

CONTRIBUTO PARA A ADAPTAÇÃO E VALIDAÇÃO DO INSTRUMENTO DE MEDIDA: “QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA EM MULHERES COM INCONTINÊNCIA URINÁRIA (CONTILIFE®)” PARA A POPULAÇÃO PORTUGUESA FEMININA

Claudia Paiva ¹, Andreia Pina Silva ² & Lina Robalo ³

ABSTRACT

Purpose: The overall objective of the study consists in the adaptation and validation of the measuring instrument CONTILIFE® to Portuguese female population. The specific objectives consist of evaluating psychometric properties, including face validity, content validity, internal consistency and intra-observer reliability.

Methodology: It's a quantitative study, non-experimental with a methodologically character. In both phases of the study was adopted a technique of non-probability sampling. In the first phase(linguistic translation of the instrument) took four(4) translators, and the second phase(evaluation of psychometric properties of the instrument) involved 39 women with urinary incontinence of all types, with frequent queries in urology/general medical in the Hospital de São Bernardo, Hospital Garcia de Orta and Centro de Saúde de Moura.

Instruments: In order to achieve the goals set were used several instruments. In the first phase, we used questionnaire of translation, questionnaire of back-translation and the synthesis of questionnaire translation and back-translation, and the questionnaire “evaluation questionnaire of the CONTILIFE® back translation” for the author of the instrument. In the second phase, we applied the Mini Mental State Examination (MMSE), the CONTILIFE® and the questionnaires for the assessment of face validity and content developed for the purpose.

Results: The instrument has a good level of acceptance, understanding and objectivity, can be assumed a good face validity and content. The total value of the internal consistency was $\alpha = 0,946$ and can be considered excellent. In terms of the intra-observer reliability, it appears that the correlation coefficients are very high and significant, ranging between 0,824 and 0,974 to a level of significance (p value) of 0,01.

Conclusion/Discussion: CONTILIFE® can be considered a valid, reliable and consistent in its appliance. The CONTILIFE® can be use in the context of clinical practice of physical therapist or scope of research. The major limitation of the study is the methods of sample selection, in both phases, have been non-probabilistic what may include the generalization of the results.

¹Professora Adjunta Equiparada na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal e Federação Portuguesa de Judo ²Centro Clínico Alto do Moinho e Clínica Nova de Almada ³Professora Adjunta na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal
Correspondência para: claudia.paiva@ess.ips.pt

Introdução

A Incontinência Urinária (IU) é considerada um problema de saúde actual, que deve ser valorizado pelo impacto multidimensional que assume no indivíduo (Palmer, 1994). As múltiplas ocorrências e o embaraço associado a esta condição, comprometem mais do que os aspectos físicos, influenciando o bem-estar psicológico, as funções sociais e as interações afectivas, bem como os relacionamentos sexuais e familiares o que, de modo geral, afecta a percepção dos indivíduos acerca do seu estado de saúde, com influencia directa sobre a sua qualidade de vida (QV) (Gotoh, 2007).

A IU é duas a quatro vezes mais comum no género feminino (Coelho, Salvado & Robalo, 2007; Dias, 1999), depreendendo-se que a QV de uma mulher com esta condição pode ser afectada consideravelmente, tal como refere um estudo desenvolvido por Abrams e seus colaboradores (2000), que conclui que, muitas mulheres que sofrem de IU desenvolvem estratégias de *coping* de modo a ocultar e a gerir as perdas de urina. Outros autores observaram também, alterações na percepção das utentes face ao seu estado de saúde, limitação nas actividades de vida diária (AVD's) e na participação social (Lam, Foldspang, Elving & Mommsen, 1992; Corcoles, *et al*, 2008). Estas mudanças de comportamento e isolamento social levam a que, alguns indivíduos, se tornem depressivos e com alterações emocionais (Grimby, Milson, Molander, Wiklund & Ekelund, 1993).

A avaliação da QV relacionada com a saúde em utentes com IU, permite compreender os aspectos específicos que afectam a vida das utentes e a sua percepção face ao impacto subjacente. Este facto, permite ao Fisioterapeuta planejar *outcomes* de tratamento, no sentido de delinear estratégias e objectivos de intervenção direccionados e ajustados às necessidades de cada utente, o que culmina numa monitorização efectiva da evolução da condição e na optimização da qualidade do tratamento (Scottish Intercollegiate Guidelines Network, 2004).

A maximização da importância dada à avaliação da QV no âmbito da saúde, surge paralelamente à evolução deste conceito ao longo das últimas décadas, como consequência dos novos paradigmas e modelos de prática de carácter multidimensional, que têm influenciado as políticas e práticas do sector e, por conseguinte, a evolução do conceito de QV (Seidl & Zannon, 2004). A Organização Mundial de Saúde, definiu QV como: “a percepção do indivíduo da sua posição na vida, no contexto da cultura e do sistema de valores nos quais ele vive, considerando os seus objectivos, expectativas, padrões e preocupações” (1993, citado por, Barbotte, *et al*, 2001). A QV assume assim, uma perspectiva individual, variável e discutível, dependendo da compreensão do indivíduo acerca do conceito, das suas prioridades, do seu status sócio-cultural e político, bem como da forma como percebe e vivencia a sua condição clínica (Edlund & Trancredi, 1985 citado por Bowling, 2001; Ebrahim, 1995).

