



Marina Mesquita

**Adaptação cultural, linguística e validação para a
população portuguesa do instrumento de medição:
“Australian Pelvic Floor Questionnaire”**

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

Orientador: Professor Doutor Luís Cavalheiro

Coorientador: Professora Doutora Sónia Vicente

Setembro de 2022



Marina Mesquita

Adaptação cultural, linguística e validação para a população portuguesa do instrumento de medição: “Australian Pelvic Floor Questionnaire”

Projeto elaborado com vista à obtenção do grau de Mestre na Escola Superior de Saúde do Alcoitão, na Especialidade de Fisioterapia em Saúde da Mulher.

Orientador: Professor Doutor Luís Cavalheiro

Coorientador: Professora Doutora Sónia Vicente

Júri:

Presidente: Professora Doutora Maria da Lapa Capacete Rosado

Professor Adjunto da Escola Superior de Saúde do Alcoitão, Fisioterapeuta;

Vogal: Professora Doutora Sónia Cristina da Silva Vicente

Professor Adjunto da Escola Superior Egas Moniz, Fisioterapeuta;

Arguente: Professora Doutora Paula Clara Ribeiro Santos

Professor Adjunto da Escola Superior de Saúde do IP Porto, Fisioterapeuta

Setembro de 2022

Resumo

Introdução: As disfunções do pavimento pélvico têm um impacto negativo na qualidade de vida das mulheres. Essas disfunções incluem maioritariamente: incontinência urinária, incontinência fecal e prolapsos dos órgãos pélvicos. O questionário *Australian Pelvic Floor Questionnaire* é um instrumento de medição de auto preenchimento usado para avaliar a função do pavimento pélvico, contém quatro domínios: Função da bexiga, Função dos intestinos, Prolapsos dos órgãos pélvicos e Função sexual. Serve para avaliar a frequência, gravidade e o impacto dos sintomas do pavimento pélvico na qualidade de vida. O objetivo deste estudo é adaptação cultural, linguística e a validação da versão original do *Australian Pelvic Floor Questionnaire* para o português europeu.

Metodologia: Este estudo é um estudo metodológico, não experimental. O processo de adaptação cultural, linguística e validação realizou-se por três fases: equivalência semântica, constituída pela tradução e pela retroversão, validade de conteúdo, constituída pela revisão clínica da qualidade da tradução (três Fisioterapeutas especialistas na área de Saúde da Mulher) e pelo pré-teste cognitivo (constituído por nove mulheres com disfunção do pavimento pélvico) e a última fase constituída pela avaliação das propriedades psicométricas (constituído por 50 mulheres com disfunção do pavimento pélvico), fiabilidade (coerência interna, reprodutibilidade e erro padrão da medição), validade (de construção) e efeitos chão\ teto.

Resultados: Na primeira fase do processo foi obtida a equivalência semântica e de conteúdo. A amostra do pré-teste considerou o questionário compreensível e adequado à população com disfunção do pavimento pélvico. Na avaliação das propriedades psicométricas o APFQ demonstrou um alfa de *Cronbach* alto, para os domínios da Função da bexiga 0,837, Função dos intestinos 0,756, Prolapso dos órgãos pélvicos 0,840 e Função sexual de 0,756. Na Pontuação total de 0,714. Na reprodutibilidade, os valores de ICC variaram entre 0,934 e 0,976 nos respetivos domínios, na Pontuação total foi 0,948.

Conclusão: O *Australian Pelvic Floor Questionnaire* foi adaptado culturalmente, linguisticamente e validado para o português europeu. A versão portuguesa apresentou valores aceitáveis de validade e uma boa fiabilidade, demonstrando poder ser útil, tanto na avaliação clínica das disfunções do pavimento pélvico, como na investigação.

Palavras-chave: Disfunção do pavimento pélvico, Adaptação cultural e linguística;
Validação do instrumento de medição; Fisioterapia

Abstract

Introduction: Pelvic floor dysfunctions have a negative impact on women's quality of life. These dysfunctions include mostly: urinary incontinence, fecal incontinence, and pelvic organ prolapses. The Australian Pelvic Floor Questionnaire is a self-completion measurement instrument used to assess pelvic floor function and contains four domains: Bladder Function, Bowel Function, Pelvic Organ Prolapses, and Sexual Function. It serves to assess the frequency, severity, and impact of pelvic floor symptoms on quality of life. The aim of this study is cultural and linguistic adaptation and validation of the original version of the Australian Pelvic Floor Questionnaire into European Portuguese.

Methodology: This study is a methodological, non-experimental study. The process of cultural and linguistic adaptation and validation was carried out in three stages: semantic equivalence, consisting of the translation and back-translation, content validity, consisting of the clinical review of the quality of the translation (three Physiotherapists specialized in Women's Health) and the cognitive pre-test (consisting of nine women with pelvic floor dysfunction) and the last phase consisting of the evaluation of the psychometric properties (consisting of 50 women with pelvic floor dysfunction), reliability (internal consistency, reproducibility and standard error of measurement), validity (of construct) and ceiling effects.

Results: In the first phase of the process, semantic and content equivalence was obtained. The pre-test sample considered the questionnaire understandable and suitable for the population with pelvic floor dysfunction. In the evaluation of psychometric properties, the APFQ showed a high Cronbach's alpha, for the bladder function domains 0.837, bowel function 0.756, pelvic organ prolapses 0.840 and sexual function domains of 0.756. In total score of 0.714. In reproducibility, the ICC values ranged from 0.934 to 0.976 in the respective domains, in the Total Score it was 0.948.

Conclusion: The Australian Pelvic Floor Questionnaire was culturally, linguistically adapted and validated for European Portuguese. The Portuguese version showed acceptable values of validity and good reliability, demonstrating its usefulness both in the clinical evaluation of pelvic floor dysfunctions and in research.

Keywords: Pelvic Floor Dysfunction; Cultural and linguistic adaptation; Validation of measurement instrument; Physiotherapy

Índice

1 INTRODUÇÃO	7
2 METODOLOGIA	11
2.1 Desenho do Estudo e Instrumentos de Recolha de Dados	11
2.2 Participantes	14
2.3 Análise de dados	14
2.3.1 Fiabilidade	15
2.3.2 Validade de construção	15
2.3.3 Efeitos chão/ teto.....	16
2.4 Considerações Éticas	17
3 RESULTADOS	17
4. DISCUSSÃO.....	24
5. CONCLUSÃO.....	29
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	30

1 INTRODUÇÃO

Ao longo da vida estima-se que as mulheres tenham um risco de uma em cada quatro de vivenciar alguma disfunção do pavimento pélvico (DPP) (Good & Solomon, 2019). A definição de DPP, segundo o relatório de consenso da *International Urogynecology Association* e *International Continence Society*, contém 250 manifestações isoladas de condições, sinais e sintomas associados (Anthoine *et al.*, 2014) mas de acordo com a literatura as DPP estão relacionadas com problemas de micção, defecação, prolapsos dos órgãos pélvicos, função sexual e dor pélvica (Sariibrahim Astepe & Köleli, 2019). Contudo, as três condições mais comuns são a incontinência urinária, a incontinência fecal e o prolapso dos órgãos pélvicos (Anthoine *et al.*, 2014). Muitas mulheres, ao longo da sua vida, experienciam uma ou mais destas condições do pavimento pélvico (Kepenekci *et al.*, 2011).

A nível mundial a prevalência de DPP aumenta, proporcionalmente, com o envelhecimento global da população e com o crescimento da obesidade (Good & Solomon, 2019), levando a que os problemas de saúde pública inerentes a estas condições aumentem significativamente tendo em conta a tendência demográfica atual (Kepenekci *et al.*, 2011).

Calcula-se que, a nível mundial, cerca de 200 milhões de pessoas sofram de incontinência urinária (Abrams *et al.*, 2009). Em Portugal, segundo o Inquérito Nacional de Saúde de 2014, estima-se que mais de 650 mil portugueses com mais de 15 anos de idade sofram de incontinência urinária, afetando maioritariamente mulheres (69,5%).

Na incontinência fecal a incidência oscila entre 7 a 15% na população. Os fatores de risco associados são o tabagismo, a obesidade, a colecistectomia inadequada, a idade avançada, o sexo feminino, a carga da doença (número de comorbilidades como por exemplo a diabetes), o trauma no esfíncter anal (lesão obstétrica, cirurgia prévia) e a diminuição da atividade física. Outros fatores de risco são: as disfunções neurológicas, doença inflamatória intestinal e disfunções anatómicas do pavimento pélvico (prolapso retal) (Bharucha *et al.*, 2015).

