

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO JOÃO DEL-REI MESTRADO
ACADÊMICO EM ENFERMAGEM**

SABRINA DE CÁSSIA CHAGAS

**ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL E VALIDAÇÃO DA “*URINARY
INCONTINENCE SCALE AFTER RADICAL PROSTATECTOMY*” PARA
O CONTEXTO BRASILEIRO**

DIVINÓPOLIS

2019

SABRINA DE CÁSSIA CHAGAS

ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL E VALIDAÇÃO DA “*URINARY INCONTINENCE SCALE AFTER RADICAL PROSTATECTOMY*” PARA O CONTEXTO BRASILEIRO

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação Mestrado Acadêmico em Enfermagem da Universidade Federal de São João del-Rei, para obtenção do título de Mestre em Ciências.

Área de Concentração: Enfermagem.
Linha de Pesquisa: Processo de Cuidar em Saúde e Enfermagem

Orientadora: Prof. Dra. Luciana Regina Ferreira da Mata

**DIVINÓPOLIS
2019**

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Assinatura: _____ Data ____/____/____

FICHA CATALOGRÁFICA

Ficha catalográfica elaborada pela Divisão de Biblioteca (DIBIB)
e Núcleo de Tecnologia da Informação (NTINF) da UFSJ,
com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

C426a Chagas, Sabrina de Cássia.
ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL E VALIDAÇÃO DA "URINARY
INCONTINENCE SCALE AFTER RADICAL PROSTATECTOMY" PARA
O CONTEXTO BRASILEIRO / Sabrina de Cássia Chagas ;
orientadora Luciana Regina Ferreira da Mata. --
Divinópolis, 2019.
143 p.

Dissertação (Mestrado - Programa de Pós-Graduação em
Enfermagem) -- Universidade Federal de São João del
Rei, 2019.

1. Incontinência urinária. 2. Prostatectomia. 3.
Estudos de validação. I. Mata, Luciana Regina
Ferreira da, orient. II. Título.

Nome: Sabrina de Cássia Chagas

Título: Adaptação transcultural e validação da “Urinary Incontinence scale after radical prostatectomy” para o contexto brasileiro

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação Mestrado Acadêmico em Enfermagem da Universidade Federal de São João del-Rei, para obtenção do título de Mestre em Ciências.

Aprovado em: ____/____/____

Banca examinadora

Orientadora: Prof(a). Dr(a) Luciana Regina Ferreira da Mata

Instituição: Universidade Federal de Minas Gerais

Assinatura: _____

Prof(a). Dr(a) Maria Helena Baena Moraes Lopes

Instituição: Universidade de Campinas

Assinatura: _____

Prof(a). Dr(a) Alba Otoni

Instituição: Universidade Federal de São João Del Rei

Assinatura: _____

*Dedico esse trabalho a **Deus** que sempre direcionou a minha vida e quem tem feito maravilhas por mim.*

*Agradeço ao esforço diário, ao amor a mim dedicado por toda a vida e por estarem ao meu lado, sempre. Pai **Celso** e mãe **Hilda**, vocês são meus maiores exemplos de vida.*

*As minhas irmãs **Dayse** e **Denise**, pelo apoio, incentivo e companheirismo de sempre.*

*Ao meu amor, companheiro de vida e meu melhor amigo, **Júlio César**, por toda paciência, carinho e motivação.*

Dedico esse trabalho a vocês!

DEDICO

AGRADECIMENTOS

Aos **pacientes** participantes deste estudo, que possibilitaram e contribuíram para a realização deste trabalho.

À **Luciana Regina Ferreira da Mata** pelo acolhimento, confiança e parceria nessa jornada. Você é muito especial e fonte de inspiração.

Ao **Ricardo Bezerra Cavalcante**, pelo incentivo a carreira acadêmica. Aprendi muito com você. Muito obrigada.

A amiga **Aline Carrilho Menezes**, por todo carinho de sempre e apoio em todo processo até a conclusão deste trabalho. Você foi meu melhor reencontro nessa minha trajetória.

A amiga **Mariana Ferreira Vaz Gontijo Bernardes**, por todo incentivo e motivação durante todo esse tempo. Você foi minha melhor descoberta nessa minha trajetória.

Aos **membros da banca examinadora**, por terem aceitado participar da avaliação deste estudo e pelas contribuições oferecidas.

À **CAPES** pelo auxílio financeiro, que me proporcionou a oportunidade de fazer do meu trabalho. A dedicação a esta pesquisa me proporcionou grande crescimento pessoal e profissional.

CHAGAS, S.C. Adaptação transcultural e validação da “Urinary Incontinence scale after radical prostatectomy” para o contexto brasileiro. 2019. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal de São João del-Rei. Divinópolis, 2019.

RESUMO

A prostatectomia radical (PR) é considerada tratamento padrão-ouro para o câncer de próstata (CP) localizado, entretanto ela pode desencadear algumas complicações, sendo a incontinência urinária (IU) a mais frequente podendo ser de caráter temporário ou definitivo. A *Urinary Incontinence Scale after Radical Prostatectomy* (UISRP) avalia a IU considerando a PR como seu fator causal, sendo portanto o único instrumento identificado na literatura específico para pacientes prostatectomizados. **Objetivos:** Adaptar transculturalmente a UISRP e avaliar as propriedades psicométricas da versão adaptada em uma amostra de indivíduos submetidos a PR. **Método.** O processo de adaptação cultural ocorreu como segue: tradução inicial, síntese das traduções, retrotradução, comitê de juízes, pré-teste e avaliação psicométrica. Os dados foram coletados entre dezembro de 2017 a abril de 2018, na Associação do Combate ao Câncer do Centro-oeste de Minas (ACCCOM). Participaram do estudo homens submetidos a PR entre dois meses a dois anos e que estavam em acompanhamento clínico regular na ACCCOM, sendo 40 participantes na etapa do pré-teste e 80 para o processo de validação. A UISRP é composta por oito itens que devem ser respondidos em uma escala de *likert* de cinco pontos, que ao final gera um escore total no qual maiores valores indicam maior gravidade da IU. A validade de construto da UISRP foi avaliada pela análise fatorial exploratória e pela validade de construto convergente, na qual foi realizada a comparação do escore total da UISRP com o escore total da escala *International Consultation on Incontinence Questionnaire Short Form* (ICIQ-SF) e os domínios da escala *King's Health Questionnaire* (KHQ). A validade de critério foi realizada comparando os escores da UISRP aos resultados da questão três da escala ICIQ-SF (Com que frequência você perde urina?), categorizado em nunca (continente) ou alguma vez (incontinente) conforme definição da *International Continence Society*. A confiabilidade foi avaliada pela consistência interna (*alfa de Cronbach*). O nível de significância adotado foi de 5%. O estudo foi aprovado pelos Comitês de Ética das instituições envolvidas. **Resultados:** Dentre os 80 participantes da fase psicométrica, a média de idade foi de 66,1 anos (DP=8,8, variação 43-86). O tempo médio de escolaridade foi de 4,28 (DP=3,34, variação 0-11) anos. Em relação a queixa de IU, 60% relataram perder urina de forma involuntária. A análise fatorial demonstrou que um dos itens da escala era irrelevante por apresentar carga fatorial abaixo de 0,40 (0,268), o que levou a exclusão do item. O escore médio da UISRP foi de 8,9 (DP=10,1, variação 0-28). Na validade de construto convergente identificou-se correlação significativa entre os escores da UISRP e oito domínios do KHQ com destaque de maior força de correlação para os domínios “medida de gravidade” (0,822), “impacto de IU” (0,693) e “emoções” (0,667). Também houve correlação significativa entre o instrumento UISRP e ICIQ-SF, com coeficiente de 0,814 indicando forte correlação ($p < 0,001$). Na validade de critério houve diferença significativa nos escores da escala entre homens que perdem ou não urina ($p < 0,001$). Quanto à consistência interna, foi obtido um *alfa de Cronbach* de 0,94. **Conclusão:** A Escala de Incontinência Urinária após Prostatectomia Radical (EIUPR) foi adaptada e suas equivalências foram mantidas. A escala provou ser um instrumento válido e confiável, com propriedades psicométricas adequadas para a avaliação da IU em pacientes submetidos a PR no Brasil.

Palavras Chave: Incontinência urinária; Prostatectomia; Estudos de validação.

CHAGAS, S.C. Transcultural adaptation and validation of the "Urinary Incontinence scale after radical prostatectomy" for the Brazilian context. 2019. Dissertation (Master in Nursing) - Federal University of São João del-Rei. Divinópolis, 2019.

ABSTRACT

Radical prostatectomy (PR) is considered a gold standard treatment for localized prostate cancer (PC). However, it can lead to some complications, with urinary incontinence (UI) being the most frequent and temporary. The Urinary Incontinence Scale after Radical Prostatectomy (UISRP) evaluates the UI considering PR as its causal factor and is therefore the only instrument identified in the literature specifically for prostatectomized patients. **Objectives:** To cross-culturally adapt the UISRP and to evaluate the psychometric properties of the adapted version in a sample of individuals submitted to PR. **Method.** The process of cultural adaptation occurred as follows: initial translation, synthesis of translations, back-translation, committee of judges, pre-test and psychometric evaluation. The data were collected between December 2017 and April 2018, in the Association of the Fight against Cancer of the Center-West of Minas (ACCCOM). Participants in the study were men undergoing PR between two months and two years and were under regular clinical follow-up at ACCCOM, 40 participants in the pre-test stage and 80 in the validation process. UISRP is composed of eight items that must be answered on a five-point Likert scale, which in the end generates a total score in which higher values indicate a higher UI severity. The UISRP construct validity was evaluated by the exploratory factorial analysis and by the validity of the convergent construct, in which the UISRP total score was compared to the ICIQ-SF score and the International Consultation on Incontinence Questionnaire Short Form (ICIQ-SF) domains of the King's Health Questionnaire (KHQ) scale. Criterion validity was performed by comparing UISRP scores to the results of question three of the ICIQ-SF scale (How often do you lose urine?), Categorized into never (continent) or ever (incontinent) as defined by the International Continence Society. Reliability was assessed by internal consistency (Cronbach's alpha). The level of significance was 5%. The study was approved by the Ethics Committees of the institutions involved. **Results:** Among the 80 participants in the psychometric phase, the mean age was 66.1 years (SD = 8.8, variation 43-86). The mean schooling time was 4.28 (SD = 3.34, variation 0-11) years. Regarding the UI complaint, 60% reported involuntarily losing urine. The factorial analysis showed that one of the items of the scale was irrelevant because it presented a factorial load below 0.40 (0.268), which led to the

exclusion of the item. The mean UISRP score was 8.9 (SD = 10.1, range 0-28). In the validity of the convergent construct, a significant correlation was found between the UISRP scores and eight KHQ domains, with a higher correlation strength for the domains "measure of severity" (0.822), "UI impact" (0.693) and "emotions "(0.667). There was also a significant correlation between the UISRP and ICIQ-SF, with a coefficient of 0.814 indicating a strong correlation ($p < 0.001$). In the criterion validity there was a significant difference in the scale scores between men who lost or not urine ($p < 0.001$). As to internal consistency, a Cronbach's alpha of 0.94 was obtained. **Conclusion:** The Urinary Incontinence Scale after Radical Prostatectomy (EIUPR) was adapted and its equivalences were maintained. The scale proved to be a valid and reliable instrument with adequate psychometric properties for the evaluation of UI in patients submitted to PR in Brazil.

Keywords: Urinary incontinence; Prostatectomy; Validation studies.

CHAGAS, S.C. Adaptación transcultural y validación de la "Urinary Incontinence scale after radical prostatectomy" para el contexto brasileño. 2019. Disertación (Maestría en Enfermería) - Universidad Federal de San Juan del Rey. Divinópolis, 2019.

RESUMEN

La prostatectomía radical (PR) es considerada un tratamiento patrón-oro para el cáncer de próstata (CP) localizado, sin embargo, puede desencadenar algunas complicaciones, siendo la incontinencia urinaria (IU) la más frecuente pudiendo ser de carácter temporal o definitivo. La Urinaria Incontinencia Scale después de la Prostatectomía (UISRP) evalúa la IU considerando la PR como su factor causal, siendo por lo tanto el único instrumento identificado en la literatura específica para pacientes prostatectomizados. **Objetivos:** Adaptar transculturalmente la UISRP y evaluar las propiedades psicométricas de la versión adaptada en una muestra de individuos sometidos a PR. **Método:** El proceso de adaptación cultural ocurrió como sigue: traducción inicial, síntesis de las traducciones, retrotraducción, comité de jueces, pre-test y evaluación psicométrica. Los datos fueron recolectados entre diciembre de 2017 a abril de 2018, en la Asociación del Combate al Cáncer del Centro-oeste de Minas (ACCCOM). En el estudio participaron hombres sometidos a PR entre dos meses a dos años y que estaban en seguimiento clínico regular en la ACCCOM, siendo 40 participantes en la etapa del pre-test y 80 para el proceso de validación. La UISRP está compuesta por ocho ítems que deben ser respondidos en una escala de likert de cinco puntos, que al final genera un score total en el que mayores valores indican mayor gravedad de la IU. La validez de constructo de la UISRP fue evaluada por el análisis factorial exploratorio y por la validez de constructo convergente, en la cual se realizó la comparación del score total de la UISRP con el puntaje total de la escala International Consultation on Incontinence Questionnaire Short Form (ICIQ-SF) de la escala King's Health Questionnaire (KHQ). La validez de criterio fue realizada comparando los scores de la UISRP a los resultados de la cuestión tres de la escala ICIQ-SF (¿Con qué frecuencia usted pierde orina?), Categorizado en nunca (continente) o alguna vez (incontinente) según definición de la International Continence Society. La confiabilidad fue evaluada por la consistencia interna (alfa de Cronbach). El nivel de significancia adoptado fue del 5%. El estudio fue aprobado por los Comités de Ética de las instituciones involucradas. **Resultados:** Entre los 80 participantes de la fase psicométrica, la media de edad fue de 66,1 años (DP = 8,8, variación 43-86). El tiempo promedio de escolaridad fue de 4,28 (DP = 3,34, variación 0-11) años. En relación a la queja de IU, el 60% reportó perder orina de forma

involuntaria. El análisis factorial demostró que uno de los ítems de la escala era irrelevante por presentar carga factorial por debajo de 0,40 (0,268), lo que llevó a la exclusión del ítem. La puntuación media de la UISRP fue de 8,9 (DP = 10,1, variación 0-28). En la validez de constructo convergente se identificó una correlación significativa entre los scores de la UISRP y ocho dominios del KHQ con destaque de mayor fuerza de correlación para los dominios "medida de gravedad" (0,822), "impacto de IU" (0,693) y "emociones" (0,667). También hubo correlación significativa entre el instrumento UISRP e ICIQ-SF, con coeficiente de 0,814 indicando fuerte correlación ($p < 0,001$). En la validez de criterio hubo diferencia significativa en los scores de la escala entre hombres que pierden o no orina ($p < 0,001$). En cuanto a la consistencia interna, se obtuvo un alfa de Cronbach de 0,94.

Conclusión: La Escala de Incontinencia Urinaria después de la Prostatectomía Radical (EIUPR) fue adaptada y sus equivalencias se mantuvieron. La escala demostró ser un instrumento válido y confiable, con propiedades psicométricas adecuadas para la evaluación de la IU en pacientes sometidos a PR en Brasil.

Palabras Clave: Incontinencia urinaria; prostatectomía; Estudios de validación.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACCCOM	Associação de Combate ao Câncer do Centro este Mineiro
AFC	Análise Fatorial Confirmatória
AFE	Análise Fatorial Exploratória
CP	Câncer de Próstata
CAPSURE	<i>Cancer of the Prostate Strategic Urologic Research Endeavor</i>
DAI	Dermatite Associada a Incontinência Urinária
DE	Disfunção Erétil
DP	Desvio-Padrão
EIUPR	Escala de Incontinência Urinária Pós Prostatectomia Radical
EVA	Escala Visual Analógica
FDA	<i>Food and Drug Administration</i>
ICC	Coefficiente de Correlação Intraclasse
ICIQ-SF	<i>International Consultation on Incontinence Questionnaire-Short Form</i>
ICS	<i>International Continence Society</i>
ICS-male	<i>International Continence Society male</i>
IIQ	<i>Incontinence Impact Questionnaire</i>
ILLPV	Instituto Lado a Lado pela Vida
IMC	Índice de Massa Corporal
INCA	Instituto Nacional do Câncer
IPSS	<i>International Prostate Symptom Score</i>
I-QOL	<i>Incontinence Quality of Life</i>
ISI	<i>Incontinence Symptom Index</i>
IU	Incontinência Urinária
IUE	Incontinência Urinária de Esforço
IUM	Incontinência Urinária Mista
IUPPR	Incontinência Urinária Pós Prostatectomia Radical
IUU	Incontinência Urinária de Urgência
IVC	Índice de Validade de Conteúdo
KHQ	<i>King's Health Questionnaire</i>
KMO	<i>Kaiser Meyer Olkin</i>

MG	Minas Gerais
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
PR	Prostatectomia Radical
PRAR	Prostatectomia Radical Robótica
PRL	Prostatectomia Radical Laparoscópica
PRR	Prostatectomia Radical Retropúbica
PSA	Antígeno Prostático Específico
QV	Qualidade de Vida
ROC	<i>Receiver Operating Characteristic</i>
SBMFC	Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade
SBOC	Sociedade Brasileira de Oncologia Clínica
SBU	Sociedade Brasileira de Urologia
SPSS	<i>Statistical Package for Social Science</i>
SVD	Sonda Vesical de Demora
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TNM	Estadiamento clínico
TR	Toque Retal
UCLA-PCI	<i>UCLA Prostate Cancer Index</i>
UFSJ	Universidade Federal de São João Del Rei
UISRP	<i>Urinary Incontinence Scale of Radical Prostatectomy</i>
USP	<i>Urinary Symptom Profile</i>
USPSTF	<i>United States Preventive Services Task Force</i>
USTR	Ultrassonografia Transretal

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	18
2 OBJETIVOS.....	23
2.2 OBJETIVO GERAL	23
2.3 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	23
3 REVISÃO DE LITERATURA	25
3.1 CÂNCER DE PRÓSTATA (CP).....	25
3.2 Prostatectomia radical (PR)	30
3.3 Incontinência urinária pós prostatectomia radical (IUPPR)	32
3.4 Instrumentos para avaliação de incontinência urinária	34
3.5 Metodologia de tradução, adaptação e validação de instrumentos	38
3.5.1 Adaptação cultural.....	39
3.5.2 Validação.....	41
4 MÉTODO	48
4.1 Delineamento do estudo	48
4.2 Urinary Incontinence Scale after Radical Prostatectomy (UISRP).....	48
4.3 Processo de adaptação transcultural da Urinary Incontinence Scale after Radical Prostatectomy	49
4.3.1 Tradução inicial.....	50
4.3.2 Síntese das traduções	50
4.3.3 Retrotradução.....	50
4.3.4 Comitê de juízes.....	51
4.3.5 Pré-teste.....	53
4.4 PROCESSO DE VALIDAÇÃO DA URINARY INCONTINENCE SCALE AFTER RADICAL PROSTATECTOMY.....	54
4.4.1 Propriedades psicométricas da Escala de Incontinência Urinária pós Prostatectomia Radical (EIUPR)	54
4.4.1.1 Validade de conteúdo	54
4.4.1.2 Validade de construto	54

4.4.1.2.1	Análise factorial exploratória.....	55
4.4.1.2.2	Validade de construto convergente.....	55
4.8.2.2.3	Validade de constructo divergente (discriminante)	55
4.4.1.3	Análise da confiabilidade.....	56
4.8.2.3.1	Consistência interna	56
4.5	Local do estudo	56
4.6	População e amostra	56
4.7	Coleta de dados.....	57
4.7.1	Instrumentos para coleta de dados.....	58
4.7.1.1	Questionário sociodemográfico e clínico	58
4.7.1.2	King's Health Questionnaire (KHQ).....	58
4.7.1.3	International Consultation Incontinence Questionnaire Shot Form (ICIQ-SF)	59
4.8	ANÁLISE DOS DADOS	60
4.8.1	Caracterização sociodemográfica e clínica dos participantes.....	60
4.9	Aspectos éticos da pesquisa	60
5	RESULTADOS	63
5.1	ARTIGO 1 - Adaptação transcultural da <i>Urinary Incontinence Scale after Radical Prostatectomy</i> para o contexto brasileiro*	63
5.2	ARTIGO 2 - Propriedades psicométricas da versão brasileira da <i>Urinary Incontinence Scale after Radical Prostatectomy</i>	76
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	90
	REFERENCIAS	91
	ANEXOS	107
	APÊNDICES	123

1 INTRODUÇÃO

O câncer de próstata (CP) é um dos cânceres mais prevalente, ocupando, a nível mundial, a segunda posição entre as neoplasias malignas que mais acometem os homens, perdendo somente para o câncer de pulmão (STEWART; WILD, 2014; BRASIL, 2017). A Organização Mundial de Saúde (OMS) considera o CP um problema de saúde pública devido a sua magnitude epidemiológica. Em 2012, a taxa de incidência global para o CP foi de 31,1 casos por 100.000 habitantes, sendo mais comum em países desenvolvidos como Austrália, Nova Zelândia, América do Norte, e países da Europa Ocidental e Norte, que apresenta cerca de 25 vezes mais casos quando comparados aos países em desenvolvimento (FERLAY et al., 2013, 2015).

Já no Brasil, desconsiderando os tumores de pele não melanoma, o câncer de próstata é o mais incidente entre os homens em todas as regiões do país e, segundo o Instituto Nacional de Câncer (INCA), a estimativa de novos casos para o biênio 2018-2019 é de 68.220, o que representa um risco de 66,12 casos por 100.000 habitantes (BRASIL, 2017). O aumento da expectativa de vida, a evolução dos métodos diagnósticos de câncer e a melhoria dos sistemas de informação do país, podem explicar o aumento das taxas de incidência do CP (DAMIÃO et al., 2015).

Sabe-se que existem vários fatores de risco para o desenvolvimento do CP, os quais estão relacionados aos aspectos étnicos, hereditários e a idade, sendo esse o fator de risco mais bem estabelecido para o desenvolvimento do CP, uma vez que tanto a incidência quanto a mortalidade aumentam após os 50 anos (HOWLADER et al., 2017). Por isso, é considerado o câncer da terceira idade, uma vez que aproximadamente 62% dos casos diagnosticados ocorrem em homens com 65 anos ou mais (DAMIÃO et al., 2015).

Para a definição do tipo de tratamento a ser utilizado deve-se considerar a extensão da doença, o risco de recorrência, as comorbidades apresentadas pelos pacientes, a idade e as preferências pessoais de cada indivíduo (MILLER, et al., 2016). Segundo dados do *Cancer of the Prostate Strategic Urologic Research Endeavor* (CAPSURE), existem diversas opções de tratamento para o CP, que devem visar não somente o tratamento oncológico, mas também a manutenção da qualidade de vida, sendo eles: a radioterapia, que corresponde a 6,8% do total dos tratamentos, a braquiterapia correspondendo a 21,7%; a hormonioterapia (7,9%); quimioterapia (12%) e a prostatectomia radical (PR), sendo a mais prevalente (51,6%) nos casos (BRASIL, 2013; DAMIÃO et al., 2015; SANTOS et al., 2016).

Dentre as opções de tratamento citadas, a PR é o procedimento considerado tratamento padrão-ouro para o CP localizado (KUMAR et al., 2015). A cirurgia consiste na remoção da próstata e vesículas seminais, com índice de sucesso de 5% a 45%, dependendo do estadiamento tumoral, do grau de diferenciação do tumor, da técnica cirúrgica utilizada e da habilidade do cirurgião (CERDÁ et al., 2016; SANTOS et al., 2016).

