empresária (6,67%) e 1 Administrativa (6,67%).

Constatou-se que a maioria das inquiridas tinham 1 filho/a (46,67%), seguida de 2 filhos/as (33,33%), sem filhos/as (13,33%) e por fim, 3 filhos (6,67%), sendo a média de 1,33 filhos por mulher. O estudo de Hendriks *et al.* (2009) apresenta dados díspares, sendo que as mulheres com um ou dois filhos representavam 42,5% da amostra, seguidas das sem filhos com 27,6%, e as com 3 ou mais igual a 29,9%. A diferença percentual pode dever-se à realização do estudo nos Países Baixos, visto que em Portugal o número médio de filhos situava-se nos 2,25 filhos em 1980, 1,57 filhos em 1990, 1,55 filhos em 2000, 1,39 em 2010 (Pordata, 2020). Por outro lado, em mulheres portuguesas com idade inferior a 60 anos, constatou-se que a paridade representa uma maior chance no

desenvolvimento de IU, comparativamente à gravidez e ao tipo de parto (OR=2.41, IC95%=1.03–5.66) (Correia *et al.*, 2009).

A maioria das mulheres apresentava diagnóstico de IU de esforço (73,33%). No estudo de Correia *et al.* (2009), a IUE também foi a mais prevalente entre as mulheres portuguesas (42,2%). As restantes percentagens não foram apresentadas, tendo os autores apenas referido que a IUU foi a menos prevalente. A frequência da IUE presente neste estudo pode justificar-se devido à idade média das participantes, visto que é entre a faixa etária dos 50 aos 59 anos que a mesma é mais prevalente em Portugal (10.3%; IC95%=6.6–14.0) (Correia *et al.*, 2009).

O início dos sintomas ocorreu em média há 10,44±10,36 anos, sendo que varia entre os 6 meses e os 35 anos. O aparecimento da sintomatologia ocorreu há mais tempo do que no estudo de Amaral *et al.* (2015), em que as mulheres experienciavam a IU em média há 6,13±6,24 anos. Por outro lado, o tempo médio de doença após o diagnóstico foi de 5,59±6,99 anos (variação entre três meses e 25 anos). A heterogeneidade da amostragem, nomeadamente nas grandes variações temporais em que se iniciaram os sintomas assim como de tempo de doença, podem ter sido benéficas para o grau de compreensão do PRAFAB, pois podem deprender diferentes perceções acerca da sintomatologia e da sua severidade. Nenhuma das 15 mulheres tomava medicação para a IU, podendo dever-se à elevada percentagem de mulheres com IUE da amostra, pois a terapêutica medicamentosa é mais utilizada na IUU e IUM, devido a uma maior taxa de falência do tratamento não farmacológico (Riss& Kargl, 2011).

Constatou-se que o número médio de pensos utilizados por dia foi de 1,93±2,31, variando entre zero e os sete pensos. Contrariamente ao presente estudo, Amaral *et al.* (2015) verificou que as portuguesas usavam 3.09±1.84 pensos por dia, podendo a diferença dever-se à elevada percentagem de mulheres com IUU desse estudo (69,5%). Sabe-se ainda que as atitudes relacionadas com a higiene pessoal variam amplamente entre as mulheres com IU, existindo dados conflituosos sobre a correlação entre a severidade da incontinência e o uso de produtos absorventes (Tsui *et al.*, 2013). Assim, a variabilidade na utilização de pensos diários da amostra pode ter sido benéfica para a compreensão e adequação do questionário à condição particular de cada mulher, face às diferenças interindividuais no uso de produtos de higiene pessoal. Adicionalmente, o número médio de perdas urinárias por semana foi de 4,73±7,65 (0-30), reforçando a diversidade dos sintomas urinários das participantes.

Verificou-se que 11 inquiridas se encontravam na menopausa (73,33%), com a duração média de 9,33±9,25 anos. Este dado pode dever-se não só à idade média das participantes coincidir com o aparecimento da menopausa, como também à maior prevalência da IU em mulheres menopáusicas (Kołodzyńska, Zalewski& Rożek-Piechura, 2019). Por outro lado, apenas quatro inquiridas foram submetidas a cirurgia pélvica (26,67%), sendo que uma participante foi submetida a uma histerectomia

total e outra teve um parto por cesariana. Segundo Correia *et al.* (2009), nas mulheres portuguesas, a histerectomia (OR=1.80, IC95%=1.23–2.65) e a cesariana (OR=2.39, IC95%=1.08–5.29) representam uma maior possibilidade no desenvolvimento de IU. Não existe evidência científica que suporte as outras cirurgias reportadas como fator de risco para a IU.