Os prolapsos dos órgãos pélvicos afetam cerca de 30% das mulheres entre os 20 e os 59 anos (Aytan *et al.*, 2014). Segundo Chow & Rodríguez (2013), os fatores de risco estão relacionados com a idade avançada, as mulheres caucasianas, a menopausa, algumas doenças sistémicas, a obesidade, o parto vaginal, o tabagismo, a obstipação crónica e o parto de bebés grandes.

Na disfunção sexual, a prevalência em Portugal varia entre 26% a 49%. Os problemas sexuais mais relatados foram, a falta de desejo sexual com 25,4%, alterações nos sintomas de orgasmo 16,8%, diminuição da excitação sexual 15,1%, dificuldades na lubrificação 12,9%, dispareunia 9,8% e vaginismo 6,6%. A idade foi um fator preditor significativo destes problemas sexuais femininos (Bharucha *et al.*, 2015).

Estes sintomas da DPP são comuns, e apesar de não ameaçarem a vida, afetam a qualidade de vida das mulheres que têm estas condições (Argirović *et al.*, 2014). A *Women's Preventive Services Initiative*, recomenda a triagem anual de todas as mulheres para as várias DPP, independentemente da idade ou paridade. A triagem deve avaliar se as mulheres apresentam sintomas e se isso afeta a qualidade de vida. Muitas mulheres sofrem silenciosamente com DPP, aceitando erradamente que, por exemplo, a incontinência urinária e o prolapso dos órgãos pélvicos são uma consequência normal do envelhecimento (Good & Solomon, 2019).

Assim sendo, existem vários questionários que avaliam a qualidade de vida e as condições específicas dos sintomas do pavimento pélvico, bem como o impacto negativo que causa no dia-a-dia das mulheres (Sung & Hampton, 2009). Apesar destes questionários serem úteis, especialmente na pesquisa de resultados, a maioria deles não recolhem todos os aspetos da DPP, bexiga, intestino, prolapso dos órgãos pélvicos e sintomas sexuais. Existem muitos instrumentos de medição para avaliar a incontinência e a obstrução urinária, mas para avaliar os sintomas de prolapso dos órgãos pélvicos, sintomas sexuais, incontinência anal ou obstrução anorretal são menos comuns (Deparis *et al.*, 2015).

Os instrumentos de medição são definidos como “qualquer relatório do estado de saúde do utente” e podem ser recolhidos através do uso de questionários em papel ou eletrónicos. Ao utilizar os instrumentos de medição, vários parâmetros podem ser avaliados, como a função física, os sintomas, as avaliações globais de saúde, a cognição, a funcionalidade, a satisfação com os cuidados prestados e os resultados de ensaios clínicos tornam-se mais próximos ao descrever o seu estado de saúde e a sua experiência em relação à doença (Kyte *et al.*, 2015). Os instrumentos de medição podem facilitar o envolvimento do utente na tomada de decisão sobre os seus próprios cuidados e podem ajudar os profissionais a identificar as preocupações dos utentes bem como a delinear os objetivos das sessões de fisioterapia pélvica (Anthoine *et al.*, 2014).

Os instrumentos de medição devem ser relevantes para os utentes, fáceis de utilizar, fiáveis, válidos e sensíveis à mudança (Kyte *et al.*, 2015). Antes de serem utilizados na prática clínica ou na investigação, os instrumentos de medição carecem de ser desenvolvidos e validados, a fim de evitar resultados enviesados, que possam levar a interpretações erradas (Anthoine *et al.*, 2014).

Na língua portuguesa existem alguns instrumentos de medição traduzidos e validados tais como: o *Broome* (Escala de Auto-Eficácia de Broome para os Exercícios da Musculatura Pélvica), *Contilife* (questionário de avaliação da qualidade de vida em mulheres com incontinência urinária), EDT-24 (Escala *Ditrovie* - 24 itens, mede o impacto psicológico e funcional da incontinência urinária no estado de saúde e qualidade de vida das mulheres), EDT-10 (Escala *Ditrovie*- 10 itens, mede os problemas urinários e qualidade de vida), *King's Health Questionnaire* (mede o impacto da incontinência urinária no estado de saúde e qualidade de vida), PRAFAB (*Protection, Amount, Frequency, Adjustment, Body image*), *Fecal Incontinence Quality of Life Scale* (avaliar a qualidade de vida na incontinência anal).

Para avaliar as diferentes disfunções será necessário a aplicação de múltiplos instrumentos. Contudo, quando foi feito um levantamento dos instrumentos existentes na área da saúde da mulher e pavimento pélvico, o questionário *Australian Pelvic Floor Questionnaire* (APFQ) permite fazer o rastreio das DPP (Baessler *et al.*, 2015). O APFQ, desenvolvido pela Dra Kaven Baessler em 2004, explora todos os aspetos da DPP: bexiga, intestino, prolapso dos órgãos pélvicos e sintomas sexuais. Este questionário foi elaborado para o estudo “*Longitudinal Assessment of Woman*”, realizado pelo centro de pesquisa Betty Byrne Henderson, para recolher dados longitudinais sobre a incidência e prevalência das DPP em mulheres residentes na comunidade (Baessler *et al.*, 2008).

O APFQ é uma escala ordinal que avalia a função do pavimento pélvico, contém quatro domínios, o primeiro é a Função da bexiga (questões 1 a 15), o segundo é a Função intestinal (questões 16 a 27), em terceiro os sintomas de Prolapso dos órgãos pélvicos (questões 28 a 32) e por último a Função sexual (questões 33 a 42). Para medir a frequência, gravidade e o incómodo dos sintomas do pavimento pélvico, a resposta é obtida através de uma escala de *Likert*, de menor para maior gravidade. O sistema de pontuação de quatro pontos é usado para a maioria dos itens, exceto a frequência de defecação (questão 16), consistência intestinal (questão 17), lubrificação suficiente (questão 35) e o motivo da abstinência sexual (questão 34). O questionário é composto por 42 questões de escolha múltipla e no final de cada domínio existe uma questão

de resposta aberta para outros sintomas com a exceção do domínio da Função intestinal. Em cada questão, as mulheres só podem assinalar uma resposta. Os *scores* são calculados separadamente para cada domínio. Os *scores* calculados são divididos pelo número de questões de cada domínio e multiplicados por dez, obtendo um valor de zero a dez para cada um dos quatro domínios e uma pontuação total de 40 pontos no questionário (Baessler *et al.*, 2009).

Este questionário já foi traduzido e adaptado para vários países, como a China, Sérvia, França e Turquia (Argirović *et al.*, 2014; Deparis *et al.*, 2015; Hou & Hou, 2020; Sariibrahim Astepe & Köleli, 2019). Na China utilizaram este instrumento em mulheres grávidas e no pós-parto. Em termos da fiabilidade, os coeficientes totais do α (alfa) de *Cronbach*, no período de gravidez e pós-parto foi de 0,8 e 0,9, respetivamente, e o coeficiente de correlação intraclasse (ICC) total foi de 0,8 (Hou & Hou, 2020). Em França, adaptaram e validaram o questionário em 2015, o valor do α de *Cronbach* foi de 0,7 para todos os domínios do instrumento, no teste-retest, o resultado para o ICC foi maior ou igual a 0,7, para todos os domínios. O questionário apresentou uma forte correlação (*Spearman* $r > 0,5$) com os outros questionários validados (Deparis *et al.*, 2015). Na Turquia, os resultados para o α de *Cronbach* foram superiores a 0,7 para todos os domínios do questionário (bexiga: 0,842, intestino: 0,733, prolapso: 0,858, função sexual: 0,750), demonstrando uma consistência interna adequada. A análise teste-retest demonstrou uma alta reprodutibilidade com um ICC acima de 0,85 no grupo experimental e acima de 0,75 no grupo de controlo. Exceto para o domínio da função sexual. A validade discriminatória demonstrou uma diferença significativa entre os grupos experimentais e o grupo de controlo. Foi encontrada uma correlação significativa entre o *score* total do domínio da bexiga e o UDI (ρ : 0,828) e uma correlação significativa entre o *score* total do prolapso e o POP-Q (ρ : 0,574,) (Sariibrahim Astepe & Köleli, 2019). Na Sérvia, os resultados obtidos mostraram que existia uma alta fiabilidade em todos os quatro domínios (os coeficientes α de *Cronbach* estavam acima de 0,8 para cada domínio: bexiga 0,846, intestino 0,822, prolapso 0,842 e função sexual 0,823). A análise teste-retest revelou uma alta reprodutibilidade (ICC acima de 0,9). O *score* de sintomas de prolapso correlacionou-se significativamente com a quantificação de órgãos pélvicos e o *score* de bexiga correlacionou-se significativamente com os resultados do teste de esforço para tosse (Argirović *et al.*, 2014).

O objetivo deste estudo é adaptação cultural, linguística e a validação da versão original do *Australian Pelvic Floor Questionnaire* para o português europeu.

