

Mestrado em Fisioterapia (1ª edição) – Ramo de Especialização: Saúde da Mulher

Metodologia de Investigação

**Tradução e Adaptação Cultural do “King’s Health Questionnaire”
para a realidade Portuguesa**

Aluna: Carla Gabriel

Orientador: Doutor Rui Soles Gonçalves, Professor Adjunto, Fisioterapeuta

Co-Orientador: Mestre António Manuel Lopes, Professor Coordenador, Fisioterapeuta

Alcoitão, 2011

Tradução e Adaptação Cultural do King's Health Questionnaire para a realidade Portuguesa (*)

RESUMO

Introdução: O *King's Health Questionnaire* (KHQ) é uma medida de resultados reportados pelo doente direccionado a mulheres e homens com incontinência urinária (IU), medindo a qualidade de vida relacionada com a sua condição de saúde. Existe uma versão desta medida, KHQ-2, traduzida e adaptada para a realidade portuguesa mas difere do KHQ oficial por não contemplar uma lista de sintomas de IU e por se reportar às duas últimas semanas. A janela de medida do KHQ oficial é “hoje”. **Objectivo:** Proceder ao processo de tradução e adaptação cultural da lista de sintomas de IU da versão oficial do KHQ para a realidade portuguesa. **Métodos:** O processo de tradução e adaptação cultural obedeceu a duas fases principais: *Tradução* - tradução, retroversão, obtenção de uma versão de consenso e análise da qualidade da tradução realizada por dois clínicos; *Validade de conteúdo* - análise de compreensão e aceitação por um painel de 12 doentes com IU. **Resultados:** Foi obtida equivalência semântica e de conteúdo. Duas traduções e uma retroversão serviram de base à obtenção de uma versão de consenso. Não foram identificados problemas pelos clínicos. A lista de sintomas de IU do KHQ foi bem aceite pelos doentes, que a consideram razoavelmente compreensível. O tempo de preenchimento médio foi de $4,0 \pm 1,4$ minutos. **Conclusões:** A lista de sintomas de IU do KHQ foi traduzida e adaptada culturalmente à realidade portuguesa. Depois de adicionada ao KHQ-2, e de alterada a janela de medida, deu origem à versão portuguesa oficial do KHQ.

Palavras-chave: King's Health Questionnaire, Medida de resultados reportados pelo doente, Qualidade de vida relacionada com a saúde, Adaptação Intercultural, Incontinência Urinária.

(*) De acordo com o orientador o presente projecto foi redigido segundo o antigo acordo ortográfico de língua portuguesa.

Translation and Cultural Adaptation of the King's Health Questionnaire for the Portuguese reality

ABSTRACT

Background: The King's Health Questionnaire (KHQ) is a measure of results reported by the patient directed to women and men with urinary incontinence (UI), measuring the quality of life related to his health condition. There is a version of this measure, KHQ-2, translated and adapted to the Portuguese reality but it differs from official KHQ for not include a list of UI symptoms and to report to the last two weeks. The KHQ official refers to “today”. **Objective:** Proceed to the process of translation and cultural adaptation of the list of UI symptoms of the official version of the KHQ to the Portuguese reality. **Methods:** The process of translation and cultural adaptation consisted of two main phases: *translation* - translation, retroversion, obtaining a consensus version and translation quality analysis performed by two clinicians; *content validity* - Analysis of understanding and acceptance by a panel of 12 patients with UI. **Results:** Semantic and content equivalence were obtained. Two translations and a retroversion served as the basis to obtain a consensus version. No issues were identified by clinicians. The list of UI symptoms KHQ was well accepted by patients, who consider it reasonably understandable. The average completion time was 4.0 ± 1.4 minutes. **Conclusions:** The list of UI symptoms KHQ has been translated and culturally adapted to the Portuguese reality. Once added to the KHQ-2, and changed the measurement window, gave rise to the official portuguese version of the KHQ.

Keywords: King's Health Questionnaire, Measurement results reported by the patient, Quality of life related to health, Intercultural adaptation, Urinary Incontinence

Introdução

Segundo a *Internacional Continence Society* (ICS), Incontinência Urinária (IU) é a perda involuntária de urina que pode ser demonstrada de forma objectiva, constituindo um problema social e higiénico (Dumoulin & Hay-Smith, 2010; Laycock *et al.*, 2001; Abrams *et al.*, 1988). IU é um sintoma que afecta mais frequentemente mulheres, tendo grande impacto na sua qualidade de vida relacionada com a saúde (QVRS), despertando sentimentos de vergonha e isolamento social (Dumoulin & Hay-Smith, 2010).

Estima-se que mais de 60 milhões de pessoas, em todo o mundo, sofrem de IU. Estudos realizados na população portuguesa apontam para a existência de 600 mil incontinentes nas diferentes faixas etárias (40% da população feminina e 15% da população masculina). Entre os 45 e os 65 anos a proporção de casos de IU é de 3 mulheres para cada homem. A IU acarreta custos e despesas enormes e é um aspecto económico que se vai agravar nos próximos anos, já que se assiste a uma tendência de maior longevidade populacional (Dinis, 2011).

Existem vários tipos de IU, o mais frequente é a incontinência urinária de esforço (IUE) que afecta cerca de 86% das mulheres com IU (Hannestad *et al.*, 2000) e é definida por perda involuntária de urina durante um esforço, como tossir, espirrar ou pegar em pesos. Um estudo urodinâmico demonstra que a perda involuntária de urina ocorre durante o aumento da pressão intra-abdominal sem haver contracção do músculo detrusor (Dumoulin & Hay-Smith, 2010; Wallace *et al.*, 2009). Essa pressão intra-abdominal ao transmitir-se apenas à bexiga aumenta a pressão intravesical, que ao tornar-se superior à pressão uretral, associada ao défice do mecanismo de encerramento da uretra conduz á perda involuntária de urina (Henscher, 2007).

Outro tipo de IU é a incontinência urinária de urgência (IUU), também designada por bexiga hiperactiva que ocorre como consequência da hiperactividade da musculatura detrusora, onde o músculo detrusor apresenta contracção involuntária. Nestas pessoas, inesperadamente surge uma súbita e incontrolável vontade de urinar. A perda pode referir-se a um grande volume de urina, nos casos em que a contracção do músculo detrusor é seguida do relaxamento do esfíncter uretral, sem relaxamento voluntário dos músculos do pavimento pélvico (Henscher, 2007).