A maioria das participantes reportou comorbilidades (60%, n=9), sendo a hipertensão arterial a mais prevalente (55,55%, n=5), seguida da diabetes tipo 2 (22,22%, n=2). Apesar de não existirem dados sobre a realidade portuguesa, o estudo de Reigota, Pedro, Machado, Costa-Paiva e Pinto-Neto (2016) verificou que as mulheres hipertensas tinham uma maior possibilidade de desenvolver IU (OR 1.21, IC95%= 1:01–1:47). Do mesmo modo, Danforth *et al.* (2006) reportaram que as mulheres com diabetes tipo 2 têm maior chance de padecer de IU (OR 1.30, IC95%=1.20–1.41). Por outro lado, uma mulher reportou ter depressão (11,11%). Felde, Ebbesen & Hunskaar (2015) verificaram que esta patologia é três vezes mais prevalente em mulheres com IU do que em continentes (6,1% versus 2,2%). Uma participante referiu ter um cistocelo de grau 3. Cerca de 40% das mulheres com IU apresenta concomitantemente um prolapso dos órgãos pélvicos de qualquer grau (Buchsbaum, 2006). Relativamente às outras comorbilidades, não existe nenhuma relação reportada na literatura.

O tempo de preenchimento do questionário foi breve. Assim, por ser um instrumento de medição de aplicação rápida, pode ajudar a facilitar o processo de avaliação a clínicos e investigadores.

Foram reportadas algumas dificuldades pelas participantes. Duas participantes sugeriram a alteração da frase referente às instruções. Em consenso, o painel considerou que as instruções já contemplavam as opções sugeridas, eram explícitas e facilmente compreendidas. Na questão um, uma inquirida sugeriu a colocação de exemplos de produtos de higiene pessoal antes do subtítulo e outras duas a inclusão das expressões “prevenção/com medo da perda” e “como necessidade ou medo da perda”, no item um e quatro. Optou-se por não realizar estas alterações, por se entender que altera o conteúdo do questionário original. Na questão dois, foram dadas sugestões para alterar o item 2.2 acrescentando “quando faço esforço” no fim da frase e a inclusão de mais uma opção de resposta porque “pode ser mais que uma gota, espaço entre 1 e 2” (*sic*). Relativamente à primeira sugestão, não se realizou alterações pois o questionário original é para mulheres com todos os tipos de incontinência urinária e a inclusão da mesma seria limitativa, visto que a perda urinária durante o esforço é característica de mulheres com IU de esforço ou IU mista. Por outro lado, a segunda opinião não foi aceite pelos intervenientes na reunião, pois alteraria a estrutura do questionário original. Da mesma forma, o painel julga que as opções de resposta um e dois estavam gradativas entre si e que contemplavam a ocorrência de uma perda superior a uma gota de urina, dado que a segunda opção refere “uma pequena quantidade”. Na questão três, as opiniões que incluíam a introdução de um novo item relativo a perdas ocasionais não foram consideradas pois, em consenso, definiu-se que o item um

“uma vez por semana ou menos” já contempla a situação referida. As outras duas alterações propostas para esta questão não foram consideradas porque iriam alterar a estrutura do questionário, sendo que também se pretende que os itens sejam equivalentes aos presentes na versão original. Na questão quatro, o painel não modificou a palavra “Adaptação” do subtítulo, pois considerou-se que esta palavra é compreensível e adequada às respostas, estando semelhante ao questionário original. No item 4.1, a sugestão da participante não foi aceite, visto que a perda urinária pode não ser incomodativa e/ou limitativa nas atividades de vida diária para algumas mulheres, assim como se iria alterar o conteúdo do questionário original. Por outro lado, duas participantes solicitaram a alteração do tempo verbal do item 4.3 para “provocam” em detrimento de “provocavam. A sugestão foi aceite e procedeu-se à sua alteração pois o tempo verbal utilizado anteriormente estava incorreto. Na questão 5.4, a utilização da palavra “nojo” não foi consensual entre a amostra. No entanto, o painel decidiu manter a palavra “nojo” por considerar que é mais perceptível e clara para a população alvo do que outros sinónimos, tais como aversão, repulsão ou repugnância, mantendo-o o mais equivalente possível ao do questionário original.