2 METODOLOGIA

2.1 Desenho do Estudo e Instrumentos de Recolha de Dados

Realizou-se um estudo não experimental, designando-se, por isso, como um estudo metodológico. O objetivo do estudo foi, adaptar cultural, linguística e validar a versão original do instrumento de medição APFQ para a população portuguesa, em colaboração com o Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra (CEISUC), ao abrigo do protocolo com a Escola Superior de Saúde do Alcoitão (ESSA).

Inicialmente foi enviado um pedido de autorização a autora do APFQ (Dra. Kaven Baessler), com o propósito de obter permissão para a adaptação e validação deste instrumento para a população portuguesa. Autorização essa que foi concedida pela mesma.

O processo de adaptação cultural e linguística que foi seguido neste estudo, através da metodologia sequencial, foi constituído por três fases: equivalência semântica, constituída pela tradução e pela retroversão, validade de conteúdo, constituída pela revisão clínica da qualidade da tradução, e pelo pré-teste cognitivo, e a última fase constituída pela avaliação das propriedades psicométricas, fiabilidade (coerência interna, reprodutibilidade e erro padrão da medição), validade (de construção) e efeitos chão\ teto.

Equivalência Semântica

✓ Tradução

Na fase inicial do processo de tradução foi enviada a versão original do APFQ para o CEISUC, que disponibilizou dois tradutores profissionais. Esses tradutores eram portugueses, dominavam a língua inglesa e tinham experiência na tradução de documentos na área da saúde. Cada um realizou, independentemente, a tradução do instrumento de medição, tendo-se chegado a duas versões (T1 e T2). Estas duas versões independentes foram, posteriormente, discutidas numa primeira reunião de consenso, pelos peritos do CEISUC e pela investigadora com o objetivo de analisar a qualidade das traduções no que diz respeito à clareza, linguagem coloquial e tradução literal. Com a fusão das duas traduções, obteve-se, então, a primeira versão de consenso (V1). Esta fase teve a duração de dois meses.

✓ Retroversão

Seguidamente, a primeira versão preliminar (V1) foi sujeita a uma retroversão para a língua de origem, o inglês, por outro tradutor independente disponibilizado pelo CEISUC, cuja língua materna era o inglês. Posteriormente, um segundo painel de consenso foi realizado, onde o objetivo era verificar a equivalência semântica entre a V1 e a versão original e, assim, obter a segunda versão de consenso do APFQ (V2), em português. Esta fase teve uma duração de dois meses.

Validação de Conteúdo

✓ Qualidade de Tradução

De forma a avaliar a qualidade de tradução da V2 do instrumento de medição, esta foi analisada por três especialistas – três fisioterapeutas – com formação e prática clínica em Saúde da Mulher mais propriamente em disfunções do pavimento pélvico. Esta fase tinha como objetivo assegurar que a tradução ficasse totalmente compreensível para além de analisar a equivalência transcultural da versão original e final. Os fisioterapeutas, individualmente, tiveram que preencher um relatório de revisão onde registaram comentários gerais sobre a tradução que lhes tinha sido apresentada, tendo em conta a necessidade de ser utilizada linguagem adequada à comunicação com os utentes, e não terminologia técnica, mais específica. Dois meses depois, os três relatórios obtidos foram analisados por um terceiro painel, de forma a chegar a um consenso sobre as discrepâncias e produzir uma versão pré-final, também chamada versão de teste.

✓ Pré-teste cognitivo

Após a revisão efetuada pelos fisioterapeutas, procedeu-se a um pré-teste cognitivo a nove mulheres com disfunções do pavimento pélvico. Esta fase teve uma duração de sensivelmente um mês. Este teste teve como objetivo determinar o grau de compreensão, clareza de linguagem e relevância cultural do questionário, para se avaliar a necessidade de alterar algum item que compõe o APFQ. Os entrevistados tinham que identificar os itens problemáticos, explicar as dificuldades sentidas em determinado item e propor soluções para uma melhor formulação do item.

Após o término do preenchimento do questionário, decorreu, então, a entrevista. Primeiro, foram colocadas questões gerais sobre o instrumento de medição, seguindo-se a análise de cada uma das perguntas para verificar se existiriam dificuldades na compreensão dos termos utilizados, das instruções fornecidas e das respetivas opções de resposta, bem como as alternativas propostas pelos participantes, quando identificaram a existência de um problema. Procedeu-se à cronometragem do tempo de preenchimento do questionário bem como da entrevista, para se determinarem os tempos despendidos.

Na última reunião de consenso, no dia 29 de Julho de 2021, foram analisados os resultados obtidos no pré-teste cognitivo, obtendo-se a versão portuguesa do APFQ.

✓ Propriedades Psicométricas

Em seguida, seguiu-se a etapa de avaliação das propriedades psicométricas. Num primeiro momento, cada uma das participantes preencheu o termo de consentimento informado, um questionário de caracterização sociodemográfica e três instrumentos de medição: APFQ, Escala *Ditrovie*-10 itens (Problemas urinários e qualidade de vida), e a versão portuguesa do EQ-5D-5L. O questionário sociodemográfico teve como objetivo a caracterização da amostra. Este recolheu a informação em relação a idade, habilitações literárias, profissão, peso, altura, número de filhos e de partos, comorbilidades e cirurgias pélvicas anteriores.

A Escala *Ditrovie*-10 itens tem como objetivos, medir o impacto psicológico e funcional da incontinência urinária no estado de saúde e qualidade de vida das mulheres e medir o impacto dos cuidados de saúde realizados por problemas urinários. Este questionário é autoadministrado, encontra-se dividido por cinco dimensões atividade, imagem, impacto emocional, sono e bem-estar. As pontuações por dimensão são apresentadas numa escala de orientação negativa de 1 (melhor estado de saúde) a 5 (pior estado de saúde). No que diz respeito às características psicométricas, a versão portuguesa apresenta bons resultados ao nível da fiabilidade (valores do α de *Cronbach* 0,93 e reprodutibilidade $r = 0,79$) validade de construção ($r = 0,72$ com EVA da gravidade do problema urinário e r entre -0,391 e -0,572 com o MOS SF-36) (Pacheco C., 2003).

Outro instrumento utilizado foi a versão portuguesa do EQ-5D-5L, é um questionário que tem por objetivo medir a qualidade de vida relacionada com a saúde, permite gerar um valor do estado de saúde do indivíduo. É composto por cinco dimensões: mobilidade, cuidados pessoais, atividades habituais, dor/mal-estar e ansiedade/depressão. Cada uma destas dimensões tem cinco níveis de gravidade associados, correspondendo o nível 1, a sem

problemas, e o nível 5 a problemas extremos vividos ou sentidos pelo indivíduo. Assim sendo, este sistema permite descrever um total de 3.125 estados de saúde distintos. No estudo de comparação do desempenho do EQ-5D-3L e do EQ-5D-5L em jovens adultos portugueses, os resultados demonstram que existe uma boa fiabilidade entre os instrumentos, mas o EQ-5D-5L teve uma taxa de adesão maior do que EQ-5D-3L. Os resultados quantitativos mostram uma redução do efeito teto de 25,3% e um alto nível de concordância entre os dois índices. A validade de grupos conhecidos foi confirmada para o EQ-5D-5L. (Ferreira *et al.*, 2016)

A avaliação da reprodutibilidade do instrumento foi realizada ao fim de duas semanas, em que foi pedido às participantes para voltarem a responder ao APFQ. Habitualmente, o período de uma ou duas semanas é apropriado para recolher as respostas, mas podem ser escolhidos outros períodos tendo em conta o parâmetro a avaliar com o instrumento (Terwee *et al.*, 2007). Este intervalo deve ser curto o suficiente para que não ocorram alterações clínicas significativas na condição do utente e deve ser longo o suficiente, para que o utente não responda em função da memória. Neste estudo foi escolhido o período temporal de duas semanas, por se considerar que respeita os princípios expostos acima.

2.2 Participantes

Participaram no estudo de validação mulheres com patologias de disfunção do pavimento pélvico. As participantes foram recrutadas entre 23 de junho de 2021 até abril de 2022, na Clínica de Reabilitação Fisicontrol Lda.

Foram incluídas no estudo, mulheres com mais de 18 anos que apresentassem disfunções do pavimento pélvico e que possuíssem um domínio completo da língua portuguesa falada e escrita. Além disso, todas as que aceitaram participar no estudo, após esclarecimento sobre o estudo \ consentimento informado. Os critérios de exclusão foram compostos por ter alterações cognitivas e neurológicas (Sariibrahim Astepe & Köleli, 2019).

2.3 Análise de dados

Todos os dados foram analisados utilizando o *software* Microsoft Excel e o SPSS, versão *Statistics* 28.0. Os dados foram analisados no que diz respeito às seguintes propriedades psicométricas: fiabilidade (coerência interna, reprodutibilidade e erro de medição), validade (validade de construção) e efeitos chão/teto.