Os sintomas da IUU têm um profundo impacto na vida dos doentes, ao ponto de poderem causar grande desconforto, constrangimento e perda de confiança que levam muitas vezes a afastarem-se do seu meio social. Em algumas situações podem afectar a saúde física e mental, e comprometer nas relações interpessoais (Reese *et al.*, 2003).

Quando um doente apresenta IUE acompanhada de perda de urina numa urgência miccional, diz-se que tem incontinência urinária mista (IUM) (Henschel, 2007).

Segundo Fonseca, *et al.* (2005) entre 30% a 50% das mulheres que sofrem de IU não revelam espontaneamente os sintomas ao médico assistente ou a outro profissional de saúde e só procuram ajuda ou falam do assunto após o primeiro ano do início dos sintomas por entenderem que a perda de urina é esperada com o avanço da idade. As mulheres, silenciosamente têm uma diminuição da auto-estima e progressivamente ficam deprimidas, angustiadas e irritadas.

Em qualquer tipo de IU, os sintomas têm vários efeitos negativos na vida dos doentes, principalmente no que diz respeito a actividades físicas, autoconfiança, auto-percepção e actividades sociais (Borges *et al.*, 2009), gerando muitas vezes alta morbilidade por criar alterações a nível psicológico, ocupacional, doméstico, físico e sexual (Tamanini *et al.*, 2003).

O envolvimento do próprio doente no seu processo de tratamento e a necessidade de avaliação mais ampla de como e quanto determinada patologia ou intervenção médica afecta a QVRS são fundamentais em qualquer serviço de saúde (Fitzpatrick *et al.*, 1992). Avaliar a QVRS ajuda a seleccionar e a monitorar problemas psico-sociais de um doente, demonstra a percepção da população sobre diferentes problemas de saúde e mede os resultados das intervenções clínicas (Fitzpatrick *et al.*, 1992).

Vários autores (Dumoulin & Hay-Smith, 2010; Imamura *et al.*, 2010; Price *et al.*, 2010; Dedicação *et al.*, 2008; Bo *et al.*, 2007; Etienne *et al.*, 2007; Lopes & Higa, 2006) defendem ser fundamental a necessidade de avaliar como e quanto a IU afecta a QVRS dos doentes, visto que um maior número de perdas urinárias corresponde a uma pior QVRS. Assim sendo, a ICS tem recomendado a utilização de um instrumento de medição da QVRS em todo e qualquer estudo sobre IU (Kelleher *et al.*, 1997), como um complemento das medidas clínicas. A eficácia do tratamento da IU tem sido usualmente avaliada segundo parâmetros objectivos (estudo urodinâmico, *pad test* e teste de esforço). Porém, esses parâmetros falham em avaliar o impacto que a IU e o respectivo tratamento causam sob o ponto de vista do doente.

Existem vários instrumentos de medição que avaliam a QVRS dos doentes incontinentes que têm semelhanças e diferenças entre si. Podem ser utilizados questionários genéricos ou específicos, que avaliam aspectos próprios da gravidade e do impacto dos sintomas na vida destes doentes (Kelleher *et al.*, 2000). Os genéricos, como o SF-36, são de fácil administração e compreensão, mas têm como inconveniente apresentar dimensões gerais, que podem ser pouco sensíveis às alterações clínicas que os doentes venham a apresentar.

Existem questionários específicos que avaliam aspectos próprios da gravidade e do impacto dos sintomas urinários na vida dos doentes, como: *Bristol Female Lower Urinary Tract Symptoms (BFLUTS)* (Jackson *et al*, 1996), *Quality of Life in Persons with Urinary Incontinence (I-QoL)* (Wagner *et al*, 1996) e *King's Health Questionnaire (KHQ)* (Kelleher *et al*, 1997).

De entre os questionários específicos, destaca-se o KHQ por usar tanto a presença de sintomas de IU quanto o seu impacto relativo, o que leva a resultados mais consistentes. Permite uma mensuração global e avalia também o impacto dos sintomas nos vários aspectos da QVRS (Kelleher *et al*, 2000).

Em 1997, Kelleher *et al*, construíram e validaram o KHQ no idioma inglês, mostrando-se um instrumento fiável e válido na avaliação da QVRS de mulheres com IU. Foi demonstrado que o KHQ é de fácil compreensão e preenchimento, sendo um instrumento de medição útil na avaliação e acompanhamento de mulheres com IU em diversos contextos clínicos, tanto na monitorização clínica como em investigações científicas. Posteriormente, o KHQ mostrou-se igualmente útil na avaliação de homens com IU (Reese *et al*, 2003; Uemura *et al*, 2004; Okamura, *et al* 2008; Chou *et al*, 2010).

Os estudos de validação do KHQ noutros países, como no Brasil, (Tamanini *et al*, 2003, 2004 & Fonseca, *et al*, 2005), em Espanha (Llach *et al*, 2000), na Alemanha (Bjelic-Radisic, *et al*, 2005), no Japão (Uemura & Homma, 2004; Okamura *et al*, 2008) e na China (Chou *et al*, 2010) também demonstraram que essas versões apresentam alta fiabilidade e validade.

Na área da IU, são raros os instrumentos de medição específicos validados para a cultura portuguesa, pelo que no presente estudo optou-se por traduzir e adaptar culturalmente o KHQ por ser um instrumento de medição completo, que avalia tanto o impacto da IU nos diferentes domínios da QVRS, como os sintomas percebidos pelos próprios doentes. A ICS classifica-o como “altamente recomendável”, ou nível “A”, para utilização em pesquisas clínicas, principalmente pela sua popularidade e pelo facto de já estar em uso, após processos de tradução e validação noutras culturas (Tamanini *et al*, 2003).

A obtenção de uma versão portuguesa do KHQ assume significativa relevância pela importância da utilização de questionários específicos para a condição em estudo, pois com a avaliação específica da qualidade de vida, o profissional conseguirá mensurar o impacto da IU, bem como medir os resultados da intervenção da fisioterapia em relação à QVRS dos doentes com IU (Kelleher *et al*, 2000 & Badia *et al*, 2000 & Tamanini *et al*, 2003, 2004 & Fonseca *et al*, 2005). Por outro lado, os questionários de qualidade de vida oferecem uma excelente forma de se

iniciar um diálogo entre o doente e o seu médico assistente, enfermeira ou fisioterapeuta (Fonseca *et al*, 2005).