Na prática clínica, o Fisioterapeuta deve avaliar as ferramentas existentes para o uso isolado ou combinado na avaliação e monitorização dos resultados assim como, deve privilegiar os questionários curtos e fáceis de usar (Shy & Fletcher, 2013; Abrams, Cardozo, Khoury & Wein, 2013; Burkhard *et al.*, 2020). O PRAFAB é curto e portanto, rápido de preencher em comparação com um *pad-test* ou com um questionário de QV (Berghmans *et al.*, 1998). A avaliação da severidade da IU pelo Questionário PRAFAB é útil para registar o efeito da intervenção da Fisioterapia visto que a pesquisa das propriedades psicométricas demonstrou que as melhorias na pontuação total se correlacionam intimamente com as melhorias no estado de saúde percebidas pelas próprias pacientes (Hendriks *et al.*, 2008). Por outro lado, um estudo de coorte prospetivo de 12 semanas (n=267) revelou que uma pontuação total severa no questionário (≥ 14 pontos) na avaliação inicial de uma utente com IUE ou IU mista com predominância da IU de esforço, tem maior chance de obter um fraco resultado do tratamento de Fisioterapia (OR= 0.09, IC95%= 0.03–0.21). Com base neste estudo, as mulheres com IUE ou IU mista com predominância da IU de esforço que não apresentem melhoria clínica em 12 semanas, devem ser encaminhadas para um Urologista ou Ginecologista para a realização de um novo diagnóstico ou tratamento adicional (Hendriks, Kessels, de Vet, Bernards & de Bie, 2010).

Limitações do estudo

A principal limitação deste trabalho prende-se com a inexistência de estudos de tradução e adaptação cultural do PRAFAB para outras línguas, o que impede a comparação com os resultados obtidos neste estudo. Por outro lado, a amostra foi selecionada por conveniência em locais escolhidos previamente, tendo sido obtida numa zona limitada do País, em Lisboa. Do mesmo modo, uma das peritas não possui experiência profissional na área da IU. Além dos aspetos mencionados, apenas foi realizado o processo de adaptação cultural e linguística, faltando a fase de validação do questionário. Recomenda-se que em estudos futuros sejam avaliadas as propriedades psicométricas deste instrumento de medição.

Conclusão

O presente estudo pretendeu descrever o processo de tradução e adaptação cultural do PRAFAB para a realidade portuguesa, dando origem à versão em português europeu denominado como Questionário PRAFAB de determinação da severidade da perda de urina. Durante este processo, obteve-se um consenso em relação à versão final deste questionário no que respeita à aceitabilidade e facilidade de compreensão, salvaguardando a equivalência semântica e de conteúdo da versão original. Assim, considera-se que a versão portuguesa do PRAFAB é um instrumento de medida simples, curto e de fácil resposta, sendo adequado à população feminina com IU. Com a finalização deste estudo, passa a estar disponível um questionário para clínicos e investigadores, cujo intuito é avaliar a severidade da IU em mulheres.

Assim, conclui-se que o PRAFAB foi adequadamente traduzido e adaptado à população portuguesa.

Este estudo permitiu dar um contributo para o processo de validação do questionário. No futuro, devem ser avaliadas as suas propriedades psicométricas.

Referências bibliográficas:

- Abrams, P., Cardozo, L., Fall, M., Griffiths, D., Rosier, P., Ulmsten, U., Kerrebroeck, P., Victor, A. & Wein, A. (2002). The standardisation of terminology of lower urinary tract function: report from the Standardisation Sub-committee of the International Continence Society. *Neurourology and Urodynamics: Official Journal of the International Continence Society*, 21(2), 167-178.
- Abrams, P., Andersson, K. E., Apostolidis, A., Birder, L., Bliss, D., Brubaker, L., Cardozo, L., Castrp, D., O'Connell, P., Cottenden, A., Cotterill, N., Ridder, D., Dmochowski, R., Dumoulin, C., Fader, M., Fry, C., Goldman, H., Hanno, P., Homma, Y., Khullar, V., Maher, C., Milsom, I., Newman, D., Nijman, J., Rademakers, K., Robinson, D., Rosier, P., Rovner, E., Salvatore, S., Takeda, M., Wagg, A., Wagner, T. & Wein, A. (2018). 6th International Consultation on Incontinence. Recommendations of the International Scientific Committee: evaluation and treatment of urinary incontinence, pelvic organ prolapse and faecal incontinence. *Neurourology and urodynamics*, 37(7), 2271-2272.
- Abrams, P., Cardozo, L., Khoury, S., & Wein, A. (2013). Incontinence. 5rd International Consultation on Incontinence. *International Consultation of Urologic Diseases, International Continence Society, International Society of Urology*.
- Amarenco, G., Arnould, B., Carita, P., Haab, F., Labat, J. & Richard, F. (2003). European psychometric validation of the CONTILIFE: a Quality of Life questionnaire for urinary incontinence. *European Urology*, 43(4), 391-404
- American Physical Therapy Association. (2014). Guide to Physical Therapist Practice 3.0. <http://guidetoptpractice.apta.org/>. 10-4- 2020 16:00.
- American Physical Therapy Association. (2011). Today's physical therapist: a comprehensive review of a 21st-century health care profession. *Alexandria, VA: American Physical Therapy Association*.
- Avery, K., Donovan, J., Peters, T.J., Shaw, C., Gotoh, M. & Abrams, P. (2004). ICIQ: a brief and robust measure for evaluating the symptoms and impact of urinary incontinence. *Neurourol Urodyn.*;23(4):322-30.
- Bartoli, S., Aguzzi, G., & Tarricone, R. (2010). Impact on quality of life of urinary incontinence and overactive bladder: a systematic literature review. *Urology*, 75(3), 491-500.
- Beaton, D., Bombardier, C., Guillemin, F., & Ferraz, M. (2000). Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. *Spine*, 25(24), 3186-3191.
- Berghmans, B., Seleme, M. R., & Bernards, A. T. M. (2020). Physiotherapy assessment for female urinary incontinence. *International Urogynecology Journal*, 1-15.

- Berghmans, L., Bernards, A., Hendriks, H., Bø, K., & Gruppings, M. (1998). Guidelines for the physiotherapeutic management of genuine stress incontinence. *Physical therapy reviews*, 3(3), 133-147.
- Bernards, A., Berghmans, B., Slieker-ten Hove, M., Staal, J., de Bie, R., & Hendriks, E. J. (2014). Dutch guidelines for physiotherapy in patients with stress urinary incontinence: an update. *International urogynecology journal*, 25(2), 171-179.
- Bernards, A., Berghmans, L., Heeswijk-Faase, I., Westerik-Verschuuren, E., Ridder, I., Groot, J., Hove, M., Hendriks, H., (2011). KNGF Guideline for Physical Therapy in patients with Stress urinary incontinence – *Practice Guidelines*. *Royal Dutch Society for Physical Therapy 121* (3): 128.
- Brittain, K., Perry, S. & Williams, K.(2001). Triggers that prompt people with urinary symptoms to seek help. *British Journal of Nursing*, 10(2), 74-86.
- Brown, W. & Miller, Y. (2001). Too wet to exercise? Leaking urine as a barrier to physical activity in women. *Journal of science and medicine in sport*, 4(4), 373-378.
- Buchsbaum, G. (2006). Urinary incontinence and pelvic organ prolapse. *Minerva urologica e nefrologica: The Italian journal of urology and nephrology*, 58(4), 311.
- Burkhard, F., Bosch, J., Cruz, F., Lemack, G., Nambiar, A., Thiruchelvam, N. & Tubaro, A., D. (2020). EAU Guidelines: Urinary Incontinence in Adults. *European Association of Urology*.
- Calvert, M., & Freemantle, N. (2003). Use of health-related quality of life in prescribing research. Part 1: why evaluate health-related quality of life?. *Journal of clinical pharmacy and therapeutics*, 28(6), 513-521.
- Cerruto, M., D’Elia, C., Aloisi, A., Fabrello, M., & Artibani, W. (2013). Prevalence, incidence and obstetric factors’ impact on female urinary incontinence in Europe: a systematic review. *Urologia internationalis*, 90(1), 1-9.
- Correia, S., Dinis, P., Rolo, F., & Lunet, N. (2009). Prevalence, treatment and known risk factors of urinary incontinence and overactive bladder in the non-institutionalized Portuguese population. *International Urogynecology Journal*, 20(12), 1481-1489.
- Coyle, A., & Carpenter, C. (2011). Patient experiences of their clinical management by Extended Scope Physiotherapists following attendance at an Orthopaedic Clinical Assessment Service. *International Journal of Person Centered Medicine*, 1(3), 534-541.
- Coyne, K. S., Sexton, C. C., Irwin, D. E., Kopp, Z. S., Kelleher, C. J. & Milsom, I. (2008). The impact of overactive bladder, incontinence and other lower urinary tract symptoms on quality of

life, work productivity, sexuality and emotional well-being in men and women: results from the EPIC study. *BJU international*, 101(11), 1388-1395.