Embora a PR possa reduzir a mortalidade por CP, ela tem impacto significativo na qualidade de vida dos indivíduos submetidos a cirurgia, visto que ela pode desencadear algumas complicações, como alterações sexuais, problemas psicológicos e incontinência urinária (IU). Dentre as complicações citadas, a IU é o achado mais comum entre os pacientes submetidos à PR, podendo ser de caráter temporário ou definitivo, e pode exigir um tratamento específico (HESTER; KRETSCHMER; BADLANI, 2017). A incidência da IU varia entre 2% e 87% nos primeiros seis meses e de 5% a 44% no primeiro ano após a PR. (SANTOS et al., 2016).

Segundo a *International Continence Society* (ICS), a IU é uma condição na qual ocorre perda involuntária de urina que causa impacto suficiente para ser considerado um problema de saúde e social. Os três tipos mais comuns de IU são: incontinência urinária de esforço (IUE) quando há perda involuntária de urina durante esforço, atividade física, tossir ou espirrar; de urgência (IUU) quando ocorre vontade forte e repentina de urinar e não tem controle do músculo detrusor; e mista (IUM) que ocorre quando há associação das duas formas supracitadas (ABRAMS et al., 2017).

O aparecimento da incontinência urinária pós prostatectomia radical (IUPPR) é decorrente da localização da próstata que, sofrendo qualquer tipo de modificação da forma ou volume durante a cirurgia, pode ter como consequência alguma alteração sobre o escoamento da urina. Outras causas possíveis são a lesão iatrogênica dos esfíncteres urinários e da musculatura do soalho pélvico durante a manipulação dos tecidos no ato cirúrgico e a deficiência intrínseca do esfíncter causada por uma perturbação do sistema integral masculino após a cirurgia (CARRERETE; DAMIÃO, 2010; DIJKSTRA-ESHUIS et al., 2012; DUBBELMAN et al., 2015; SANTOS et al., 2016).

Embora a IU não seja uma ameaça à vida, ela pode provocar um grande impacto na qualidade de vida (QV) do paciente, pois acarreta mudanças no estilo de vida em relação ao bem-estar, à sexualidade e às interações sociais (KRETSCHMER; VITTI, 2017). Essas alterações podem levar ao desenvolvimento de depressão, ansiedade, insônia e isolamento social. Além disso, a IU pode desencadear complicações como infecções do trato urinário recorrentes, dermatites associada a IU (DAI) e constrangimentos que acabam gerando um

impacto negativo na auto-estima do paciente (CARVALHO et al., 2014; SCARPELINI et al., 2014).

A ICS recomenda que medidas de avaliação da QV sejam incluídas em todos os estudos como complemento das medidas clínicas ao paciente com IU, considerando todo impacto causado por essa condição (TAMANINI et al., 2003). Recomenda-se também que se especifiquem as circunstâncias, frequência e gravidade das perdas urinárias, a partir da anamnese, exame físico, diário miccional e utilização de escalas ou questionários (MONTEIRO; FONSECA; FILHO, 2012; HESTER; KRETSCHMER; BADLANI, 2017).

Com objetivo de avaliar a IU, vários instrumentos tem sido desenvolvidos, tanto para triagem dos sintomas quanto para quantificar seu impacto clínico, sendo eles, *daily pad used*, *pad test*, estudo urodinâmico, diário miccional, escala visual analógica (EVA) e teste de urina pós-miccional (ABRAMS et al., 2017; OLIVEIRA; LOPES, 2016; HERDMAN et al., 2017).

Já para avaliação da IU, considerando também seu impacto na QV, em âmbito internacional destacam-se *International Prostate Symptom Score* (IPSS), *International Continence Society Male* (ICS-male), *King's Health Questionnaire* (KHQ), *International Consultation on Incontinence Questionnaire Short Form* (ICIQ-SF), *Urinary Symptom Profile* (USP), *Incontinence Quality of Life* (I-QOL), *Urinary Incontinence Scale after Radical Prostatectomy* (UISRP), *Incontinence Symptom Index* (ISI), *Incontinence Impact Questionnaire* (IIQ). (BERGER et al., 1999; DONOVAN et al., 2000; TAMANINI et al., 2003, 2004; FONSECA et al., 2005; HAAB et al., 2008; SOUZA, 2010; LIN; YAHG, 2010; PEREIRA et al., 2011; STIEVANO et al., 2015). Desses, apenas os instrumentos IPSS, KHQ, ICIQ-SF, I-QOL, ISI, foram traduzidos, adaptados e validados para língua portuguesa, podendo assim, serem aplicados na população brasileira (BERGER et al., 1999; TAMANINI et al., 2003, 2004; FONSECA et al., 2005; SOUZA, 2010; PEREIRA et al., 2011).

Embora a IU possa ser avaliada por vários instrumentos, como apresentados anteriormente, quando se considera a PR como fator causal da IU, identificou-se somente a UISRP instrumento específico para avaliação da IU nesta clientela. Esse instrumento foi desenvolvido e validado na China, disponível na literatura na versão em inglês, no ano de 2010. Apresentou propriedades psicométricas adequadas no processo de validação ($\alpha = 0.90$, IVC de 0,90 a 1,00, carga fatorial = 0,48 a 0,90, a correlação com a subescala da função urinária UCLA-PCI ($r = 0,74$, $p < 0,001$, e correlação com *padtest1-h* ($r = 0,58$, $p < 0,001$) (LIN; YANG, 2010). Não foram identificadas na literatura publicações referentes a processo de adaptação e validação da escala em outros países.

A utilização de instrumentos desenvolvidos em outras culturas é uma alternativa

quando há falta de instrumentos nacionais capazes de avaliar o que se quer, desde que esse instrumento seja adaptado e validado na cultura em que será utilizado. Utilizar instrumentos mesmo que elaborados em outros países é vantajoso, pois seus itens já foram avaliados quanto às propriedades psicométricas e, dessa forma possibilita a comparação com outras amostras em diferentes contextos, além da economia de tempo e trabalho do pesquisador (CHAVES, 2016).

Dada a necessidade de se disponibilizar um instrumento específico capaz de mensurar a IUPPR na população brasileira e considerando a magnitude e representatividade do evento na população masculina, julga-se importante a análise de um instrumento que possa avaliar essa condição de forma específica. Dessa forma, realizou-se a adaptação cultural e validação da UISRP para contexto brasileiro.

2 OBJETIVOS

2.2 OBJETIVO GERAL

Realizar a adaptação transcultural e validação da “*Urinary Incontinence Scale after Radical Prostatectomy* (UISRP)” para o contexto brasileiro.

2.3 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Realizar a adaptação transcultural da UISRP;
- Verificar a validade de construto convergente e discriminante da UISRP;
- Verificar a consistência interna do instrumento.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 CÂNCER DE PRÓSTATA (CP)

As contínuas transições demográficas e epidemiológicas mundiais já apontam para um impacto significativo do câncer nas próximas décadas, especialmente entre países em desenvolvimento. A OMS aponta que o impacto do câncer na população corresponda a mais de 20 milhões de casos novos estimados para 2025. Esse dado fortalece a inquestionável afirmação de que o câncer é um problema de saúde pública (BRASIL, 2015; FERLAY et al., 2015).

Os tipos de câncer mais incidentes no mundo foram pulmão (1,8 milhão), mama (1,7 milhão), intestino (1,4 milhão) e próstata (1,1 milhão). Em mulheres, as maiores frequências encontradas foram mama (25,2%), intestino (9,2%), pulmão (8,7%), colo do útero (7,9%) e estômago (4,8%). Já nos homens, os mais frequentes foram pulmão (16,7%), próstata (15,0%), intestino (10,0%), estômago (8,5%) e fígado (7,5%) (FERLAY et al., 2013).

Sobre o CP, sabe-se que o fator de risco mais bem estabelecido é a idade, visto que tanto a incidência como a mortalidade aumentam após os 50 anos. Cerca de 65% dos casos diagnosticados ocorrem em idosos com 65 anos ou mais. (DAMIÃO et al., 2015; HOWLADER et al., 2017). Outros fatores relacionados ao CP são os aspectos étnicos e hereditários. Sabe-se que o CP é aproximadamente duas vezes mais comum em homens negros se comparados com homens brancos. O histórico familiar em primeiro grau (pai, irmãos ou filhos) também é relevantes na etiologia desse tipo de câncera pois apresenta associação positiva para aumento no risco de desenvolvimento dessa neoplasia (NAKANDI et al., 2013; STEWART; WILD, 2014; HOWLADER et al., 2017). Ascendentes africanos também apresentam altas taxas de incidência que pode estar relacionado, em parte, à hereditariedade. Entretanto, o estilo de vida, fatores relacionados à alimentação e diferenças no acesso ao diagnóstico precoce também podem ser atribuídas a essa diferença entre negros e brancos (DAMIÃO et al., 2015).

Alguns fatores de risco podem ser evitados pelo homem, como uso de tabaco e consumo excessivo de bebidas alcoólicas, que podem influenciar no aparecimento e no desenvolvimento do câncer em geral (SANTOS; SOUZA, 2017). Apesar de ainda ser incerta a influência da alimentação no desenvolvimento do câncer, sabe-se que dieta rica em frutas, verduras, legumes, cereais, grãos e, alimentos ricos em sais minerais, vitaminas e carotenóides, diminui o risco de desenvolvimento não só do câncer, mas também de diversas

doenças não transmissíveis (SANTOS; SOUZA, 2017). Por outro lado, alimentos como carne vermelha, leite e produtos ricos em gordura animal, possuem influência sobre o desenvolvimento do CP (MEDEIROS; MENEZES; NAPOLEÃO, 2011).

Outro fator que pode ser controlado pelo homem, é a busca pelos serviços de saúde a fim de se informar e realizar exames preventivos, dando mais atenção à sua saúde. Entretanto, muitos homens procuram os serviços de saúde somente quando a doença provoca dores, o que geralmente acontece já nos estágios avançados, o que compromete o tratamento e as chances de cura do câncer (STEFANELLI; FUKUDA; ARANTES, 2011). Essa desatenção com a própria saúde, principalmente relacionada ao CP, também se dá pelo fato de que o exame de toque retal (TR) utilizado como exame preventivo muitas vezes é visto como uma forma de violação da sua masculinidade, pois pode causar dor, ereção como resposta fisiológica e constrangimento por estar sendo tocado em uma região antes, intocável, o que desencoraja o homem a buscar os serviços de saúde para realização de exames preventivos (GOMES et al., 2008).

A próstata é um órgão do sistema reprodutor masculino localizado logo abaixo da bexiga envolvendo a uretra e à frente do reto. Tem forma de um cone invertido com tamanho aproximado ao de uma noz, correspondendo a 20 gramas no indivíduo adulto. É subdividida em ápice, base, face anterior e duas faces ínfero-laterais (SALVAJOLI; SOUHAMI; FARIA, 2013; PDQ, 2018).

O CP ocorre quando células que compõem a próstata começam a se dividir e multiplicar de forma desordenada formando assim um tumor que pode se disseminar para outros órgãos por meio do processo de metástase. Entretanto, para uma grande parte dos pacientes diagnosticados, esse crescimento ocorre de forma lenta sem apresentar uma ameaça imediata, podendo levar aproximadamente 15 anos ou mais para se desenvolver e atingir um cm³ (ARAÚJO, 2016). Dessa forma, o indivíduo apresenta-se assintomático, ou seja, sem sinais e sintomas sugestivos de CP.

Quando o tumor cresce e alcança um volume de 60 a 100g, devido sua localização, ocorre o estreitamento da uretra pela compressão direta do canal, o que dificulta a passagem da urina e de outros fluidos, podendo assim ocorrer sinais de alterações no funcionamento renal (ARAÚJO, 2016).

Em muitos pacientes, devido a ausência de dor associada ao aumento da próstata e os sinais e sintomas não serem exclusivos do CP, essa alteração pode ser atribuída ao crescimento benigno da próstata, o que dificulta seu reconhecimento inicial. As alterações urinárias são geralmente percebidas pela dificuldade em urinar (iniciar micção, jato fraco,

fino, interrompido, gotejo terminal e esforço para urinar), polaciúria e noctúria, o que leva a suspeita da doença (DALL' OGLIO, 2011).

Rhoden e Averbeck (2010) apontam outras características clínicas, ainda que menos frequentes, que podem ser observadas, como: fraqueza, distúrbios esfinterianos urinários e retais; dor óssea e fraturas patológicas; comprometimento linfonodal que pode gerar edema da genitália externa e dos membros inferiores nos casos avançados; sangramento retal decorrente de invasão retal e hemospermia em pacientes acima de 50 anos.

Sendo assim, segundo a OMS, as medidas para detecção precoce do CP compreendem duas diferentes estratégias: uma para homens assintomáticos, aqueles que não apresentam sinais e sintomas sugestivos e estão aparentemente saudáveis (rastreamento) e outra para homens sintomáticos, que apresentam algum sinal ou sintoma inicial sugestivo de CP (diagnóstico precoce) (BRASIL, 2017).

Em 2001, o governo dos Estados Unidos estabeleceu o mês de setembro como o “Mês Nacional de Conscientização para o Câncer de Próstata”. Já no Brasil, o Instituto Lado a Lado Pela Vida (ILLPV) em 2008, estabeleceu o mês de novembro como mês direcionado às questões relacionadas à saúde do homem, denominada “Novembro azul”, tendo como foco o CP (MODESTO et al., 2018).

O ILLPV, a Sociedade Brasileira de Oncologia Clínica (SBOC) e a Sociedade Brasileira de Urologia (SBU) sempre se posicionaram a favor do rastreamento populacional do CP, estratégia para detecção precoce em homens assintomáticos. No entanto, entidades como o *United States Preventive Services Task Force* (USPSTF), o *United Kingdom National Screening Committee*, o INCA, o Ministério da Saúde (MS) e a Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC) têm acompanhado pesquisas sobre o assunto e se posicionado contra o rastreamento populacional, considerando que os danos podem superar os benefícios da estratégia, posição essa que foi oficialmente publicada pela SBMFC em outubro de 2015 (SBMFC, 2015; MODESTO et al., 2018).

Considera-se como danos os riscos relacionados à biópsia prostática, o impacto psicológico de um resultado falso positivo, o sobrediagnóstico e as sequelas do tratamento. O fato é que o rastreamento não implica em diminuição da mortalidade geral dos homens e, muito pouco, a específica por CP. Isso se deve especialmente à detecção indiferenciada de cânceres graves e iniciais, pois a doença pode não progredir ou pode ocorrer de forma tão lenta que não causará a morte de homens acometidos. Dessa forma, não se justificaria o rastreamento por qualquer método e idade, devendo ser realizada somente para aqueles que buscarem a intervenção após um questionamento sobre possíveis alterações do funcionamento

da próstata como: noctúria, jato urinário fraco e gotejamento pós miccional. Caso alterações do funcionamento da próstata estejam presentes, o antígeno prostático específico (PSA) e o TR devem ser indicados como forma de “investigação” e não “rastreamento”. E, casos inexistentes, devem ser apresentados para o indivíduo todos os aspectos básicos, riscos e potenciais benefícios do rastreio, cabendo a eles a opção por rastrear ou não (MODESTO et al., 2018).

Apesar de todas as discussões sobre o rastreamento populacional para o CP, é importante ressaltar que a campanha “Novembro Azul” é direcionada a todos os aspectos que envolvam a saúde do homem, e que a decisão sobre rastrear ou não deve ser do indivíduo (MODESTO et al., 2018).

Já quando há sinais e sintomas sugestivos para CP, a principal medida para o diagnóstico precoce é a realização dos exames TR e PSA, que são exames indicativos da doença e a ultrassonografia transretal (USTR) que, devido a seu alto grau de precisão e diferenciação, é confirmatório (ARAÚJO, 2016).

Uma medida de PSA elevada pode indicar uma suspeita de CP. Valores abaixo de 4,0ng/ml são frequentemente utilizados como referência de normalidade. Com objetivo de aumentar a sensibilidade da detecção do CP nos indivíduos mais jovens e a especificidade nos idosos, reduziu-se o ponto de corte do PSA para 2,5 ng/ml até os 60 anos de idade (DAMIÃO et al., 2015). No entanto, deve-se considerar o diagnóstico diferencial para níveis elevados de PSA, como TR, idade avançada, ejaculação, sondagem uretral, hiperplasia prostática benigna, infecção da próstata, biópsia prostática; e alguns medicamentos, como testosterona exógena ou aqueles que ocasionam uma elevação dos níveis de testosterona endógena (ROMERO, 2012).

No exame de TR é importante determinar sua massa ou volume a partir das polpas digitais, sendo que cada polpa corresponde aproximadamente a 10 g (ou 10 cm³). Avalia-se também sua consistência, se normal ou elástica, firme, pétrea ou amolecida. Por fim, pesquisa-se a simetria entre os lobos direito e esquerdo, presença de nódulos ou irregularidades (ANZOLCH, 2001).

Embora a alteração nos exames supracitados sejam indicativos de CP, somente a USTR possui propriedades confirmatórias para a doença. Trata-se de um exame que objetiva identificar lesões suspeitas de malignidade e melhorar a precisão da biópsia prostática. Embora esse exame seja confirmatório, muitas das lesões não palpáveis com dimensões superiores a um cm podem não ser detectados na USTR. No entanto, o principal papel desse exame é possibilitar a biópsia prostática guiada e direcionada a áreas com lesões suspeitas

(DORNAS et al., 2008). Durante este exame, são coletados de dez a 12 fragmentos que serão encaminhados para análise histológica (DAMIÃO et al., 2015). Contudo, se existe uma suspeita importante e a primeira biópsia for negativa, é importante realizar uma nova biópsia para confirmação (DORNAS et al., 2008).

Para que se possa definir o melhor tratamento, considera-se o estadiamento clínico (TNM) e o escore de Gleason. O TNM é um sistema que analisa o grau de extensão do tumor, considerando o tamanho do tumor (T), o número de linfonodos afetados (N) e a presença ou não de metástase (M). Já o escore de Gleason é realizado a partir da análise anatomopatológica do fragmento prostático proveniente da cirurgia ou biópsia. O escore é definido a partir da soma das pontuações obtidas considerando a diferenciação celular que pode obter uma nota de um a cinco e a distribuição do tumor que pode obter os mesmos valores (LIMA; CÂMARA; FONSECA, 2014). Dessa forma, o produto final pode gerar uma nota de dois a 10, em que dois representa um tumor menos agressivo e 10 um tumor mais agressivo (DORNAS et al., 2008).

Sendo assim, os tumores de próstata são classificados considerando a fase da doença, obtida por meio do TR, exames de imagem, o valor do PSA e o escore de Gleason. Dessa forma os tumores da próstata podem ser classificados em risco baixo, intermediário e alto, o que indica o nível de agressividade do tumor e, conseqüentemente a melhor abordagem para o tratamento (LIMA; HAHN, 2016).

Conforme o grau de acometimento da doença que pode ser localizada, localmente avançada ou metastática, indicadas pelo estadiamento clínico e a expectativa de vida do indivíduo, estabelece-se a melhor forma de tratamento (LIMA; CÂMARA; FONSECA, 2014). Contudo, o principal objetivo do tratamento antineoplásico é erradicação das células malignas e minimização dos danos às células e tecidos adjacentes (POLOCK, et al., 2006).

As principais modalidades de tratamento incluem a observação, a radioterapia, a hormonioterapia e a cirurgia para retirada do tumor, que podem ser aplicados isoladamente ou em conjunto (ARAUJO, 2016).

A observação é indicada para os indivíduos com idade avançada em que o tumor se desenvolve de forma lenta e pouco agressiva, sem causar mal estar e sem necessidade de alguma terapia. Nesse caso, o profissional acompanha o paciente através dos resultados do PSA periódicos para verificação do desenvolvimento do tumor (DALL'OGGIO; CRIPPA; SROUGI, 2013).

A radioterapia é indicada quando o indivíduo não apresenta condições clínicas para ser submetido à cirurgia ou quando ele se nega a realizá-la. Nesse caso, ocorre exposição do

tumor à radiação que pode ser de forma interna ou externa, que modifica o material genético da célula e favorece a eliminação das células neoplásicas (ARAUJO, 2016).

A hormonioterapia é indicada quando o indivíduo apresenta um estágio avançado da doença, em que há comprometimento linfonodal ou ósseo (ARAUJO, 2016). Essa terapêutica permite a interrupção dos hormônios masculinos que aceleram o desenvolvimento da neoplasia, possibilitando a inibição do tumor (MCANINCH; LUE, 2014).

A cirurgia para retirada do tumor consiste na retirada cirúrgica da próstata, denominada prostatectomia, indicada quando o tumor está na fase inicial e localizado especificamente na próstata, sem características de migração para outros órgãos ou tecidos (ARAUJO, 2016). Essa modalidade de tratamento corresponde a 51,6% de todos os tratamentos disponíveis para o CP (DAMIÃO, et al., 2015; SANTOS, et al., 2016).

Observa-se portanto, que o tratamento para o CP localizado mais utilizado atualmente, considerado tratamento padrão-ouro e, possivelmente o mais eficaz é a PR (CERDÁ et al., 2016; SANTOS et al., 2016).

3.2 PROSTATECTOMIA RADICAL (PR)

A PR apresenta benefício significativo em comparação com os não tratados e com redução da progressão para a metástase e mortalidade, sem evidências de que outros tratamentos sejam mais eficazes no controle da doença (BRASIL, 2015). A PR é o tratamento mais recomendado para controle do CP localizado com expectativa de vida maior que 10 anos. Consiste na remoção completa da próstata, vesículas seminais e linfonodos adjacentes (RIGATTI et al., 2012; BRASIL, 2013). Possui índice de sucesso que varia de 5% a 45% dependendo do estadiamento tumoral, diferenciação do tumor, da técnica cirúrgica utilizada e da habilidade do cirurgião (SANTOS et al., 2016).

A PR pode ser realizada através de três abordagens principais. A primeira técnica foi realizada à céu aberto por via perineal por meio da observação direta da próstata por Young, em 1905. Posteriormente a técnica foi aprimorada por Millin em 1947 evoluindo para a prostatectomia radical retropúbica (PRR) com redução significativa do risco de progressão local, mortalidade e metástase a longo prazo (GUARIERO, 2014).

A segunda abordagem é a prostatectomia radical laparoscópica (PRL), descrita por Schuessler em 1997. No entanto, essa técnica apresentou tempos operatórios e períodos de internação prolongados. Com o aperfeiçoamento da técnica houve melhorias nos resultados de tempo operatório, período de internação, continência, potência e resultados oncológicos.

Entretanto, a técnica apresentou baixa popularidade devido a dificuldades relacionadas à visualização inadequada e instrumentalização em ambientes pequenos (GUARIERO, 2014).

A terceira abordagem consiste na prostatectomia radical robótica (PRAR) realizada a partir do lançamento do robô Da Vinci® (*Intuitive Surgical, Sunnyvale, CA*) e após aprovação pelo FDA (*Food and Drug Administration*) em 2000 para utilização em humanos. Binder e Kramer realizaram, no mesmo ano, a primeira PRAR do mundo. Essa técnica tem apresentado ótimos resultados funcionais e oncológicos (GUARIERO, 2014). Entretanto, não há estudos aleatorizados que comparam essa técnica com as demais, apenas estudos que compararam as técnicas separadamente. Dessa forma, aguardam-se publicações para avaliar o real benefício da PRAR comparada as demais técnicas (PAULO; GUIMARÃES, 2016).