O KHQ é composto por 32 questões, das quais 21 são divididas em 8 domínios: percepção geral de saúde (um item), impacto da IU (um item), limitações no desempenho de tarefas (dois itens), limitações físicas/ sociais (quatro itens), relacionamento pessoal (três itens), emoções (três itens), sono/ energia (dois itens) e medidas de gravidade (cinco itens) e as restantes questões representam uma lista de sintomas: frequência urinária, noctúria, urgência, hiperreflexia vesical, IUE, enurese nocturna, incontinência na relação sexual, infecções urinárias, dor na bexiga, dificuldade em urinar, aos quais os doentes têm que assinalar o quanto estes afectam a sua vida. Tem também um espaço para os doentes descreverem qualquer outra situação que possam perceber, relacionado com este problema.

A todas as respostas são atribuídos valores numéricos, somados e avaliados por domínio. Os valores são então calculados por meio de fórmulas matemáticas, obtendo-se assim, a pontuação de QVRS que varia de 0 a 100, considerando-se que quanto maior a pontuação obtida, pior é a qualidade de vida relativamente à IU. Ou seja, a pontuação para cada dimensão é apresentada numa escala de orientação negativa de melhor estado de saúde (0) a pior estado de saúde (100). É possível ainda obter a pontuação da gravidade dos sintomas urinários a partir de uma escala separada de 11 itens (perguntas 3 a 13) pontuável de melhor (0) a pior (33).

É importante referir que existe uma versão do KHQ traduzida e adaptada para a cultura portuguesa designada por KHQ-2, mas que difere do KHQ oficial por não contemplar uma das partes do questionário (lista de sintomas de IU) e por reportar-se às duas últimas semanas, enquanto que a versão oficial as questões são reportadas ao dia em que o questionário é preenchido.

O presente estudo tem como objectivo descrever o processo de tradução e adaptação cultural da lista de sintomas de IU da versão oficial do instrumento de medição de QVRS específico para doentes com IU “King's Health Questionnaire”, para a realidade portuguesa. Posteriormente será adicionada ao KHQ-2, e depois de alterada a janela de medida, dará origem à versão portuguesa oficial do KHQ.

Metodologia

Realizou-se um estudo metodológico, com o propósito de traduzir e adaptar culturalmente a lista de sintomas de IU que faz parte da versão oficial do KHQ para a realidade portuguesa, no âmbito do Mestrado em Fisioterapia (1ª edição) – Ramo de Especialização: Saúde da Mulher na

Escola Superior de Saúde do Alcoitão, com o apoio do Centro de Estudo de Investigação em Saúde na Universidade de Coimbra (CEISUC).

Inicialmente foi enviado um pedido de autorização aos autores do KHQ, no sentido de obter autorização para a adaptação e validação deste instrumento de medida para a população portuguesa. O processo foi encaminhado para o Instituto MAPI, que é uma empresa internacional localizada em Lyon, França, com especial interesse em promover a nível mundial as avaliações clínicas, através da validação linguística de instrumentos de medição, garantindo que todo o processo metodológico seja realizado de forma adequada (MAPI Institute. <http://www.mapi-institute.com/home>. 01-03-11 18:23).

A partir do contacto com o Instituto MAPI, houve conhecimento da existência de uma versão do KHQ, traduzida e adaptada para a cultura portuguesa, designada por KHQ-2. Por este motivo, foi obtida autorização do Instituto MAPI para se proceder ao processo de tradução e adaptação cultural da lista de sintomas de IU do KHQ oficial, seguindo as normas publicadas por Guilhermin et al (1993).

Fase de Tradução

Tradução

O CEISUC disponibilizou dois tradutores portugueses independentes que dominam a língua inglesa, tendo cada um elaborado uma versão da lista de sintomas de IU do KHQ na língua portuguesa (tradução 1 e 2). As duas traduções foram discutidas em reunião de consenso no CEISUC pela aluna e por peritos do CEISUC, com os objectivos de analisar a qualidade das traduções, no que respeita à clareza, linguagem coloquial e tradução literal; analisar a equivalência de significado dos itens traduzidos e obter a primeira versão de consenso das traduções da lista de sintomas do referido instrumento de medição.

Retroversão

A primeira versão da lista de sintomas de IU do KHQ em português foi sujeita a uma retroversão para a língua de origem (inglês) por um tradutor que tinha como língua materna o inglês. Consequentemente, foi realizado o segundo painel de equivalência semântica, a partir da comparação da retroversão com a versão original, de modo a obter a segunda versão de consenso da lista de sintomas de IU do KHQ.

Qualidade da Tradução

A segunda versão da lista de sintomas de IU do KHQ em português foi analisada por dois clínicos com experiência na área da IU (médica fisiatra e fisioterapeuta), com o objectivo de avaliar a qualidade da tradução produzida. Após a obtenção das duas análises, em reunião de consenso realizou-se o terceiro painel de equivalência semântica, no sentido de se obter a terceira versão de consenso da lista de sintomas de IU do KHQ em português.

Fase de Validade de Conteúdo

Compreensão e Aceitação

Após a conclusão da fase de tradução iniciou-se a fase de validade de conteúdo, de forma a obter a redacção das notas introdutórias e/ou explicativas dos itens, das perguntas constantes da lista de sintomas de IU do KHQ e respectivas opções de resposta, quanto à sua clareza, correcção e grau de compreensão e à análise em termos genéricos da aceitabilidade e compreensibilidade do instrumento de medição em causa.

Tomando como referência os critérios de inclusão e exclusão utilizados noutros estudos (Llach *et al*, 2000; Tamanini, *et al* 2003; Uemura & Homma, 2004; Fonseca, *et al* 2005; Bjelic-Radisic, *et al*, 2005), a amostra para o teste de compreensibilidade e aceitação foi constituída por 12 doentes de ambos os sexos, com o diagnóstico de IU, que referiram uma média de um ou mais episódios de perda urinária por semana, durante os últimos 3 meses. Foram excluídas do estudo mulheres grávidas ou em período de lactação; indivíduos com idade inferior a 15 anos; que não sabiam ler e escrever, uma vez que é um questionário de auto-preenchimento e com doenças degenerativas e/ ou neurológicas associadas, de modo a evitar que outro factor associado interferisse na avaliação da QVRS.

Para melhor caracterização da amostra, os doentes foram também solicitados a facultar alguns dados sociodemográficos e clínicos, tais como idade, estado civil, profissão, grau de escolaridade, peso, altura, tipo de IU, tempo de sintomatologia, número médio de perdas urinárias por semana e o número de pensos higiénicos utilizados por dia.