- Danforth, K., Townsend, M., Lifford, K., Curhan, G., Resnick, N., & Grodstein, F. (2006). Risk factors for urinary incontinence among middle-aged women. *American journal of obstetrics and gynecology*, 194(2), 339-345.
- Epstein, J., Osborne, R., Elsworth, G., Beaton, D. & Guillemin, F. (2015). Cross-cultural adaptation of the Health Education Impact Questionnaire: experimental study showed expert committee, not back-translation, added value. *Journal of clinical epidemiology*, 68(4), 360-369.
- Felde, G., Ebbesen, M. & Hunskaar, S. (2017). Anxiety and depression associated with urinary incontinence. A 10-year follow-up study from the Norwegian HUNT study (EPINCONT). *Neurourology and urodynamics*, 36(2), 322-328.
- Fitzpatrick, P., Davey, C., Buxton M., & Jones, D. (1998). Evaluating patient-based outcome measures for use in clinical trials. *Health Technol Assessment*, 2 (14), 1-74.
- Fleiss, J., Levin, B. & Paik, M. (2013). *Statistical methods for rates and proportions*. John Wiley & Sons.
- Fultz, N., Girts, T., Kinchen, K., Nygaard, I., Pohl, G. & Sternfeld, B. (2005). Prevalence, management and impact of urinary incontinence in the workplace. *Occupational Medicine*, 55(7), 552-557.
- Fultz, N. H., Burgio, K., Diokno, A. C., Kinchen, K. S., Obenchain, R. & Bump, R. C. (2003). Burden of stress urinary incontinence for community-dwelling women. *American journal of obstetrics and gynecology*, 189(5), 1275-1282
- Ge, T. J., Vetter, J., & Lai, H. H. (2017). Sleep disturbance and fatigue are associated with more severe urinary incontinence and overactive bladder symptoms. *Urology*, 109, 67-73.
- Guillemin, F., Bombardier, C. & Beaton, D. (1993). Cross-cultural adaptation of health-related quality of life measures: literature review and proposed guidelines. *Journal of clinical epidemiology*, 46(12), 1417-1432.
- Greenhalgh, J. (2009). The applications of PROs in clinical practice: what are they, do they work, and why?. *Quality of Life Research*, 18(1), 115-123.
- Habashy, E. & Mahdy, A. E. (2019). Patient-Reported Outcome Measures (PROMs) in Pelvic Floor Disorders. *Current urology reports*, 20(5), 22.
- Hannestad, Y., Rortveit, G., Sandvik, H. & Hunskaar, S. (2000). A communitybased epidemiological survey of female urinary incontinence:: The Norwegian EPINCONT Study. *Journal of clinical epidemiology*, 53(11), 1150-1157.