A avaliação e o tratamento da IU devem ser adaptados consoante o tipo e a severidade da condição, sendo que, a eficácia do último é usualmente avaliada através da diminuição da quantidade e frequência das perdas involuntárias de urina (National Institute for Health and Clinical Excellence, 2006). Porém, os referidos critérios, por muito objectivos que sejam, não têm em consideração a percepção pessoal do conceito de QV nem o ponto de vista da utente sobre a sua condição. O reconhecimento de que a avaliação da IU deve integrar a perspectiva do utente, bem como a forma como este vivencia a sua condição clínica, tem sido amplamente considerado, por se tratar de critérios igualmente determinantes na avaliação do impacto, na

monitorização da condição bem como no sucesso da intervenção (Khoury & D., 2005). A importância dada à perspectiva do utente sobre si próprio relaciona-se não só com o conceito de QV anteriormente mencionado, mas também com o conceito de saúde actual, que enfatiza o que o indivíduo valoriza para atingir um estado completo de bem-estar, em prol da ausência de doença e com o desenvolvimento dos modelos de saúde actuais: modelo bio-psico-social, que para além da dimensão bio que remete à manifestação física, contempla de igual forma e de maneira indissociável, a dimensão psíquica e social; e o “modelo centrado no utente” que prioriza as assunções e o ponto de vista do indivíduo (Mc Ewen, Flowers & Trede, 2003).

No entanto, em Portugal, verifica-se uma escassez significativa de instrumentos específicos, que avaliem a QV em utentes com IU segundo a sua perspectiva, em comparação com medidas genéricas. Surge assim a necessidade de validar e adaptar instrumentos que sejam transversais ao conceito de QV, ao conceito de saúde e aos modelos de intervenção actuais.

O “*Questionnaire d'évaluation de la Qualité de Vie liée à l'incontinence urinaire de la femme* (CONTILIFE[®]) foi construído com a finalidade de avaliar o impacto de qualquer tipo de IU na QV das mulheres. É um instrumento válido e fidedigno, cuja construção conceptual se baseia e insere quer no modelo bio-psico-social quer no modelo centrado no utente (Amarencio, *et al*, 2005; Khoury & D., 2005). O CONTILIFE[®], sendo um questionário de auto-preenchimento, permite que a utente atribua significado ao seu estado de saúde e quantifique o impacto da IU na sua QV tendo em conta 6 dimensões distintas: actividades quotidianas, situações de esforço, auto-imagem, impacto emocional, sexualidade e qualidade de vida em geral (Amarencio, *et al*, 2005). Cada uma das 6 dimensões tem um *score* “próprio”, sendo que, as opções de resposta consistem em escalas de Likert de 5 pontos, cujas opções de resposta variam de 1 a 5, e escalas de Likert de 6 pontos, em que as opções variam entre 0 a 5. Desta forma, na generalidade, para cada questão existem 5 ou 6 opções de respostas possíveis que nalguns itens se relacionam com indicadores de frequência (nunca, raramente, frequentemente e sempre) e noutros com indicadores de intensidade (não, um pouco, moderadamente, muito e muitíssimo). O somatório de todas as dimensões constitui o *score* total da escala e os resultados variam entre 0 a 100 pontos, sendo que, quanto maior for o resultado menor será o índice de QV**. O CONTILIFE[®] encontra-se traduzido para 10 línguas, estando validado internacionalmente para 6 países Europeus (Khoury & D., 2005).

No que respeita às propriedades psicométricas deste instrumento, o estudo de Amarencio e seus colaboradores (2003), que validou o CONTILIFE[®] para 5 países europeus, reporta que, o valor global de consistência foi bastante favorável, apresentando um coeficiente de α Cronbach de 0,94, sendo que a dimensão com uma consistência interna menos favorável foi a de “Actividades de Esforço”. Por sua vez, o estudo de Girod e seus colaboradores (1999), obteve um valor de consistência interna de $\alpha = 0,76$. O mesmo estudo apresenta excelentes resultados de fidedignidade intra-observador (valores entre $\alpha = 0,87$ e $\alpha = 0,94$).

** Deverá ler-se: O somatório de todas as dimensões constitui o *score* total da escala. Os resultados, quer por dimensão quer relativamente ao *score* global, são convertidos numa escala onde os valores variam entre 0 a 10 pontos, em que 0 significa uma baixa qualidade de vida e 10 representa uma boa qualidade de vida. Esta alteração surge em consequência de acesso a nova informação.

Metodologia

Foi desenvolvido um estudo de investigação quantitativo, não experimental, de carácter metodológico, com o objectivo de contribuir para a adaptação do instrumento de medida CONTILIFE[®] à população portuguesa feminina e ao seu contexto cultural, bem como para a sua validação. (Domholdt, 2000; Fortin, 2000).

Amostra

Foi adoptado um método de amostragem não probabilístico, tendo sido seleccionadas amostras por conveniência para dois grupos distintos, em ambas as fases do estudo. Na primeira fase do estudo, que se concentrou na tradução e adaptação linguística e conceptual do instrumento, participaram 4 tradutores com conhecimentos aprofundados e/ou com formação específica na língua francesa (1 bilingue, licenciado em Terapia da Fala e em Linguística, com doutoramento em Psicolinguística; 1 licenciado em Línguas e Literaturas modernas- estudos de Português-Francês; 1 licenciado em Línguas e Literaturas Modernas- estudos de Inglês-Francês e 1 Bacharelado em Tradução/interpretação de Francês). Dos quatro tradutores, apenas um possuía perspectiva clínica face aos conceitos abordados, sendo os restantes três considerados “cegos”. Os referidos elementos formaram, o que se denominou por “*comité de experts*” (Beaton, Bombardier, Guillemin & Ferraz, 2002). Todos os tradutores pertenciam ao género feminino, tendo idades compreendidas entre os 30 e os 51 anos (média de 36,5 anos) e apresentavam formação complementar em linguística.