Todas as abordagens terapêuticas supracitadas apresentam riscos significativos e complicações que afetam a QV dos indivíduos submetidos à cirurgia. No caso da PR, existem complicações relacionadas ao ato cirúrgico (infecção, hemorragia, reação a anestesia, etc), atividade física limitada nas primeiras 48 horas pós cirurgia, contraturas do colo vesical, linfocele, lesão retal, estenose uretral, disfunção erétil (DE) e IU. Sendo a IU e a DE as complicações mais comuns e de maior impacto na QV dos indivíduos (GOULART, 2012; SOARES, 2014; DONG; JI, 2017).

No primeiro ano após a PR, os indivíduos apresentam uma melhora em seu estado de saúde geral e em relação à doença, assim como a função sexual, que também apresenta avanços positivos que se estendem ao segundo ano pós-cirúrgico. Já a função urinária se mantém estável, na maioria dos casos, a partir do segundo ano pós a PR, sendo que, pacientes com idade avançada e um número elevado de comorbidades, tendem a apresentar piores prognósticos (BERGMAN; LITWIN, 2012; ANDERSON et al., 2012; DONG; JI, 2017).

Dessa forma, observa-se que o indivíduo submetido a PR passa a ter que conviver com os efeitos colaterais da cirurgia durante anos, o que pode conseqüentemente, afetar de forma negativa e significativa a sua QV. Lima e Hahn (2016) relatam que, a DE ocorre devido ao comprometimento do suprimento nervoso durante a intervenção cirúrgica, entretanto o desejo e apetência sexual permanecem presentes. Soares (2014) relata que pacientes com mais de 70 anos de idade apresentam 95% de chance de se tornarem impotentes, seguidos de 60% nos pacientes com idade entre 55 e 65 anos e 15% a 20% nos pacientes com idade inferior a 55 anos. Além disso, as medicações, a técnica cirúrgica utilizada e a desordem física podem afetar a sexualidade em fases diversas como no desejo, na excitação, no orgasmo e relaxamento após o orgasmo (LIMA; HAHN, 2016).

Já a IU é uma complicação de difícil tratamento principalmente devido à insuficiência

esfincteriana. Considerando as diversas abordagens cirúrgicas que podem ser empregadas e as inúmeras metodologias de avaliação da IU, a prevalência dessa complicação pode variar entre 2% e 87% nos indivíduos submetidos a PR (SOARES, 2014).

3.3 INCONTINÊNCIA URINÁRIA PÓS PROSTATECTOMIA RADICAL (IUPPR)

A continência urinária normal no homem depende da sua capacidade neurológica, assim como a capacidade funcional de algumas estruturas anatômicas: músculo da bexiga (detrusor), esfíncteres urinários proximal e distal e os músculos do soalho pélvico. O controle da continência está sob comando neurológico que, por sua vez, controla o mecanismo de contração e relaxamento dos esfíncteres, do músculo da bexiga (detrusor) e dos músculos do soalho pélvico. Quando acontece uma falha muscular, neurológica ou ambas, ocorre a IU (GLAZENER et al., 2011).

A ICS define IU como qualquer perda involuntária da urina, podendo ser classificada como temporária ou definitiva (ABRAMS et al., 2017). Ela atinge cerca de 1% a 39% da população masculina, tendo como principal causa a PR, com incidência entre 2% e 87% nos primeiros seis meses e de 5% a 44% no primeiro ano após a PR (SANTOS et al., 2016; HESTER; KRETSCHMER; BADLANI, 2017; ABRAMS et al., 2017). As taxas de IUPPR dependem e sofrem influência de diversos fatores de risco, como a idade do indivíduo, o índice de massa corporal (IMC), o estado de continência pré-operatório, o volume prostático, a técnica cirúrgica utilizada e a habilidade do cirurgião (CHEN et al., 2017; HESTER; KRETSCHMER; BADLANI, 2017).

Durante a PR, além do prejuízo na integridade dos músculos e dos nervos, ocorre a remoção do esfíncter uretral proximal. Portanto, a continência passa a ser mantida pelo suporte dos tecidos, pelos músculos do soalho pélvico e pelo esfíncter distal que, se intactos e competentes, impedem a perda de urina de forma involuntária (GLAZENER et al., 2011; HESTER; KRETSCHMER; BADLANI, 2017). Entretanto, ainda pode ocorrer uma disfunção do esfíncter distal, devido sua remoção parcial junto com a próstata, denervação do esfíncter ou pela cicatriz formada durante a anastomose vesicouretral que compromete ainda mais a capacidade de continência do indivíduo, levando-o a um tipo IU denominada IUE (D'ANCONA, 2015; HESTER; KRETSCHMER; BADLANI, 2017).

Para avaliação e diagnóstico da IU deve-se considerar os sinais e sintomas apresentados pelo indivíduo, pois a IU recebe diferentes classificações. Ela pode ser

classificada como IUE, a mais comum após a PR representando mais de dois terços das IUPPR, quando ocorre perda involuntária de urina durante a realização de alguma atividade em que há um esforço físico com aumento da pressão intra-abdominal, como tossir, rir ou subir escadas (HESTER; KRETSCHMER; BADLANI, 2017). Pode ser classificada como IUU, quando há perda de urina involuntária imediatamente após a forte sensação de urgência para urinar. Ela pode ocorrer devido à iatrogenia durante o procedimento cirúrgico ou quando o tumor alcança estruturas adjacentes que controlam a sensação de urgência para urinar e, portanto acabam sendo comprometidos durante a retirada do tumor. Esse tipo de IU é comum nos primeiros meses após a PR e apresenta melhorias gradativas podendo ser revertido espontaneamente. E pode ainda ser classificada como IU mista, em que o vazamento involuntário está associado à IUU e à IUE. Sendo essas, as classificações mais comuns para IU (ABRAMS et al., 2017; D'ANCONA, 2015; BARDSLEY, 2016).

Há ainda outras classificações, como a IU postural, que ocorre quando há queixa de perda de urina involuntária associada à mudança de posicionamento do corpo, como por exemplo, ao levantar-se de um assento. A IU associada à retenção crônica de urina, quando ocorre perda de urina em condições em que a bexiga não se esvazia completamente o que a torna distendida, podendo resultar em perda contínua ou frequente de urina (a ICS não recomenda mais o termo IU por transbordamento). A enurese noturna, quando ocorre perda urinária durante o sono, a IU contínua, quando a perda involuntária ocorre o tempo todo, ou seja, de forma contínua. A IU insensível, que ocorre quando o indivíduo não percebe a perda urinária. A IU coital (somente para mulheres), quando a perda de urina ocorre durante o ato sexual em que ocorre penetração. A IU funcional, que resulta de uma incapacidade de chegar ao banheiro devido a problemas cognitivos, funcionais ou deficiência de mobilidade. E a IU multifatorial, quando ocorre a queixa de perda de urina relacionada a múltiplas interações como comorbidade, medicação, alterações fisiológicas relacionadas com a idade e fatores ambientais (ABRAMS et al., 2017).

A IUPPR pode ser de caráter temporário, aparecendo nas primeiras semanas imediatamente após a cirurgia e apresentando melhorias sem grandes intervenções depois disso. Já quando a IU permanece por mais de seis meses após a cirurgia, as chances de recuperação sem intervenção, são menores (CORNICKE et al., 2015).

A IUPPR é uma das complicações mais temida pelos homens, pois ela acarreta impacto negativo na QV e nas relações sociais. Ela representa gastos econômicos significantes para o indivíduo e sociedade, além de causar distúrbios emocionais relacionados ao medo e vergonha que pode conduzir o indivíduo, muitas vezes, ao isolamento social. Além

disso, ela pode causar complicações como infecções urinárias recorrentes e DAI que afeta negativamente sua auto-estima (SCARPELINI et al., 2014; KIM; KIM, 2017; CHEN et al., 2017).

Os altos custos estão relacionados à compra de absorventes, contratação de cuidadores, institucionalizações, aumento do absenteísmo e afastamento no trabalho o que leva a perda de produtividade. Um estudo americano aponta que homens incontinentes têm um gasto anual duas vezes maior que homens continentais (STOTHERS; THOM; CALHOUN, 2005; TAMANINI et al., 2011). Os distúrbios emocionais comuns no homem com IU podem levá-lo ao isolamento social, proveniente da ansiedade, insônia, baixa auto-estima, depressão e constrangimento (BUCKLEY; LAPITAN; GLAZENER, 2012; COYNE et al., 2011).

Outro aspecto que sofre impacto a partir da IUPPR é a relação íntima do indivíduo com seu cônjuge. A IU afeta negativamente a vida de suas parceiras, uma vez que essa condição afeta seus aspectos emocionais, sexuais e sociais. Ocorre sobrecarga psicológica, vida sexual inadequada e insatisfatória e limitação da vida social, além de distúrbios do sono, relacionado aos episódios de perda ou urgência urinária durante a noite (BICALHO; LOPES, 2012).

Dessa forma, a ICS recomenda que medidas de avaliação da QV sejam incluídas em todos os estudos como complemento das medidas clínicas ao paciente com IU, considerando todo impacto causado por essa condição. Recomenda-se também que se especifiquem as circunstâncias, frequência e gravidade das perdas urinárias, a partir da anamnese, exame físico, diário miccional e utilização de escalas e questionários (TAMANINI et al., 2003; MONTEIRO; FONSECA; FILHO, 2012; HESTER; KRETSCHMER; BADLANI, 2017).

3.4 INSTRUMENTOS PARA AVALIAÇÃO DE INCONTINÊNCIA URINÁRIA

Para atender as necessidade dos pacientes submetidos a PR, no que se refere a avaliação e mensuração da IUPPR, a literatura oferece instrumentos tecnológicos, como escalas e questionários, além de testes clínicos que podem quantificar e qualificar a IU, garantindo assim uma assistência à saúde dos indivíduos prostatectomizados. Autores identificaram 15 instrumentos capazes de avaliar a IU, sendo que seis desses avaliam aspectos clínicos, usados para possibilitar o diagnóstico por meio da avaliação de uma condição clínica. São eles: *padtest*, *daily pad used*, estudo urodinâmico, diário miccional, teste de

urina residual pós-miccional e a EVA (HERDMAN et al., 2017).

O *pad test* é realizado com o objetivo de identificar e quantificar a perda urinária a partir de um teste clínico que baseia-se no ganho de peso de um absorvente durante um período em que o indivíduo realiza algumas atividades específicas. Esse teste pode ser aplicado de quatro formas diferentes no que se refere ao período de tempo em que o indivíduo permanecerá com o absorvente, podendo ser de 20 minutos, uma hora, 24 horas ou 48 horas. O *pad test* de uma hora foi descrito e padronizado pela ICS em 1983, cuja padronização se refere à quantidade de líquidos que deve ser ingerido pelo indivíduo, assim como as atividades que devem ser realizadas no período. Deve-se oferecer 500 ml de líquido livre de sódio 15 minutos antes das atividades a serem realizadas, sendo elas: andar durante 30 minutos, subir e descer 20 degraus, sentar e levantar-se 10 vezes, tossir vigorosamente 10 vezes, caminhar rapidamente durante um minuto, pegar um objeto ao chão cinco vezes e lavar as mãos em água corrente por um minuto. Ao final, o *pad test* classifica o indivíduo de acordo com o peso do absorvente após o período: perda significativa (quando o peso final do absorvente é de até um grama(g)); perda leve (1,1 a 9,9g); perda moderada (10 a 49,9g); e perda severa (acima de 50g). Entretanto, apesar do *pad test* quantificar a perda urinária, ela não permite a identificação do mecanismo da perda (HERDMAN et al., 2017).

O *daily pad used* consiste em quantificar o número de absorventes utilizados pelo indivíduo em 24 horas. Dessa forma, classifica-se a IU em leve (quando o uso de absorventes é de 1 a 2 por dia), moderada (3 a 5 absorventes por dia) e severa (mais de 6 absorventes por dia) (ANGULO et al., 2017).

O estudo urodinâmico é realizado a partir de diversos exames que avaliam de forma objetiva a função do trato urinário inferior. É considerado padrão ouro para o diagnóstico diferencial da IU. Consiste nos exames de estudo do fluxo urinário livre (fluxometria), que consiste no volume de líquido expelido pela uretra na unidade de tempo (ml/s) através de um aparelho denominado fluxômetro; cistometria de enchimento, que consiste em um exame invasivo capaz de registrar de forma contínua a relação volume/pressão na bexiga durante o enchimento vesical; estudo de pressão fluxo e medidas da função uretral, que consiste no registro da pressão vesical, intra-abdominal e do fluxo urinário durante a fase de esvaziamento vesical (D'ANCONA, 2015). O estudo urodinâmico é um instrumento que demanda centros especializados, pessoal treinado, recursos materiais e demanda de equipamentos de alto custo, portanto não é recomendado em todos os casos de IU, principalmente aqueles cujo sintomas são leves, assim como em casos específicos em que pode ocorrer valores falsos de perda urinária (HERDMAN et al., 2017).

O diário miccional refere-se a um relatório no qual é registrado todos os episódios de micção realizadas em pelo menos três dias consecutivos. Trata-se de um instrumento de baixo custo e fácil aplicação, capaz de caracterizar com maior precisão a intensidade e o número de perdas urinárias involuntárias, viabilizando tanto o diagnóstico diferencial quanto a efetividade do tratamento (HERDMAN et al., 2017).

O teste de urina residual pós-miccional consiste em quantificar a urina retida na bexiga após a micção. É realizada em casos de suspeita de retenção urinária podendo ser feita através de cateterismo vesical ou ultrassom, sendo o cateterismo vesical mais utilizado devido ao menor custo, maior acessibilidade e resultados tão confiáveis quanto o ultrassom (HERDMAN et al., 2017).

A EVA é um método simples que tem como objetivo avaliar o grau de incômodo da perda urinária do indivíduo a partir de uma escala que varia de zero a 10, no qual o indivíduo deve indicar qual número representa o grau de impacto da IU no seu dia-a-dia (HERDMAN et al., 2017).

Além dos instrumentos citados capazes de avaliar a IU no seu aspecto clínico, há também instrumentos que possibilitam a identificação e avaliação da IU de forma subjetiva, como as escalas e os questionários (HERDMAN et al., 2017).

Dos instrumentos validados no Brasil, o ICIQ-SF é considerado simples, de aplicação auto-administrável que possibilita uma avaliação rápida do impacto da IU na QV, além de qualificar a perda urinária dos indivíduos. Esse questionário é composto por 12 questões, dentre as quais, quatro avaliam a frequência, a gravidade e o impacto da IU e oito estão relacionadas às causas ou às situações de IU vivenciadas pelos indivíduos. O escore total é obtido pela somatória das questões três, quatro e cinco, que podem variar de zero a 21 pontos. Classifica-se então o impacto da IU na QV segundo os escores: nenhum impacto (0 ponto); impacto leve (de 1 a 3 pontos); impacto moderado (de 4 a 6 pontos); impacto grave (de 7 a 9 pontos); e impacto muito grave (10 ou mais pontos) (TAMANINI et al., 2006; HERDMAN et al., 2017;) O ICIQ-SF foi adaptado e validado no Brasil por Tamanini et al. (2004).

O I-QOL é um instrumento que avalia a QV em indivíduos com IU, composto por 22 questões subdivididas em três domínios, sendo eles: limitação de comportamento, impacto psicológico e embaraço social. Para cada questão existem cinco respostas possíveis, cujos escores são convertidos em uma escala de zero a 100. Quanto maior o escore, melhor a QV do indivíduo (SOUZA, 2010). O I-QOL foi adaptado e validado no Brasil por Souza (2010).

O ISI é um instrumento recomendado pela ICS e altamente utilizado em estudos epidemiológicos e clínicos. Trata-se de um instrumento rápido, composto por duas questões

que avaliam a frequência e a quantidade de perda urinária. Sua análise é feita a partir da multiplicação dos escores de frequência pela quantidade de perda urinária, que gera um escore final que possibilita que a IU seja classificada em leve (escore final 1-2), moderada (escore final 3-6), grave (escore final 8-9) ou muito grave (escore final 12) (PEREIRA et al., 2011). Esse instrumento foi adaptado e validado no Brasil por Pereira et al. (2011).

O KHQ é um questionário que avalia de forma específica a QV dos indivíduos com IU em diferentes domínios, assim como os sintomas por eles percebidos. Ele é composto por 30 questões divididas em nove domínios: percepção geral de saúde, impacto da IU, limitações de atividades diárias, limitações físicas, limitações sociais, relacionamento pessoal, emoções, sono/disposição e medidas de gravidade. Além desses domínios, ele também possui oito itens independentes que avaliam a gravidade da IU e a presença e intensidade dos sintomas urinários. Elas são do tipo *likert*, graduadas em quatro ou cinco respostas. Cada domínio recebe uma pontuação independente, ou seja, ele não apresenta um escore geral. Sendo assim, os escores variam de zero a 100 e quanto maior o escore pior a QV do indivíduo relacionada àquele domínio (FONSECA et al., 2005). Esse instrumento foi adaptado e validado no Brasil por Tamanini et al. (2003) e Fonseca et al. (2005).

Já o IPSS, é um questionário auto-aplicável, composto por oito perguntas das quais sete possibilitam avaliar sintomas irritativos e obstrutivos do trato urinário inferior e um, avalia o impacto da IU na QV do indivíduo. As sete questões que avaliam a frequência dos sintomas apresentam opções que variam de zero a cinco e, após a somatória das respostas obtém-se um escore geral que varia de zero a 35. Classifica-se então como sintomas leves (escore de 0 a 7), sintomas moderados (de 8 a 19) e sintomas severos (de 20 a 35). E para interpretação da oitava pergunta, considera-se seis opções de resposta que variam de zero a seis, no qual quanto maior o resultado, pior a QV do indivíduo (BERGER et al., 1999). Esse instrumento foi adaptado e validado no Brasil por Berger et al. (1999).

Nota-se portanto, que a IU pode ser avaliada de forma objetiva ou a partir de questionários e escalas. Entretanto, no âmbito da IUPPR foi identificado apenas o instrumento UISRP capaz de avaliar essa condição de forma específica (LIN; YANG, 2010). No entanto esse instrumento não possui adaptação e validação no Brasil.

Trata-se de um instrumento auto-aplicável, desenvolvido e validado na China, publicado em 2010 na versão em inglês, e tem como objetivo avaliar o nível de IU em indivíduos submetidos à PR. É composto por oito itens onde os participantes devem indicar a gravidade de cada item usando uma escala de *likert* de cinco pontos, no qual um corresponde a "nunca" e quatro a "sempre". O possível intervalo de pontuação é de 0 a 32, sendo que

pontuações mais altas indicam maior gravidade da IU (LIN; YANG, 2010). Não foram identificadas na literatura publicações referentes a processo de adaptação e validação da escala em outros países.

Atualmente, nota-se o uso recorrente de instrumentos cada vez mais específicos que possibilitam avaliar de forma individual as peculiaridades experimentadas por cada pessoa em determinadas situações. Essa especificidade possibilita também, uma triagem de diagnóstico efetivo e, conseqüentemente, subsidia a tomada de decisão em saúde. Para tal, é necessário que o instrumento de medida apresente bom desempenho e efetividade em sua proposta de medição. Contudo, para que um instrumento possa ser replicado em diferentes países é necessário que ele passe pelo processo de adaptação cultural e validação para o país de destino (OLIVEIRA; LOPES, 2016).

3.5 METODOLOGIA DE TRADUÇÃO, ADAPTAÇÃO E VALIDAÇÃO DE INSTRUMENTOS

Existem duas formas para utilização de um instrumento de avaliação: criar um novo instrumento ou utilizar um instrumento anteriormente validado em outro país por meio da adaptação cultural e validação para o idioma de interesse. Portanto, é recomendado aos pesquisadores que antes de optarem pela elaboração de um novo instrumento, investiguem a existência de instrumentos que possuem a capacidade de responder aos mesmos objetivos desejados. A elaboração de um novo instrumento exige a participação de profissionais de diferentes áreas do conhecimento, longo tempo de pesquisa e grandes dispêndios de recursos pessoais e financeiros, o que torna esse processo muito complexo. A utilização de instrumentos já existentes, também exige um rigor metodológico, porém tem a vantagem do aumento da praticidade ao otimizar o tempo e a possibilidade de comparações dos resultados entre diferentes grupos e culturas em que tais instrumentos forem aplicados (CALTRAN, 2014; COLUCI; ALEXANDRE; MILANI, 2015; POLI-NETO et al., 2016).

Após a escolha do instrumento a se utilizar, o pesquisador deve ficar atento as diferenças dos conceitos de palavras, expressões e comportamentos relacionados ao objeto estudado. Para tanto, as recomendações de Beaton et al. (2000) para adaptação e validação de instrumentos compreendem duas etapas com metodologias bem definidas, sendo a primeira a adaptação cultural, que vai gerar uma versão traduzida e adaptada culturalmente e a segunda a validação, que vai gerar a versão do instrumento validada.

3.5.1 Adaptação cultural

A primeira etapa, denominada adaptação cultural, consiste em um processo metodológico e sistemático que envolve a tradução e a adequação cultural do instrumento para uso no país de destino. Adaptar culturalmente um instrumento não significa simplesmente realizar a tradução literal do instrumento para o idioma alvo, pois deve-se considerar as diferenças conceituais, culturais e linguísticas de cada idioma. Contudo, o objetivo da adaptação cultural é disponibilizar um instrumento culturalmente relevante e compreensível mantendo todas as características do instrumento original (BEATON et al., 2000; CALTRAN, 2014).

Para tanto, as recomendações de Beaton et al. (2000) para adaptação cultural de instrumentos compreende cinco passos com metodologias bem definidas.

1º Passo – Tradução inicial: Essa etapa consiste na tradução do instrumento original para o idioma de destino por meio de dois tradutores bilíngues e independentes, resultando dessa forma, duas versões. As versões devem ser comparadas e as discrepâncias que podem refletir uma tradução ambígua, resolvidas. Os tradutores precisam ter características diferentes, sendo que o tradutor um deve estar ciente dos conceitos a serem analisados pelo instrumento, enquanto o tradutor dois não deve ser informado sobre os conceitos a serem analisados e de preferência não ser da área médica ou clínica (BEATON et al., 2000, 2007).

2º Passo – Síntese das traduções: Os dois tradutores juntamente com um observador irão analisar as duas traduções, denominadas T1 e T2, e as sintetizarão, obtendo-se assim a primeira versão de consenso do instrumento denominada síntese T12 (BEATON et al., 2000, 2007).

3º Passo - Retrotradução: tem por objetivo traduzir a versão gerada na etapa anterior (T12) para o idioma original. Outros dois tradutores que devem ter como língua materna o idioma da versão original do instrumento e não devem conhecer a versão original da escala a ser adaptada, irão traduzir o instrumento para o idioma de origem. A seguir, a versão original deve ser comparada com as duas versões geradas pelo retrotradução (R1 e R2) com objetivo de se identificar erros de tradução que podem comprometer o significado dos itens e rever interpretações equivocadas ocorridas nos processos de tradução e retrotradução (BEATON et al., 2000, 2007).