2.3.1 Fiabilidade

A fiabilidade é a capacidade de reproduzir um resultado de forma consistente, no tempo e no espaço. Refere-se a quão estável, consistente ou preciso é um instrumento (Souza *et al.*, 2017). A fiabilidade está associada a três conceitos: coerência interna, reprodutibilidade e erro de medição (Ferreira & Marques, 1998). A coerência interna é uma propriedade de medição importante para questionários que pretendem medir um único conceito subjacente (constructo) usando vários itens. Para calcularmos a coerência interna é utilizado o coeficiente α de *Cronbach* que é baseado nas correlações possíveis entre dois conjuntos de itens dentro de um teste. Um valor considerado aceitável para o α de *Cronbach* é entre 0,70 a 0,90, ou seja, existe uma boa coerência interna (Terwee *et al.*, 2007; Souza *et al.*, 2017).

A reprodutibilidade ou fiabilidade teste-retest diz respeito ao grau em que medições repetidas fornecem respostas semelhantes e estáveis no tempo, medido através do coeficiente de correlação intraobservador (ICC) (Ferreira *et al.*, 2013; Terwee *et al.*, 2007). A reprodutibilidade pode ser avaliada entre cada item ou entre dimensões. Neste estudo a reprodutibilidade do instrumento foi avaliada utilizando o coeficiente de correlação intraclass (fórmula 2.1), este teste foi utilizado para medir e estimar a estabilidade das variáveis contínuas, pois leva em consideração os erros de medida (Souza *et al.*, 2017). Os valores ICC variam entre 0 e 1, sendo que valores superiores ou iguais a 0,70 recebem uma classificação positiva (Terwee *et al.*, 2007). Por fim o erro de medição é o desvio entre a medida real e a que é avaliada com a ajuda de um instrumento de medida. Os erros de medição podem ocorrer de forma sistemática ou aleatória. O erro sistemático poderá afetar todas as medições seja pela influência do entrevistado ou por mudanças de avaliadores com experiências distintas. O erro aleatório poderá estar presente em algumas situações, por exemplo, no registro de informações quantitativas (Echevarría-Guanilo *et al.*, 2019). Assim sendo, de forma a determinar este aspeto foi efetuado o cálculo do erro padrão da medição, através da fórmula “ $EPM = \sigma \sqrt{1 - r}$ ”, em que σ corresponde ao desvio padrão das pontuações e r ao coeficiente de correlação intraclass (Terwee *et al.*, 2007).

2.3.2 Validade de construção

A validade de construção determina se os itens operacionalizados (por exemplo, as perguntas do questionário) medem o conceito pretendido para análise de forma consistente com hipóteses teóricas sobre o conceito que está a ser medido (Kim, 2009; Terwee *et al.*, 2007). A

validade de construção deve ser avaliada testando hipóteses pré-definidas e essas hipóteses têm de ser o mais específicas possível (Kimberlin & Winterstein, 2008).

Os métodos comuns para obter a confirmação da validade de construção incluem teste de correlação entre as medidas de instrumentos que avaliam constructos semelhantes (validade convergente), ou pelo exame lógico das relações que deveriam existir com outras medidas para grupos que supostamente devem divergir dos valores relacionados ao constructo (validade discriminante ou divergente) (Echevarría-Guanilo *et al.*, 2017).

Assim sendo, as hipóteses predefinidas neste estudo são seis.

Hipótese 1: Esperamos obter valores de correlação elevada entre as diferentes dimensões da Escala *Ditrovie*-10 itens e a função bexiga do APFQ;

Hipótese 2: Não esperamos obter valores de correlação, ou obter valores de correlação muito fracos, entre as dimensões da *Ditrovie*-10 itens, e a função dos intestinos, prolapso dos órgãos pélvicos e função sexual do APFQ;

Hipótese 3: Esperamos obter valores de correlação moderados entre as diferentes dimensões da Escala *Ditrovie*-10 itens e a pontuação total do APFQ;

Hipótese 4: Esperamos obter valores de correlação moderados entre as pontuações da EQ-5D-5L e as diferentes dimensões do APFQ;

Hipótese 5: Esperamos obter valores de correlação moderados entre a idade e o índice de massa corporal com as dimensões do APFQ.

Hipótese 6: Esperamos obter diferenças estatisticamente significativas, favoráveis à prática de atividade física nas diferentes dimensões do APFQ.

Para avaliar a validade de construção do APFQ, calculou-se o coeficiente de correlação de *Spearman* entre as pontuações do instrumento referido e da Escala *Ditrovie*-10 itens e do EQ-5D-5L. Os coeficientes de correlação devem ser interpretados da seguinte forma: correlação muito elevada para valores superiores a 0.90; correlação elevada entre 0.89 e 0.70; moderada se entre 0.69 e 0.40; baixa correlação se entre 0.39 e 0.20; muito baixa se menor ou igual a 0.19 (Cohen J., 1988).

2.3.3 Efeitos chão/ teto

Esta característica permite compreender o número de participantes que atingiu o valor mais alto ou mais baixo da pontuação dos domínios. Estes efeitos estão presentes se mais de 15% dos participantes alcançarem a pontuação mais baixa ou mais alta possível. Como

consequência, os participantes, com a pontuação mais baixa ou mais alta possível não podem ser distinguidos uns dos outros, portanto, a validade é reduzida. Damos uma classificação positiva para (ausência de) efeitos de chão/teto, se nenhum efeito de chão ou teto estiver presente numa amostra de pelo menos 50 pacientes (Terwee *et al.*, 2007).

2.4 Considerações Éticas

A aprovação ética deste estudo foi obtida através da Comissão de ética da Escola Superior de Saúde de Alcoitão (despacho Nº15/2021). Foi entregue a todas as participantes um termo explicativo do estudo e todas as participantes deram, por escrito, o seu consentimento informado. As participantes foram esclarecidas sobre a proteção de dados pessoais, sendo que todo o material recolhido no estudo foi codificado e tratado de forma confidencial. Este material encontra-se arquivado e ao abrigo da investigadora, estando os resultados à disposição, a pedidos dos interessados.

3 RESULTADOS

3.1 Equivalência Semântica, Revisão Clínica da Qualidade e Pré-Teste

Relativamente aos resultados da tradução e retroversão é de salientar que na pergunta (1) retirou-se o “entre” nas respostas, na pergunta (7) acrescentou-se o “de”, na pergunta (10, 14, 15) retirou-se “não nunca” e ficou apenas “nunca”, na pergunta (14) trocou-se o “socializar” por “estar com amigos”, na pergunta (16) trocou-se a ordem da última opção de resposta e passou para primeiro: “Mais do que uma vez por dia; Dia sim dia não ou diariamente; Menos do que de 3 em 3 dias; Menos do que uma vez por semana”, na pergunta (26) retirou-se a palavra defecar, na pergunta (28) retirou-se os “()” e substitui-se por “;” na pergunta (33) ficou “Se não é sexualmente ativa, responda apenas às perguntas 34 e 42” e por fim nas perguntas (37 e 38) trocou-se o “por vezes” por “ocasionalmente”.

Na revisão clínica da qualidade da tradução as três peritas, concluíram que de uma forma geral a tradução está fiel ao questionário original, e vai ao encontro da linguagem da população portuguesa. As peritas sugeriram mudar a pergunta (29) e a sugestão foi aceite pelo painel de consenso e o resultado foi a alteração da pergunta “Sente pressão ou peso na vagina ou a sensação de repuxamento?” por “Sente pressão ou peso na vagina ou a sensação de puxar?”.

No pré-teste cognitivo, as nove participantes, tem as características sociodemográficas descritas na tabela 1. A média de idades destas participantes são os 50 anos, o valor do IMC na

maioria é de 27,5 e varia entre 20 e 34,7, a maioria frequentou o ensino superior, as profissões são diversas, todas elas têm filhos e a maioria têm dois filhos. As disfunções do pavimento pélvico descritas são: três participantes com incontinência urinária de esforço, duas com incontinência fecal e quatro com incontinência urinária mista. Estas participantes demoraram em média $6,7 \pm 3$ minutos e variou entre 3,5 a 12 minutos a preencher o questionário. Posteriormente na entrevista, que teve uma média de 15 minutos de duração, a opinião geral das participantes sobre o instrumento de medição é que é breve, de fácil resposta, compreensível e adequado a população com DPP. Nas perguntas em si, uma das participantes sentiu dificuldade em perceber a pergunta (7), mas quando questionada se teria escrito de outro modo, não sabia dizer. No item, outros sintomas, as participantes não sabiam o que eram as palavras hematúria e vaginismo e optou-se por acrescentar sangue na urina e dor na penetração sexual, para a explicação dos termos.