Na segunda fase do estudo, que consistiu na avaliação das propriedades psicométricas do instrumento, participaram 39 utentes. Foram considerados como critérios de inclusão, o diagnóstico de IU de qualquer tipo, a idade superior a 18 anos e a não alteração das condições de saúde, que pudessem alterar a QV durante o período de teste/reteste. Por sua vez, os critérios de exclusão considerados foram: a presença de défices visuais e/ou cognitivos e o analfabetismo (sendo o CONTILIFE[®] um questionário de auto preenchimento, teve de ser garantido que as utentes o compreendiam, interpretavam e respondiam autonomamente).

As 39 participantes pertenciam ao género feminino, apresentavam nacionalidade portuguesa e tinham idades compreendidas entre os 29 e os 82 anos (média de 56 anos, dp=15,4 anos). Mais de metade da amostra afirma que lhe foi diagnosticado IU há mais de 1 ano, sendo que, a IU mista é o tipo mais prevalente, representada por 51,3% do total de utentes, seguindo-se a IU de esforço e a IU de urgência, que representam, respectivamente, 35,9% e 12,8% do total de participantes. No que respeita à severidade da condição, depreende-se que, parte significativa da amostra: 46,2% apresenta uma condição severa e 30,8% uma condição ligeira. Quando questionadas sobre se a IU afecta a sua QV, 35,9% das participantes responderam “Sim, algumas vezes”.

Instrumentos de Recolha de Dados

De modo a atingir os objectivos estabelecidos, recorreu-se a vários instrumentos, desenvolvidos com base nas orientações das *guidelines* para a validação e adaptação de instrumentos de medida “*Recommendations for the Cross- Cultural Adaptation of Health Status Measures*” (Beaton, Bombardier, Guillemin & Ferraz, 2002). No âmbito da fase de tradução linguística foi construído o “Questionário de caracterização de *experts*-Tradutores”, de modo a proceder à caracterização e selecção dos tradutores de acordo com os critérios de inclusão e exclusão pré-estabelecidos; os questionários de tradução/retro-tradução e os questionários de síntese das traduções/retro-traduções, com o intuito de orientar o trabalho dos tradutores e facilitar a síntese

de informação. Nesta fase, foi igualmente elaborado o questionário de avaliação da versão retro-traduzida do instrumento: “*Evaluation questionnaire of the Contilife back translation*”, destinado ao autor do CONTILIFE[®], o qual permitiu a discriminação dos aspectos que eventualmente poderiam comprometer a equivalência cultural entre a versão original do instrumento e a versão Portuguesa.

Na fase de avaliação das características psicométricas, para caracterização e selecção dos elementos da amostra de utentes de acordo com os critérios estabelecidos, recorreu-se ao “Questionário de caracterização da amostra- Utesntes” e ao *Mini Mental State Examination (MMSE)*. A par destes, foi ainda administrado o CONTILIFE[®] e o questionário de avaliação da validade aparente e de conteúdo, elaborado no sentido de verificar a percepção dos utentes face a alguns aspectos relacionados com a clareza e conteúdo do CONTILIFE[®].

Procedimentos

Após as autorizações obtidas através de um dos autores originais do CONTILIFE[®], bem como da *Mapi Research Trust*, detentora actual dos direitos de autor do instrumento, deu-se início à fase de tradução linguística, tendo-se seguido a selecção dos quatro tradutores (T1, T2, T3 e T4) com competências ao nível da língua portuguesa e francesa. O T1 e T2 realizaram duas traduções independentes do instrumento para a língua portuguesa, as quais foram trocadas e analisadas entre os referidos tradutores. Após a análise dos respectivos documentos, foi realizada uma discussão *online* entre T1 e T2 e os investigadores, com o intuito de analisar/discutir as traduções, de modo obter uma única versão sintetizada. Obtida a versão traduzida para português do instrumento, procedeu-se à sua retro-tradução por T3 e T4, seguindo uma metodologia similar, com a excepção de que a reunião *online* contou com a participação de todos os tradutores. Aproveitando o facto de estarem todos os tradutores reunidos com os investigadores, foram discutidos aspectos relativos à adequação do conteúdo do instrumento face ao objectivo do que este pretende medir (validade de conteúdo). Esta fase terminou com o envio da versão retro-traduzida ao autor e com o seu parecer no “*Evaluation questionnaire of the CONTILIFE[®] back translation*”, acerca da equivalência cultural entre a versão original do instrumento e a versão Portuguesa.