Na sequência do processo de avaliação da validade de conteúdo, entre o dia 18 de Agosto e 28 de Setembro de 2011, entrevistaram-se 12 doentes com o diagnóstico de IU. As entrevistas decorreram no Serviço de Medicina Física de Reabilitação do Hospital Fernando Fonseca, onde 10 dos entrevistados efectuavam tratamento de fisioterapia em ambulatório e 2 recorreram ao mesmo serviço apenas para consulta de fisioterapia.

Resultados

Fase de Tradução

Tradução

Da análise das equivalências de significado da tradução da lista de sintomas do KHQ resultaram os seguintes consensos:

(i) Instruções: **“...problemas urinários...”** como equivalente semântico de **“...bladder problems...”**. Optou-se utilizar a expressão “problemas urinários” em vez de “problemas de bexiga”, como consta nas traduções, uma vez estar mais directamente relacionada com a IU e constar também na versão portuguesa do KHQ-2.

(ii) **“DEIXE EM BRANCO...”** como equivalente semântico de **“LEAVE OUT”**, uma vez que **“IGNORE”** ou **“DEIXE DE FORA”**, sugestões dos tradutores, não pareceram adequadas ao contexto do questionário.

(iii) Apesar da versão original do KHQ não especificar o género dos destinatários e como na versão portuguesa do KHQ-2 as questões são dirigidas a sujeitos do sexo feminino e masculino, optou-se por se utilizar as preposições o/a.

(iv) **“Escolha por favor a resposta mais adequada ao seu caso”** como equivalente semântico de **“To choose please tick”**, uma vez que **“... faça um visto”** como sugerido pelos tradutores não é muito utilizado nos questionários de língua portuguesa. A opção seleccionada foi de encontro à já utilizada na versão portuguesa do KHQ-2.

(v) 1º Item: **“... muitas vezes”** como equivalente semântico de **“... very often”**. Não se optou pela expressão “com muita frequência” como sugerido por um dos tradutores, pois pensou-se que a expressão “muitas vezes” seria mais facilmente entendida pelos doentes.

(vi) 3º Item: **“um forte desejo de urinar e difícil de controlar”** como equivalente semântico de **“a strong and difficult to control desire to pass urine”**. Segundo as duas traduções o equivalente semântico seria “um desejo de urinar forte e difícil de controlar”, porém após consenso optou-se por colocar a palavra “forte” antes da palavra “desejo”, uma vez que a palavra “forte” é um adjectivo que vai qualificar o desejo de urinar e não o próprio acto de urinar.

(vii) 5º Item: **“INCONTINÊNCIA DE ESFORÇO”** como equivalente semântico de **“STRESS INCONTINENCE”**. Os tradutores consideraram como equivalente semântico **“INCONTINÊNCIA DE STRESS E INCONTINÊNCIA PROVOCADA POR STRESS”**, no entanto na nomenclatura portuguesa este tipo de IU é designado por “incontinência urinária de

esforço”. No mesmo item, “**perda de urina com um esforço físico, por exemplo tossir, espirrar, correr**” como equivalente semântico de “**urinary leakage with physical activity eg. coughing, sneezing, running**”.

(viii) 6º Item: “**urinar na cama durante a noite**” como equivalente semântico de “**wetting the bed at night**”.

Retroversão

A segunda versão de consenso da lista de sintomas de IU do KHQ, foi obtida a partir dos seguintes consensos:

(i) Instruções: Optou-se por manter a expressão “**problemas urinários**” em vez de “problemas de bexiga” (“**bladder problems**”) como consta na versão original, uma vez ter sido novamente considerado estar mais directamente relacionada com a IU e constar na versão portuguesa do KHQ-2.

(ii) 5º Item: Optou-se por manter “**INCONTINÊNCIA DE ESFORÇO**” como equivalente semântico de “**STRESS INCONTINENCE**”. Considerou-se que seria mais adequado manter a expressão “**esforço físico**” como equivalente semântico de “**physical activity**”, tendo em conta que na realidade portuguesa, dentro dos exemplos descritos, apenas o correr é que é considerado como actividade física.

(iii) 6º Item: Optou-se por manter a expressão “**urinar na cama**” como equivalente semântico de “**wetting the bed**”.

(iv) 11º Item: Alterou-se “**OUTROS**” por “**OUTRO**” e acrescentou-se uma linha à frente da palavra “**ESPECIFIQUE**”.

Qualidade da Tradução

Com base nas análises dos clínicos, o terceiro painel de equivalência semântica obteve os seguintes consensos:

(i) 2º Item: Optou-se por acrescentar o pronome pessoal reflexo “**se**” ao verbo “**levantar**”, ficando “**levantar-se de noite...**”.

(ii) 3º e 4º Item: A partir da sugestão de um dos clínicos optou-se por alterar a expressão “um forte **desejo** de urinar” por “uma forte **vontade** de urinar”. Retirou-se a conjugação “**e**” na expressão “... vontade de urinar e difícil de controlar” (3º item) e substituiu-se por uma **vírgula**, pois as duas expressões podem ser independentes.

Depois desta análise obteve-se a terceira versão de consenso.

Fase de Validade de Conteúdo*Compreensão e Aceitação*

O quadro seguinte apresenta as características dos 12 sujeitos que fizeram parte do painel para análise de equivalência de conteúdo (**Tabela 1**).

Tabela 1: Características dos doentes (N = 12)

Variáveis	Dados
Idade (Anos)	57,5 ± 14,9 (35 – 75)
Sexo	
Feminino	9 (75,0)
Masculino	3 (25,0)
Índice Massa Corporal (kg/m²)	26,9 ± 2,9 (21,8 – 32,9)
Estado Civil	
Casado	10 (83,3)
Solteiro	1 (8,3)
Divorciado	1 (8,3)
Habilitações Literárias	
Sabe ler/ escrever	6 (50,0)
Ensino básico	4 (33,3)
Ensino secundário	2 (16,7)
Profissão	
Cozinheiro	1 (8,3)
Auxiliar de lar	1 (8,3)
Reformado	6 (50,0)
Desempregado	4 (33,3)
Tipo de IU	
IUE	6 (50,0)
IUU	2 (16,7)
IUM	4 (33,3)
Início Sintomas (Meses)	55,5 ± 34,2 (18 – 120)
Tempo Doença (Meses)	23,2 ± 26,3 (3 – 84)
Número de perdas urinárias (por semana)	9,2 ± 9,4 (2,5 – 28)
Número de pensos higiénicos (por dia)	1,5 ± 1,2 (0 – 4)

Variáveis quantitativas: média ± desvio-padrão (mínimo - máximo)

Variáveis categóricas: frequência (percentagem)

A duração média do tempo de preenchimento do questionário foi de 4,0 minutos sendo o mínimo 3,0 e o máximo 7,0 minutos. A duração média do tempo das entrevistas foi de 10,6 minutos, para um mínimo de 5,0 e um máximo de 15,0 minutos (**Tabela 2**).