Tabela 1: Características da amostra do pré-teste

		n	%
Idade (anos)	$50 \pm 15,4$ (27-75)*	9	
IMC	$27,5 \pm 4,2$ (20-34,7)*	9	
Grau de escolaridade	$\leq 12^{\text{º}}$ Ano	4	(44,4%)
	Ensino Superior	5	(55,6%)
Profissão	Enfermeira	1	(11,1%)
	Professora	1	(11,1%)
	Doméstica	1	(11,1%)
	Chefe de repartição no ministério da educação	1	(11,1%)
	Jurista	1	(11,1%)
	Psicóloga	1	(11,1%)
	Administrativa	1	(11,1%)
	Advogada	1	(11,1%)
	Feirante	1	(11,1%)
Tem filhos		9	(100%)
Número de Filhos	1 Filho	3	(33,3%)
	2 Filhos	6	(66,7%)
Patologia	Incontinência urinária de esforço	3	(33,3%)
	Incontinência fecal	2	(22,2%)
	Incontinência urinária mista	4	(44,4%)

* média $\pm$ desvio padrão (min. – máx)

Propriedades Psicométricas

3.2 Caracterização dos Participantes

Neste estudo foram incluídas 50 mulheres com disfunção do pavimento pélvico. Na tabela 2 são descritas as características sociodemográficas, a média de idades é de 54 anos. Na tabela 3 são enumeradas outras características sociodemográficas a maioria destas mulheres são casadas (62%), tem o ensino superior (56%) e as profissões são variadas. Em relação a atividade física a maioria das mulheres (54%) faz algum tipo de atividade com uma duração superior a duas horas

(tabela 4). A maioria não é fumadora, como consta na tabela 5. Na tabela 6, observa-se que a maioria das mulheres têm dois filhos (36%), tiveram parto eutócico (50%) e não tiveram episiotomia (62%). Em relação aos dados clínicos, descritos na tabela 7, sete mulheres realizaram cirurgia pélvica anterior (histerectomia) e as comorbilidades mais relevantes são a asma, a rinite e a diabetes.

Tabela 2: Idade, peso, altura e índice de massa corporal (n=50)

	n	Mín.	Máx.	Média	Desvio padrão
Idade	50	26	84	53,90	18,57
Peso	50	50	105	64,98	10,93
Altura	50	1,49	1,83	1,62	0,07
IMC	50	18,38	36,33	24,72	3,79

Tabela 3: Características sociodemográficas (n=50)

		n	%
Estado Civil	Não respondeu	2	4,0
	Solteiro	5	10,0
	Casado	31	62,0
	Divorciado	5	10,0
	Viúvo	4	8,0
	União de Facto	3	6,0
Nível de Escolaridade	Ensino básico	9	18,0
	Ensino secundário	13	26,0
	Ensino superior	28	56,0
Profissão	Administrativa	2	4,0
	Advogada	1	2,0
	Assistente operacional	2	4,0
	Bancaria	3	6,0
	Comerciante	1	2,0
	Contabilista	2	4,0
	Desempregada	1	2,0
	Doméstica	3	6,0
	Empregada de Limpeza	2	4,0
	Empresaria	1	2,0
	Enfermeira	1	2,0
	Engenheira Civil	1	2,0
	Esteticista	1	2,0
		n	%
	Gestora	1	2,0
	Investigadora	2	4,0
	Jurista	2	4,0
	Lojista	1	2,0
	Professora	2	4,0
	Professora Universitária	2	4,0
	Psicóloga	1	2,0
	Reformada	14	28,0
	Secretaria	1	2,0
	Sourcing manager	1	2,0
	Tripulante de cabine	1	2,0

Tabela 4: Atividade Física (n=50)

Atividade física		n	%
	Não	23	46,0
	Sim	27	54,0
Qual atividade física	Não respondeu	1	4,0
	Caminhadas	5	20,0
	Corrida e Yoga	1	4,0
	Ginásio	3	12,0
	Ginásio e caminhadas	1	4,0
	Ginásio e Natação	2	8,0
	Ginástica	1	4,0
	Hidroginástica	4	16,0
	Musculação	1	4,0
	Pilates	5	20,0
	Yoga	1	4,0
	Pontuação Total	25	50,0
	Omissos	25	50,0
Quantas horas	Não respondeu	18	36,0
	Menos de 1 hora	6	18,8
	1 Hora	6	18,8
	2 Horas	7	21,9
	Mais de 2 Horas	13	40,6
	Pontuação Total	32	100,0

Tabela 5: Fumadora (n=50)

Fumadora	n	%
Não	43	86,0
Sim	7	14,0

Tabela 6: Paridade, tipo de parto, episiotomia (n=50)

Paridade		n	%
	0	7	14,0
	1	16	32,0
	2	18	36,0
	3	7	14,0
	4	2	4,0
Tipo de Parto	Parto normal	21	50,0
	Parto normal instrumentalizado (Fórceps; Ventosas)	8	19,0
	Cesariana	9	21,4
	Ambos	4	9,5
	Pontuação Total	42	100,0
	Omissos	8	16,0
Episiotomia	Não	31	62,0
	Sim	19	38,0

Tabela 7: de Dados Clínicos

		n	%
Cirurgia Pélvica Anterior	Colostomia	1	11,1
	Histectomia	7	77,8
	Histectomia total	1	11,1
	Pontuação Total	9	100,0
	Omissos	41	82,0
Co morbilidades	Asma e rinite	2	14,3
	Cancro da Mama	1	7,1
	Coluna e Vesícula	1	7,1
	Depressão e síndrome do colon irritável	1	7,1
	Diabetes	2	14,3
	Endometriose	1	7,1
	Hipertensão	1	7,1
	Hipertensão e Asma	1	7,1
	HPV	1	7,1
	Linfoma	1	7,1
	Talassemia minor	1	7,1
	Tumor	1	7,1
	Total	14	100,0
	Omissos	36	72,0

3.2. Fiabilidade

Coerência interna

O coeficiente α de *Cronbach* apresentou valores para os domínios Função da bexiga, função dos intestinos, prolapso dos órgãos pélvicos e função sexual de 0,837; 0,756; 0,840 e 0,756, respetivamente. Na pontuação total os valores foram de 0,714. (Tabela 8).

Reprodutibilidade

Os coeficientes de correlação intraclasse (intervalos de confiança 95%) obtidos variaram entre 0,934 e 0,976 nos diferentes domínios. Na pontuação total foi 0,948 (Tabela 8).

Erro padrão da medição

No erro padrão da medição nos diferentes domínios os valores obtidos variaram entre 0,20 a 0,36. A pontuação total foi de 0,15. O limite inferior varia entre 0,883 e 0,959, o limite superior varia entre 0,962 e 0,987 nas diferentes dimensões. Na pontuação total o limite inferior foi de 0,908 e o limite superior de 0,970.

Efeitos chão/teto

Em relação aos efeitos de chão/teto das dimensões do APFQ, verificou-se que nas dimensões, prolapsos dos órgãos pélvicos e função sexual, atingiram valores de 78% e 32%,

respetivamente. No efeito teto, em todas as dimensões do APFQ a percentagem é zero (tabela 8).

Tabela 8: Coerência interna, Erro padrão da medição, Efeito chão/teto e Teste retest

	α Cronbach	EPM	EC%	ET%	ICC	Intervalo de Confiança 95%	
						Limite inferior	Limite superior
Função da bexiga	0,837	0,20	6,0	0,0	0,976	0,959	0,987
Função dos intestinos	0,756	0,36	4,0	0,0	0,934	0,883	0,962
Prolapso dos órgãos pélvicos	0,840	0,20	78,0	0,0	0,966	0,940	0,981
Função sexual	0,756	0,27	32,0	0,0	0,969	0,946	0,982
Pontuação Total	0,714	0,15	0,0	0,0	0,948	0,908	0,970

EPM: Erro padrão da medição; EC%:Efeito chão; ET%: Efeito teto; ICC: Coeficiente de correlação intraclass

3.4. Validade de construção

Pela análise das tabelas 9,10 e 11, verifica-se que foram confirmadas parcialmente as hipóteses pré-definidas.

Foram obtidos valores de correlação elevados, entre a dimensão Função da Bexiga do APFQ e as diferentes dimensões da *Ditrovie*-10 itens (valores do ρ entre 0,716 e 0,726), bem como com a pontuação total da *Ditrovie*-10 itens ($\rho = 0,782$). Foram ainda observados valores de correlação baixos a moderados entre a pontuação total do APFQ e as diferentes dimensões da *Ditrovie*-10 itens (ρ entre 0,342 e 0,482). No estudo das relações com o EQ-5D-5L, apenas se observaram valores de correlação baixos e negativos, entre a Pontuação total do APFQ, e as pontuações index e VAS do EQ-5D-5L, respetivamente, -0,302 e -0,303 (tabela 9).