No âmbito da segunda fase do estudo, após a obtenção da autorização das Instituições Hospitalares e Centro de Saúde de Moura, foram entregues a 11 utentes com diagnóstico de IU, que se deslocaram à consulta de uroginecologia dos referidos hospitais e consulta de medicina geral do Centro de Saúde, o questionário de caracterização, o consentimento informado, o MMSE, o CONTILIFE[®] e o questionário de validade aparente e de conteúdo, no sentido de se realizar o pré-teste do instrumento. Os dados qualitativos obtidos através dos questionários de caracterização da amostra e do questionário de avaliação da validade aparente e de conteúdo foram sujeitos a uma análise estatística descritiva simples e análise de conteúdo. Posteriormente, a versão pré final passou a versão final do CONTILIFE[®], uma vez que não houve necessidade de alterar o conteúdo linguístico/conceptual do instrumento.

Seguidamente, procedeu-se à avaliação da consistência interna e fidedignidade intra-observador para a restante amostra. Foram aplicados, de igual forma, os questionários referidos anteriormente, com a excepção do questionário de avaliação da validade aparente e de conteúdo.

A consistência interna foi avaliada através da aplicação do CONTILIFE[®] às 39 participantes (11 das quais provenientes da “fase” de pré-teste do CONTILIFE[®] /avaliação da validade aparente e de conteúdo).

No âmbito da avaliação da fidedignidade intra-observador, das 39 participantes do estudo, apenas 37 preencheram o questionário CONTILIFE[®] em ambos os momentos de aplicação (sendo que 9 das 11 utentes que participaram na avaliação da validade aparente e de conteúdo foram, incluídas também neste procedimento). Neste sentido, duas das utentes apenas foram incluídas na “fase” de avaliação da validade aparente e de conteúdo bem como na avaliação da consistência interna do instrumento, dado que, ao não preencherem o questionário no 2º momento, não poderiam ser incluídas na “fase” de avaliação da fidedignidade intra-observador.

Cada utente preencheu o instrumento em dois momentos distintos, com um intervalo de duas semanas, nos quais foram garantidas as mesmas condições de aplicação. Este intervalo de tempo foi considerado, por ser suficientemente longo para que as utentes não respondessem ao CONTILIFE[®] em função da memória, sendo de igual modo, suficientemente curto para que não ocorressem diferenças significativas que pudessem alterar o impacto da IU na QV durante o período de teste/reteste (Fortin, 2002, Larkey & Knight, 2002).

Os dados relativos à caracterização das amostras e avaliação das propriedades psicométricas do instrumento, foram analisados com o recurso ao programa SPSS, versão 15.0 para *Windows*.

A consistência interna foi avaliada através do *Alpha de Cronbach* (α), que permite estimar até que ponto o enunciado do instrumento mede de forma equivalente o mesmo conceito (Hill & Hill, 2000, Pestana & Gagueiro, 2005).

A fidedignidade intra-observador foi avaliada pelo método teste/reteste, especificamente através do coeficiente de correlação de Pearson (CP/r). A utilização do CP/r pressupõe que a natureza dos dados seja quantitativa o que se verifica (os itens do CONTILIFE[®] são ordinais, no entanto os scores/resultados resultam de médias, passando a tratar-se de variáveis quantitativas), tratando-se de uma correlação as variâncias não são utilizadas sendo este pressuposto ultrapassado, o outro pressuposto a ser respeitado, neste caso, é a normalidade da distribuição. Porém, tendo em conta a dimensão da amostra ($n > 30$) a distribuição Gaussiana deixa de ser um pressuposto obrigatório e incontornável, assumindo-se a aproximação à normalidade.

Assim, optou-se pelo CP/r, por ser um coeficiente paramétrico, é robusto na determinação da estabilidade temporal, quando comparado a métodos estatísticos não paramétricos (Pestana & Gagueiro, 2005).

Resultados

A análise dos documentos da fase 1, demonstrou que a versão portuguesa do CONTILIFE[®] apresenta **equivalência** conceptual, semântica, idiomática e experiencial relativamente à versão original, considerando o total de respostas favoráveis dadas pelos tradutores nos questionários de tradução.

O *Evaluation questionnaire of the Contilife back translation*, preenchido pelo autor do CONTILIFE[®], revelou igualmente equivalência entre a versão traduzida e a original. Estas equivalências são apresentadas pelo *European Group on Health Outcomes*, como sendo os critérios, que uma vez verificados, permitem considerar determinada medida com equivalência cultural (ERGHO citado por Ferreira & Marques, 1998).

Relativamente à **validade aparente e de conteúdo**, constatou-se que, na generalidade, as utentes consideraram que o instrumento apresenta uma linguagem acessível, um formato perceptível/claro e que não tiveram dificuldade em compreender, tanto as indicações, como o conteúdo dos itens ao longo do questionário. Posto isto, verificou-se que o versão traduzida do CONTILIFE[®] apresenta validade aparente e de conteúdo adequadas e elevados níveis de aceitabilidade, objectividade e compreensão. A par dos utentes,

todos os tradutores concordaram que os itens que compõem o CONTILIFE[®] são adequados em relação ao conteúdo de cada dimensão.