4º Passo – Comitê de juízes: a formação do comitê é fundamental para a avaliação do instrumento e deve ser composto por especialistas na doença explorada, especialistas na área de línguas e tradução e profissionais de saúde e metodologistas. Não há consenso na literatura

quanto ao número de juízes necessários para compor o comitê. Davis (1992) sugere a necessidade de se ter pelo menos dois revisores especialistas da área de interesse e pelo menos um bem informado sobre a construção do instrumento. Já Alexandre e Coluci (2011), em sua pesquisa, apontam que o comitê deve ser composto por no mínimo seis e no máximo 20 juízes de forma homogeneia, mas que esse número é controverso, e que pelo menos três indivíduos devem compor cada grupo de profissionais escolhidos para participar do comitê. A função do comitê é discutir, adaptar e propor uma versão pré-final a ser testada em campo, a fim de garantir que as equivalências semântica, idiomática, cultural e conceitual do instrumento permaneçam conforme a versão original do instrumento. Além disso, também irão avaliar a aparência, a compreensibilidade e a clareza do instrumento (BEATON et al., 2000, 2007).

Equivalência semântica: refere-se ao vocabulário e gramática, isto é, as palavras possuem o mesmo significado? Pois algumas palavras em um idioma podem não ter uma tradução adequada em outro idioma (BEATON et al., 2000, 2007).

Equivalência idiomática: refere-se à correta tradução das expressões idiomáticas e coloquialismo. Algumas palavras, termos ou expressões podem ser difíceis de traduzir e, neste caso, o comitê deve sugerir palavras, termos ou expressões idiomáticas equivalentes (BEATON et al., 2000, 2007).

Equivalência cultural: as situações citadas pelo instrumento devem corresponder às situações vivenciadas no contexto cultural da população alvo. O comitê deve portanto avaliar a pertinência da adequação do instrumento ao cenário levando em consideração o contexto de vida do público alvo (BEATON et al., 2000, 2007).

Equivalência conceitual: refere-se à coerência do item em relação aquilo que se pretende medir, visto que o conceito de determinada palavra pode ser diferente entre culturas.

A finalidade dessa etapa é garantir que o instrumento esteja traduzido e adaptado culturalmente de forma a conservar as equivalências do instrumento adaptado com o original. Os integrantes do comitê, quando necessário, podem incluir ou eliminar itens irrelevantes ou inadequados, assim como substituir palavras ou termos adequados para compreensão da população alvo (BEATON et al., 2000, 2007).

Ao final dessa etapa será gerada a versão pré-final que será aplicada ao público alvo para avaliação da compreensibilidade dos itens.

5º Passo – Pré-teste: refere-se à fase final do processo de adaptação, na qual a versão pré-final deverá ser aplicada em uma população de 30 a 40 pessoas para verificar a compreensão dos itens por parte da população alvo. Nessa etapa os sujeitos deverão responder as questões do instrumento e ao final deverão ser questionados sobre o entendimento de cada

questão, cabendo ao pesquisador examinar a distribuição de respostas em busca de indícios de dificuldades na compreensão dos itens ou respostas inconsistentes (BEATON et al., 2000, 2007). Dessa forma, o pesquisador deverá organizar um relatório apresentando as dificuldades de compreensão das instruções, dos itens ou das opções de respostas do instrumento. Recomenda-se que sejam revisadas pelo pesquisador as questões que apresentarem pelo menos 15% de dificuldade em sua compreensão por parte dos participantes (RAMADA-RODILLA; SERRAPUJADAS; DELCLÓS, 2013).

Ao final da etapa de adaptação cultural, os relatórios deverão ser avaliados pelos autores do instrumento ou pelo comitê com a finalidade de garantir que todas as etapas de adaptação cultural forma respeitadas, como uma espécie de auditoria. Sugere-se também que o instrumento adaptado seja apreciado pelos autores do instrumento original. Essa fase, na realidade, ocorre durante todo período (BEATON et al., 2000, 2007).

3.5.2 Validação

A segunda etapa denomina-se validação, que consiste em um processo necessário para garantir a preservação de suas propriedades psicométricas, justificando sua validação para o idioma de destino. Para ser considerado válido, o instrumento deve atender as seguintes características: ser confiável e apto para medir sem erros; ser capaz de identificar e medir mudanças, tanto entre sujeitos quanto na resposta dos mesmos sujeitos ao longo do período; ser simples, exequível e aceito por pacientes, usuários e pesquisadores; ser capaz de medir o fenômeno a ser medido, e retratar a teoria pressuposta ao fenômeno ou conceito a ser medido. Todas essas características estão relacionadas a duas propriedades dos questionários: confiabilidade e validade (RAMADA-RODILLA; SERRAPUJADAS; DELCLÓS, 2013).

Confiabilidade: é um dos critérios fundamentais para se avaliar a qualidade de um instrumento. Refere-se à capacidade de se reproduzir um resultado de forma segura em diferentes tempos e espaços ou por observadores distintos indicando elementos sobre correlação, segurança, equivalência e homogeneidade. Está relacionada principalmente a estabilidade, consistência interna e equivalência de uma medida. Deve-se considerar a população a ser testada, o contexto a ser investigado e a finalidade do instrumento para que ele seja considerado confiável, ou seja, um instrumento pode não ter a confiabilidade alcançada em determinada condição (SOUSA; ALEXANDRE; GUIRARDELLO, 2017).

Para se avaliar a confiabilidade, testes estatísticos diferentes podem ser utilizados dependendo do que se pretende medir. Dentre os testes de maior interesse pelos

pesquisadores, destacam-se: a) estabilidade, b) consistência interna e a c) equivalência, bem como outros métodos estatísticos tradicionais para avaliação de cada um desses aspectos (SOUSA; ALEXANDRE; GUIRARDELLO, 2017).

a) estabilidade: refere-se ao grau em que os resultados podem ser obtidos em dois momentos distintos em uma mesma população. Pode ser realizada através do teste-reteste, que consiste na aplicação do instrumento em dois momentos distintos, sendo recomendado um intervalo entre 10 a 14 dias de um momento para o outro. Esse método exige que o resultado seja o mesmo nos dois momentos e, caso haja qualquer mudança no escore, pode-se associá-la a um erro aleatório. Para se estimar a estabilidade de variáveis contínuas, recomenda-se a aplicação do coeficiente de correlação intraclasse (*Intraclass Correlation Coefficient*, ICC), pois este teste leva em consideração os erros de medida. Neste teste considera-se resultado satisfatório valores menores que 0,70 (SOUSA; ALEXANDRE; GUIRARDELLO, 2017).

b) consistência interna: indica se todos os subgrupos que compõem o instrumento medem a mesma característica, ou seja, calcula a correlação que existe entre cada item do instrumento e o restante dos itens ou o escore total. Trata-se de uma propriedade de medida importante na avaliação de instrumentos que avaliam um único construto através de vários itens. Quando a consistência interna é baixa, pressupõe-se que os itens medem construtos diferentes ou as respostas são consideradas inconsistentes. Para avaliar a consistência interna, recomenda-se a aplicação do coeficiente *alfa de Cronbach* que é o teste mais utilizado para essa avaliação (SOUSA; ALEXANDRE; GUIRARDELLO, 2017). O *alfa de Cronbach* reflete o grau de covariância entre os itens individuais de um instrumento. Dessa forma, quanto menor a soma da variância dos itens, mais consistente é o instrumento (PASQUALI, 2009). Apesar de haver estudos que consideram um *alfa de Cronbach* satisfatório maior que 0,70, outros estudos apontam que valores menores que 0,70, mas próximos a 0,60 são aceitáveis (SOUSA; ALEXANDRE; GUIRARDELLO, 2017).

c) equivalência: refere-se ao nível de concordância entre dois ou mais observadores no que se refere aos resultados obtidos pela aplicação do instrumento. Ou seja, o mesmo instrumento deve ser aplicado por observadores diferentes e obter resultados similares. Existe equivalência quando os resultados obtidos forem os mesmos. Essa medida denomina-se equivalência interobservadores e para isso, deve-se fornecer treinamento adequado aos observadores e padronização da aplicação do instrumento. Quando ocorre elevada concordância entre os observadores considera-se que os erros de medição foram minimizados. Para avaliar a medida de equivalência interobservadores recomenda-se o coeficiente de Kappa simples e ponderado. Trata-se de uma medida que avalia o nível de concordância entre os

observadores, no qual o valor máximo igual a 1,00 indica alto nível de concordância e valores próximos ou menores que 0,00, indicam discordância entre os observadores (SOUSA, ALEXANDRE, GUIRARDELLO, 2017).

Validade: trata-se da capacidade do instrumento medir com exatidão o evento a ser estudado, ou seja, a precisão do instrumento. Essa avaliação pode ser realizada de diferentes maneiras, sendo elas: a validade de conteúdo, validade de construto e validade de critério (PASQUALI, 2009). Essas modalidades devem ser realizadas como parte de um processo de adaptação, sendo capazes de avaliar o instrumento em diferentes aspectos (ALEXANDRE; COLUCI, 2011; TASSITANO et al., 2015).

Validade de conteúdo: consiste em verificar se o instrumento reflete toda dimensão teórica do construto pretendido, ou seja, se representa adequadamente o conteúdo que se pretende medir (PASQUALI, 2009). Essa medida avalia as possíveis discrepâncias e omissões no instrumento assim como sua compreensibilidade, clareza e relevância dos itens. Consiste no julgamento subjetivo de um comitê de juízes composto por especialistas que avaliam se os itens do instrumento medem o mesmo conteúdo, assim como, se os itens possuem relevância e representatividade (CUNHA; NETO; STACKFLETH, 2016).

A avaliação qualitativa da validade de conteúdo envolve a avaliação das equivalências semântica, idiomática, conceitual e cultural do instrumento. Já a avaliação quantitativa da validade de conteúdo pode ser feita por diversos métodos. Dentre os mais utilizados destacam-se: a porcentagem de concordância entre os juízes, o índice de validade de conteúdo (IVC) e o coeficiente de Kappa (CUNHA; NETO; STACKFLETH, 2016).

A porcentagem de concordância entre os juízes deve ser maior que 90% (ALEXADRE; COLUCI, 2011). Para isso, é utilizada a seguinte fórmula:

$$\% \text{ concordância} = \frac{\text{Número de participantes que concordaram}}{\text{Número total de participantes}} \times 100$$

Quando se utiliza esse método, os itens que obtiveram porcentagem inferior à 90% deverão retornar ao comitê de juízes para nova avaliação buscando garantir que a versão que será aplicada no pré-teste esteja adequada (ALEXANDRE; COLUCI, 2011).

Já o IVC consiste na proporção de juízes que estão em concordância em cada item do instrumento. Utiliza-se uma escala de *likert* que varia de 1 a 4 (1 = item não equivalente; 2 = item necessita de grande revisão para ser avaliada a equivalência; 3 = item equivalente,

necessita de pequenas alterações; e 4 = item absolutamente equivalente.) para indicar a relevância do item para o construto. Os itens que receberem pontuação 1 ou 2 devem ser revistos ou eliminados. Para o cálculo do IVC, deve-se somar as respostas 3 e 4 dos juízes e dividir o resultado dessa soma pelo número total de respostas, conforme fórmula abaixo (SOUZA; ALEXANDRE; GUIRARDELLO, 2017):

$$\text{IVC} = \frac{\text{n}^\circ \text{ de respostas 3 ou 4}}{\text{n}^\circ \text{ total de respostas}}$$

Alguns autores sugerem um IVC de no mínimo 0,80, porém os valores recomendados são maiores ou iguais a 0,90 (CUNHA; NETO; STACKFLETH, 2016).

Já o coeficiente de Kappa consiste na razão da proporção de vezes que os juízes concordam com a proporção máxima de vezes que poderiam concordar. Seus escores variam de -1 (sem concordância) a +1 (concordância total) (SOUZA; ALEXANDRE; GUIRARDELLO, 2017).

Validade de construto: consiste no entendimento sobre a adequação das inferências estabelecidas pela escala. Deve-se realizar a verificação empírica das teorias sobre a relação entre as variáveis a serem medidas através de testes estatísticos e uma série de estudos inter-relacionados (CUNHA; NETO; STACKFLETH, 2016). A validade de construto é a forma mais fundamental de validade dos instrumentos, pois ela avalia de forma direta a hipótese de legitimidade dos atributos não observáveis dos instrumentos. Ou seja, a validade de construto se refere ao grau no qual uma escala mede a teoria a ser investigada e sua capacidade em confirmar as hipóteses esperadas (PASQUALI, 2009).

A validade de construto envolve várias etapas, tanto de análise dos itens quanto das relações do instrumento com outros que medem o mesmo construto e na sua habilidade de prever outros comportamentos que não estão relacionados aos escores do instrumento. Autores apontam algumas maneiras de se avaliar a validade de construto, sendo elas: a) os testes de hipóteses (técnica por grupos conhecidos, validade convergente e validade divergente) e b) análise fatorial (análise fatorial confirmatória, análise fatorial exploratória) (SOUZA; ALEXANDRE; GUIRARDELLO, 2017).

a) Teste de hipóteses

Dentre os testes de hipóteses, a técnica por grupos conhecidos, é considerada o teste mais simples de ser aplicado. Baseia-se na obtenção de pontuações diferentes quando o

instrumento é aplicado em determinados grupos em que essa diferença seja esperada e, para isso, o instrumento deve ser sensível a essa diferença. (SOUZA; ALEXANDRE; GUIRARDELLO, 2017).

Autores afirmam que para compreensão de um instrumento deve-se avaliar o grau de associação do mesmo com outras medidas de construtos semelhantes. Assim, a validade de construto possibilita determinar se o instrumento a ser aplicado é a melhor medida para se aplicar ao que se pretende medir por meio de testes de hipóteses convergentes e divergente em relação às diferentes medidas (CUNHA; NETO; STACKFLETH, 2016).

A validade de construto convergente, também denominada confirmatória, consiste na correlação significativa entre medidas de construtos similares e indicam que os testes utilizados tem resultados semelhantes e que correspondem ao mesmo construto (PASQUALI, 2009). Já a validade de construto divergente, também denominada discriminante, refere-se a ausência de correlação entre a medida investigada com uma medida de dimensão teórica não relacionada (PASQUALI, 2009). Consiste em diferenciar um construto de outros semelhantes, assim como certificar-se o que não está relacionado ao construto (CUNHA; NETO; STACKFLETH, 2016).

b) Análise fatorial

A análise fatorial consiste em um conjunto de procedimentos matemáticos que buscam avaliar fatores, dimensões ou variáveis nas quais os indivíduos podem diferir. Ou seja, consiste em verificar precisamente quantos construtos comuns são necessários para explicar as covariâncias (as intercorrelações dos itens) (PASQUALI, 2009). Dessa forma, a finalidade da análise fatorial é analisar os agrupamentos de variáveis e a correlação entre elas, ou seja, identificar fator ou fatores em comum entre escores a partir de uma série de testes (CUNHA; NETO; STACKFLETH, 2016).

Essa análise pode ser feita através da análise fatorial exploratória (AFE) ou análise fatorial confirmatória (AFC). A AFE consiste na determinação ou remoção de fatores através da escolha dos fatores que serão mantidos ou alternados para permitir uma melhor interpretação, ou seja, determina a quantidade de fatores necessários para representar os dados. Já a AFC consiste na verificação do grau em que um suposto modelo se ajusta aos dados reais, assim como confirmar o grau de adequação das variáveis analisadas e o quão bem elas representam um número menor de construto. Ainda sobre a análise fatorial, considerando que, na AFE as variáveis produzem cargas para todos os fatores e na AFC as variáveis só produzem carga nos fatores indicados no modelo, recomenda-se que seja realizada a AFC, uma vez que o modelo confirmatório apresenta mais rigorosidade e é muito mais restritivo

(SOUZA; ALEXANDRE; GUIRARDELLO, 2017).

Validade de critério: consiste no grau de eficácia que o instrumento tem em prever um desempenho específico de um sujeito, ou seja, o desempenho obtido pelo sujeito torna-se o critério contra o qual a medida obtida pelo instrumento é validada (PASQUALI, 2009). Consiste na relação entre as pontuações de um determinado instrumento e um critério ou uma medida externa independente considerada padrão-ouro na área de interesse. Ou seja, se a medida investigada possui relação com outros critérios externos, comprovadamente validados, que avaliam o mesmo construto. Dessa forma, compara-se o instrumento investigado a um outro instrumento (critério externo) que mede o mesmo construto mas que já possui evidência de sua validade (CUNHA; NETO; STACKFLETH, 2016).

Pode-se verificar a validade de critério de duas formas: a validade preditiva e validade concorrente. A diferença entre elas está basicamente relacionada ao tempo entre a coleta da informação pelo instrumento a ser validado e a coleta das informações sobre o critério. Se as coletas forem simultâneas, trata-se da validade concorrente e se os dados sobre o critério forem coletados após a coleta de informação pelo instrumento, trata-se de validade preditiva. O fato de a informação ser obtida simultaneamente ou posteriormente não é um fator tecnicamente relevante para a determinação da validade. A relevância está na determinação de um critério válido e adequado capaz de medir válida e independentemente do próprio teste (PASQUALI, 2009).

O critério externo ou instrumento validado que mede o mesmo construto do instrumento investigado, pode ser tanto um instrumento de medida subjetivo ou até mesmo uma variável clínica, sendo que o instrumento externo deve apresentar algumas características como: boa aceitabilidade e aplicabilidade, baixo custo, risco mínimo para o paciente, não envolver procedimento invasivo e ter maior simplicidade na sua interpretação (CUNHA; NETO; STACKFLETH, 2016). A validade de critério pode ser testada através do coeficiente de correlação, no qual as pontuações do instrumento de interesse são correlacionadas com o instrumento de critério externo e posteriormente analisadas. Valores aproximados de 1,00 indicam uma correlação e valores aproximados de 0,00 indicam que não há correlação, sendo desejável uma correlação de 0,70 ou superior (POLIT; BECK, 2011).

Vale ressaltar que para que o instrumento seja considerado válido, não é necessário realizar todas as etapas descritas.

4 MÉTODO

4.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO

Trata-se de um estudo metodológico cuja proposta foi adaptar culturalmente e validar a versão da língua inglesa da UISRP (ANEXO A) para a versão portuguesa do Brasil. A pesquisa metodológica se refere à criação, validação e avaliação de instrumentos e métodos de pesquisa. O processo metodológico envolve procedimentos rigorosos que avaliam a obtenção e organização dos dados, sendo essa exatidão fundamental para que estudos que necessitam de seus resultados possam ser desenvolvidos de forma válida (POLIT; BECK, 2011).

4.2 URINARY INCONTINENCE SCALE AFTER RADICAL PROSTATECTOMY (UISRP)

O instrumento denominado UIRSP, foi desenvolvido e validado na China em 2010, disponível na literatura na versão em inglês. Trata-se de um instrumento desenvolvido para avaliar a IU em pacientes submetidos a PR. É auto-aplicável, composto por oito itens (afirmações) no qual os indivíduos devem indicar a frequência em que cada afirmação ocorre usando uma escala de *likert* de cinco pontos, no qual zero corresponde a “nunca” e quatro “sempre”, tendo como possível intervalo 0 e 32, sendo que pontuações mais altas indicam maior gravidade da IU (LIN; YANG, 2010).

A análise de confiabilidade mostrou boa consistência interna para o UISRP, chegando a um alfa de 0,90, em uma amostra de 102 pacientes submetidos a PR (LIN; YANG, 2010).

A validade de conteúdo foi testada através da aplicação do IVC, que demonstrou validade adequada, variando de 0,90 a 1,00, o que sugere que mais de 90% dos especialistas consultados obtiveram concordância entre si para cada item do instrumento (LIN; YANG, 2010).

A validade de construto foi testada por meio da análise fatorial exploratória que variou de 0,48 a 0,90 entre os itens e forneceu suporte para a visualização da UISRP como uma medida unidimensional (LIN; YANG, 2010).

A validade de critério da escala foi confirmada quando a correlação entre a escala e outras medidas de IU foi examinada. Dessa forma, a validade relacionada ao critério foi suportada através da correlação entre a UISRP e “*University of California, Los Angeles*

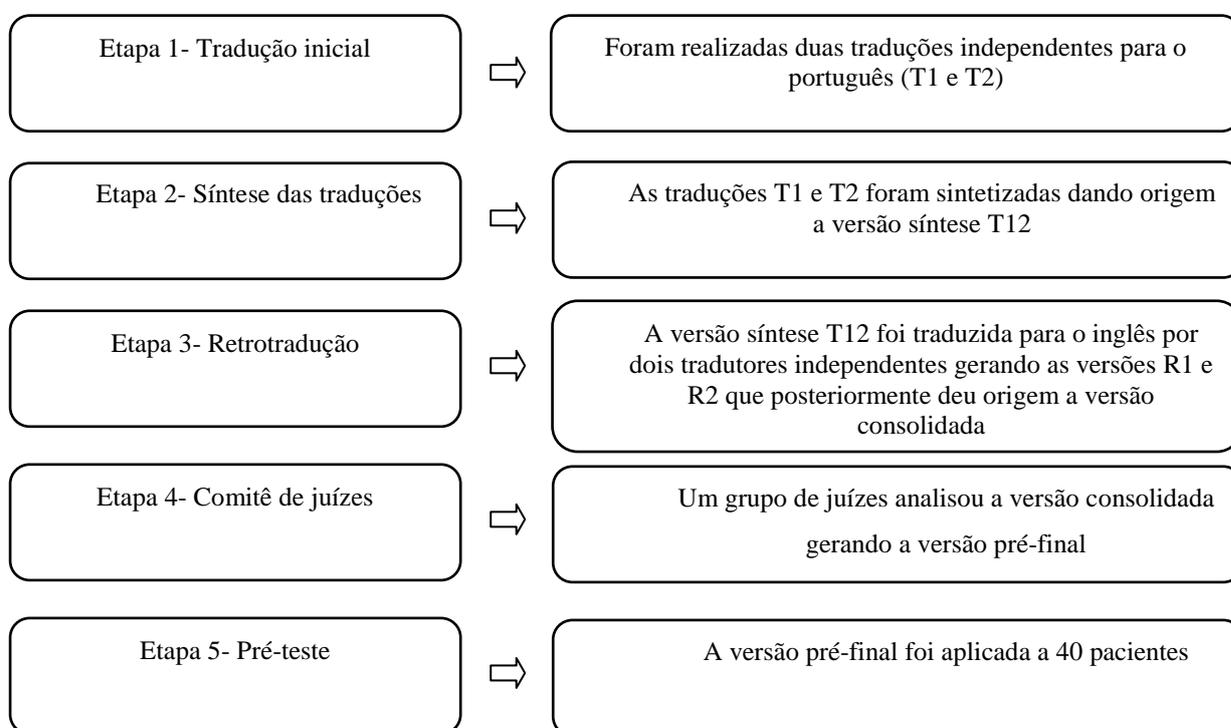
Prostate Cancer Index” (UCLA-PCI) ($r = 0 \cdot 74$, $p < 0 \cdot 001$), e entre a UISRP e o *pad test* de 1 hora ($r = 0 \cdot 58$, $p < 0.001$). Contudo, houve correlação moderada estatisticamente significativa entre os instrumentos, o que demonstra que a UISRP parece ser uma ferramenta abrangente, confiável e válida para avaliação da IU após a PR (LIN; YANG, 2010).

Não foram identificadas na literatura publicações referentes a processo de adaptação e validação da escala em outros países.

4.3 PROCESSO DE ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL DA URINARY INCONTINENCE SCALE AFTER RADICAL PROSTECTOMY

A autorização para adaptação cultural e validação da UISRP para a população brasileira foi concebida pela Dra. Yu-Hua Li, autora da escala original, em 22 de abril de 2017 (ANEXO B). O processo de adaptação cultural foi realizado em concordância com as orientações propostas pela literatura internacional (BEATON et al., 2000, 2007). As etapas seguidas são apresentadas na figura abaixo:

Figura 1 - Processo de Adaptação Cultural da “Urinary Incontinence Scale after Radical Prostatectomy (UISRP)”, Divinópolis, 2018



Fonte: Elaborada pela autora (2018).