No que diz respeito à relação entre as variáveis idade e IMC com as diferentes dimensões do APFQ, apenas se verificaram valores de correlação baixos entre o IMC e a Função da Bexiga ($\rho = 0,290$) e valores de correlação baixos e negativos, entre a Função sexual com a idade ($\rho = -0,324$) e o IMC ($\rho = -0,386$) (tabela 10). Na comparação entre a prática de atividade física, e as diferentes dimensões da APFQ, só se verificaram diferenças estatisticamente significativas, desfavoráveis à prática de atividade, com a dimensão Função da Bexiga ($p = 0,027$) (tabela 11). Na comparação entre a prática de atividade física, e as diferentes dimensões do APFQ, só se verificaram diferenças estatisticamente significativas, desfavoráveis à prática de atividade, com a dimensão Função da Bexiga ($p=0,027$) (tabela 11).

Tabela 9: Validade de construção dos domínios do APFQ vs Escala *Ditrovie*-10 itens e EQ5D-5L

		Atividades da vida diária	Imagem	Impacto emocional	<i>Ditrovie</i> – pontuação global	EQ-5D-5L	EQ-5D VAS
Função da Bexiga	rho	,726**	,721**	,716**	,782**	-,274	-,030
	p	,000	,000	,000	,000	,054	,834
	n	50	50	50	50	50	50
Função dos intestinos	rho	-,142	,056	-,113	-,003	-,262	-,246
	p	,325	,699	,435	,985	,066	,085
	N	50	50	50	50	50	50
Sintomas de Prolapso	rho	,265	,158	,164	,265	-,154	-,108
	p	,062	,272	,255	,063	,287	,456
	n	50	50	50	50	50	50
Função Sexual	rho	,089	,013	,007	,073	,045	,054
	p	,539	,928	,960	,616	,757	,712
	n	50	50	50	50	50	50
Pontuação Total	rho	,363**	,417**	,342*	,482**	-,302*	-,303*
	p	,010	,003	,015	,000	,033	,032
	N	50	50	50	50	50	50

**. A correlação é significativa no nível 0,01

*. A correlação é significativa no nível 0,05

Tabela 10: Validade de construção dos domínios do APFQ com idade e IMC

		Idade	IMC
Função da Bexiga	rho	,097	,290*
	p	,502	,041
	n	50	50
Função dos intestinos	rho	,046	,030
	p	,751	,836
	n	50	50
Sintomas de Prolapso	rho	,034	,023
	p	,813	,876
	n	50	50
Função Sexual	rho	-,324*	-,386**
	p	,022	,006
	n	50	50
Pontuação Total	rho	-,031	-,104
	p	,831	,472
	n	50	50

Tabela 11: Validade de construção dos domínios da APFQ e a Atividade Física

	Atividade física	n	Média	Desvio padrão	ρ
Função da Bexiga	Não	23	2,46	1,65	
	Sim	27	1,56	1,00	,027
Função dos intestinos	Não	23	1,97	1,64	
	Sim	27	1,82	1,12	,704
Sintomas de Prolapso	Não	23	,41	1,04	
	Sim	27	,52	1,31	,741
Função Sexual	Não	23	1,47	1,49	
	Sim	27	1,16	1,59	,488
Pontuação Total	Não	23	1,58	,70	
	Sim	27	1,26	,60	,093

4. DISCUSSÃO

Este estudo teve como objetivo contribuir para a adaptação e validação cultural e linguística da versão portuguesa do instrumento de medição do APFQ, através da equivalência semântica (tradução e retroversão), validade de conteúdo (revisão clínica da qualidade da tradução), o pré-teste cognitivo, e por último a avaliação das propriedades psicométricas, fiabilidade (coerência interna, reprodutibilidade e erro padrão da medição), validade (construção) e efeitos chão/teto.

Nesta discussão serão interpretados e comparados os resultados obtidos com a versão original (Baessler *et al.*, 2008) e com as outras quatro validações internacionais já publicadas, a versão sérvia (Argirović *et al.*, 2014); a versão francesa (Deparis *et al.*, 2015); a versão turca (Sariibrahim Astepe & Köleli, 2019) e a versão chinesa (Hou & Hou, 2020).

Esta análise teve por base os resultados obtidos ao longo do estudo. Na primeira fase analisámos, como descrito no parágrafo em cima, a equivalência semântica. Na tradução e retroversão, as alterações realizadas em reunião de consenso tiveram como objetivo simplificar e tornar mais clara as perguntas e as respostas, para a população portuguesa, respeitando a versão original do instrumento de medição. Na fase da revisão clínica da qualidade, a única alteração realizada, correspondeu à pergunta (29) “Sente pressão ou peso na vagina ou a sensação de puxar?”, com o sentido de tornar mais simples e fácil a compreensão para as mulheres que futuramente irão responder ao APFQ. Segundo Sousa & Rojjanasrirat., (2011), é recomendado utilizar vocabulário leigo, em vez de termos técnicos de modo a facilitar a compreensão da população.

Na fase do pré-teste, fizeram parte nove participantes, segundo a literatura esta fase deve ter entre 5 e 8 participantes e estes devem ser heterógenos, com características sociodemográficas diversas (sexo, idade, escolaridade e diagnóstico) (Wild *et al.*, 2005). Neste estudo tentou-se respeitar e ter em conta estes pontos.

Comparativamente aos outros países a amostra portuguesa foi bastante menor: a versão Sérvia teve 20 participantes, a versão turca teve 15 participantes, a versão chinesa teve 30 grávidas que se encontravam no terceiro trimestre de gravidez e a versão francesa foi composta por três amostras, amostra (1) foi composta por 56 mulheres, amostra (2) 52 mulheres e na amostra (3) 71 grávidas.

Neste estudo a amostra apresentou uma média de idades de 50 anos, que variou entre os 27 e os 75 anos. O IMC teve uma média de 27,5 e variou entre 20 e 34,7. Em relação ao grau de escolaridade, quatro mulheres frequentaram até ao 12º ano e cinco frequentaram o ensino superior. As profissões eram variadas. Todas as mulheres tinham um ou mais filhos. Destas nove participantes, três apresentavam incontinência urinária de esforço, duas apresentavam incontinência fecal e as restantes quatro incontinência urinária mista. Os artigos dos outros países não descrevem os dados sociodemográficos das amostras na fase do pré-teste, apenas o número da amostra.

Nesta fase apenas uma participante teve dificuldade em entender a pergunta (7), mas também não conseguiu dar nenhuma sugestão para alterar, já no item – “Outros sintomas”, as participantes não sabiam qual o significado de dois termos e optou-se por colocar a explicação dos mesmos. Segundo Sousa & Rojjanasrirat., (2011), devem ser reavaliadas as instruções, perguntas, respostas e os itens do instrumento se estes não forem claros para 20% da amostra, ou seja, a concordância mínima deve ser 80%.

Terminada a primeira etapa deste processo, seguiu-se a análise das propriedades psicométricas. Nesta etapa fizeram parte 50 mulheres com disfunção do pavimento pélvico, semelhante ao do estudo turco e ao estudo sérvio. A amostra turca foi constituída por 53 mulheres e a amostra sérvia constituída por 76 mulheres que tinham pelo menos um sintoma de DPP. Nestes mesmos estudos foram incluídos grupos de controlo, ou seja, mulheres sem sintomas de DPP, no estudo turco eram 51 mulheres e no estudo sérvio 23 mulheres (Argirović *et al.*, 2014; Sariibrahim Astepe & Köleli, 2019). No estudo original a amostra era composta por 493 mulheres (Baessler *et al.*, 2009), no estudo chinês 316 grávidas responderam ao instrumento de medição durante o terceiro trimestre e duas vezes no pós-parto (Hou & Hou, 2020). No estudo francês nesta etapa fizeram parte a amostra (1) e a amostra (3), com um total de 127 mulheres (Deparis *et al.*, 2015).

Em termos de dados sociodemográficos a média de idades neste estudo é de 54 anos. Nos outros países, quem se assemelha mais a este estudo é a média de idades do estudo turco com 56,33 (Sariibrahim Astepe & Köleli, 2019). Sendo que os outros países não têm idades muito díspares destes. Na versão original a média de idades é 60 anos (Baessler *et al.*, 2008). Na versão francesa a amostra (1) é de 42 anos e a amostra (2) é de 44 anos (Deparis *et al.*, 2015). Na versão da Sérvia é de 61,7 anos (Argirović *et al.*, 2014). Na versão francesa e chinesa as grávidas tem uma média de idades de 29 anos (Deparis *et al.*, 2015; Hou & Hou, 2020).