Os valores da **consistência interna** obtidos na linha de base variaram entre $\alpha = 0,551$ e $\alpha = 0,908$ (entre dimensões), sendo que, o valor global foi de $\alpha = 0,946$, como se pode apreciar na tabela 1:

Tabela 1- Valores de α encontrados para cada dimensão

	Alpha Cronbach	Nº de Itens
Actividades quotidianas	,908	7
Situações de Esforço	,551	4
Auto-Imagem	,865	7
Impacto Emocional	,889	6
Sexualidade	,689	3
Valor Global	,946	28

De acordo com os intervalos estabelecidos por alguns autores (Nunnally, 1967; Hill & Hill, 2000; Pestana & Gagueiro, 2005), os valores de α encontrados para cada uma das dimensões constituintes do CONTILIFE[®], bem como para a globalidade do mesmo são considerados bons, à excepção das dimensões “Situações de Esforço” e “Sexualidade”, cujos valores de α são inferiores a 0.7, demonstrando uma consistência interna fraca. Porém, apesar da baixa homogeneidade apresentada nas duas referidas dimensões, verificou-se que os valores de α não melhorariam significativamente se alguma das questões que compõem o questionário fosse eliminada.

Os resultados obtidos, vão ao encontro dos resultados observados no estudo de validação europeia do CONTILIFE[®], cuja amostra foi constituída por 505 mulheres. No referido estudo, o valor global de α foi também 0,94, sendo que a dimensão que se revelou menos consistente foi, igualmente, a de “Actividades de esforço”. Para a língua francesa, holandesa e alemã, o valor de α foi respectivamente, para a referida dimensão: 0,69, 0,56 e 0,63 traduzindo-se numa consistência interna pouco favorável, tal como no presente estudo. (Amarenco, *et al*, 2003). Por sua vez, no estudo de Girod e seus colaboradores (1999), foi obtido um valor global de $\alpha = 0,76$.

Através dos resultados referentes à **fidedignidade intra-observador**, observou-se que os coeficientes de correlação entre as dimensões nas duas aplicações são muito elevados e significativos, variando entre $r = 0,824$ e $r = 0,974$ para um nível de significância (p value) $\leq 0,01$). O domínio que revelou melhor estabilidade temporal foi o domínio Impacto Emocional ($r = 0,974$, correlação muito elevada) e o domínio com estabilidade mais reduzida, mas ainda assim elevada, foi o domínio situações de esforço ($r = 0,824$) como se pode constatar na tabela 2.

Estes resultados são idênticos aos obtidos no estudo *cross-sectional* (Girod, Mc Carthy, Marrel, De la Loge & Marquis, 1999), cuja amostra foi constituída por 104 mulheres com IU de todos os tipos. No referido estudo, os valores obtidos para a fidedignidade intra-observador, avaliada através do *Intraclass Correlation Coefficient (ICC)*, variaram entre 0.87 e 0.94.

Tabela 2 - Coeficientes de correlação r 1ª aplicação vs 2ª aplicação

1ª Aplicação	2ª Aplicação					Valor Global
	Act. Quot	Sit. Esf.	A. Img.	Imp Em.	Sex.	
Actividades quotidianas	,970**					
Situações de Esforço		,824**				
Auto-Imagem			,920**			
Impacto Emocional				,974**		
Sexualidade					,861**	
Valor Global						,959**

Conclusão

No final de todo o processo de adaptação e validação do “*Questionnaire d’évaluation de la Qualité de Vie liée à l’incontinence urinaire de la femme (CONTILIFE®)*” foi possível obter a versão final do instrumento para a população portuguesa feminina, a qual revelou uma boa equivalência empírica, semântica, conceptual e idiomática em relação à versão original. Os resultados obtidos demonstraram igualmente que, a versão traduzida e adaptada para a população portuguesa, apresenta, na generalidade, boas propriedades psicométricas. A obtenção de boas características psicométricas, representa o rigor e a credibilidade de qualquer instrumento, permitindo o seu reconhecimento científico (Noronha, Ottati & Salvati, 2003). De acordo com este pressuposto, considerando os resultados obtidos e o rigor nos procedimentos metodológicos inerentes, pode considerar-se que o presente estudo, assegura a qualidade do CONTILIFE® como instrumento culturalmente equivalente, com boa validade aparente, validade de conteúdo; com boa fidedignidade intra-observador e consistência interna (excepto para as dimensões “Actividades de Esforço” e “Sexualidade”). Deste modo, o CONTILIFE® poderá ser utilizado quer na prática clínica, quer no contexto de investigação, com intuito de avaliar a QV em mulheres com diagnóstico de IU, facilitando o processo de avaliação e intervenção, bem como a monitorização do sucesso do tratamento de acordo com a perspectiva do utente, possibilitando a comparação dos benefícios entre tratamentos e facilitando a documentação da sua efectividade (O’Connor, 1993).

Todos os procedimentos adoptados no decorrer do processo de adaptação e validação do CONTILIFE®, basearam-se nas orientações desenvolvidas por Beaton e seus colaboradores (2002) para a adaptação e validação de instrumentos de medida no âmbito da saúde.

No decorrer do desenvolvimento de todo o processo de investigação, identificaram-se possíveis limitações de carácter metodológico. A principal limitação, deve-se ao método de selecção da amostra em ambas as fases do estudo, pela não aleatorização dos participantes (Ferreira & Marques, 1998). Para além disso, face à totalidade da população portuguesa feminina que sofre de IU e considerando que é uma condição sub-avaliada, poderá considerar-se que a dimensão da amostra utilizada no estudo é reduzida o que, juntamente com a não aleatorização dos participantes, poderá comprometer a generalização dos resultados obtidos a toda a população, pelo que se aconselha precaução na utilização dos resultados obtidos no presente estudo.