- Haylen, T., Ridder, D., Freeman, R., Swift, E., Cosson, M., Davila, W., Deprest, J. & Maher, C. (2011). An International Urogynecological Association (IUGA)/International Continence Society (ICS) Joint Report on the Terminology for Female Pelvic Floor Dysfunction. *Neurourology and Urodynamics* 29,4–20.
- Hendriks, E., Kessels, A., de Vet, H., Bernards, A. & de Bie, R. (2010). Prognostic indicators of poor short-term outcome of physiotherapy intervention in women with stress urinary incontinence. *Neurourology and Urodynamics: Official Journal of the International Continence Society*, 29(3), 336-343.
- Hendriks, E., Bernards, A., Berghmans, B., & de Bie, R. (2007). The psychometric properties of the PRAFAB-questionnaire: A brief assessment questionnaire to evaluate severity of urinary incontinence in women. *Neurourology and Urodynamics: Official Journal of the International Continence Society*, 26(7), 998-1007.
- Hendriks, E., Bernards, A., Staal, J., de Vet, H., & de Bie, R. (2008). Factorial validity and internal consistency of the PRAFAB questionnaire in women with stress urinary incontinence. *BMC Urology*, 8 (1).
- Hendriks, E., Bernards, A., de Bie, R. & de Vet, H. (2008). The minimal important change of the PRAFAB questionnaire in women with stress urinary incontinence: results from a prospective cohort study. *Neurourology and Urodynamics: Official Journal of the International Continence Society*, 27(5), 379-387.
- Instituto Nacional de Estatística. *Inquérito Nacional de Saúde: 2014*. <https://www.ine.pt/xurl/pub/263714091>. 20-03-2020 10:30.
- Irwin, D., Kopp, Z., Agatep, B., Milsom, I. & Abrams, P. (2011). Worldwide prevalence estimates of lower urinary tract symptoms, overactive bladder, urinary incontinence and bladder outlet obstruction. *BJU international*, 108(7), 1132-1138.
- Kirby, A., Lubner, K. & Menefee, S. (2013). An update on the current and future demand for care of pelvic floor disorders in the United States. *American journal of obstetrics and gynecology*, 209(6), 584-589.
- Klovning, A., Avery, K., Sandvik, H. & Hunskaar, S. (2009). Comparison of two questionnaires for assessing the severity of urinary incontinence: The ICIQ-UI SF versus the incontinence severity index. *Neurourology and Urodynamics: Official Journal of the International Continence Society*, 28(5), 411-415.
- Kołodyńska, G., Zalewski, M., & Rożek-Piechura, K. (2019). Urinary incontinence in postmenopausal women—causes, symptoms, treatment. *Menopause Review*, 18(1), 46.

- Kyte, D., Calvert, M., Van der Wees, P., Ten Hove, R., Tolan, S. & Hill, J. (2015). An introduction to patient-reported outcome measures (PROMs) in physiotherapy. *Physiotherapy*, 101(2), 119-125.
- Lamerton, T., Torquati, L. & Brown, W. (2018). Overweight and obesity as major, modifiable risk factors for urinary incontinence in young to mid-aged women: a systematic review and meta-analysis. *Obesity Reviews*, 19(12), 1735-1745.
- Lopes, C., Torres, D., Oliveira, A., Severo, M., Alarcão, V., Guiomar, S., Mota, J., Teixeira, P., Rodrigues, S., Lobato, L., Magalhães, V., Correia, D., Carvalho, C., Pizarro, A., Marques, A., Vilela, S., Oliveira, L., Nicola, P., Soares, S. & Ramos, E (2017). *Inquérito Alimentar Nacional e de Atividade Física, IAN-AF 2015-2016: Relatório de resultados*. www.ian-af.up.pt. 5-01-2021 15:30.
- Margareta, N., Ann, L. & Othon, L. (2009). The impact of female urinary incontinence and urgency on quality of life and partner relationship. *Neurourology and Urodynamics: Official Journal of the International Continence Society*, 28(8), 976-981.
- Marôco, J. (2018). *Análise Estatística com o SPSS Statistics.: 7ª edição*. ReportNumber, Lda
- Milsom, I. & Gyhagen, M. (2019). The prevalence of urinary incontinence. *Climacteric*, 22(3), 217-222.
- Minassian, V., Drutz, H., & Al-Badr, A. (2003). Urinary incontinence as a worldwide problem. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 82(3), 327-338
- Mittness, L. (1990). Knowledge and beliefs about urinary incontinence in adulthood and old age. *Journal of the American Geriatrics Society*, 38(3), 374-378.
- Mishra, G. D., Hardy, R., Cardozo, L. & Kuh, D. (2008). Body weight through adult life and risk of urinary incontinence in middle-aged women: results from a British prospective cohort. *International journal of obesity*, 32(9), 1415-1422.
- Monz, B., Chartier-Kastler, E., Hampel, C., Samsioe, G., Hunskaar, S., Espuna-Pons, M. & Chinn, C. (2007). Patient characteristics associated with quality of life in European women seeking treatment for urinary incontinence: results from PURE. *European urology*, 51(4), 1073-1082.
- Nilsson, M., Lalos, O., Lindkvist, H. & Lalos, A. (2011). How do urinary incontinence and urgency affect women's sexual life?. *Acta obstetricia et gynecologica Scandinavica*, 90(6), 621-628.
- Nunnally, J. & Bernstein, I. (1994). *Psychometric theory* (3rd ed.). New York: McGraw-Hill