4.3.1 Tradução inicial

Inicialmente foram realizadas duas traduções (T1 e T2), por duas tradutoras independentes, brasileiras, bilíngues, sendo uma enfermeira, ciente dos conceitos a serem analisados pelo instrumento e uma professora de inglês, sem conhecimento prévio sobre os objetivos da pesquisa e sem conhecimento na área médica ou clínica, conforme recomendado pela literatura (BEATON et al., 2000, 2007).

Ambas receberam via correio eletrônico, de forma individual, um instrumento contendo a versão original da UISRP para que pudesse ser traduzida. No instrumento elas anotaram a melhor tradução proposta assim como suas considerações, dúvidas e comentários sobre o processo de tradução, quando necessário. Contudo, o instrumento que era originalmente redigido na língua inglesa, recebeu duas versões na língua portuguesa do Brasil.

4.3.2 Síntese das traduções

Nessa etapa, a pesquisadora e as duas tradutoras analisaram todos os itens do instrumento original e suas versões em português e, em conjunto, determinaram qual a melhor tradução para cada item do instrumento, conforme recomendado pela literatura (BEATON et al., 2000, 2007).

Dessa forma, foi gerada a versão síntese (T12), obtida a partir do consenso entre a pesquisadora e as duas tradutoras responsáveis pela tradução inicial.

4.3.3 Retrotradução

Nessa etapa, a versão síntese (T12) foi enviada a dois novos tradutores para que a mesma pudesse ser traduzida para o seu idioma de origem. Os dois tradutores possuem como língua materna o inglês e atuam no Brasil como professores da língua inglesa. Ambos não tinham conhecimento sobre o instrumento original, conforme recomendado pela literatura (BEATON et al., 2000, 2007). Eles receberam, via email, de forma individual, um instrumento contendo a versão síntese (T12) para que a mesma pudesse ser retrotraduzida. Neste instrumento elas escreveram a melhor tradução proposta assim como suas considerações, dúvidas e comentários sobre o processo de retrotradução quando necessário.

Contudo, a versão síntese (T12) redigida na língua portuguesa do Brasil a partir das etapas anteriores, recebeu duas novas versões na língua inglesa (R1 e R2), ou seja, na língua

de origem do instrumento. A seguir, duas pesquisadoras compararam a versão original com as duas versões geradas na etapa de retrotradução (R1 e R2), no qual foram identificados e corrigidos erros e interpretações equivocadas de tradução que poderiam comprometer o significado dos itens.

Cada item foi avaliado e, quando constatadas discrepâncias entre a versão original e as duas retrotraduções, realizou-se uma discussão com os tradutores para que se pudesse determinar a tradução mais adequada. Dessa forma, ao final dessa etapa foi gerada a versão consolidada do instrumento.

4.3.4 Comitê de juízes

Para a escolha do comitê de juízes, foi estabelecido como critérios de inclusão: ter certo grau de conhecimento na língua inglesa ou ter participado de outros comitês de adaptação de instrumentos; ser profissional da área de linguística com ênfase em estudos de tradução; ser profissional de saúde ou pesquisador da área de IU; ou possuir alguma característica que pudesse contribuir de forma produtiva com o processo de adaptação cultural do instrumento, conforme recomendação da literatura (BEATON et al., 2000, 2007).

Dessa forma, foram convidados a participar do comitê 46 profissionais, sendo 31 profissionais de saúde e pesquisadores na área de IU e 15 profissionais da área de linguística. O convite foi realizado via correio eletrônico contendo orientações detalhadas sobre os objetivos e metodologia do estudo e a solicitação da participação na pesquisa como juiz avaliador, por meio do acesso ao link de um formulário construído por uma plataforma online (APÊNDICE A). Em anexo também foi enviado o Termo de Consentimento Livre e esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B). Dessa forma, a versão consolidada foi submetida à avaliação pelo comitê de juízes por meio da plataforma eletrônica *web e-Surv* (BUCHANAN; HVIZDAK, 2009). Dos 46 profissionais convidados, apenas 25 se disponibilizaram a participar e responderam ao questionário online, sendo cinco profissionais da área de linguística e 20 pesquisadores da área de IU.

Na primeira aba da plataforma online havia a solicitação da participação como membro do comitê de juízes, seguido do título do estudo, objetivo e metodologia utilizada, instruções de preenchimento do questionário. As páginas seguintes continham: os itens do instrumento em sua versão original (inglês), seguido da versão consolidada (português) de cada item. Para preenchimento, primeiramente disponibilizou-se uma caixa de texto para que os juízes escrevessem com suas próprias palavras o que o item original (inglês) dizia, ou seja,

qual a tradução por eles proposta. Em seguida havia duas perguntas: a) “Você acha que o texto em português (versão consolidada) está de acordo com o do inglês (versão original)?” e b) “Você acha que a tradução proposta (versão consolidada) está clara e de fácil entendimento para o entrevistado?” As opções de respostas eram: “sim”, “não” e “em parte”. Ao responder “não” e “em parte”, justificativas das inadequações e sugestões eram solicitadas, a fim de que o texto pudesse ser adaptado. O prazo para que os participantes pudessem acessar e responder aos questionários foi, inicialmente de 15 dias, sendo necessárias duas prorrogações de 15 dias cada, para que houvesse um número maior de participantes. Ressalta-se, portanto, que os membros do comitê só tiveram acesso aos itens da versão consolidada do instrumento e aos itens da versão original.

Ao final desta etapa foi realizada a validade de conteúdo, na qual foram verificadas, pelas pesquisadoras, as equivalências semântica, idiomática, conceitual e cultural do instrumento a partir das considerações dos juízes. Nesse momento também foi aplicado o IVC, que considera necessária modificação nos itens que obtiverem valores menores que 0,90, para que se possa garantir as equivalências citadas (CUNHA; NETO; STACKFLETH, 2016; SOUSA; ALEXANDRE; GUIRARDELLO, 2017). Os itens que não atingiram IVC de 0,90 foram analisados e a partir das sugestões e considerações deixadas pelos juízes, as pesquisadoras juntamente com dois especialistas em Linguística Aplicada, avaliaram a ausência de equivalência semântica, idiomática, cultural ou conceitual dos itens. Em seguida, o grupo propôs adaptações seguindo as sugestões dos juízes para que se chegasse à versão pré-final sem que houvesse perda das características do instrumento original, assim como, garantir a conservação das equivalências. Dessa forma, após todos os itens alcançarem IVC mínimo de 0,90, a versão pré-final foi gerada.

Dessa forma, após modificação dos itens que obtiveram IVC menor que 0,90, os mesmos foram submetidos a uma nova análise por parte do comitê de juízes através da ferramenta *web e-Surv*. A primeira página continha a informação de que alguns itens não obtiveram um nível de concordância entre os juízes suficiente e por isso houve a necessidade de uma nova análise. As páginas seguintes continham o item do instrumento original em inglês juntamente com a versão em português que obteve IVC menor que 0,90 e a nova versão sugerida, gerada com a finalidade de manter as equivalências semântica, idiomática, conceitual e cultural. Dessa forma, os juízes poderiam escolher qual seria a versão mais adequada. Para isso, havia uma pergunta: “Você acha que a tradução sugerida está melhor do que a primeira tradução proposta?” As opções de respostas eram: “sim”, “não” e “em parte”. Ao responder “não” e “em parte”, justificativas das inadequações e sugestões eram

solicitadas, a fim de que o texto pudesse ser adaptado. O prazo para que os participantes pudessem acessar e responder aos questionários foi, inicialmente de 15 dias, sendo necessárias duas prorrogações de 15 dias cada, para que houvesse um número maior de participantes.

Ao final dessa etapa, com retorno de 17 dos 25 juízes participantes, foi aplicado novamente o IVC que, nessa rodada apresentou valores superiores a 0,90 em todos os itens, o que sugere que mais de 90% dos especialistas consultados obtiveram concordância entre si para cada item do instrumento. Dessa forma, gerou-se a versão pré-final da UISRP que posteriormente foi aplicada no pré-teste.

4.3.5 Pré-teste

A versão pré-final da escala foi aplicada a 40 pacientes submetidos a PR (BEATON, 2000), em acompanhamento pós operatório em um serviço de referência em oncologia do interior de MG vinculado ao INCA. Foram selecionados pacientes que realizaram a cirurgia entre dois meses a dois anos, com idade acima de 18 anos capazes de ouvir e responder, oralmente, às questões contidas no instrumento. Foram excluídos aqueles que estavam em uso de sonda vesical de demora (SVD) e os que relataram IU pré-operatória.

Para recrutamento dos pacientes, identificou-se a data de retorno dos mesmos para consulta por meio das agendas dos urologistas. A identificação desses pacientes era facilitada pelas secretárias dos especialistas que, antes de encaminhá-los para a consulta médica conduziam os pacientes para a sala de enfermagem para que o instrumento pudesse ser aplicado em um ambiente privativo. Em um primeiro momento os pacientes eram convidados a participar da pesquisa e, quando aceitavam, ao assinar o TCLE (APÊNDICE C), respondiam às questões relativas aos oito itens da EIUPR.

Os pacientes tinham idades entre 53 e 78 anos. Optou-se por aplicar o instrumento oralmente a cada paciente, por considerar maior possibilidade de serem identificadas palavras ou termos incompreensíveis pelo entrevistador. Dessa forma, quando o paciente solicitava que a leitura do item fosse repetida ou se expressava não ter compreendido alguma palavra, a dificuldade era registrada.

Após a leitura de cada item, os pacientes eram questionados quanto à compreensibilidade e facilidade de escolha dos itens, para atestar a compreensão relativa aos conteúdos abordados no instrumento. Dessa forma, com ajuda de um instrumento elaborado pela pesquisadora (APÊNDICE D), os dados quanto à incompreensibilidade foram detectados

e registrados.

Conforme recomendação da literatura, que aponta a necessidade de revisão dos itens que apresentarem dificuldade de compreensão por 15% dos participantes, identificou-se três pontos de incompreensibilidade (RAMADA; SERRAPUJADAS; DELCLÓS, 2013). Sendo o primeiro ponto, o termo “incontinência urinária” nas instruções de preenchimento, o segundo, a palavra “corro” em um dos itens e o terceiro, a interpretação das opções de respostas do instrumento. Dessa forma, os pontos de dificuldades referidos foram submetidos a uma nova análise por parte das pesquisadoras que discutiram e definiram posteriormente a melhor versão para cada item. Contudo, foi formulada a versão final do instrumento (APÊNDICE F).

4.4 PROCESSO DE VALIDAÇÃO DA URINARY INCONTINENCE SCALE AFTER RADICAL PROSTATECTOMY

4.4.1 Propriedades psicométricas da Escala de Incontinência Urinária pós Prostatectomia Radical (EIUPR)

4.4.1.1 Validade de conteúdo

A validade de conteúdo foi obtida durante o processo de adaptação cultural da UISRP para a versão portuguesa. A análise consistiu na porcentagem de concordância entre os juízes e cálculo do IVC (SOUZA; ALEXADRE; GUIRARDELLO, 2017; CUNHA; NETO; STACKFLETH, 2016).

4.4.1.2 Validade de construto

A validade de construto foi analisada pela análise fatorial exploratória e por meio da correlação da medida obtida pela EIUPR com medidas de outros instrumentos que avaliam construtos correlacionados a IU, como o ICIQ-SF e o KHQ.

Foi observada a correlação entre os itens da EIUPR, por meio do coeficiente de correlação de *Spearman*, que considera: coeficientes de correlação $< 0,4$ (correlação de fraca magnitude), $\geq 0,4$ a $< 0,5$ (de moderada magnitude) e $\geq 0,5$ (de forte magnitude) (HULLEY et al., 2003). Optou-se por utilizar uma abordagem não-paramétrica já que todas as escalas e itens apresentaram distribuição assimétrica, segundo teste de *Kolmogorov-Smirnov* apresentado no ANEXO F.

4.4.1.2.1 Análise factorial exploratória

A análise factorial exploratória foi realizada para avaliar a validade de construto por meio da análise das dimensões ou componentes do instrumento adaptado em comparação com os resultados obtidos pelo estudo original.

Optou-se por utilizar o método de componentes principais, visando avaliar se os itens da EIUPR podem se reduzir a um único construto, considerando que esses apresentavam forte correlação entre si. Nessa análise foram estimados os índices “Teste KMO” e “Teste de *Bartlett* ou esfericidade” que avaliam a qualidade do ajuste do modelo de análise factorial. Também foi avaliado o percentual total de variância explicada pelo modelo, carga factorial de cada item da escala, além dos autovalores *escree-plot* para definição do número de fatores a ser considerado.

4.4.1.2.2 Validade de construto convergente

Para avaliar a validade de construto da EIUPR, foi realizada a comparação do escore total da mesma com o escore total da escala ICIQ-SF e os domínios da escala KHQ. Nessa comparação também foi utilizado o coeficiente de correlação de *Spearman*.

Foram testadas as seguintes hipóteses:

- Espera-se que, quanto maior o nível de IU avaliado pelo EIUPR, maior o impacto na QV avaliado pelo ICIQ-SF.
- Espera-se que, quanto maior o nível de IU avaliado pelo EIUPR, pior será a QV em todos os domínios do KHQ.

4.8.2.2.3 Validade de constructo divergente (discriminante)

Considerou-se como IU a queixa de qualquer perda urinária, independente da intensidade e frequência, considerando a definição da ICS para a IU: “qualquer perda involuntária de urina” (ABRAMS et al., 2017). Nessa comparação foi utilizado o teste *Mann-Whitney*. A validade discriminante, que visa avaliar se o instrumento de medida afere seu objeto de modo específico, foi testada por meio do item 3 do ICIQ-F “Com que frequência você perde urina?” categorizada em nunca (continente) ou alguma vez (incontinente).

Para definição do melhor ponto de corte da EIUPR para predição da gravidade de IU, foi utilizada a metodologia da curva ROC (*Receiver Operating Characteristic*). A curva ROC

é uma representação gráfica da sensibilidade versus a especificidade, proporcionando a escolha do ponto de corte mais apropriado para definir um teste positivo. A área abaixo da curva varia entre 0 e 1 e é um indicador do quão bom o índice em questão é para distinguir um teste positivo. Uma área de 0,5 (linha diagonal) indica que o índice não têm nenhum poder de predição e o valor 1 indica um perfeito poder de predição.

Nessa análise, calculou-se a área abaixo da curva e, os pontos de corte com suas respectivas sensibilidade e especificidade foram indicados para escolha do pesquisador. Foi destacado o ponto de corte cujos valores têm maior soma de sensibilidade e especificidade, indicados na literatura como preferenciais.

4.4.1.3 Análise da confiabilidade

4.8.2.3.1 Consistência interna

A confiabilidade foi analisada por meio da medida de consistência interna dos itens da escala, calculada pelo coeficiente *alfa de Cronbach*, para verificar se a EIUPR conseguiria medir o que se propõe a avaliar. Considerou-se um *alfa de Cronbach* maior que 0,6 como de confiabilidade aceitável, maior que 0,7, de confiabilidade boa, e maior que 0,9, excelente como descrito na literatura (ANDRADE et al., 2017; PEREIRA; LAM; GIR, 2017).

Em todas as análises inferenciais, foi considerado um nível de significância de 5% e utilizado o software estatístico *Statistical Package for Social Science* (SPSS) versão 21.0.

4.5 LOCAL DO ESTUDO

O estudo foi realizado em uma instituição considerada serviço de referência no Estado de MG vinculada ao INCA, no município de Divinópolis-MG. Foi obtida autorização dos profissionais responsáveis para a realização da coleta de dados. A coleta dos dados ocorreu na sala de enfermagem do serviço, o que garantia privacidade durante a entrevista.

4.6 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população escolhida para a presente pesquisa compreendeu pacientes submetidos a PR, atendidos na instituição referida por uma equipe de cirurgiões urologistas que realizam a cirurgia pelo SUS, convênios ou particular. Como critérios de inclusão para o estudo, foram

considerados homens submetidos à PR a no mínimo dois meses e no máximo dois anos, uma vez que, Santos et al. (2016) aponta uma alta taxa de IU a partir do segundo mês após a PR até dois anos do procedimento; maiores de 18 anos que apresentaram capacidade locomotora, visual, auditiva, além de capacidade cognitiva avaliada por meio do mini exame de estado mental, cujos escores de corte são 13 para analfabetos, 18 para indivíduos com até 8 anos de escolaridade e 26 para indivíduos com escolaridade acima de 8 anos (BERTOLUCCI et al., 1994) (ANEXO C). Foram excluídos os pacientes que ainda estavam utilizando sonda vesical de demora (SVD) e os que relataram queixa de IU antes da cirurgia. A identificação dos potenciais participantes foi facilitada pelas secretárias dos urologistas que informavam sobre a data de retorno dos pacientes.

Para realização do pré-teste, a amostra foi de 40 pacientes, obedecendo a recomendação dos autores sobre o processo de adaptação cultural (BEATON et al., 2000). Já para a fase de validação do estudo, é recomendado que sejam feitas de cinco a dez observações para cada item do instrumento a ser validado, para avaliação do *Alfa de Cronbach* (HAIR et al., 2009). Desta forma, a amostra por conveniência foi composta por 80 pacientes, visto que a UISRP é composta por oito itens. A adequação da amostra para a realização da análise fatorial foi posteriormente avaliada pelo índice Kaiser Meyer Olkin (KMO).

4.7 COLETA DE DADOS

Os dados foram coletados pela mesma pesquisadora em ambas as etapas de pré-teste e validação como estratégia de padronização. No pré-teste foi aplicado somente a EIUPR (versão pré-final) a fim de se identificar dificuldades de compreensão dos itens. Para o processo de validação, foram aplicados os seguintes instrumentos: caracterização sociodemográfica (APÊNDICE E), Escala de Incontinência Urinária pós Prostatectomia Radical (EIUPR) (versão final) (APÊNDICE F), KHQ (ANEXO D) e ICIQ-SF (ANEXO E).

Os dados relativos ao pré-teste foram coletados durante os meses de dezembro de 2017 e janeiro de 2018. A coleta dos dados referente à fase de validação aconteceu durante os meses de fevereiro à abril de 2018. O contato com estes pacientes foi facilitado pela intermediação das secretárias dos médicos urologistas, que atendiam na ACCCOM. A coleta foi realizada na sala de enfermagem da instituição nos dias em que os pacientes tinham retorno agendado com os urologistas. Dessa forma, antes de serem encaminhados para consulta médica, as secretárias conduziam os pacientes para a sala de enfermagem, ambiente

privativo, silencioso e acolhedor.

Para aplicação da EIUPR, considerando o nível de escolaridade, a dificuldade para leitura devido a ausência de óculos, optou-se por realizar a leitura dos itens sem alteração de nenhuma informação para todos os participantes. Contudo, ressalta-se que o instrumento é considerado como auto-aplicável.

4.7.1 Instrumentos para coleta de dados

4.7.1.1 Questionário sociodemográfico e clínico

A partir de evidências disponíveis na literatura e da experiência clínica das pesquisadoras, foi possível identificar as variáveis que podem interferir no processo de continência urinária e elaborar um instrumento para a coleta de dados referentes à caracterização clínica (idade, estadiamento da doença, conhecimento ou desconhecimento do diagnóstico, tipo de cirurgia realizada, tempo pós cirúrgico, tempo utilizando SVD, realização de cirurgias abdominais ou pélvicas prévia a cirurgia PR, radioterapia, presença de comorbidades ou doença urológica, índice de massa corpórea, circunferência abdominal, depressão ou ansiedade, presença de constipação e infecção urinária pós cirurgia, hábitos diários quanto ao fumo, bebida alcoólica e consumo de café, tratamento feito para controle de IU e o número de absorventes/forro/fralda, se utilizados, devido a IU, sendo esse o critério utilizado para classificação da IU conforme o *daily pad used*).

O *daily pad used* é uma medida de cunho clínico que consiste em quantificar o número de absorventes utilizados pelo indivíduo em 24 horas. Dessa forma, classifica-se a IU em leve (quando o uso de absorventes é de 1 a 2 por dia), moderada (3 a 5 absorventes ao dia) e severa (>6 absorventes ao dia) (ÂNGULO et al., 2017).

4.7.1.2 King's Health Questionnaire (KHQ)

O KHQ foi desenvolvido e validado na língua inglesa em 1997 com objetivo de avaliar a QV em pacientes que apresentam IU. Trata-se de um instrumento aplicável, altamente recomendado pela ICS para utilização em pesquisas clínicas (FONSECA et al., 2005).

O KHQ é composto por 30 questões divididas em nove domínios (percepção da saúde, impacto da incontinência, limitações do desempenho das tarefas, limitação física, limitação

social, relacionamento pessoal, emoções, sono e energia e as medidas de gravidade), além de uma escala de sintomas composta pelos seguintes itens: frequência urinária, noctúria, urgência, hiperreflexia vesical, IUE, enurese noturna, incontinência no intercurso sexual, infecções urinárias e dor na bexiga. Cada domínio é pontuado de acordo com as respostas de cada item, sendo que o escore obtido varia de 0 a 100 por domínio. Dessa forma, quanto maior o escore pior a qualidade de vida naquele domínio (FONSECA et al., 2005).

Os itens da escala foram submetidos a um processo de adaptação cultural e validação para a língua portuguesa por dois pesquisadores distintos. Considerando a validação mais atual, após aplicação do instrumento adaptado em uma população de 54 pacientes que comprovadamente apresentavam IU, foram testadas a confiabilidade (consistência interna intra e interobservador) e validade do construto e discriminante. Ressalta-se que não foi realizada a análise fatorial. A consistência interna intra-observador (alfa de Cronbach) das diversas dimensões oscilou de moderada a alta (0,77-0,90) e a consistência interna inter-observador oscilou de 0,66 a 0,94. Na validação do constructo, obtivemos correlação de moderada a forte entre os domínios específicos para incontinência urinária e manifestações clínicas que, sabidamente, afetam a qualidade de vida dessas pacientes. (FONSECA et al., 2005).

Esse instrumento mostrou-se confiável e válido na análise de suas propriedades psicométricas. Dessa forma, o KHQ foi adaptado e validado para a língua portuguesa, tornando-se mais um instrumento capaz de avaliar fatores relacionados a IU na população brasileira (FONSECA et al., 2005).

4.7.1.3 International Consultation Incontinence Questionnaire Short Form (ICIQ-SF)

O ICIQ-SF é um instrumento simples, auto-aplicável e breve, desenvolvido e validado originalmente na língua inglesa capaz de avaliar rapidamente o impacto da IU na QV das pessoas além de quantificar a perda urinária de cada indivíduo (TAMANINI et al., 2004).

O ICIQ-SF é composto por quatro itens que avaliam a frequência, a gravidade e o impacto da IU na QV dos indivíduos, além de um conjunto de oito afirmativas relacionadas às causas ou situações em que ocorrem episódios de IU nos indivíduos (TAMANINI et al., 2004).

Após aplicação do instrumento a 123 pacientes com queixa de IU, foram testadas a confiabilidade (consistência interna) e a validade de construto (convergente). Ressalta-se que não foi realizada a análise fatorial. Obteve-se um *alfa de Cronbach* de 0,88, que demonstra

que as três questões utilizadas para o seu cálculo têm um bom grau de correlação entre si, além de apresentar uma correlação positiva entre seus itens, o que evidencia uma consistência satisfatória. O resultado do teste-reteste foi considerado de moderado a forte, como indicado pelo índice Kappa ponderado, cujos valores variaram de 0,72 a 0,75, e o coeficiente de correlação de Pearson que foi de 0,89. A correlação entre o ICIQ-SF e o KHQ foi considerada de moderada a boa para a maioria dos itens, variando de 0,44 a 0,77 (TAMANINI et al., 2004).