Não obstante do referido, conseguiu-se reproduzir adequadamente os indicadores de validade e fidedignidade, obtendo-se resultados similares aos encontrados noutros estudos com amostras de maiores dimensões (Amarenco, *et al*, 2003; Girod, Mc Carthy, Marrel, De la Loge & Marquis, 1999). Nos referidos estudos, obtiveram-se igualmente bons resultados relativamente à fidedignidade intra-observador (Girod, Mc Carthy, Marrel, De la Loge & Marquis, 1999) e as dimensões “actividades de esforço” e “sexualidade” revelaram igualmente uma consistência interna menos favorável face às restantes dimensões (Amarenco, *et al*, 2003). Apesar das conclusões serem semelhantes, aconselha-se precaução na comparação exacta dos resultados no que respeita à fidedignidade intra-observador, dado que, no estudo de Girod e seus colaboradores (1999), recorreu-se ao cálculo do *Intraclass Correlation Coefficient* e no presente estudo foi utilizado CP/r para avaliar a referida característica psicométrica.

Os investigadores recomendam que, em estudos futuros, seja aumentado o tamanho da amostra, se possível com a mesma ou maior variedade de características, para torná-la representativa a todos os níveis, de forma a ser possível avaliar as mesmas características psicométricas, ou outras (validade factorial, validade prática, validade concorrente) num contexto que permita uma generalização de resultados efectiva.

Uma vez que, já alguns estudos sugerem uma relação entre os diferentes tipos de IU, o grau de severidade e o impacto na QV (Grimby, Milson, Molander, Wiklund & Ekelund, 1993; Abrams, Kelleher, Lindsey & Rogers, 2000), os investigadores pretendem salientar também, a importância de correlacionar, em estudos futuros, os referidos parâmetros com os *scores* obtidos no CONTILIFE[®] (indicador de QV). Através da base de dados construída e dos dados de caracterização da amostra do presente estudo, seria importante relacionar os indicadores de QV auto-reportados pelas utentes através do preenchimento do CONTILIFE[®], estabelecendo também uma relação com a sua idade e tempo de evolução da condição. Desta forma, seria possível perceber como evolui a QV ao longo da severidade da condição; como se relaciona o tipo de IU com a evolução da severidade e com o impacto subjacente na QV, o que eventualmente constataria a necessidade e a importância de intervir precocemente no âmbito da IU.

Outra proposta para estudos futuros, consiste no desenvolvimento de um instrumento com as mesmas bases conceptuais do CONTILIFE[®], mas para a população masculina, adaptado às suas necessidades e especificidades, atendendo à crescente incidência e prevalência da IU no género masculino (Abrams, Kelleher, Lindsey & Rogers, 2000).

Agradecimentos

Os autores agradecem à directora do Centro de Saúde de Moura e aos directores do Serviço de Urologia/ Uroginecologia do Hospital Garcia da Orta e Hospital São Bernardo a simpatia e bom acolhimento que demonstraram. Agradecem igualmente aos tradutores e utentes, cuja participação foi essencial para a realização do presente estudo.

Bibliografia

Abrams, P., Kelleher, C.J., Kerr, L. & Rogers, R. (2000). Overactive Bladder Significantly Affects Quality of Life. *The American Journal of Managed Care*;

-
- Amarenco, G., Arnould, B., Carita, P., *et al.* (2003). European Psychometric Validation of the CONTILIFE : A Quality of Life Questionnaire for Urinary Incontinence, *European Urology*, 43;
- Barbotte, E. *et al.* (2001). Prevalence of Impairments, Disabilities, Handicaps and Quality of Life in the general population: a review of recent literature. *Bulletin of the World Health Organization*, Vol. 79, 1047-1055;
- Beaton, D., Bombardier, C., Guillemin, F. & Ferraz, M. (2002). Recommendations for the Cross-Cultural Adaptation of Health Status Measures, *American Academy of Orthopaedic Surgeons Institute for Work & Health*;
- Bowling, A. (2001). *Measuring Disease. A review of disease – Specific quality of life measurement scales*. 2ª Edição. Open University Press Buckingham. Philadelphia;
- Campbell, D. & Fiske J. (1959). Convergent and discriminant validation by the multitrait multimethod matrix. *Psychol Bull* , 56:85–105;
- Coelho, M., Salvado, A. & Robalo, L. (2007) Incontinência Urinária Feminina: Prevalência em 2006 e Factores Predisponentes na População de Setúbal. *Essfisionline*, 3(1), 3-14;
- Córcoles, M., Sánchez, S., JM Bachs, G., *et al* (2008). The quality of life of persons with urinary incontinence. *Actas Urol. Esp.*, 32 (2), 202-210;
- Dias, J. (1999). Epidemiologia da Incontinência Urinária - Prevalência e distribuição na população portuguesa. Site: <http://www.iem.pt/cursos/antiores/ciu/ecse.html>. (Consultado em 23/10/2009);
- Domholdt, B. (2000). *Physical Therapy research: Principles and applications*, 2ª edição. Philadelphia: W.B. Saunders Company;
- Ebrahim, S. (1995). Clinical and Public health perspectives and applications of health related quality of life measurement. *Soc.Sci.Med*, Vol.41 (10) 1383-1394;
- Ferreira, P. & Marques, F. (1998). *Avaliação Psicométrica e Adaptação Cultural e Linguística de instrumentos de Medição em Saúde: Princípios Metodológicos gerais*, Centro de estudos e Investigação em saúde, Universidade de Coimbra;
- Fortin, M. (2000). *O processo de investigação da concepção à realização*, Lusociência, 4ª edição, ISBN 972-8383-10-X;
- Girod, I., Mc Carthy, C., Marrel, A., De la Loge, C. & Marquis, P.(1999)- Development and Psychometric Validation of a Quality of Life Questionnaire in Urinary Incontinence. *Qual Life Research*, Vol.7:658 (abstract);
- Gotoh, M. (2007). Quality of Life Assessment for Patients with Urinary Incontinence. *Nagoya J. Med. Sci.*, 69, 123-131;
- Grimby, A., Milsom, I., Molander, U., Wiklund, I. & Ekelund, P. (1993). The Influence of Urinary Incontinence on the Quality of Life of Elderly Women , *Age and Aging*, Vol. 22 (2), 82-9;
- Hill, A. & Hill, M. (2000). *Investigação por Questionário*. Edições Sílabo;