Tabela 2: Duração do tempo de preenchimento e da entrevista

Variáveis	Dados
Tempo de Preenchimento (minutos)	4,0 ± 1,4 (3 – 7))
Tempo de Entrevista (minutos)	10,6 ± 3,1 (5 – 15)

Variáveis quantitativas: média ± desvio-padrão (mínimo - máximo)

Quanto à análise global do instrumento, e no que se refere à clareza, compreensão e adequação a cada indivíduo e à sua situação em particular, resultou o consenso de que o questionário é breve, de fácil e rápida resposta, compreensível, útil e adequado à população a que se dirige. Acresce que, foi igualmente unânime a opinião de que a linguagem utilizada é simples, clara e coloquial.

Da sua análise individual de cada pergunta e respectivas respostas relativamente à facilidade/dificuldade na compreensão dos termos usados, das instruções fornecidas, das questões e respectivas opções de resposta, bem como das alternativas propostas pelos entrevistados, sempre que identificada a existência de qualquer problema, verificou-se que:

(i) 1.º Item: Um dos 12 inquiridos sentiu dificuldade em perceber se “**ir à casa de banho muitas vezes**” referia-se ao período diurno ou nocturno, porém ao ler o 2.º item verificou que esta questão referia-se especificamente a “**levantar-se de noite para ir urinar**”, pelo que se optou por não se fazer alterações. Outro dos 12 entrevistados não entendeu, no primeiro momento, o significado da palavra “**FREQUÊNCIA**”, situação que o próprio sentiu resolvida quando leu a descrição à frente apresentada, tendo percebido que os restantes itens do questionário apresentavam semelhante estrutura, pelo que não sugeriu nenhuma alteração.

(ii) Opções de Resposta: Apesar de todos os inquiridos terem entendido claramente as instruções, onde de forma bastante explícita está descrito para identificarem apenas os sintomas problemáticos, cinco deles sugeriram acrescentar a opção “não aplicável”, por parecer facilitar a caracterização da sua situação em particular.

(iii) Em reunião de consenso chegou-se à conclusão que acrescentar mais uma opção de resposta seria alterar a estrutura da medida original, pelo que se optou por apenas colocar a *negrito* as expressões “**APENAS AQUELES PROBLEMAS (...) DEIXE EM BRANCO...**”, de forma a não suscitar qualquer dúvida quanto ao modo de preenchimento.

Por não serem referenciadas quaisquer outras dificuldades, relativamente à análise de conteúdo dos itens traduzidos foi obtida a versão final da lista de sintomas de IU do KHQ traduzida e adaptada à realidade portuguesa. Esta lista foi adicionada ao KHQ-2, e após alterada a janela de medida, obteve-se a versão portuguesa oficial do KHQ (Apêndice 1).

Discussão

O presente estudo reporta o processo de tradução e adaptação cultural da lista de sintomas de IU da versão oficial do KHQ para a realidade portuguesa, tendo sido obtida equivalência semântica e de conteúdo.

Enquanto os estudos publicados sobre a adaptação e validação do KHQ noutros países (Kelleher *et al*, 1997; Llach *et al*, 2000; Tamanini *et al* 2003, 2004; Reese *et al*, 2003; Uemura & Homma, 2004; Fonseca *et al* 2005; Bjelic-Radisic *et al*, 2005; Okamura *et al*, 2008; Chou *et al*, 2010), reportam resultados sobre a versão oficial do mesmo instrumento, o presente estudo tem resultados apenas da tradução e adaptação cultural da lista de sintomas de IU do KHQ, havendo por este motivo alguma limitação na comparação de resultados.

Os consensos resultantes da análise da equivalência de significado da tradução da lista de sintomas do KHQ foram facilmente alcançados. Com base nas duas traduções, a concordância foi basicamente centralizada em adequar a terminologia à linguagem portuguesa e à já existente no KHQ-2.

Por uma questão de coerência, foi adoptada semelhante estrutura e terminologia da versão portuguesa do KHQ-2, nomeadamente a utilização da expressão “problemas urinários” em vez de “problemas de bexiga” (instruções); a utilização das preposições o/a de modo a ser destinado a doentes do sexo feminino e masculino e a utilização da expressão “Escolha por favor a resposta mais adequada ao seu caso” em vez de “Faça um visto” (instruções).

Por outro lado, dois dos consensos obtidos foram no sentido de apresentar uma linguagem mais facilmente compreendida pelos doentes, tais como a utilização da expressão “deixe em branco...” em vez de “ignore” ou “deixe de fora” (instruções) e a utilização de “...muitas vezes” em vez de “...com muita frequência” (1º item), não trazendo com isso divergências entre os elementos do painel.

Numa outra perspectiva, os consensos obtidos tiveram como base a terminologia clínica utilizada na área da IU em Portugal, ou seja, optou-se por utilizar a designação “incontinência de esforço” em vez de “incontinência de stress” ou “incontinência provocada por stress” (5º item), uma vez que na nomenclatura portuguesa este tipo de incontinência urinária é designado por “incontinência urinária de esforço”, isto é, perda de urina durante um esforço. Sendo também esta a razão que levou a optar pela expressão “esforço físico” em vez de “actividade física” (5º item), como foi sugerido pelos tradutores, tendo em conta que dentro dos exemplos descritos, na realidade portuguesa, apenas o correr é que é considerado como actividade física, a tosse e o espirro são esforços físicos.

No 6º item considerou-se que “urinar na cama...” seria a expressão mais adequada, como foi sugerido por um dos tradutores, em vez de “molhar a cama...”, no sentido em que parece traduzir mais especificamente o problema de perda de urina, independentemente de molhar ou não a

cama. Caso use fralda ou penso higiénico o doente pode urinar na cama mas não molhar a mesma, podendo então não considerar como um problema.