Dessa forma, a ICIQ-SF foi adaptado e validado para a língua portuguesa e, de acordo com os resultados das análises de suas propriedades psicométricas, tornou-se mais um instrumento disponível para avaliar fatores relacionados a IU em pesquisas clínicas no Brasil (TAMANINI et al., 2004).

4.8 ANÁLISE DOS DADOS

4.8.1 Caracterização sociodemográfica e clínica dos participantes

Para caracterizar a amostra, realizou-se análise descritiva de todas as variáveis investigadas por meio de tabelas de distribuição de frequências, medidas de tendência central (média), variabilidade (desvio-padrão) e posição (percentil 25, mediana, percentil 75, mínimo e máximo) e gráficos tipo *box-plot*, setores e histograma.

4.9 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

Este estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisada UFSJ, parecer número 2.291.119 (ANEXO G), seguindo normatização da Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde sobre Pesquisa envolvendo seres humanos, assim como pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital São João de Deus/Fundação Geraldo Corrêa, parecer número 2.335.58, para posterior coleta de dados (ANEXO H).

Os membros do comitê de juízes foram convidados por meio de *e-mail* eletrônico. Em anexo, foi encaminhado o TCLE para maiores esclarecimentos dos objetivos da pesquisa, porém foi orientado que não haveria necessidade de encaminhar à pesquisadora, pois ao ler as instruções da página inicial da plataforma *e-Surv* utilizada na avaliação do questionário e clicar no ícone “próximo”, já estariam em concordância em participar da pesquisa.

Os pacientes convidados a participar da pesquisa foram informados sobre os objetivos

e importância do estudo e aos que concordaram em participar da pesquisa, foram solicitadas assinaturas no TCLE. Todas as informações sobre os pacientes foram tratadas de forma sigilosa e confidencial, sendo garantido o anonimato.

5 RESULTADOS

Os resultados e a discussão foram apresentados em forma de dois artigos científicos o qual seguiu as normas das revistas escolhidas para submissão.

5.1 ARTIGO 1 - ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL DA *URINARY INCONTINENCE SCALE AFTER RADICAL PROSTATECTOMY* PARA O CONTEXTO BRASILEIRO*

Resumo

Objetivo: descrever o processo de adaptação transcultural da *Urinary Incontinence Scale after Radical Prostatectomy* para o contexto brasileiro. **Método:** estudo metodológico realizado conforme as recomendações internacionais, compostas pelas seguintes etapas - tradução inicial, síntese das traduções, retrotradução (*backtranslation*), comitê de juízes (25 participantes) e pré-teste (40 pacientes). Os dados da etapa do comitê de juízes foram coletados e analisados por meio da plataforma *online web e-Surv*. O nível de concordância aceitável entre os juízes para cada item foi valores $\geq 90\%$. **Resultados:** as etapas de tradução inicial, síntese das traduções e retrotradução foram realizadas, havendo a necessidade de pequenas adequações gramaticais e correção de termos técnicos. Na avaliação realizada pelo comitê de juízes, após duas rodadas, todos os itens obtiveram nível de concordância superior a 90%. No pré-teste, três itens do instrumento apresentaram dificuldade de compreensão por mais de 15% dos pacientes e, portanto, foram readequadas para formulação da versão-final. **Conclusão:** a *Urinary Incontinence Scale after Radical Prostatectomy* apresenta-se adaptada para a língua portuguesa do Brasil, sendo denominada Escala de Incontinência Urinária Pós-Prostatectomia Radical.

Descritores: Incontinência Urinária; Prostatectomia; Estudos de Validação; Neoplasias da Próstata; Enfermagem.

INTRODUÇÃO

A Prostatectomia Radical (PR) é considerada o tratamento padrão-ouro para o Câncer de Próstata (CP) localizado⁽¹⁾. Embora possa reduzir a mortalidade por CP, a cirurgia tem impacto significativo na Qualidade de Vida (QV) dos indivíduos, visto que ela pode desencadear algumas complicações, como: disfunções sexuais, Incontinência Urinária (IU) e problemas psicológicos. Dentre as complicações citadas, a IU é o achado mais comum entre esses pacientes, podendo ser de caráter temporário ou definitivo, o que necessita de um tratamento específico⁽²⁾.

Segundo a *International Continence Society* (ICS), a IU é uma condição na qual ocorre queixa de perda involuntária de urina⁽³⁾. As taxas de IU Pós Prostatectomia Radical (IUPPR) dependem e sofrem influência de diversos fatores de risco⁽²⁻⁴⁾, e variam entre 2,5% a 87% dependendo da metodologia utilizada no momento da avaliação⁽⁵⁾.

Embora não seja uma ameaça à vida, a IU é uma das complicações mais temidas pelos homens submetidos a PR, pois acarreta mudanças em relação ao bem-estar, à sexualidade e às interações sociais⁽⁶⁾. Ela impacta em gastos econômicos significantes para o indivíduo e a sociedade, além de causar angústia e constrangimento⁽⁷⁾. Portanto, torna-se relevante a avaliação da gravidade das perdas urinárias, a partir da anamnese, do exame físico e do uso de escalas ou questionários⁽²⁾.

No âmbito dos pacientes submetidos a PR e da avaliação da IUPPR, a literatura aponta diversos testes clínicos que podem quantificar e qualificar a perda de urina, além de escalas e questionários⁽³⁾. Entretanto, quando se considera a PR como o fator causal da IU, identificou-se somente um instrumento capaz de fazer essa avaliação de forma específica⁽⁸⁾.

Trata-se da *Urinary Incontinence Scale after Radical Prostatectomy* (UISRP), instrumento desenvolvido e validado na China, disponível na literatura na versão em inglês, no ano de 2010. É composto por oito itens em que os participantes devem indicar a gravidade a partir da escala de *likert* de cinco pontos, no qual, zero corresponde a "nunca" e quatro a "sempre". A pontuação varia de 0 a 32, sendo que pontuações mais altas indicam maior gravidade da IU. O instrumento mostrou-se ser uma ferramenta abrangente, confiável e válida após análise das propriedades psicométricas baseado em uma amostra de 102 indivíduos submetidos a PR ($\alpha = 0,90$, IVC de 0,90 a 1,00, carga fatorial = 0,48 a 0,90, a correlação com a subescala da função urinária *The University of California, Los Angeles Prostate Cancer Index* (UCLA-PCI) ($r = 0,74$, $p < 0,001$, e correlação com *padtest1-h* ($r = 0,58$, $p < 0,001$)⁽⁸⁾. Não foram identificadas na literatura publicações referentes ao processo de adaptação e validação dessa escala em outros países.

Contudo, dada a necessidade de se disponibilizar um instrumento específico capaz de mensurar a IUPPR, considerando a inexistência de instrumentos de medida específicos para o prostatectomizado e a magnitude e a representatividade do evento na população masculina, julga-se importante adaptação transcultural desta escala. Dessa forma, o objetivo desse estudo foi realizar a adaptação transcultural da UISRP para o contexto brasileiro.

MÉTODO

Desenho do estudo

Pesquisa metodológica que seguiu as recomendações estabelecidas pela literatura internacional⁽⁹⁻¹⁰⁾. Ressalta-se que o estudo foi desenvolvido mediante autorização da autora da versão original.

Tradução inicial e síntese das traduções

A tradução inicial foi realizada por dois tradutores, de forma independente, gerando as versões T1 e T2 em português do Brasil, sendo realizadas, respectivamente, pelo tradutor 1 e tradutor 2, ambos brasileiros, fluentes na língua inglesa, sendo o primeiro um profissional da área de saúde com acesso aos objetivos da escala e o segundo um professor de inglês sem conhecimentos na área da saúde e sem acesso aos objetivos da escala. As versões traduzidas foram então comparadas pelos dois tradutores juntamente com a pesquisadora, e as discrepâncias foram ajustadas, o que deu origem a versão síntese (T12).

Retrotradução (Backtranslation)

Em seguida, realizou-se a retrotradução da versão síntese (T12) para o seu idioma original, feita, de forma independente, por outros dois tradutores bilíngues (R1 e R2) cuja língua materna é a inglesa, atuantes no Brasil como professores de inglês, com a finalidade de verificar, posteriormente, a correspondência entre a versão original em inglês e a versão síntese em português (T12)⁽⁹⁻¹⁰⁾. Ressalta-se que, os tradutores não tiveram acesso ao instrumento original⁽⁹⁾.

Comitê de Juízes

Em seguida, um comitê de juízes foi organizado para analisar a versão síntese (T12). Dessa forma, 46 profissionais, sendo 31 pesquisadores da área de urologia e 15 profissionais da área da linguística aplicada foram convidados a participar do comitê de juízes, por amostragem de conveniência⁽¹¹⁾. O convite foi realizado via correio eletrônico contendo o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), as orientações detalhadas sobre os objetivos, a metodologia do estudo e o *link* de acesso ao formulário cadastrado em uma plataforma *online* denominada *web e-Surv*. Trata-se de uma plataforma gratuita que também

realiza análise de dados descritivos⁽¹²⁾.

Os juízes tiveram acesso à versão original e a versão síntese, estabelecida na etapa anterior para avaliar se a tradução da escala para o português apresentava equivalência semântica, idiomática, conceitual e cultural⁽⁹⁻¹⁰⁾. Foi avaliada também a clareza e a adequação da versão traduzida com contexto cultural brasileiro, a partir de três opções de resposta: “sim”, “não” e “em parte”. Ao responder “não” ou “em parte”, os juízes deveriam fazer sugestões de alteração.

Na primeira rodada, após o retorno de 25 formulários preenchidos, foi calculado o Índice de Validade de Conteúdo (IVC) por meio da proporção e a porcentagem de juízes em concordância sobre determinados aspectos de um instrumento e de seus itens⁽¹³⁾. Considerou-se como taxa aceitável de concordância entre os juízes valores de $IVC \geq 0,90$ ⁽¹⁴⁾.

Dessa forma, a partir das sugestões descritas pelos juízes para os itens que obtiveram taxa de concordância $< 90\%$, as equivalências: semântica, idiomática, conceitual e cultural foram analisadas pelos pesquisadores e os itens reescritos de forma alcançar essas equivalências⁽¹¹⁾. Sendo assim, foi necessária uma segunda rodada de avaliação pelo comitê de juízes que dessa vez tiveram acesso ao item traduzido que obteve $IVC < 0,90$, seguido do item em sua versão original e da nova tradução proposta, gerada a partir das sugestões feitas pelos juízes na primeira rodada. Após o retorno de 17 formulários preenchidos, realizou-se novamente o cálculo do IVC para avaliar se o nível de concordância entre os juízes havia sido $\geq 90\%$ em todos os itens da escala.

Pré-teste

A etapa do pré-teste contou com a participação de 40 indivíduos⁽⁹⁾ submetidos a PR, acompanhados em serviço de referência em oncologia do interior de Minas Gerais (MG), o qual é vinculado ao Instituto Nacional do Câncer (INCA). Foram incluídos pacientes que realizaram a cirurgia entre dois e 24 meses, com idade acima de 18 anos, capazes de ouvir e de responder oralmente às questões contidas no instrumento. A capacidade cognitiva foi avaliada pelo mini exame de estado mental⁽¹⁵⁾. Foram excluídos homens em uso de Cateter Vesical de Demora (CVD) e aqueles que relataram IU pré-operatória.

Para recrutamento dos pacientes, identificou-se a data do retorno médico por meio das agendas dos urologistas. Antes de serem encaminhados para a consulta médica, as secretárias conduziam os pacientes para a sala de enfermagem, onde era realizada a coleta de dados. Os pacientes eram convidados a participar da pesquisa e, quando aceitavam, ao assinar o TCLE, respondiam as questões relativas aos oito itens do instrumento. Posteriormente, o pesquisador realizava a leitura de cada item com os pacientes, os quais eram questionados quanto à

compreensibilidade. Itens em que mais de 15% dos pacientes apresentaram dificuldade de compreensão⁽¹⁶⁾ foram reescritos.

Aspectos éticos

O estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da instituição proponente, parecer número 2.291.119, no ano de 2017, seguindo normatização da Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde sobre Pesquisa envolvendo seres humanos.

RESULTADOS

Na etapa de tradução inicial, as duas versões independentes (T1 e T2) geradas por dois tradutores brasileiros, apresentaram resultados semelhantes com necessidade de ajustes referentes aos termos técnicos e as palavras equivalentes. Após discussão entre as duas tradutoras e a pesquisadora, foi definida a melhor tradução para cada item da escala, que resultou na versão síntese (T12). Em seguida, duas outras tradutoras realizaram, de forma independente, a retrotradução da versão síntese (T12) para seu idioma original. Ambas as versões (R1 e R2) eram semelhantes à versão original quanto ao conteúdo e ao contexto, apresentando somente alguns termos distintos, sem comprometimento do significado.

Quanto ao comitê de juízes, dos 46 profissionais convidados, houve retorno de 25 formulários preenchidos, sendo 20 de profissionais pesquisadores da área de urologia (80%) e cinco da área de linguística aplicada (20%). A maioria era doutores (24%), seguidos de doutorandos (20%), mestrados (12%), mestres (8%), pós-doutorandos (8%) e pós-doutores (4%). Os demais possuíam especialização em nível *Lato sensu* na área de urologia ou linguística aplicada. Quanto à participação em outros comitês de tradução e adaptação de instrumentos, 56% dos participantes relataram já terem participado como juiz avaliador. Ressalta-se que os cinco especialistas da área da linguística aplicada atuavam em estudos linguísticos de tradução.

Na primeira rodada do comitê de juízes, sete itens e as instruções de preenchimento da escala obtiveram IVC inferiores a 0,90, necessitando, portanto, de modificações ortográficas e linguísticas. As principais alterações realizadas após as sugestões apresentadas pelos juízes foram a substituição dos termos “tenho vazamento de urina” (item 3), “eu urino” (item 5 e 6), “a urina geralmente sai” (item 7) e “urina sai” (item 8) por “tenho perda de urina”, a fim de padronizar as expressões para melhor compreensão do público alvo. As demais alterações foram: substituição da palavra “consulte” por “considere”, “depois” por “então”, “considerando” por “baseado”, “esperar” por “ficar”, “para” por “sem”, “acordo” por “me

levanto”, “ir” por “chegar” e “de pé” por “em pé”; substituição dos termos “me levanto para me sentar na cama” por “eu sento ou levanto da cama” e “ocorrem ações imediatas, tais como tosse, levantamento de objetos pesados, gargalhadas altas” por “faço esforço como tossir, levantar objetos pesados, dar gargalhadas”.

Após as modificações nos itens com IVC < 0,90, foi realizada a segunda rodada no comitê com retorno de 17 juízes, que analisaram novamente os itens, agora modificados, e que após cálculo do IVC, obtiveram valor superior a 0,90 (Tabela 1).

Tabela 1 - Frequências absoluta e relativa das respostas do Comitê de Juízes na avaliação dos itens do instrumento e índice de validade de conteúdo. Divinópolis, MG, Brasil, 2018

Item	Sim*	1ª rodada			IVC	2ª rodada		
		Não*	Em parte*	IVC		Sim*	Não*	Em parte*
Título	23 (0,92)	0	2 (0,08)	0,92	-	-	-	-
Instruções	15 (0,60)	1 (0,04)	9 (0,36)	0,60	16 (0,94)	1 (0,06)	0	0,94
Opções de respostas	25 (1,00)	0	0	1,00	-	-	-	-
1	21 (0,84)	0	4 (0,16)	0,84	16 (0,94)	1 (0,06)	0	0,94
2	20 (0,80)	0	5 (0,20)	0,80	16 (0,94)	1 (0,06)	0	0,94
3	12 (0,48)	1 (0,04)	12 (0,48)	0,48	17 (1,00)	0	0	1,00
4	23 (0,92)	0	2 (0,08)	0,92	-	-	-	-
5	8 (0,32)	2 (0,08)	15 (0,60)	0,32	17 (1,00)	0	0	1,00
6	11 (0,44)	3 (0,12)	11 (0,44)	0,44	16 (0,94)	1 (0,06)	0	0,94
7	15 (0,60)	1 (0,04)	9 (0,36)	0,60	17 (1,00)	0	0	1,00
8	17 (0,68)	0	8 (0,32)	0,68	17 (1,00)	0	0	1,00
IVC médio DP		0,70 (0,22)				0,96 (0,03)		

Fonte: elaborado pelos autores

Nota: IVC = Índice de Validade de Conteúdo; DP = Desvio Padrão.

*Os dados foram apresentados em n (%). As frequências relativas somam 100% dentro das linhas e as frequências absolutas correspondem ao número de juízes avaliadores para cada afirmativa do instrumento, sendo que na primeira rodada, 25 juízes avaliaram o título, as instruções, as opções de resposta e todos os itens da escala e, na segunda rodada, 17 juízes avaliaram as instruções e os itens 1, 2, 3, 5, 6, 7, 8.

O quadro 1 apresenta a versão original e as versões analisadas na primeira e na segunda rodada pelo comitê de juízes.

Quadro 1 – Descrição dos itens da versão original da *Urinary Incontinence scale after Radical Prostatectomy* e das versões analisadas pelo comitê de juízes na 1ª rodada e na 2ª rodada. Divinópolis, MG, Brasil, 2018.

Versão original	1ª rodada	2ª rodada
<i>Urinary incontinence Scale after Radical Prostatectomy</i> (UISRP)	Escala de Incontinência Urinária Pós-Prostatectomia Radical (EIUPR)	Escala de Incontinência Urinária Pós-Prostatectomia Radical (EIUPR)
<i>Directions: Please consult the severity level and then circle the number following each statement based on your experience of UI in the past 4 weeks.</i>	Instruções: Por favor, consulte o nível de gravidade e depois circule o número correspondente a cada item considerando sua experiência com IU nas últimas 4 semanas.	Instruções: Por favor, considere o nível de gravidade e então circule o número correspondente a cada item baseado em sua experiência com a incontinência urinária nas últimas 4 semanas.
<i>1 - I cannot wait for more than 2 hours to urinate.</i>	Eu não consigo esperar mais de 2 horas para urinar.	Eu não consigo ficar mais de 2 horas sem urinar.
<i>2 - I always wake up at night to urinate two or more times.</i>	Eu sempre acordo à noite duas ou mais vezes para urinar.	Eu sempre me levanto à noite duas ou mais vezes para urinar.
<i>3 - Before going to the restroom, I have urine leakage.</i>	Antes de ir ao banheiro, eu tenho vazamento de urina .	Antes de chegar ao banheiro, eu tenho perda de urina .
<i>4 - I always wear diapers because of urinary problems.</i>	Eu sempre uso fraldas devido a problemas urinários.	Eu sempre uso fraldas devido a problemas urinários.
<i>5 - When sitting up or getting out from the bed, I will urinate.</i>	Quando me levanto pra me sentar na cama ou sair dela, eu urino .	Quando eu sento ou levanto da cama, eu tenho perda de urina .
<i>6 - When immediate actions, such as coughing, lifting heavy objects, laughing out loud, etc., occur, I urinate.</i>	Quando ocorrem ações imediatas, tais como tosse, levantamento de objetos pesados, gargalhadas altas, etc., eu urino .	Quando faço esforço como tossir, levantar objetos pesados, dar gargalhadas, etc., eu tenho perda de urina .
<i>7 - After a long time standing, the urination often comes out.</i>	Após ficar um longo período de pé, a urina geralmente sai.	Após ficar um longo período em pé, tenho perda de urina .
<i>8 - When exercising (e.g. jogging, urine comes out.</i>	Quando me exercito (por exemplo, corro), urina sai .	Quando me exercito (por exemplo, corro), tenho perda de urina .
<i>Never</i>	Nunca	Nunca
<i>Always</i>	Sempre	Sempre
<i>Severity</i>	Gravidade	Gravidade
<i>Items</i>	Itens	Itens

Fonte: elaborado pelos autores

O pré-teste foi realizado em 40 homens com idade média de 66 anos, em sua maioria

(80%) desempregada ou aposentada, com média de 4,28 anos de estudo. Dos oito itens avaliados, um item, as instruções de preenchimento e as opções de resposta da escala apresentaram dificuldade de compreensão por mais de 15% dos participantes. As alterações realizadas após o pré-teste foram: (1) substituição da expressão “incontinência urinária” por “perda de urina” nas instruções de preenchimento da escala, não compreendido por 12 (35%) dos participantes; (2) substituição do verbo “corro” por “caminho”, visto que seis (15%) participantes remeteram à ideia de que a expressão sugere uma atividade não tolerada pelo público alvo; (3) inclusão de significados para todas as opções de resposta do instrumento, uma vez que, na escala de *likert* da versão original havia significado somente para as opções zero “nunca” e 4 “sempre”, o que gerou dificuldade de compreensão de 12 (30%) participantes. Dessa forma, visando o melhor entendimento e a compreensão das opções de resposta, foi atribuída a seguinte interpretação: zero “nunca”, um “quase nunca”, dois “às vezes”, três “quase sempre” e quatro “sempre”.

Assim, obteve-se a versão final da Escala de Incontinência Urinária Pós-Prostatectomia Radical (EIUPR) conforme pode ser visualizada no quadro 2.

Quadro 2 - Descrição dos itens da versão original da *Urinary Incontinence Scale after Radical Prostatectomy* e da versão brasileira da Escala de Incontinência Urinária Pós-Prostatectomia Radical, Divinópolis, MG, Brasil, 2018.

Versão original	Versão final
Título <i>Urinary incontinence Scale after Radical Prostatectomy (UISRP)</i>	Título Escala de Incontinência Urinária Pós-Prostatectomia Radical (EIUPR)
Instruções <i>Directions: Please consult the severity level and then circle the number following each statement based on your experience of UI in the past 4 weeks.</i>	Instruções Instruções: Por favor, considere o nível de gravidade e então circule o número correspondente a cada item baseado em sua experiência com a perda de urina nas últimas 4 semanas.
Opções de resposta <i>Severity</i> 0- Never 1- 2- 3- 4- Always	Opções de resposta Gravidade 0- Nunca 1- Quase nunca 2- Às vezes 3- Quase sempre 4- Sempre
Items	Itens
<i>1 - I cannot wait for more than 2 hours to urinate.</i>	1- Eu não consigo ficar mais de 2 horas sem urinar.
<i>2 - I always wake up at night to urinate two or more times.</i>	2- Eu sempre me levanto à noite duas ou mais vezes para urinar.

(continua)

Quadro 2 - Descrição dos itens da versão original da *Urinary Incontinence Scale after Radical Prostatectomy* e da versão brasileira da Escala de Incontinência Urinária Pós-Prostatectomia Radical, Divinópolis, MG, Brasil, 2018.

(continuação)

Versão original	Versão final
3 - <i>Before going to the restroom, I have urine leakage.</i>	3- Antes de chegar ao banheiro, eu tenho perda de urina.
4- <i>I always wear diapers because of urinary problems.</i>	4- Eu sempre uso fraldas devido a problemas urinários.
5 - <i>When sitting up or getting out from the bed, I will urinate.</i>	5- Quando eu sento ou levanto da cama, eu tenho perda de urina.
6 - <i>When immediate actions, such as coughing, lifting heavy objects, laughing out loud, etc., occur, I urinate.</i>	6- Quando faço esforço como tossir, levantar objetos pesados, dar gargalhadas, etc., eu tenho perda de urina.
7- <i>After a long time standing, the urination often comes out.</i>	7- Após ficar um longo período em pé, tenho perda de urina.
8 - <i>When exercising (e.g. jogging), urine comes out.</i>	8- Quando me exercito (por exemplo, caminho), tenho perda de urina.