-
- Khoury, V. & D.Pharm. (2005). CONTILIFE: Quality of Life Assessment Questionnaire Concerning Urinary Incontinence – Information Booklet. 1st Edition, *Mapi Research Trust*;
- Lam, GW., Foldspang, A., Elving, LB., Mommsen, S. (1992). Social Context, Social Abstention and Problem Recognition correlated with Adult Female Urinary Incontinence. *Dan Med Bull*, Vol.39, 565-70;
- Larkey, F. & Knight, J. (2002)- Test-Retest reliability and the Birkman Method.
- Marques, A. (2006). *Contributo para adaptação e validação do instrumento de medida “Escala de auto-eficácia de Broome para os exercícios da musculatura do pavimento pélvico, Projecto de Investigação III*;
- McEwen, C. Flowers, R. & Trede, F. (2003) Learner-Centred and Culturally Responsive Patient Education: Drawing on traditions of Cultural Development and Popular Education. *Prince of Wales Hospital*;
- National Institute for Health and Clinical Excellence (2006). Urinary Incontinence: the management of urinary incontinence in woman- London: National Institute for Health and Clinical Excellence.
- Noronha, A., Ottati, F., Salviati, M. (2003) Testes psicológicos: qualidade de instrumentos de interesse profissional, *Interação em Psicologia, Universidade São Francisco*, Vol. 7, Nº 1., 65:71;
- Nunnally, JC. (1967). *Psychometric Theory*. New York: Mc Graw-Hill;
- O’Conner, (1993). Issues in the Measurement of Health- Related Quality of Life. *Health Measurement and Research*, Vol. 30, 1-61;
- Palmer, MH. (1994). A health promotion perspective of Urinary Incontinence. *Nurs Outlook*, Vol.5, 163-9;
- Pestana, M., Gagueiro, J. (2005) *Análise de Dados para Ciências Sociais*. 4.ed. Editora Síbaló, Lisboa.
- Seidl, E. & Zannon, C. (2004). Qualidade de vida e saúde: aspectos conceptuais e metodológicos. *Cadernos de Saúde Pública*, Vol.5, Nº 2;
- Scottish Intercollegiate Guidelines Network (2004). Management of Urinary Incontinence in Primary Care;

Questionário de avaliação da Qualidade de Vida em mulheres com Incontinência Urinária (CONTILIFE)

Como preencher o questionário:

As questões que se seguem dizem respeito ao seu estado de saúde no decorrer das últimas 4 semanas.

Escolha a resposta que melhor descreve o que sente ou sentiu no decorrer das últimas 4 semanas, escolhendo apenas uma resposta por questão.

Se existirem determinadas actividades nas quais não participa ou não se aplicam ao seu caso (exemplo: incomodo ao utilizar transportes públicos sendo que não os utiliza no seu dia-a-dia), coloque uma cruz (x) no quadrado “não aplicável”.

Por favor responda individualmente ao questionário.

Para responder às questões assinale com uma cruz (x) o quadrado que corresponde à sua escolha.

Exemplo: No decorrer das últimas 4 semanas...

	Não aplicável					
Questão a	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input checked="" type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

Em caso de engano, faça um círculo à volta do quadrado que de facto se aplica ao seu caso.

Agradecemos a sua colaboração.

➤ *Antes de iniciar o preenchimento do questionário indique a data de hoje:*

Dia	Mês	Ano			

ACTIVIDADES QUOTIDIANAS

No decorrer das últimas 4 semanas, as perdas de urina incomodaram-na:

(Escolha apenas uma opção por linha)

	Não Aplicável	Não	Pouco	Moderadamente	Muito	Muitíssimo
1. Quando estava fora de casa?		<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
2. Enquanto conduzia ou viajava de carro?	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
3. Quando subia ou descia escadas?		<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
4. Ao fazer compras ou outras actividades semelhantes?		<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
5. Quando esperava numa fila (exemplo: autocarro, cinema ou supermercado)?		<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

No decorrer das últimas 4 semanas, devido às perdas de urina, com que frequência:

(Assinale a sua opção no quadrado correspondente)

	Nunca	Raramente	Por vezes	Frequentemente	Sempre
6. Teve de interromper o seu trabalho ou as suas actividades quotidianas?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

No decorrer das últimas 4 semanas, devido às perdas de urina, com que frequência:

(Assinale a sua opção no quadrado correspondente)

	Nunca	Raramente	Por vezes	Frequentemente	Sempre
7. Acordou urinada?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

SITUAÇÕES DE ESFORÇO

No decorrer das últimas 4 semanas, as perdas de urina incomodaram-na:

(Escolha apenas uma opção por linha)

	Não Aplicável	Não	Pouco	Moderadamente	Muito	Muitíssimo
8. Ao levantar ou a transportar algo pesado?		<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
9. Ao praticar desporto? (exemplo: caminhadas, dança, ginástica)	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
10. Quando se assoou, espirrou ou tossiu?		<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
11. Ao rir?		<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

AUTO-IMAGEM

No decorrer das últimas 4 semanas, devido às perdas de urina, com que frequência:

(Escolha apenas uma opção por linha)

	Nunca	Raramente	Por vezes	Frequentemente	Sempre
12. Se sentiu menos atraente?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
13. Teve receio de “cheirar mal”?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
14. Teve receio de que alguém se apercebesse da sua condição?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
15. Teve receio de manchar algo na casa de outros ou no trabalho?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
16. Teve de mudar de roupa?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

No decorrer das últimas 4 semanas, apesar das suas perdas de urina, com que frequência:

(Assinale a sua opção no quadrado correspondente)

	Nunca	Raramente	Por vezes	Frequentemente	Sempre
17. Se sentiu bem consigo mesma?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

No decorrer das últimas 4 semanas, devido às suas perdas de urina:

(Assinale a sua opção no quadrado correspondente)

	Eu nunca utilizo protecções	Não	Pouco	Moderadamente	Muito	Muitíssimo
18. Sentiu-se incomodada por ter de utilizar protecções?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

IMPACTO EMOCIONAL

No decorrer das últimas 4 semanas, devido às suas perdas de urina, com que frequência:

(Escolha apenas uma opção por linha)

	Nunca	Raramente	Por vezes	Frequentemente	Sempre
19. Se sentiu desmotivada?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
20. Perdeu a paciência?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
21. Se sentiu preocupada?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
22. Teve a sensação de não conseguir controlar as suas reacções?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
23. Os seus problemas urinários constituíram uma obsessão ou um pavor para si?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
24. Teve que programar levar protecções antes de sair?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

SEXUALIDADE

No decorrer das últimas 4 semanas, devido às suas perdas de urina:

(Escolha apenas uma opção por linha)

	Não aplicável	Não	Pouco	Moderada Mente	Muito	Muitíssimo
25. Sentiu-se ansiosa com a ideia de ter relações sexuais?		<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
26. Alterou o seu comportamento sexual?	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
27. Receu ter perdas durante as relações sexuais?	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

QUALIDADE DE VIDA EM GERAL

28. Tendo em conta as suas perdas de urina, como avalia actualmente a sua Qualidade de Vida?

(coloque um círculo no número correspondente à sua resposta)

1	2	3	4	5
Má				Excelente

Sistema de Scores do Instrumento

Para calcular o **score por dimensão**, alguns passos devem ser realizados:

- Nas questões 17 e 28 o “**novo valor = 6 – o valor respondido**”, isto é, os itens que se apresentam numa escala de likert de: 1, 2, 3,4,5 revertem-se e passam a pontuar como 5,4,3,2,1 respectivamente. Assim, uma utente que assinale, por exemplo, a opção de resposta que corresponderia ao valor 1, obtém uma pontuação de 5 nessa questão: $6-1(\text{valor respondido}) = 5$ (novo valor).
- Nas questões 2,9,18, 26 e 27, se a resposta obtida for “não aplicável”, correspondente ao valor 0, esta deve agora ser considerada 1;
- Para as dimensões “Actividades Quotidianas”, “Auto-imagem” e “Impacto Emocional”, no caso de existirem mais de três itens sem resposta, o *score* não pode ser calculado;
- Para a dimensão “Situações de Esforço”, se mais de dois itens não apresentarem resposta, o *score* não pode ser calculado;
- Para a dimensão “Sexualidade”, havendo mais do que um item sem resposta o *score* também não poderá ser calculado;
- Por último, o cálculo do **score por dimensão** deve respeitar a fórmula:

em que $Min = 1$, $Max = 5$ e *Raw Score* = média dos itens respondidos (por exemplo, se na dimensão “Actividades Quotidianas” a utente assinalou em todas as questões, a opção “Muitíssimo” (que corresponde ao valor 5) , o *Raw Score* será 5 (uma vez que a média das respostas também é 5).

Do mesmo modo, para calcular o **score global** do CONTILIFE é necessário respeitar os seguintes procedimentos:

$$Score\ Final = 10 - \{ [(Raw\ score - Min) / (Max-Min)] * 10 \}$$

- À semelhança do ponto anterior, nas questões 17 e 28 o “novo valor = 6 – o valor respondido” e nas questões 2,9,18, 26 e 27, se a resposta obtida for “não aplicável”, correspondente ao valor 0, deve ser considerada 1;

- Para calcular o *score* final global, que corresponde a todas as questões da nº 1 à nº 27 (a questão 28 pertence a uma dimensão independente e portanto, apresenta o seu próprio *score*), deve ter-se novamente em consideração a fórmula:

em que $Min = 1$, $Max = 5$ e *Raw Score* = média de itens respondidos (do 1 ao 27).

- Na eventualidade do *score* de uma das 5 dimensões ser desconhecido, o *score* global do CONTILIFE não poderá ser calculado.

$$Score\ Final = 10 - \{ [(Raw\ score - Min) / (Max-Min)] * 10 \}$$