Do painel para análise de equivalência semântica da retroversão, os consensos obtidos foram semelhantes à fase anterior. Do ponto de vista semântico não houve nenhuma alteração, pelo que as expressões adoptadas para a primeira versão de consenso foram semelhantes para a segunda versão. Houve apenas uma pequena alteração no 11º item em que se alterou “outros” por “outro” e acrescentou-se uma linha à frente da palavra “...Especifique”, pois parece orientar o doente a descrever o problema, caso se aplique. Alcançou-se a segunda versão de consenso da lista de sintomas de IU do KHQ.

O terceiro painel de equivalência semântica obteve consensos com facilidade dada à quase inexistência de problemas apontados pelos clínicos. No 2º item optou-se por acrescentar o pronome pessoal reflexo “se” ao verbo “levantar”, uma vez que caracteriza melhor a acção que recai sobre quem a pratica, nomeadamente o doente com IU, ficando “levantar-se de noite...”.

A partir da sugestão de um dos clínicos optou-se por alterar a expressão “um forte desejo de urinar” por “uma forte vontade de urinar” (3º e 4º item) por se considerar que a palavra “vontade” vai mais de encontro à linguagem usual dos doentes e poder ser mais facilmente compreendida pelos mesmos.

Retirou-se a conjugação “e” na expressão “... vontade de urinar e difícil de controlar” (3º item) tendo sido substituída por uma vírgula, pois entende-se que neste contexto faz sentido separar as duas expressões de natureza semelhante, tornando-as independentes uma da outra e não constituir a adição das duas acções de idêntica função.

Ambos os clínicos consideraram que, no geral, o questionário apresentado traduz-se numa linguagem que vai de encontro a todos os pressupostos de acessibilidade para qualquer leitor, nomeadamente para qualquer doente com IU. Consideraram que a tradução correspondia aos conceitos e conteúdos que a versão original pretende transmitir, e referiram ser precisa e de fácil compreensão.

Tentou-se que os doentes que fizeram parte do painel de equivalência de conteúdo tivessem características semelhantes à de outros estudos (Llach *et al*, 2000; Tamanini *et al* 2003, 2004; Uemura & Homma, 2004; Fonseca *et al* 2005; Bjelic-Radisic *et al*, 2005) e simultaneamente fossem representativas das características da população portuguesa com o diagnóstico de IU.

A média de idade dos sujeitos da amostra foi de 57,5±14,9 anos (35-75), à semelhança dos estudos anteriores cuja média de idade variou entre 51,4 ±34,2 e 61,7±11,2 anos. Foi constituída por 9 mulheres e 3 homens, indo de encontro aos dados estatísticos nacionais que demonstram

que entre os 45 e os 65 anos a proporção de casos de IU é de 3 mulheres para cada homem (Dinis, 2011).

Quanto ao tipo de IU, 50% dos sujeitos apresentavam IUE e 33,3% IUM. Segundo Huebner *et al* (2010) a IUE é o tipo de incontinência mais comum, afectando 86% das mulheres com IU, 50% apenas com IUE e 36% combinada com IUU (IUM).

A média do Índice de Massa Corporal (IMC) foi de $26,9 \pm 2,9$ kg/m² (21,8 – 32,9) que segundo os valores de referência da Organização Mundial de Saúde é considerado excesso de peso, à semelhança da população do estudo de Tamanini, *et al* (2003) que teve uma média de IMC de $28,4 \pm 5,8$ kg/m², sendo considerado um factor de risco importante na ocorrência e severidade da IU.

Relativamente ao nível de escolaridade, 50% da amostra não tinha finalizado o ensino básico, o que de alguma forma permitiu garantir que o nível de compreensibilidade fosse acessível a toda a população portuguesa.

No que diz respeito ao tempo de sintomas, todos os sujeitos da amostra referiram que têm sintomas há mais de 1 ano, semelhante à população do estudo de Tamanini J., *et al* (2003), em que 94,2% refere sintomas de IU também há mais de 1 ano. Estes períodos diferem do tempo de doença, isto é, do tempo a partir do momento que foi diagnosticado IU. Portanto, a média do tempo de doença dos sujeitos deste estudo é de $23,2 \pm 26,3$ meses, ao passo que a média do tempo de sintomas é de $55,5 \pm 34,2$ meses. Segundo Fonseca, *et al.* (2005) entre 30 a 50% das mulheres que sofrem de IU não revelam espontaneamente os sintomas ao médico assistente ou a outro profissional de saúde e só procuram ajuda ou falam do assunto após o primeiro ano do início dos sintomas, por entenderem que a perda de urina é esperada com o avanço da idade.

A média do número de pensos utilizados por dia foi de $1,5 \pm 1,2$ pensos, valor semelhante à média dos estudos de Uemura, *et al* (2004) e Fonseca, *et al* (2005) que apresentam respectivamente uma média de 1,7 e 1,5 pensos por dia.

No estudo de Fonseca, *et al* (2005), segundo os autores houve muita dificuldade em fazer a adaptação cultural do KHQ para a realidade brasileira. Apesar de considerarem que a maioria das mulheres em estudo não eram analfabetas, foram necessárias várias alterações de palavras para que compreendessem as questões. Alguns dos exemplos apresentados não se referem à lista de sintomas de IU, no entanto, leva a crer que esta situação foi diferente à sentida pela amostra do teste de compreensibilidade do nosso estudo.

A opinião geral de todos os sujeitos da amostra foi de que o questionário é claro, fácil de compreender e rápido de responder. Opinião semelhante ao dos estudos de Kelleher *et al*, 1997;

Llach *et al*, 2000 e Chou *et al*, 2010. As duas únicas dificuldades apontadas foram facilmente resolvidas pelos próprios inquiridos, quando estes leram o restante questionário, pelo que não se reflectiu na necessidade de proceder a qualquer alteração.

Pensa-se que a sugestão de incluir nas hipóteses de resposta a opção “não aplicável”, não se deve à falta de compreensão das instruções, uma vez que nenhum dos sujeitos sentiu necessidade de alterar ou incluir mais alguma informação.

Ao analisar as respostas, verifica-se que os cinco sujeitos que apresentaram esta sugestão foram os que tinham menos problemas urinários, levando a uma maior ausência de respostas. O que leva a crer que, para os doentes não deixarem o questionário quase em branco, sentiram necessidade de assinalar “não aplicável” de forma a provar que o determinado problema foi tido em conta mas de facto não se aplica.