Relativamente à análise da fiabilidade, mais concretamente da coerência interna, obtiveram-se valores de coeficiente α de *Cronbach* para os domínios da Função da bexiga, função dos intestinos, prolapso dos órgãos pélvicos e função sexual de 0,837; 0,756; 0,840 e 0,756, respetivamente. Estes valores confirmam a coerência interna para cada domínio, ou seja, existe uma consistência interna adequada. Estes resultados estão em consonância com a versão original do questionário de Baessler *et al.* (2008) para os quatro domínios (Função da bexiga, 0,80; Função dos intestinos, 0,73; Prolapso de órgãos pélvicos, 0,83 e Função sexual, 0,69). O valor do α de *Cronbach* do instrumento turco, francês, sérvio é de 0,7 o que mostra uma consistência adequada (Argirović *et al.*, 2014; Deparis *et al.*, 2015; Sariibrahim Astepe & Köleli, 2019).

No que diz respeito à reprodutibilidade, os coeficientes de correlação intraclass (intervalos de confiança 95%) os valores obtidos foram 0,976; 0,943; 0,966; 0,969 nos domínios da Função da bexiga, Função dos intestinos, Prolapsos dos órgãos pélvicos e Função sexual, respetivamente. O que demonstra uma boa fiabilidade teste-retest de cada domínio. Estes valores estão em conformidade com os valores dos outros estudos, todos eles apresentaram bons valores de ICC (Argirović *et al.*, 2014; Baessler *et al.*, 2008; Deparis *et al.*, 2015; Hou & Hou, 2020; Sariibrahim Astepe & Köleli, 2019).

O teste-retest foi realizado com duas semanas de intervalo, nos outros estudos o intervalo variou entre duas ou mais semanas, para a repetição do instrumento de medição pela segunda vez (Argirović *et al.*, 2014; Baessler *et al.*, 2008; Deparis *et al.*, 2015; Hou & Hou, 2020; Sariibrahim Astepe & Köleli, 2019).

Ainda relativamente a fiabilidade do APFQ, o erro padrão de medição, nos domínios da Função da bexiga, Função dos intestinos, Prolapsos dos órgãos pélvicos e Função sexual (cujos os valores variam entre 0,20 e 0,36). É de referir que não existem dados relativos ao erro padrão de medição nos outros estudos e que dada a característica deste indicador não há valores de referência. No entanto, parece-nos que os valores obtidos são bastantes baixos, o que talvez se deva ao reduzido número da amostra.

A validade de construção neste estudo foi analisada com o instrumento *Ditrovie*- 10 itens, com o EQ-5D-5L, e com algumas características sociodemográficas relevantes (idade, IMC e atividade física), tendo-se obtido a confirmação parcial das seis hipóteses pré-definidas. As hipóteses foram geradas com base na evidência apresentada na literatura. Verificou-se entre o instrumento de medição da *Ditrovie*- 10 itens e a Função da bexiga do instrumento APFQ, uma correlação elevada e positiva com um valor ($\rho=0,782$). A confirmação desta hipótese relaciona-

se com o facto de estes dois itens medirem constructos idênticos. Na hipótese dois, consideramos aceitável a inexistência de correlações, ou quanto muito valores de correlação baixos entre o instrumento de medição da *Ditrovie*- 10 itens e a função dos intestinos, prolapsos dos órgãos pélvicos e a função sexual do instrumento APFQ, uma vez que correspondem a constructos não compreendidos pela *Ditrovie*-10 itens. Na hipótese três, verificou-se entre o instrumento de medição da *Ditrovie*- 10 itens e a pontuação total do instrumento APFQ, uma correlação moderada ($\rho=-0,482$). E a expectativa em relação a esta hipótese, foi baseada no facto da pontuação total do APFQ, compreender os itens relativos à Função da bexiga, e deste modo poder influenciar o aparecimento de relações com a *Ditrovie*- 10 itens, o que se veio a confirmar. Quanto à hipótese quatro, apenas se confirmou a existência de valores de correlação entre o EQ-5D-5L e a pontuação total do APFQ. O sentido das relações obtidas parece-nos lógico, já que a APFQ tem uma orientação negativa (pontuações mais baixas correspondem situações mais favoráveis). Em relação a não terem existido quaisquer relações com as diferentes dimensões do APFQ, foi algo que não estávamos à espera. A explicação para estes resultados não se afigura clara, no entanto, poderá estar relacionado, quer com o número de elementos da amostra, quer com a sua situação em relação à existência do problema, ou seja, a média das pontuações obtidas pela amostra no APFQ, são muito baixas, podendo revelar um pequeno impacto no estado de saúde na generalidade dos elementos da amostra (tabela 12).

Tabela 12: Pontuações APFQ

	n	Mín.	Máx.	Média	Desvio padrão
Função da Bexiga	50	,00	5,78	1,97	1,40
Função dos intestinos	50	,00	5,88	1,89	1,37
Sintomas de Prolapso	50	,00	6,00	,47	1,18
Função Sexual	50	,00	6,19	1,30	1,54
Pontuação Total	50	,13	2,85	1,41	,66

Na hipótese cinco, também não foram verificados todos os pressupostos inicialmente equacionados. Verificou-se que entre, o IMC e a Função da bexiga do APFQ, foi obtida, tal como expectável, uma correlação baixa, representado que quanto maior o IMC das mulheres pior os valores apresentados no instrumento APFQ. Segundo Missha *et. al*, (2008), a obesidade e o aumento do índice de massa corporal contribuem para o desenvolvimento de incontinência urinária. Segundo a OMS, valores de (IMC de 25 a 30kg m²), significa que é sobrepeso, se analisarmos os resultados do IMC da amostra tanto no pré-teste como nas propriedades

psicométricas, ambas estão neste intervalo de IMC. Também foi possível observar valores de correlação negativos em relação à Função sexual do APFQ, apontando para que as mulheres mais novas, com um IMC menor têm pontuações melhores na função sexual do APFQ, o que vai ao encontro do que diz Peixoto e Nobre (2015), que referem que existe uma associação entre o envelhecimento e a prevalência de problemas de desejo sexual, excitação, lubrificação e a dificuldade em atingir o orgasmo.

O facto de não terem sido verificadas relações da idade e do IMC com as restantes dimensões do APFQ, pode, mais uma vez estar relacionado com o número de elementos da amostra, mas também com as características específicas do próprio instrumento de medição. Ao ser abrangente na recolha de dados para várias situações em simultâneo (incontinência urinária, incontinência fecal, prolapso dos órgãos pélvicos e função sexual), pode a amostra utilizada não representar a existência de todos e cada um destes problemas, mas talvez se centrar mais num deles, nomeadamente a incontinência urinária. Acresce que os próprios autores descrevem o APFQ, como uma medida mais vocacionada para estudos epidemiológicos.

Na hipótese seis, verificou-se as diferenças estatisticamente significativas desfavoráveis à prática de atividade física e a Função da bexiga, ($p= 0,027$), estes resultados descrevem, ao contrário do que tínhamos previsto, que as mulheres que fazem algum tipo de atividade física obtiveram piores valores no APFQ na Função da bexiga. O nosso racional esteve associado ao facto de se pensarmos que a obesidade está associada as DPP, em particular a incontinência urinária, a atividade física consegue combater ao longo da vida a diminuição do aumento de peso e com isso prevenir o desenvolvimento de DPP (Nygaard & Shaw, 2016). Por outro lado, e face a este resultado, podemos racionalizar que o facto de efetuarem atividade física, pode o esforço, aumentar o *stress* sobre o pavimento pélvico durante a realização do mesmo, e tornar-se mais evidente, para estas mulheres a dificuldade do controlo dos esfíncteres. Para além disso alguns estudos apontam para uma maior incidência de incontinência urinária de esforço, entre atletas femininas (Alves *et al.*, 2017).

Nos outros estudos as hipóteses pré-definidas foram calculadas com instrumentos de medição UDI, o teste de POP-Q e o teste de esforço para a tosse com valores de correlação significativos (Argirović *et al.*, 2014; Deparis *et al.*, 2015; Sariibrahim Astepe & Köleli, 2019).

No que concerne aos efeitos chão/teto analisados nesta investigação é relevante mencionar que no domínio do prolapsos dos órgãos pélvicos o valor efeito chão atingido é 78% e na função sexual é de 32%. O que significa que as mulheres assinalaram a melhor pontuação possível, logo

não será possível detetar melhorias decorrentes do tratamento nestas mulheres, com a aplicação do instrumento num segundo momento de avaliação, no domínio citado. Estes valores podem significar que as mulheres não tinham patologia a nível da função dos intestinos e na função sexual. No artigo original, o autor refere como conclusão que este questionário parece ter melhor reprodutibilidade em mulheres com mais problemas de DPP e com uma pontuação mais alta (Baessler *et al.*, 2009). Não há valores de efeitos chão/teto nem na versão original nem dos outros países.