Fonte: elaborado pelos autores

DISCUSSÃO

As características relevantes da escala são a simplicidade, a clareza dos itens e a sua relação com as principais manifestações clínicas relacionadas à IU. A escala mostrou ser de fácil compreensão e de rápida aplicação. As afirmativas que compõem a escala referem-se a condições nas quais ocorre perda involuntária de urina por urgência ou esforço⁽³⁾, que caracterizam os principais tipos de IU entre homens prostatectomizados⁽¹⁷⁾. A especificidade da escala em avaliar essa condição após a PR é relevante devido às altas taxas de IUPPR⁽⁵⁾.

A adaptação transcultural consiste em um processo metodológico e sistemático que envolve a tradução e a adequação cultural de um instrumento para uso no país de destino. Adaptar culturalmente um instrumento não significa simplesmente realizar a tradução literal do instrumento para o idioma alvo, pois se devem considerar as diferenças conceituais, culturais e linguísticas de cada idioma⁽⁹⁾. Por isso, após a tradução, os itens passaram por alterações com a finalidade de obter uma maior compreensão da população alvo.

Para o processo de adaptação transcultural, especificamente na etapa de avaliação do comitê de juízes, utilizou-se uma plataforma *online* denominada *web e-Surv* que possibilitou a visualização das sugestões dos juízes e análise das equivalências. Nos últimos anos o crescimento das pesquisas *online* e os avanços da tecnologia possibilitaram maior flexibilidade, velocidade, pontualidade e facilidade de entrada e análise dos dados. A plataforma é gratuita, simples e de fácil preenchimento, além de permitir o cadastro de inúmeras perguntas, conclusão obrigatória das mesmas e análise dos dados imediatos⁽¹²⁾.

A avaliação da escala adaptada realizada pelo comitê de juízes possibilitou o aperfeiçoamento da mesma, por meio da sua composição, que contava com profissionais pesquisadores da área de IU, o que forneceu maior rigor quanto à avaliação do objeto em questão, e profissionais da área de linguística aplicada que contribuíram na formulação da escala que garantiria a melhor linguagem para o contexto brasileiro. Ressalta-se que a formação do comitê é fundamental para avaliação de um instrumento e deve ser composto por especialistas do construto explorado e especialistas na área de línguas e tradução⁽⁹⁻¹⁰⁾.

As principais modificações nos itens da versão traduzida estiveram relacionadas à mudança do termo que se refere à perda involuntária de urina. Conforme a versão síntese (T12), as expressões utilizadas para determinar a perda urinária era variável, como: “tenho vazamento de urina” e “a urina geralmente sai”. Entretanto, conforme as sugestões dos juízes, a padronização do termo era necessária e, considerando a população alvo, o termo mais adequado capaz de expressar o relato de IU foi “tenho perda de urina”. Segundo a ICS, o relato ou a queixa de qualquer perda urinária é o que define a IU⁽³⁾, e dessa forma, o termo padronizado denota essa condição de forma compreensível para os participantes.

No pré-teste, nas instruções de preenchimento da escala, o termo “incontinência urinária” não foi bem compreendido pelos participantes, caracterizados com idade avançada e baixa escolaridade. No acolhimento da pessoa idosa, sabe-se que é importante evitar o uso de termos técnicos que podem não ser compreendidos⁽¹⁸⁾. Além disso, sabe-se que pacientes com baixa escolaridade apresentam maior dificuldade de leitura e compreensão de informações básicas para a tomada de decisões adequadas⁽¹⁹⁾. O uso da linguagem técnica pode dificultar o entendimento dos indivíduos causando confusão e limitando a participação dos mesmos na tomada de decisão. A literatura aponta também que muitos pacientes não pedem esclarecimentos sobre termos confusos ou desconhecidos, o que compromete a eficácia da comunicação⁽²⁰⁾. Dessa forma, visando o ajuste do termo considerado complexo, a “incontinência urinária” foi substituída por “perda de urina” seguindo a padronização já estabelecida pelo comitê de juízes para outros itens do instrumento.

O termo “corro”, verbo usado para exemplificar um exercício físico, apresentado no item oito do instrumento, foi considerado inadequado pelo público-alvo, pois consideraram que remete a uma prática que requer maior esforço físico não realizada por muitos indivíduos. Considerando que prática de atividade física diminui conforme o avanço da idade devido ao declínio fisiológico do envelhecimento⁽²¹⁾, a manutenção dessa palavra poderia implicar na ausência de respostas para esse item, o que compromete o resultado final da escala.

Outra necessidade de adequação relevante identificada no pós-teste foi a inclusão de

significado para cada número da escala de *likert* de cinco pontos que varia de zero (nunca) a quatro (sempre). Na versão original da escala, apenas para o valor zero e quatro era descrito o que significavam estes valores. Assim, a escala de *likert* foi descrita como: zero (nunca), um (quase nunca), dois (às vezes), três (quase sempre) e quatro (sempre). Ressalta-se que a escala de *likert* define um conjunto de categorias ordinais que os indivíduos podem usar para fornecer informações⁽²²⁾ e maior discriminação diagnóstica do que uma simples pergunta sim/não⁽²³⁾.

Foram limitações do estudo: acesso somente à escala na versão em inglês e não em mandarim, já que a escala foi desenvolvida na China e a diversidade cultural existente no Brasil, o que pode levar à necessidade de adaptação cultural em regiões distintas do país.

CONCLUSÃO

Conclui-se que a EIUPR satisfaz os critérios de equivalência entre o instrumento original e o traduzido, demonstrando-se confiável, compreensível e pertinente à cultura brasileira no contexto da IUPPR. Entretanto, estudos adicionais serão conduzidos para avaliação das propriedades psicométricas do instrumento no contexto brasileiro. A aplicação desta escala poderá auxiliar na avaliação da IU nos pacientes submetidos à PR e, conseqüentemente, fornecer dados que possibilitarão determinar o grau de comprometimento do indivíduo e subsidiar a atuação dos profissionais frente às opções de tratamentos de reabilitação.

REFERÊNCIAS

- 1- Kumar A, Samavedi S, Bates AS, Coelho RF, Rocco B, Palmer K, et al. Continence outcomes of robot-assisted radical prostatectomy in patients with adverse urinary continence risk factors. *BJU Int.* 2015;116(5):764–70. DOI: <https://doi.org/10.1111/bju.13106>
- 2- Hester AG, Kretschmer A, Badlani G. Male Incontinence: The Etiology or Basis of Treatment. *Eur Urol Focus.* 2017;3(4–5):377–84. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.euf.2017.12.002>
- 3- Abrams P, Cardozo L, Wagg A, Wein A. Incontinence. 6th ed International Consultation on Incontinence. International Continence Society (ICS). Tokio: Health Publications Ltd; 2017. 2636 p. Available from: https://www.ics.org/publications/ici_6/Incontinence_6th_Edition_2017_eBook_v2.pdf
- 4- Chen Y-C, Lin P-H, Jou Y-Y, Lin VC-H. Surgical treatment for urinary incontinence after prostatectomy: A meta-analysis and systematic review. *PLoS ONE.* 2017;12(5):e0130867.

DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0130867>

5- Sallami S. Facteurs prédictifs de l'incontinence urinaire après une prostatectomie radicale: Revue systématique. *Tunis Med* [Internet]. 2017 [cited 2018 Oct 31];95(4):229-35. Available from: http://www.latinisiemedicale.com/article-medicale-tunisie_3212_fr

6- Kretschmer A, Nitti V. Surgical Treatment of Male Postprostatectomy Incontinence: Current Concepts. *Eur Urol Focus*. 2017;3(4-5):364-76. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.euf.2017.11.007>

7- Kim K, Kim J-S. Intervention for patient reported urinary symptoms in prostate cancer survivors: Systematic review. *J Cancer Surviv* [Internet]. 2017 [cited 2018 Nov 7];11(5):643-54. Available from: <https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs11764-017-0637-9>

8- Lin Y-H, Yang M-S. Assessing the reliability and validity of a urinary incontinence scale after radical prostatectomy. *Int J Urol Nurs*. 2010;4(3):118-24. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1749-771X.2010.01103.x>

9- Beaton DE, Bombardier C, Guillemin F, Ferraz MB. Guidelines for the Process of Cross-Cultural Adaptation of Self-Report Measures. *Spine* [Internet]. 2000 [cited 2018 Nov 7];25(24):3186-91. Available from: <https://insights.ovid.com/crossref?an=00007632-200012150-00014>

10- Beaton D, Bombardier C, Guillemin F, Ferraz MB. Recommendations for the cross-cultural adaptation of the DASH & QuickDASH outcome measures [Internet]. Institute for Work & Health. 2007 [cited 2018 Nov 7]. Available from: http://dash.iwh.on.ca/sites/dash/files/downloads/cross_cultural_adaptation_2007.pdf

11- Alexandre NMC, Coluci MZO. Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. *Cien Saude Colet*. 2011;16(7):3061-8. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000800006>

12- Evans JR, Mathur A. The value of online surveys: a look back and a look ahead. *Internet Research*. 2018;28(4):854-87. DOI: <https://doi.org/10.1108/IntR-03-2018-0089>

13- Cunha CM, De Almeida Neto OP, Stackfleth R. Principais Métodos de Avaliação Psicométrica da Validade de Instrumentos de Medida. *Rev Aten Saúde*. 2016;14(47):78-83. DOI: <http://dx.doi.org/10.13037/ras.vol14n47.3391>

14- Souza AC, Alexandre NMC, Guirardello EB, Souza AC, Alexandre NMC, Guirardello EB. Psychometric properties in instruments evaluation of reliability and validity. *Epidemiol. Serv. Saude*. 2017;26(3):649-59. DOI: <http://dx.doi.org/10.5123/s1679-49742017000300022>

15- Bertolucci PHF, Brucki SMD, Campacci SR, Juliano Y. O mini-exame do estado mental emu ma população geral: impacto da escolaridade. *Arq Neuropsiquiatr*. 1994;52(1):01-7.

DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0004-282X1994000100001>

16- Ramada-Rodilla JM, Serra-Pujadas C, Delclós-Clanchet GL. Adaptación cultural y validación de cuestionarios de salud: revisión y recomendaciones metodológicas. *Salud Pública de México* [Internet]. 2013 [citado 2018 Nov 12];55(1):57–66. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342013000100009&lng=es&nrm=iso

17- Jiang Y-H, Hong Y-L, Kuo H-C. Urodynamic changes in patients with prostate cancer undergoing robotic-assisted radical prostatectomy: A comparison with laparoscopic radical prostatectomy. *Urol Sci*. 2017;28(3):174–9. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.urols.2017.07.004>

18- Silva APLL da, Nóbrega OT, Côrte B. O olhar dos conselheiros de saúde da Região Metropolitana de São Paulo sobre serviços de saúde para idosos: 'Quem cuidará de nós em 2030?'. *Saúde Debate*. 2015;39(105):469–79. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0103-110420151050002014>

19- Pinto IVL, Reis AMM, Almeida-Brasil CC, Silveira MR da, Lima MG, Ceccato M das GB. An evaluation of elderly people's understanding of pharmacotherapy among those treated in the Primary Healthcare System in Belo Horizonte, Brazil. *Cien Saude Colet*. 2016;21(11):3469–81. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320152111.19812015>

20- Bourquin C, Stiefel F, Mast MS, Bonvin R, Berney A. Well, you have hepatic metastases: Use of technical language by medical students in simulated patient interviews. *Patient Educ Couns*. 2015;98(3):323–30. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.pec.2014.11.017>

21- Coelho IPSM, Formiga LMF, Machado ALG, Araújo AKS, Mendes TF, Borges FM. Practice of physical activity among elderly. *Rev Pesqui Cuid Fundam*. 2017; 9(4):1107-12. DOI: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2017.v9i4.1107-1112>

22- Chawla N, Wang W, editors. *Proceedings of the 2017 SIAM International Conference on Data Mining*. Philadelphia, PA: Society for Industrial and Applied Mathematics; 2017; 847 p. DOI: <https://doi.org/10.1137/1.9781611974973>

23- Aji BM, Lerner AJ. Screening for dementia: single yes/no question or Likert scale? *Clin Med (London)* [Internet]. 2017 [cited 2018 Nov 7];17(1):93–4. Available from: <http://www.clinmed.rcpjournal.org/content/17/1/93>

Apoio financeiro

Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES)

Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais (FAPEMIG) nº APQ-03583-18

Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPQ) nº 429958/2018-8

5.2 ARTIGO 2 - PROPRIEDADES PSICOMÉTRICAS DA VERSÃO BRASILEIRA DA *URINARY INCONTINENCE SCALE AFTER RADICAL PROSTATECTOMY*

Resumo:

Objetivo: Analisar as propriedades psicométricas de validade e confiabilidade da versão brasileira da *Urinary Incontinence Scale after Radical Prostatectomy* (UISRP). **Método:** Participaram do estudo 80 indivíduos. As propriedades psicométricas foram avaliadas por meio da análise fatorial exploratória, validade de construto convergente por meio da comparação da UISRP com os instrumentos *International Consultatio on Incontinence Questionnaire Short Form* (ICIQ-SF) e *King's Health Questionnaire* (KHQ), validade discriminante e confiabilidade por meio da consistência interna, expressa pelo coeficiente *alfa de Cronbach*. **Resultados:** a análise fatorial exploratória demonstrou que um dos itens da escala era irrelevante por apresentar carga fatorial abaixo de 0,40 (0,268), o que levou a exclusão do item. A validade de construto convergente demonstrou, no geral, que houve correlação significativa entre os escores da escala e os domínios relacionados a qualidade de vida dos prostatectomizados ($p < 0,001$) assim como no impacto da incontinência urinária na qualidade de vida, com coeficiente de 0,814 indicando forte correlação ($p < 0,001$). Na validade discriminante houve diferença significativa nos escores da escala entre indivíduos continentemente e incontinentemente ($p < 0,001$). Quanto à confiabilidade, foi obtido um *alfa de Cronbach* de 0,94. **Conclusão:** a versão brasileira da *Urinary Incontinence Scale after Radical Prostatectomy* resultou em níveis de validade e confiabilidade satisfatórias. Estes resultados justificam a utilização da escala no contexto brasileiro.

Descritores: Incontinência Urinária; Prostatectomia; Estudos de Validação; Estudos de Avaliação; Inquéritos e Questionários; Neoplasias da Próstata.

Descriptors: Urinary Incontinence; Prostatectomy; Validation Studies; Evaluation Studies; Surveys and Questionnaires; Prostatic Neoplasms.

Descriptores: Incontinencia Urinaria; Prostatectomía; Estudios de Validación; Estudios de Evaluación; Encuestas y Cuestionarios; Neoplasias de la Próstata.

Introdução

O câncer de próstata (CP) é um dos cânceres mais prevalentes, ocupando, a nível mundial, a segunda posição entre as neoplasias malignas que mais acometem os homens, perdendo somente para o câncer de pulmão (STEWART; WILD, 2014; BRASIL, 2017). Já no

Brasil, desconsiderando os tumores de pele não melanoma, o câncer de próstata é o mais incidente entre os homens em todas as regiões do país e, segundo o Instituto Nacional de Câncer (INCA), a estimativa de novos casos para o biênio 2018-2019 é de 68.220, o que representa um risco e 66,12 casos por 100.000 habitantes (BRASIL, 2017).

A prostatectomia radical (PR) é o procedimento considerado tratamento padrão-ouro para o CP localizado (KUMAR et al., 2015) e embora a PR possa reduzir a mortalidade por CP, ela tem impacto significativo na qualidade de vida dos indivíduos submetidos a cirurgia, visto que ela pode desencadear algumas complicações, como alterações sexuais, problemas psicológicos e incontinência urinária (IU). Dentre as complicações citadas, a IU é o achado mais comum entre os pacientes submetidos à PR, podendo ser de caráter temporário ou definitivo, e pode exigir um tratamento específico (AUSTIN; KRETSCHMER; BADLANI, 2017).

Segundo a *International Continence Society* (ICS), a IU é uma condição na qual ocorre queixa de perda involuntária de urina (ABRAMS et al., 2017), sendo essa, uma das complicações mais temida pelos homens por causar um impacto negativo na qualidade de vida e nas relações sociais e sexuais dos indivíduos. Ela representa gastos econômicos significantes para o indivíduo e sociedade, além de causar distúrbios emocionais relacionados ao medo e vergonha, que pode conduzir o indivíduo ao isolamento social (LUCAS et al., 2015; CHEN et al., 2017; KRETSCHMER; VITTI, 2017).

Estudiosos recomendam que medidas de avaliação da IU sejam realizadas a fim de se determinar as circunstâncias, frequências e gravidades das perdas urinárias (AUSTIN; KRETSCHMER; BADLANI, 2017). Para isso, a literatura oferece diversos instrumentos de medida (ABRAMS et al., 2017), entretanto quando se considera a PR como o fator desencadeante da IU, identificou-se somente um instrumento capaz de fazer essa avaliação de forma específica (LIN, YANG, 2010).

A *Urinary Incontinence scale after Radical Prostatectomy* (UISRP), foi desenvolvida para avaliar sintomas de IU em pacientes submetidos a PR. Trata-se de um instrumento desenvolvido e validado na China, disponível na literatura na versão inglesa, no ano de 2010 (LIN, YANG 2010). Não foram identificadas publicações referentes ao processo de adaptação e validação dessa escala em outros países.

A escala UISRP foi traduzida e adaptada para o contexto brasileiro em estudo prévio (CHAGAS et al., 2018) seguindo os critérios estabelecidos pela literatura internacional (BEATON et al 2000, 2007). Assim, o objetivo do presente estudo foi analisar as propriedades psicométricas de validade e confiabilidade da versão brasileira da UISRP em

uma amostra de indivíduos brasileiros submetidos a PR.

Método

Estudo metodológico, desenvolvido em um serviço de referência em oncologia de Minas Gerais, vinculado ao INCA. Foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da instituição proponente (Parecer nº 2.291.119), seguindo normatização da Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde sobre Pesquisa envolvendo seres humanos.

Foram selecionados para o estudo homens adultos (18 a 80 anos) submetidos à PR em acompanhamento pós-operatório na instituição referida, que realizaram a cirurgia entre dois meses a dois anos, capazes de ouvir e responder oralmente às questões contidas na escala. Foram excluídos aqueles que estavam em uso de sonda vesical de demora (SVD) e os que relataram IU pré-operatória. Considerando a versão inicial da escala com oito itens, a amostra foi composta por 80 participantes, de acordo com a recomendação da literatura que sugere cinco a dez observações para cada item do instrumento a ser validado (HAIR et al., 2009).

Para recrutamento dos pacientes, identificou-se a data do retorno médico. As secretárias dos urologistas, antes de encaminhar os pacientes para a consulta médica, conduziam os mesmos para a sala de enfermagem, ambiente privativo, onde era realizada a coleta de dados.

A UISRP é composta por oito itens relacionados aos sintomas de IU, dos quais os indivíduos devem indicar a gravidade de cada item usando uma escala de *likert* de cinco pontos, no qual o escore 0 corresponde a nunca e 4 sempre. O intervalo possível para a escala varia de 0 a 32, com maiores valores indicando maior gravidade da IU (LIN, YANG, 2010).

Os instrumentos de coleta de dados utilizados além da versão brasileira da UISRP, foram: questionário sociodemográfico, versão brasileira do *King's Health Questionnaire* (KHQ) (FONSECA et al, 2005) e versão brasileira do *International Consultation on Incontinence Questionnaire - Short Form* (ICIQ-SF) (TAMANINI et al., 2004). Os dados foram coletados no período de fevereiro a abril de 2018.

Os dados obtidos para análise das propriedades psicométricas foram processados e analisados pelo *software Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 21.0. Em todas as análises foi considerado um nível de significância de 5%. Para caracterizar a amostra, realizou-se análise descritiva de todas as variáveis investigadas a partir de distribuição de frequências, medidas de tendência central (média) e variabilidade (desvio-padrão).

A análise fatorial exploratória foi realizada para avaliar a validade de construto por

meio da análise dos componentes da escala adaptada em comparação com os resultados obtidos pelo estudo original. Optou-se por utilizar o método de componentes principais, a fim de verificar se os itens da UISRP podem se reduzir a um único construto, considerando que esses apresentavam forte correlação entre si. Nessa análise foram estimados os índices “Teste KMO” e “Teste de *Bartlett* ou esfericidade” que avaliam a qualidade do ajuste do modelo de análise fatorial. Também foi avaliado o percentual total de variância explicada pelo modelo e carga fatorial de cada item da escala.

Para a validade de construto convergente da UISRP, foi realizada a comparação do escore total da mesma com o escore de cada domínio do KHQ e com o escore total do ICIQ-SF. O primeiro questionário é composto por 30 questões divididas em 9 domínios que avaliam de forma específica a QV de indivíduos com IU e, quanto maior o escore, pior a QV do indivíduo relacionada àquele domínio (FONSECA et al., 2005). Esse instrumento foi adaptado e validado no Brasil por Tamanini et al.(2003) e Fonseca et al. (2005).

Já o segundo questionário, possibilita uma avaliação rápida do impacto da IU na QV, composto por doze questões que geram um escore geral que indica o nível de impacto da IU na QV dos indivíduos: nenhum impacto (0 ponto); impacto leve (de 1 a 3 pontos); impacto moderado (de 4 a 6 pontos); impacto grave (de 7 a 9 pontos); e impacto muito grave (10 ou mais pontos) (TAMANINI et al., 2006; HERDMAN et al., 2017;) O ICIQ-SF foi adaptado e validado no Brasil por Tamanini et al. (2004).

Nessas comparações foi utilizado o coeficiente de correlação de *Spearman*, que considera: coeficientes de correlação $< 0,4$ (correlação de fraca magnitude), $\geq 0,4$ a $< 0,5$ (de moderada magnitude) e $\geq 0,5$ (de forte magnitude) (HULLEY et al, 2003). Foram testadas as seguintes hipóteses: 1- espera-se que, quanto maior a gravidade da IU avaliada pela UISRP, pior será a QV nos domínios do KHQ; 2- espera-se que, quanto maior a gravidade da IU avaliada pela UISRP, maior o impacto na QV avaliado pelo ICIQ-SF.

Para a validade discriminante, considerando a queixa de qualquer perda involuntária de urina (ABRAMS et al., 2017) como critério padrão-ouro, realizou-se a comparação entre os escores obtidos pela UISRP e a queixa de perda ou não de urina. Para coleta dessa informação utilizou-se um dos itens que compõe o ICIQ-SF (Com que frequência você perde urina?), do qual os indivíduos foram categorizados como continente (se a resposta fosse “nunca”) ou incontinente (se a resposta fosse alguma vez, independente da frequência). Para essa comparação foi utilizado o teste *Mann-Whitney*.

Em seguida, procedeu-se a construção da Curva de Características de Operação do Receptor (Curva ROC – *Receiver Operating Characteristics*) para definição do ponto de corte

de predição mais apropriado para discriminar os indivíduos continentares dos incontinentes. Foi destacado o ponto de corte cujos valores tiveram maior soma de sensibilidade e especificidade, indicados na literatura como preferenciais (HOO, CANDLÊS, TEARE, 2017).

A confiabilidade foi analisada por meio da medida de consistência interna dos itens da escala, calculada pelo coeficiente *alfa de Cronbach*, considerando valor maior que 0,6 como de confiabilidade aceitável (ANDRADE et al., 2017; PEREIRA; LAM; GIR, 2017).