Como limitações ao estudo considera-se o facto de não ter sido incluído na amostra nenhum doente habilitado com o ensino superior, apesar do questionário ter sido previamente analisado por peritos com grau académico superior. Para além disso, o diagnóstico e o tipo de IU ter sido confirmado com base na clínica e não por meio de estudos urodinâmicos, apesar de outros autores (Tamanini *et al* 2003; 2004; Uemura, *et al* 2004; Bjelic-Radisic *et al*, 2005) também terem adoptado este método. Por outro lado, também se considera como limitação ao estudo o facto dos seus resultados não terem sido comparados com os de outros estudos, uma vez que o processo de tradução e adaptação cultural para a realidade portuguesa foi apenas da lista de sintomas de IU e não da versão oficial do KHQ.

Conclusão

O presente estudo permitiu-nos concluir que a lista de sintomas de IU do KHQ foi adequadamente traduzida e adaptada à realidade portuguesa, envolvendo mulheres e homens com queixas de IU. Depois de adicionada ao KHQ-2, e de alterada a janela de medida, deu origem à versão portuguesa oficial do KHQ, devendo a partir do momento ser avaliada relativamente às suas propriedades psicométricas.

Referências Bibliográficas

- Bjelic-Radisic V., et al (2005). Psychometric Properties and Validation of the German-Language King's Health Questionnaire in Women With Stress Urinary Incontinence. *Neurourology and Urodynamics*. 24:63-68
- Bo K, Bergmans B, Morkved S, Van Kampen M. (2007) *Evidence based physical therapy for the pelvic floor*. Edinburgh: Harrison, H.
- Borges J.B.R. et al (2009). Assessing quality of life of women with urinary incontinence using the King's Health Questionnaire. *einstein*; 7 (3): 308-13.
- Chou E.C.L. et al (2010). Validity of the Traditional Chinese Version of the King's Health Questionnaire for Taiwanese Patients With an Overactive Bladder. *Elsevier Taiwan*. 21(4): 180-184
- Dedicação A.C., et al., (2008). Comparação da qualidade de vida nos diferentes tipos de incontinência urinária feminina. *Revista Brasileira de Fisioterapia*. n. 2, mar./abr.
- Dinis P. (2011). <http://nnpdf.webatu.com/dossierIncUri.pdf>. 22-10-11 13:39
- Dumoulin C, Hay-Smith J. (2010). Pelvic floor muscle training versus no treatment, or inactive control treatments, for urinary incontinence in women. *Cochrane Database of Systematic Reviews*
- Etienne, M.A., Waitman, M.C. (2007). Incontinência Urinária e Disfunção Sexual. In T.R. Chiarapa, D. P. Cacho, A.F.D. Alves, (Eds). *Incontinência Urinária Feminina*, (cap. IX, pp. 195-202), São Paulo: Livraria Médica Paulista Editora, LTDA.
- Fonseca E.S.M. et al (2005). Validação do questionário de qualidade de vida (King's Health Questionnaire) em mulheres brasileiras com incontinência urinária. *Revista Brasileira Ginecológica Obstétrica*, 27(5): 235-42.
- Fitzpatrick R., et al (1992). Quality of life measures in health care. I: Applications and issues in assessment. *British Medical Journal*. 305: 1074-7.
- Hannestad Y.S., Rortveit G., Sandvik H., Hunskaar S. (2000). A community-based epidemiological survey of female urinary incontinence: the Norwegian EPINCONT study.

Epidemiology of Incontinence in the County of Nord-Trondelag. *Journal of Clinical Epidemiology*; 53: 1150–1157.

Henscher U., (2007). *Fisioterapia em Ginecologia*. Eds Becker A.G. & Dolken M. Livraria editora Santos

Huebner M., *et al.*, (2010). Pelvic Floor Muscle Training for Stress Urinary Incontinence: A Randomized, Controlled Trial Comparing Different Conservative Therapies. *Physiother. Res. Int.* John Wiley & Sons, Ltd.

Imamura M., *et al.*, (2010). Lifestyle interventions for the treatment of urinary incontinence in adults (Protocol). *The Cochrane Collaboration*. Published by JohnWiley & Sons, Ltd.

Jackson S., *et al.*, (1996). The Bristol Female Lower Urinary Tract Symptoms questionnaire: development and psychometric testing. *British Journal of Urology*. Vol 77. 6: 805-812.

Kelleher C.J. *et al.*, (1997). A new questionnaire to assess the quality of life of urinary incontinent women. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*. Vol.104, pg. 1374-1379.

Kelleher C.J. *et al.*, (2000). Quality of life and urinary incontinence. *Baillieres Best Pract Reserch Clinical Ostetric Gynaecologic*. 14(2): 363-79.

Laycock J., Standley A., Gothers E., Naylor D., Frank M., Garside S.; Kiely E., Knights C., Pearson A.(2001).Guidelines for the Physiotherapy, management of females, aged 16-65 years with stress urinary incontinence.*Charter Society of Physiotherapy*. 1-72

Llach X. B., *et al.* (2000). Validity of the King's Health Questionnaire in the assessment of quality of life of patients with urinary incontinence. *The King's Group. Medicine Clinical* (Barcelona). 114 (17): 647-52.

Lopes M.H.B.M. & Higa R., (2006) Restrições causadas pela incontinência urinária à vida da mulher. *Rev Esc Enferm USP*. 40(1): 34-41.

MAPI Institute. <http://www.mapi-institute.com/home.01-03-11> 18:23).

Price N., *et al.*, (2010). Pelvic floor exercise for urinary incontinence: A systematic literature review. Elsevier Ireland Ltd. Maturitas

Reese P.R. et al., (2003). Multinational study of reliability and validity of the King's Health Questionnaire in patients with overactive bladder. *Quality of Life Research*. 12: 427-442.

Tamanini J.T.N. et al (2003). Validação do “King's Health Questionnaire” para o português em mulheres com incontinência urinária. *Revista Saúde Pública*. 37(2): 203-11.

Tamanini J.T.N. et al (2004). Concurrent validity, internal consistency and responsiveness of the portuguese version of the King's Health Questionnaire (KHQ) in women after stress urinary incontinence surgery. *Official Journal of the Brazilian Society of Urology*. 30 (6): 479-486.

Uemura S. & Homma Y. (2004). Reliability and Validity of King's Health Questionnaire in Patients With Symptoms of Overactive Bladder With Urge Incontinence in Japan. *Neurourology and Urodynamics*. 23: 94-100.

Wallace S.A., et al (2009). Bladder training for urinary incontinence in adults (Review). *The Cochrane Collaboration*. Published by John Wiley & Sons, Ltd.

Wagner T.H., et al (1996). Quality of life of persons with urinary incontinence: Development of a new measure. *Urology*. Vol. 47, 1: 67-71.