No que diz respeito à limitação deste estudo, existem algumas limitações que devem ser consideradas. O facto de a amostra não ser representativa de toda a população portuguesa com DPP, a amostra foi selecionada por conveniência, futuramente poder-se-ia explorar amostras maiores e realizar estudos em contexto hospitalar, com DPP mais complicadas e mais graves. Outra limitação advém de o número da amostra ser reduzido, o que empobrece os testes estatísticos utilizados nas propriedades psicométricas, por exemplo, o poder de resposta do APFQ não foi calculado, e se assim fosse, fortaleceria o processo de validação, ou mesmo calcular a validade discriminante com um grupo de controlo como nos estudos dos países que já validaram para a sua língua materna.

Por fim, é importante referir que o presente trabalho contribui para que a prática clínica seja realizada e integrada de forma sistemática e consiga avaliar mais objetivamente. O APFQ é um instrumento de medição autoaplicável, o que o torna uma boa ferramenta para recolher informações sobre uma temática que muitas mulheres têm vergonha em falar ou em alguns casos é mesmo um tema tabu. A presente investigação permite também a comparação de resultados com outras populações, contribuindo para a qualidade e evolução da investigação científica.

5. CONCLUSÃO

Considerando os resultados obtidos com a aplicação do APFQ, conclui-se que o objetivo proposto foi alcançado e que a versão portuguesa obtida possui características psicométricas adequadas de fiabilidade e validade. Assim, considera-se que a versão portuguesa irá possibilitar a obtenção de informações essenciais para a tomada de decisão dos profissionais, e dos próprios utentes. Os dados obtidos pela aplicação do instrumento APFQ, em conjunto com outras medidas de avaliação clínica, contribuirão quer para a investigação, quer para uma melhor prestação de cuidados de saúde.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alves, J. O., Luz, S. T. Da, Brandão, S., Da Luz, C. M., Jorge, R. N., & Da Roza, T. (2017). Urinary Incontinence in Physically Active Young Women: Prevalence and Related Factors. *International Journal of Sports Medicine*, 38(12), 937–941. <https://doi.org/10.1055/s-0043-115736>
- Anthoine, E., Moret, L., Regnault, A., Sбилle, V., & Hardouin, J. B. (2014). Sample size used to validate a scale: A review of publications on newly-developed patient reported outcomes measures. *Health and Quality of Life Outcomes*, 12(1), 1–10. <https://doi.org/10.1186/s12955-014-0176-2>
- Argirović, A., Tulić, C., Kadija, S., Soldatović, I., Babić, U., & Nale, D. (2014). Cross-cultural adaptation and validation of the Serbian version of the Australian pelvic floor questionnaire. *International Urogynecology Journal and Pelvic Floor Dysfunction*, 26(1), 131–138. <https://doi.org/10.1007/s00192-014-2495-6>
- Baessler, K., O’Neill, S. M., Maher, C. F., & Battistutta, D. (2008). An interviewer-administered validated female pelvic floor questionnaire for community-based research. *Menopause*, 15(5), 973–977. <https://doi.org/10.1097/gme.0b013e3181671b89>
- Baessler, K., O’Neill, S. M., Maher, C. F., & Battistutta, D. (2009). Australian pelvic floor questionnaire: A validated interviewer-administered pelvic floor questionnaire for routine clinic and research. *International Urogynecology Journal*, 20(2), 149–158. <https://doi.org/10.1007/s00192-008-0742-4>
- Cohen, J. (1988). Statistical power analysis (2nd ed.). Hillsdale NJ: Erlbaum
- Deparis, J., Bonniaud, V., Desseauve, D., Guilhot, J., Masanovic, M., Tayrac, R. de, Fauconnier, A., & Fritel, X. (2015). Cultural Adaptation of the Female Pelvic Floor Questionnaire (FPFQ) Into French. *Neurourology and Urodynamics*, November, 3–8. <https://doi.org/10.1002/nau>
- Echevarría-Guanilo, M. E., Gonçalves, N., & Juceli Romanoski, P. (2019). Psychometric properties of measurement instruments: Conceptual basis and evaluation methods- Part II. *Texto e Contexto Enfermagem*, 28(4), 1–11. <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2017-0311>
- Echevarría-Guanilo, M. E., Gonçalves, N., & Romanoski, P. J. (2017). Propriedades psicométricas de instrumentos de medidas: Bases conceituais e métodos de avaliação – parte I. *Texto e Contexto Enfermagem*, 26(4), 1–14. <https://doi.org/10.1590/0104-07072017001600017>
- Ferreira, Ferreira, & Pereira. (2013). Contributos para a validação da versão Portuguesa do EQ-5D. *Acta Medica Portuguesa*, 26(6), 664–675. <https://doi.org/10.20344/amp.1317>

- Ferreira, Ferreira, Ribeiro, & Pereira. (2016). Comparing the performance of the EQ-5D-3L and the EQ-5D-5L in young Portuguese adults. *Health and Quality of Life Outcomes*, 14(1), 1–10. <https://doi.org/10.1186/s12955-016-0491-x>
- Ferreira, & Marques. (1998). Avaliação Psicométrica e Adaptação Cultural e Linguística de Instrumentos de Medição em Saúde: *Centro de Estudos e Investigação Em Saúde Da Universidade de Coimbra*, 0–24.
- Good, M. M., & Solomon, E. R. (2019). Pelvic Floor Disorders. *Obstetrics and Gynecology Clinics of North America*, 46(3), 527–540. <https://doi.org/10.1016/j.ogc.2019.04.010>
- Hou, Y., & Hou, D. (2020). Validation of the Australian Pelvic Floor Questionnaire in Chinese pregnant and postpartum women. *European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology*, 245, 102–106. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2019.12.023>
- Kim, Y.-M. (2009). Validation of Psychometric Research Instruments: The Case of Information Science. *Journal of the American Society for Information Science and Technology*, 64(March), 1852–1863. <https://doi.org/10.1002/asi>
- Kimberlin, C. L., & Winterstein, A. G. (2008). Validity and reliability of measurement instruments used in research. *American Journal of Health-System Pharmacy*, 65(23), 2276–2284. <https://doi.org/10.2146/ajhp070364>
- Kyte, D. G., Calvert, M., van der Wees, P. J., ten Hove, R., Tolan, S., & Hill, J. C. (2015). An introduction to patient-reported outcome measures (PROMs) in physiotherapy. *Physiotherapy (United Kingdom)*, 101(2), 119–125. <https://doi.org/10.1016/j.physio.2014.11.003>
- Nygaard, I. E., & Shaw, J. M. (2016). Physical activity and the pelvic floor. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 214(2), 164–171. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2015.08.067>
- Pacheco C. (2003). EDT-10. *Adaptação e Validação Cultural e Linguística Da Escala Ditrovie. [Monografia], Escola Sup.*
- Saribrahim Astepe, B., & Köleli, I. (2019). Translation, cultural adaptation, and validation of Australian pelvic floor questionnaire in a Turkish population. *European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology*, 234, 71–74. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2019.01.004>
- Sousa, V. D., & Rojjanasrirat, W. (2011). Translation, adaptation and validation of instruments or scales for use in cross-cultural health care research: A clear and user-friendly guideline. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 17(2), 268–274. <https://doi.org/10.1111/j.1365->

2753.2010.01434.x

- Souza, A. C. de, Alexandre, N. M. C., & Guirardello, E. de B. (2017). Propriedades psicométricas na avaliação de instrumentos: avaliação da confiabilidade e da validade. *Epidemiologia e Serviços de Saúde : Revista Do Sistema Unico de Saude Do Brasil*, 26(3), 649–659. <https://doi.org/10.5123/S1679-49742017000300022>
- Sung, V. W., & Hampton, B. S. (2009). Epidemiology of Pelvic Floor Dysfunction. *Obstetrics and Gynecology Clinics of North America*, 36(3), 421–443. <https://doi.org/10.1016/j.ogc.2009.08.002>
- Terwee, C. B., Bot, S. D. M., de Boer, M. R., van der Windt, D. A. W. M., Knol, D. L., Dekker, J., Bouter, L. M., & de Vet, H. C. W. (2007). Quality criteria were proposed for measurement properties of health status questionnaires. *Journal of Clinical Epidemiology*, 60(1), 34–42. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2006.03.012>
- Wild, D., Grove, A., Martin, M., Eremenco, S., McElroy, S., Verjee-Lorenz, A., & Erikson, P. (2005). Principles of good practice for the translation and cultural adaptation process for patient-reported outcomes (PRO) measures: Report of the ISPOR Task Force for Translation and Cultural Adaptation. *Value in Health*, 8(2), 94–104. <https://doi.org/10.1111/j.1524-4733.2005.04054.x>