- Nygaard, I., Girts, T., Fultz, N., Kinchen, K., Pohl, G., & Sternfeld, B. (2005). Is urinary incontinence a barrier to exercise in women?. *Obstetrics & Gynecology*, *106*(2), 307-314.
- Obloza, A., Teo, R., Marriott, E., Parker, G., & Tincello, D. (2019). Association of baseline severity of lower urinary tract symptoms with the success conservative therapy for urinary incontinence in women. *International urogynecology journal*, *30*(5), 705-710.
- Organização Mundial de Saúde. (2001). *International classification of functioning, disability and health: ICF*. World Health Organization.
- Perneger, T., Leplège, A. & Etter, J. (1999). Cross-cultural adaptation of a psychometric instrument: two methods compared. *Journal of clinical epidemiology*, *52*(11), 1037-1046.
- Pordata: Base de Dados de Portugal Contemporâneo. Indicadores de fecundidade: Índice sintético de fecundidade e taxa bruta de reprodução. <https://www.pordata.pt/Portugal/Indicadores+de+fecundidade+%C3%8Dndice+sint%C3%A9tico+de+fecundidade+e+taxa+bruta+de+reprodu%C3%A7%C3%A3o-416>. 11-01-2020 20:30.
- Refolo, P., Sacchini, D. & Spagnolo, A. G. (2012). Patient-reported outcomes (PROs): the significance of using humanistic measures in clinical trial and clinical practice. *Eur Rev Med Pharmacol Sci*, *16*(10), 1319-23.
- Reigota, R., Pedro, A., Machado, V., Costa-Paiva, L. & Pinto-Neto, A. (2016). Prevalence of urinary incontinence and its association with multimorbidity in women aged 50 years or older: a population-based study. *Neurourology and urodynamics*, *35*(1), 62-68.
- Riss, P., & Kargl, J. (2011). Quality of life and urinary incontinence in women. *Maturitas*, *68*(2), 137-142.
- Sandvik, H., Hunskaar, S., Seim, A., Hermstad, R., Vanvik, A. & Bratt, H. (1993). Validation of a severity index in female urinary incontinence and its implementation in an epidemiological survey. *Journal of Epidemiology & Community Health*, *47*(6), 497-499.
- Schifferdecker, K., Yount, S., Kaiser, K., Adachi-Mejia, A., Cella, D., Carluzzo, K., Eisenstein, A., Kallen, M., Greene, J., Eton, D. & Fisher, E. (2018). A method to create a standardized generic and condition-specific patient-reported outcome measure for patient care and healthcare improvement. *Quality of Life Research*, *27*(2), 367-378.
- Shy, M., & Fletcher, S. G. (2013). Objective evaluation of overactive bladder: which surveys should I use?. *Current bladder dysfunction reports*, *8*(1), 45-50.
- Siddiqui, N., Levin, P., Phadtare, A., Pietrobon, R. & Ammarell, N. (2014). Perceptions about female urinary incontinence: a systematic review. *International urogynecology journal*, *25*(7), 863-871.

- Sloan, J., Berk, L., Roscoe, J., Fisch, M., Shaw, E., Wyatt, G. & Dueck, A. (2007). Integrating patient-reported outcomes into cancer symptom management clinical trials supported by the National Cancer Institute–sponsored clinical trials networks. *Journal of Clinical Oncology*, 25(32), 5070-5077.
- Tikkinen, K., Leinonen, J., Guyatt, G., Ebrahim, S., & Järvinen, T. (2012). What is a disease? Perspectives of the public, health professionals and legislators. *BMJ open*, 2(6).
- Tsui, J., Shah, M., Weinberger, J., Ghanaat, M., Weiss, J., Purohit, R. & Blaivas, J. (2013). Pad count is a poor measure of the severity of urinary incontinence. *The Journal of urology*, 190(5), 1787-1790.
- Vierhout, M. (1990). Meting van ongewenst urineverlies bij de vrouw. [Measurement of undesirable urine loss in women]. *Ned Tijdschr Geneeskd*, 134,1837–1840.
- U.S. Department of Health and Human Services FDA Center for Drug Evaluation and Research, U.S. Department of Health and Human Services FDA Center for Biologics Evaluation and Research & U.S. Department of Health and Human Services FDA Center for Devices and Radiological Health (2006). Guidance for industry: patient-reported outcome measures: use in medical product development to support labeling claims: draft guidance. *Health and quality of life outcomes*, 4 (79).
- Wagg, A., Kendall, S., & Bunn, F. (2017). Women’s experiences, beliefs and knowledge of urinary symptoms in the postpartum period and the perceptions of health professionals: a grounded theory study. *Primary health care research & development*, 18(5), 448-462.
- Wedge, F., Braswell-Christy, J., Brown, C., Foley, K., Graham, C. & Shaw, S. (2012). Factors influencing the use of outcome measures in physical therapy practice. *Physiotherapy theory and practice*, 28(2), 119-133.
- Wild, D., Grove, E., Zorraqino, M., Eremenco, S., McElroy, S. & Lórenz-Fonfría, V. (2005). Principles of good practice for the translation and cultural adaptation process for patient-reported outcomes (PRO) measures: report of the ISPOR Task Force for Translation and Cultural Adaptation. *Value in Health*, 8 (2), 94-104.
- Wu, J., Hundley, A., Fulton, R. & Myers, E. (2009). Forecasting the prevalence of pelvic floor disorders in US Women: 2010 to 2050. *Obstetrics & Gynecology*, 114(6), 1278-1283.