Agradecimentos

Agradeço ao Doutor Rui Soles Gonçalves, Professor Adjunto, Fisioterapeuta e membro do Centro de Estudo de Investigação em Saúde na Universidade de Coimbra (CEISUC), pelo apoio e orientação do estudo; ao Mestre António Manuel Lopes, Professor Coordenador, Fisioterapeuta e responsável pelo Mestrado em Fisioterapia (1ª edição) da Escola Superior de Saúde do Alcoitão pela co-orientação do estudo; ao Professor Doutor Pedro Lopes Ferreira; ao Professor Doutor João António Neves Gil e ao Professor Doutor Luís Cavalheiro, membros do CEISUC pelo apoio no processo de tradução e adaptação cultural do instrumento de medida em estudo; à Doutora Isabel Pereira, médica fisiatra e à fisioterapeuta Filipa Pires, com experiência clínica na área da reabilitação do pavimento pélvico, pela colaboração na análise de equivalência semântica do instrumento em estudo e ao Instituto MAPI por ter autorizado realizar todo o processo de tradução e adaptação cultural para a realidade portuguesa.

Apêndice 1

QUESTIONÁRIO DE SAÚDE

(Versão Portuguesa Oficial do King's Health Questionnaire)

QUESTIONÁRIO DE SAÚDE

(Versão Portuguesa Oficial do King's Health Questionnaire)

Como descreveria o seu estado geral de saúde neste momento?

Escolha uma resposta

Muito bom

☐

Bom

☐

Razoável

☐

Fraco

☐

Muito fraco

☐

Até que ponto acha que o seu problema urinário afecta a sua vida?

Escolha uma resposta

Não afecta

☐

Um pouco

☐

Moderadamente

☐

Muito

☐

Vire a página, s.f.f

Gostaríamos de saber quais os seus problemas urinários e até que ponto esses problemas o(a) afectam. Da lista que se segue, escolha **APENAS AQUELES PROBLEMAS** que tem actualmente. **DEIXE EM BRANCO** aqueles que não se aplicam à sua situação.

Até que ponto o(a) afectam?

Escolha por favor a resposta mais adequada ao seu caso.



Um pouco

Moderadamente

Muito

FREQUÊNCIA: ir à casa de banho muitas vezes	☐	☐	☐
NOCTÚRIA: levantar-se de noite para ir urinar	☐	☐	☐
URGÊNCIA: uma forte vontade de urinar, difícil de controlar	☐	☐	☐
INCONTINÊNCIA DE URGÊNCIA: perda de urina associada a uma forte vontade de urinar	☐	☐	☐
INCONTINÊNCIA DE ESFORÇO: perda de urina com um esforço físico, por exemplo tossir, espirrar, correr.	☐	☐	☐
ENURESE NOCTURNA: urinar na cama durante a noite.	☐	☐	☐
INCONTINÊNCIA NA RELAÇÃO SEXUAL: perda de urina durante a relação sexual	☐	☐	☐
INFECÇÕES URINÁRIAS FREQUENTES	☐	☐	☐
DOR NA BEXIGA	☐	☐	☐
Dificuldade em URINAR	☐	☐	☐
OUTRO, ESPECIFIQUE: _____	☐	☐	☐

Abaixo estão mencionadas algumas das actividades diárias que podem ser afectadas pelos problemas urinários. Até que ponto o seu problema urinário o(a) afecta?

Gostaríamos que respondesse a todas as perguntas. Escolha a resposta mais adequada ao seu caso.

LIMITAÇÕES NAS ACTIVIDADES DIÁRIAS	Não afecta	Um pouco	Moderada-mente	Muito
------------------------------------	------------	----------	----------------	-------

Até que ponto o seu problema urinário afecta as suas actividades domésticas (por exemplo limpar, ir às compras, pequenos arranjos na casa, etc.)?

☐	☐	☐	☐
-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------

O seu problema urinário afecta o seu trabalho, ou as suas actividades diárias normais fora de casa?

☐	☐	☐	☐
-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------

LIMITAÇÕES FÍSICAS/SOCIAIS

Não afecta	Um pouco	Moderada-mente	Muito
------------	----------	----------------	-------

O seu problema urinário afecta as suas actividades físicas (por exemplo, ir dar um passeio a pé, correr, praticar desporto, ginástica, etc.)?

☐	☐	☐	☐
-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------

O seu problema urinário afecta a sua capacidade de andar de camioneta, carro, avião ou comboio?

☐	☐	☐	☐
-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------

O seu problema urinário limita o seu convívio com outras pessoas?

☐	☐	☐	☐
-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------

O seu problema urinário limita a sua capacidade de visitar/ver os(as) amigos(as)?

☐	☐	☐	☐
-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------

RELAÇÕES PESSOAIS

Não se aplica	Não afecta	Um pouco	Moderada-mente	Muito
---------------	------------	----------	----------------	-------

O seu problema urinário afecta o relacionamento com o seu (a sua) parceiro(a)?

☐	☐	☐	☐	☐
-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------

O seu problema urinário afecta a sua vida sexual?

☐	☐	☐	☐	☐
-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------

O seu problema urinário afecta a sua vida familiar?

☐	☐	☐	☐	☐
-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------

EMOÇÕES

	Não	Um pouco	Moderada- mente	Muito
Sente-se deprimido(a) devido ao seu problema urinário?	☐	☐	☐	☐
Sente-se ansioso(a) ou nervoso(a) devido ao seu problema urinário?	☐	☐	☐	☐
Sente-se mal consigo próprio(a) devido ao seu problema urinário?	☐	☐	☐	☐

SONO/ENERGIA

	Nunca	Às vezes	Bastantes vezes	Sempre
O seu problema urinário afecta o seu sono?	☐	☐	☐	☐
O seu problema urinário faz sentir-se cansado(a)/esgotado(a)?	☐	☐	☐	☐

Com que frequência faz ou sente o seguinte:

	Nunca	Às vezes	Bastantes vezes	Sempre
Usa protecções para se manter seco(a)?	☐	☐	☐	☐
Tem cuidado com a quantidade de líquidos que ingere?	☐	☐	☐	☐
Tem de mudar de roupa interior porque esta está molhada?	☐	☐	☐	☐
Preocupa-se porque pode cheirar mal?	☐	☐	☐	☐
Fica envergonhado(a) por causa do seu problema urinário?	☐	☐	☐	☐

OBRIGADO, VERIFIQUE AGORA SE RESPONDEU A TODAS AS QUESTÕES.