Agradecimentos

Os meus sinceros agradecimentos ao Professor Doutor Rui Soles Gonçalves e Mestre António Manuel Lopes por toda a entrega, disponibilidade, atenção e orientação, contribuindo assim, para o meu enriquecimento profissional e pessoal.

Agradeço ao Professor Doutor Pedro Lopes Ferreira e ao Professor Doutor Luís Cavalheiro, membros do CEISUC, pelo apoio no processo de tradução e adaptação cultural do PRAFAB.

Às duas revisoras clínicas, gratifico a sua colaboração no processo de análise de equivalência semântica do referido instrumento.

Obrigado à Fisioterapeuta Maud Weterings, pela sua participação na tradução do artigo original.

À Terapeuta Ocupacional Patrícia Antunes e à Mestre Mariana Mateus, pelos seus exemplos de profissionalismo e competência, assim como por toda a disponibilidade, amizade e motivação demonstradas durante a realização deste trabalho.

Aos meus amigos, que estiveram sempre do meu lado, obrigada pelo companheirismo, força e apoio, principalmente nos momentos mais difíceis.

Por último, tendo consciência que sozinha nada teria sido possível, dirijo um agradecimento especial aos meus pais, irmã, avô José, D. Maria e avó Fernanda, pelo seu apoio incondicional, carinho, incentivo e ajuda na superação dos diversos obstáculos que surgiram ao longo desta caminhada. A eles dedico este trabalho!

Apêndice I

Questionário PRAFAB* de determinação da severidade da perda de urina

Por baixo de cada um dos seguintes itens, assinale o quadrado que melhor descreve a sua perda de urina.

1. Proteção

- ₁ Nunca utilizo proteção absorvente para a minha perda de urina
- ₂ Às vezes utilizo proteção absorvente, ou tenho de mudar a roupa interior
- ₃ Habitualmente utilizo proteção absorvente, ou tenho de mudar a roupa interior várias vezes por dia
- ₄ Tenho sempre de utilizar proteção absorvente para a minha perda de urina

2. Quantidade

A minha perda de urina...

- ₁ Não é mais que uma gota
- ₂ É ligeira, por vezes perco uma pequena quantidade
- ₃ É significativa e fico com a proteção absorvente ou as roupas bem molhadas
- ₄ É tão significativa que a proteção absorvente fica encharcada ou deixa passar

3. Frequência

A minha perda involuntária de urina ocorre...

- ₁ Uma vez por semana ou menos
- ₂ Duas a três vezes por semana
- ₃ Mais do que três vezes por semana, mas não todos os dias
- ₄ Todos os dias

4. Adaptação

A minha perda de urina...

- ₁ Não dificulta as minhas atividades diárias
- ₂ Impede-me de fazer algumas atividades, como alguns desportos e atividades fisicamente exigentes
- ₃ Impede-me de fazer a maior parte das atividades físicas que provocam perda involuntária de urina
- ₄ Faz com que praticamente já não saia de casa

5. Imagem corporal

- ₁ A minha perda de urina não me incomoda
- ₂ Acho um pouco incómodo e desagradável, mas não me afeta assim tanto
- ₃ A minha perda de urina faz-me sentir suja
- ₄ Tenho nojo de mim própria por causa da minha perda de urina

*O acrónimo PRAFAB resulta das palavras: PProtection/Amount/Frequency/Adjustment/Body image