Resultados

Foram avaliados 80 indivíduos submetidos a PR com idade média de 66 anos, sendo 23,8% moradores da zona rural. Mais da metade (80%) era aposentado ou desempregado, 58,8% brancos e 77,5% tinham uma companheira. A renda pessoal média foi de R\$1698,26 e R\$2.470,76 de renda familiar. A escolaridade média foi de aproximadamente quatro anos de estudo.

Observou-se que 70% dos participantes do estudo sabiam do seu diagnóstico de CP, e 46,3% tiveram escala *Gleason* igual a 7 (3+4). O tempo médio pós-cirurgia de 286,2 dias, ou seja, aproximadamente nove meses e meio. A prevalência de comorbidades foi de 60%, sendo a hipertensão a mais comum (57,5%). Mais da metade dos homens avaliados tinham sobrepeso (51,3%) e 15% obesidade. Menos da metade dos participantes (18,8%) tiveram infecção do trato urinário após a cirurgia, 21,3% possuíam histórico de cirurgia abdominal e 10% fizeram radioterapia. Quanto ao consumo de café, 95% afirmaram consumir diariamente, 40% ingeriam álcool e 20% eram tabagistas, e 21,3% ex tabagistas.

No que se refere aos dados sobre IU, 40% dos homens avaliados relataram fazer uso de fralda ou absorvente, com média de dois dispositivos por dia. Apenas 21,3% faziam treinamento muscular do soalho pélvico para controle da IU, e 26,3% relataram ter recebido orientação quanto ao manejo da IU, sendo mais frequentemente orientados no consultório médico (85,7% dos orientados).

Os resultados da análise fatorial exploratória consideraram a UISRP um modelo com um único fator. Todos os itens da escala tiveram carga fatorial elevada (acima de 0,40), exceto o item 2 (Eu sempre me levanto à noite duas ou mais vezes para urinar) que apresentou carga fatorial de 0,268 indicando que esse poderia ser suprimido da escala, conforme mostra a tabela 1.

Tabela 1–Análise fatorial da UISRP e suas respectivas cargas fatoriais (n=80) Divinópolis, MG, 2018

	Cargas fatoriais
1- Eu não consigo ficar mais de 2 horas sem urinar.	0,755
2- Eu sempre me levanto à noite duas ou mais vezes para urinar.	0,268
3- Antes de chegar ao banheiro, eu tenho perda de urina.	0,894
4- Eu sempre uso fraldas devido a problemas urinários.	0,871
5- Quando eu sento ou levanto da cama, eu tenho perda de urina.	0,945
6- Quando faço esforço como tossir, levantar objetos pesados, dar gargalhadas, eu tenho perda de urina.	0,690
7- Após ficar um longo período em pé, tenho perda de urina.	0,920
8- Quando me exercito (por exemplo, caminho), tenho perda de urina.	0,949

KMO=0,902 Valor-p Teste de Bartlett<0,001

Percentual da variância explicada pelo modelo= 66,4%

Fonte: dados do estudo

Dessa forma, optou-se pela exclusão do item 2 e todas as análises de validade e confiabilidade seguintes, foram realizadas considerando a escala, agora, com 7 itens.

Em relação à validade de construto convergente, de acordo com os resultados apresentados na tabela 2, houve correlação significativa e direta entre os escores da UISRP e os domínios da escala KHQ, exceto para os domínios Percepção de Saúde e Relações Pessoais. Nos casos em que a correlação foi significativa, os coeficientes foram sempre superiores a 0,50 indicando boa correlação, exceto para o domínio Sono e Disposição. Também houve correlação significativa entre a UISRP e ICIQ-SF, com coeficiente de 0,814 indicando correlação positiva e de forte magnitude (HULLEY et al, 2003).

Tabela 2 - Correlação entre os domínios da escala KHQ, além da escala global ICIQ-SF com os resultados da UISRP. Divinópolis, 2018 (n=80)

	UISRP	
	Coefficiente*	Valor-p
Domínio Percepção de Saúde - KHQ	0,047	0,677
Domínio Impacto de IU - KHQ	0,693	<0,001
Domínio Limitação de Atividades Diárias-KHQ	0,619	<0,001
Domínio Limitações Físicas- KHQ	0,654	<0,001
Domínio Relações Pessoais- KHQ	0,078	0,466
Domínio Emoções- KHQ	0,667	<0,001
Domínio Limitações Sociais- KHQ	0,600	<0,001
Domínio Sono e Disposição- KHQ	0,359	0,001
Domínio Medida de Gravidade- KHQ	0,822	<0,001
Escore global escala ICIQ_SF	0,814	<0,001

*Correlação de Spearman

Fonte: dados do estudo

Referente à validade discriminante, os resultados demonstram que houve diferença estatisticamente significativa entre os indivíduos que perdem (incontinentes) ou não (continentes) urina (Teste de *Mann-Whitney* $p < 0,001$). Em relação à curva ROC, a figura 2 mostra que, a UISRP teve um bom poder de predição, isto é, a área abaixo da curva foi de 0,930 (IC 95%: 0,874-0,986) e, considerando o ponto de vista estatístico, o melhor ponto de corte seria >4 pois é o que apresentou maior soma entre sensibilidade (79,2%) e especificidade (100%). Isso indica que 100% dos homens continentemente tem escores inferiores a 4 na UISRP. Por outro lado, entre os incontinentes, 79,2% tem escores superiores a 4.

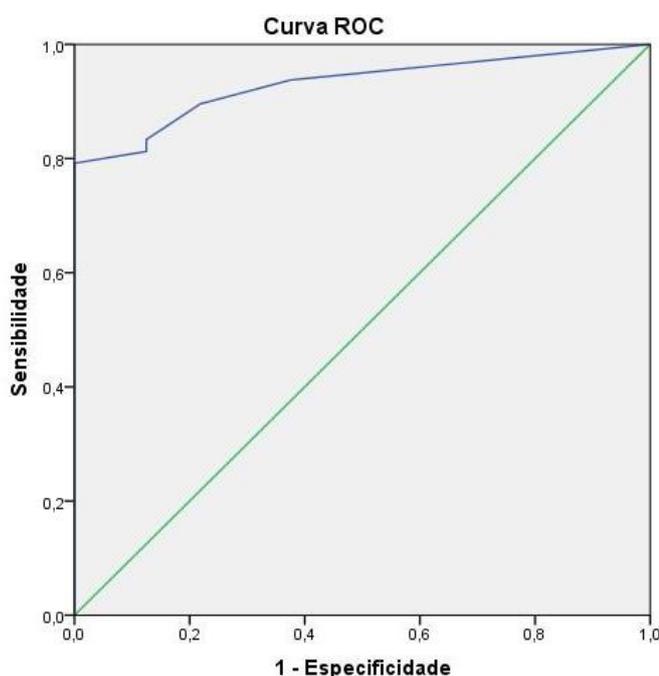


Figura 1 - Gráfico da curva ROC dos escores totais da UISRP para predição da IU. (n=80). Divinópolis, MG, 2018

Fonte: dados do estudo

Os coeficientes de correlação de cada item com o total da escala e o alfa de Cronbach, se o item for excluído, serão apresentados na tabela 3. Observa-se que o valor de alfa de Cronbach variou de 0,92 a 0,95. Em relação à força de correlação dos itens, obteve-se fortes correlações entre o total da escala e os itens 4, 6 e 7 (variando de 0,87 a 0,91) e correlações moderada com os demais itens. A exclusão de um dos sete itens não alterou os valores do alfa que permaneceram entre 0,92 e 0,95, comparados com o alfa de Cronbach total (0,94). O resultado obtido aponta um valor satisfatório para a consistência interna da EIUPR.

Tabela 3- Apresentação dos valores de coeficientes de correlação item-total da EIUPR e dos valores do alfa de Cronbach, se o item for excluído. (n=80). Divinópolis, 2018

EIUPR (7 itens) Alfa de Cronbach	Coeficiente de correlação item-total	Alfa de Cronbach (se o item for excluído)
1- Eu não consigo ficar mais de 2 horas sem urinar.	0,68	0,94
2- Antes de chegar ao banheiro, eu tenho perda de urina.	0,84	0,93
3- Eu sempre uso fraldas devido a problemas urinários.	0,83	0,93
4- Quando eu sento ou levanto da cama, eu tenho perda de urina.	0,91	0,92
5- Quando faço esforço como tossir, levantar objetos pesados, dar gargalhadas, eu tenho perda de urina.	0,61	0,95
6- Após ficar um longo período em pé, tenho perda de urina.	0,87	0,93
7- Quando me exercito (por exemplo: caminho), tenho perda de urina.	0,91	0,92
Score Global da EIUPR	-	0,94

Fonte: Dados do estudo

Discussão

Para atender as recomendações da literatura sobre a utilização de questionários para avaliação da IU considerando as circunstâncias, frequência e gravidade das perdas (AUSTIN; KRETSCHMER; BADLANI, 2017), no Brasil há somente um instrumento disponível capaz de indicar nível de gravidade da IU. Trata-se do *Incontinence Symptom Index* (ISI), que classifica a IU conforme sua gravidade considerando a frequência dos episódios de IU e a quantidade da perda (PEREIRA et al., 2011). Os demais instrumentos disponíveis para utilização no Brasil avaliam a QV relacionada à IU, ou seja, não determinam a gravidade da perda urinária em si. Dessa forma, no Brasil, a UISRP possibilitará avaliar a gravidade da IU atendendo as recomendações da literatura (AUSTIN; KRETSCHMER; BADLANI, 2017).

Considerando também a importância da especificidade de um instrumento de avaliação em relação à caracterização/definição da população-alvo, visto que quanto maior a especificidade do construto, melhor a garantia de que o instrumento é útil e válido (COLUCI, ALEXANDRE, MILANI, 2015), nota-se a relevância da validação da UISRP para o contexto brasileiro. A validação é um processo necessário que busca garantir a preservação das propriedades psicométricas de um instrumento para que o mesmo possa ser utilizado no país

de destino (RAMADA-RODILLA; SERRAPUJADAS; DELCLÓS, 2013). Portanto, a decisão pela validação da UISRP deveu-se também ao fato de ser um instrumento altamente específico, que poderá ser utilizado no Brasil.

Em relação à análise das propriedades psicométricas, na análise fatorial exploratória, os resultados demonstraram a irrelevância do item “Eu sempre me levanto à noite duas ou mais vezes para urinar”, uma vez que a carga fatorial foi baixa, o que estatisticamente sugere que este item deve ser excluído. Considerando a característica da afirmação, percebe-se que a mesma busca identificar episódios de eliminação urinária noturna. De acordo com as definições da ICS, o ato de acordar à noite uma ou mais vezes para urinar, refere-se a uma condição denominada noctúria (ABRAMNS et al., 2017). Contudo, sabe-se que o aumento da frequência de idas ao banheiro no período noturno, não é exclusivo da IUPPR e nem a configura como uma manifestação clínica de IU (STRANNE, 2016).

A noctúria é cada vez mais comum conforme o avanço da idade, quer o paciente tenha sido submetido à PR ou não. Os mecanismos que levam à noctúria, isto é, comprometimento da complacência da bexiga e hiperatividade, provavelmente são diferentes daqueles que levam à IUPPR, ou seja, lesões ao mecanismo esfinteriano e ao soalho pélvico (STRANNE, 2016). No estudo em questão, percebeu-se que 33,8% dos participantes relataram nunca (escore 0) levantar a noite duas ou mais vezes para urinar, o que demonstra que a maioria dos pacientes apontaram um escore maior nesse item, o que pode influenciar no resultado final, já que quanto maior o escore, maior a gravidade da IU, levando o paciente a uma classificação equivocada.

A consistência interna da UISRP, medida pelo coeficiente *alfa de Cronbach* padronizado, foi altamente satisfatória, obtendo-se índice geral de 0,94, excedendo o valor mínimo considerado excelente de 0,9, como descrito na literatura (ANDRADE et al., 2017; PEREIRA; LAM; GIR, 2017). Observa-se também que a força de correlação dos itens varou de moderada a forte (0,61 a 0,91) e que o valor de *alfa de Cronbach* se item excluído variou de 0,92 a 0,95. Este dado revela que as respostas referidas pelos pacientes têm bom grau de correlação entre si. De maneira geral, a UISRP tem correlação positiva entre os seus itens e está realmente medindo a gravidade da IUPPR dos pacientes estudados. Ressalta-se que a consistência interna da UISRP foi semelhante à relatada pelos autores originais da escala em sua versão em inglês (*alfa de Cronbach* de 0,94 versus 0,90) (LIN, YANG, 2010).

A validade de construto convergente demonstrou que houve, no geral, correlação positiva moderada a forte entre o escore total da UISRP e os domínios avaliados pelo KHQ, assim como o escore geral do ICIQ-SF. Em conjunto, estas análises de dados confirmam as

hipóteses previamente levantadas de que a pior qualidade de vida estaria relacionada à maior gravidade de IU. Estes dados são corroborados pela literatura internacional, que apontam vários estudos que mostraram que a IU afeta significativamente a QV dos pacientes após PR (HAGA, et al, 2016; CARRIER J; EDWARD, HARDEN, 2018).

Na análise da validade discriminante, após estabelecida a diferença estatisticamente significativa entre as variáveis de pacientes continentares e incontinentares, percebeu-se que, conforme a Curva ROC, o escore > 4 foi o que melhor discriminou os indivíduos continentares e incontinentares, pois foi o que indicou maior capacidade de equilibrar os resultados da sensibilidade e da especificidade (BATISTONI, NERI, CUPERTINO, 2007), além de demonstrar um bom poder de predição, isto é, a área abaixo da curva foi acima de 90%. A curva ROC tem o poder de discriminar indivíduos doentes de não doentes e quanto melhor o teste, mais a área abaixo da curva ROC se aproxima de 1 (DUMITH et al., 2018). Dessa forma, considerando o resultado obtido no estudo em questão, observa-se que a UISRP mostrou-se sensível, específica, com bom poder de predição e boa acurácia diagnóstica.

Uma das limitações do estudo para aplicação da escala foi à baixa escolaridade dos participantes, com média de 4,3 anos de estudo e de 66,1 anos de idade. Esse dado assemelha-se aos dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) que aponta uma média de 4,8 anos de estudo entre homens brasileiros com 60 anos ou mais (IBGE, 2015). Portanto, devido à baixa escolaridade, optou-se por fazer a leitura dos itens da escala para todos os participantes visando à padronização de sua aplicação, embora originalmente, a UISRP tenha sido desenvolvida para auto-preenchimento. Essa alternativa objetivou incluir os pacientes de baixa ou nenhuma escolaridade, sendo um recurso de uso comum, principalmente em estudos que utilizam escalas (TAMANINI et al., 2004). Ainda sobre a forma de aplicação de escalas, estudiosos concluíram que resultados equivalentes são obtidos ao comparar o mesmo formulário preenchido durante entrevista por telefone e os preenchidos pelo próprio paciente (CHATTERJI et al., 2017).

Conclusão

Os resultados do presente estudo permitem considerar que a UISRP apresentou propriedades psicométricas adequadas que a caracterizam como confiável. Pela sua simplicidade, brevidade e especificidade, torna-se um instrumento prático e disponível para utilização em pesquisas clínicas e em ensaios epidemiológicos no Brasil. Além disso, até o momento é o único questionário disponível na literatura capaz de avaliar a IU nos indivíduos submetidos a PR, de forma específica, no Brasil e no mundo, percebe-se ainda mais a

relevância desse estudo.

REFERENCIAS

ABRAMS, P, et al. **Incontinence**. 6th ed International Consultation on Incontinence. [Internet]. Tokio: Health Publications Ltd; 2017. 2636 p. Disponível em: https://www.ics.org/publications/ici_6/Incontinence_6th_Edition_2017_eBook_v2.pdf.

Acesso em: 19 dez. 2018.

ANDRADE, L. E. L. DE et al. Adaptação e validação do Hospital Survey on Patient Safety Culture em versão brasileira eletrônica. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 26, n. 3, p. 455–468, jul. 2017. Disponível em: http://revista.iec.gov.br/template_doi_ess.php?doi=10.5123/S167949742017000300455&scielo=S2237-96222017000300455. Acesso em: 17 dez. 2018.

BATISTONI, S.S.T., NERI, A.L. CUPERTINO, A.P. F. B. Validity of the Center for Epidemiological Studies Depression Scale among Brazilian elderly. **Rev Saúde Pública** 2007;41(4):598-605 <https://www.scielosp.org/pdf/rsp/2007.v41n4/598-605/pt>

BEATON, D. E. et al. Guidelines for the Process of Cross-Cultural Adaptation of Self-Report Measures: **Spine**, v. 25, n. 24, p. 3186–3191, dez. 2000. Disponível em: <https://insights.ovid.com/crossref?an=00007632-200012150-00014>. Acesso em: 17 dez. 2018.

BEATON, D. E., et al. **Recommendations for the cross-cultural adaptation of the DASH & Quick DASH outcome measures**. Institute for Work & Health. 2007. Disponível em: http://dash.iwh.on.ca/sites/dash/files/downloads/cross_cultural_adaptation_2007.pdf Acesso em: 19 dez. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. **Estimativa 2018**. Incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro, 2017. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/estimativa/2018/estimativa-2018.pdf>. Acesso em: 26 jun. 2018.

CARRIER, J.; EDWARDS, D.; HARDEN, J. Men’s perceptions of the impact of the physical consequences of a radical prostatectomy on their quality of life: a qualitative systematic review. **JBIC Database of Systematic Reviews and Implementation Reports**, v. 16, n. 4, p. 892–972, abr. 2018. Disponível em: <http://Insights.ovid.com/crossref?an=01938924-201804000-00014>. Acesso em: 17 dez. 2018.

CHATTERJI, R. et al. An equivalence study: Are patient-completed and telephone interview equivalent modes of administration for the EuroQol survey? **Health and Quality of Life Outcomes**, v. 15, n. 1, jan. 2017. Disponível em: <http://hqlo.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12955-017-0596-x>. Acesso em: 17 dez. 2018.

CHEN, Y.-C. et al. Surgical treatment for urinary incontinence after prostatectomy: A meta-analysis and systematic review. **PLOS ONE**, v. 12, n. 5, p. e0130867, 3 maio 2017. Disponível em: <https://dx.plos.org/10.1371/journal.pone.0130867>. Acesso em: 17 dez. 2018.

COLUCI, M. Z. O.; ALEXANDRE, N. M. C.; MILANI, D. Construção de instrumentos de medida na área da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 3, p. 925–936, mar. 2015. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232015000300925&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 17 dez. 2018.

DUMITH, S. et al. Evaluation of diagnostic criteria and cut-off points to predict underweight among adolescents from the Brazilian semiarid region. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 18, n. 1, p. 231–237, mar. 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151938292018000100231&lng=en&tlng=en. Acesso em: 17 dez. 2018.

FONSECA, E. S. M. et al. Validação do questionário de qualidade de vida (King's Health Questionnaire) em mulheres brasileiras com incontinência urinária. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 27, n. 5, p. 235–242, maio 2005. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010072032005000500002&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 17 dez. 2018.

HAGA, N. et al. Postoperative urinary incontinence exacerbates nocturia-specific quality of life after robot-assisted radical prostatectomy. **International Journal of Urology**, v. 23, n. 10, p. 873–878, out. 2016. Disponível em: <http://doi.wiley.com/10.1111/iju.13163>. Acesso em: 17 dez. 2018.

HAIR J. et al. **Análise multivariada de dados**. 6 Ed. Porto Alegre: Bookman, 2009. 688 p.

HERDMAN, T. H., et al. **PRONANDA - Programa de Atualização em Diagnósticos de Enfermagem**. 6 Ed. Porto Alegre: Artmed Panamericana, 2017. 151p.

HESTER, A. G.; KRETSCHMER, A.; BADLANI, G. Male incontinence: the etiology or basis of treatment. **European Urology Focus**, v. 3, n. 4–5, p. 377–384, out. 2017. Disponível em: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S2405456917302717>. Acesso em: 17 dez. 2018.

HOO, Z. H.; CANDLISH, J.; TEARE, D. What is an ROC curve? **Emergency Medicine Journal**, v. 34, n. 6, p. 357–359, jun. 2017. Disponível em: <http://emj.bmj.com/lookup/doi/10.1136/emered-2017-206735>. Acesso em: 17 dez. 2018.

HULLEY, S. B., et al. **Delineando a pesquisa clínica: uma abordagem epidemiológica**. 2 Ed. Porto Alegre: Artmed, 2003. 384p.

IBGE- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa nacional por amostra de domicílios (PNAD)**. São Paulo. 2015. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas-novoportal/sociais/educacao/9127-pesquisa-nacional-por-amostra-dedomicilios.html?=&t=downloads>. Acesso em: 28 jun 2018.

KIM, K.; KIM, J.S. Intervention for patient reported urinary symptoms in prostate cancer survivors: Systematic review. **Journal of Cancer Survivorship**, v. 11, n. 5, p. 643–654, out. 2017. Disponível em: <http://link.springer.com/10.1007/s11764-017-0637-9>. Acesso em: 17 dez. 2018.

KRETSCHMER, A.; NITTI, V. Surgical Treatment of Male Postprostatectomy Incontinence: Current Concepts. **European Urology Focus**, v. 3, n. 4–5, p. 364–376, out. 2017. Disponível em: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S2405456917302638>. Acesso em: 17 dez. 2018.

KUMAR, A. et al. Continence outcomes of robot-assisted radical prostatectomy in patients with adverse urinary continence risk factors. **BJU International**, v. 116, n. 5, p. 764–770, nov. 2015. Disponível em: <http://doi.wiley.com/10.1111/bju.13106>. Acesso em: 17 dez. 2018.

LIN, Y.-H.; YANG, M.-S. Assessing the reliability and validity of a urinary incontinence scale after radical prostatectomy. **International Journal of Urological Nursing**, v. 4, n. 3, p. 118–124, nov. 2010. Disponível em: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1749-771X.2010.01103.x>. Acesso em: 17 dez. 2018.

PEREIRA, F. M. V.; LAM, S. C.; GIR, E. Cultural Adaptation and Reliability of the Compliance with Standard Precautions Scale (CSPS) for Nurses in Brazil. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 25, n. 0, 9 mar. 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010411692017000100311&lng=en&tlng=en. Acesso em: 17 dez. 2018.

PEREIRA, V. S. et al. Tradução e validação para a língua portuguesa de um questionário para avaliação da gravidade da incontinência urinária. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 33, n. 4, p. 182–187, abr. 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010072032011000400006&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 17 dez. 2018.

RAMADA-RODILLA, J. M.; SERRA-PUJADAS, C.; DELCLÓS-CLANCHET, G. L. Adaptación cultural y validación de cuestionarios de salud: revisión y recomendaciones metodológicas. **Salud Pública de México**, v. 55, n. 1, p. 57–66, fev. 2013. Disponível em: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003636342013000100009&lng=es&nrm=iso&tlng=es. Acesso em: 17 dez. 2018.

STEWART, B. W.; WILD, C. P. (Ed.). **World Cancer Report: 2014**. Lyon: IARC, 2014.

STRANNE, J.; STRANNE, E. Editorial Comment from Dr Stranne and Psychotherapist Stranne to Postoperative urinary incontinence exacerbates nocturia-specific quality of life after robot-assisted radical prostatectomy. **International Journal of Urology**, v. 23, n. 10, p. 879–880, out. 2016. Disponível em: <http://doi.wiley.com/10.1111/iju.13219>. Acesso em: 17 dez. 2018.

TAMANINI, J. T. N. et al. Validation of the “International Consultation on Incontinence Questionnaire - Short Form” (ICIQ-SF) for Portuguese. **Rev Saúde Pública**, v.38, n.3, p. 1-6, abr. 2004. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rsp/v38n3/en_20662.pdf. Acesso em: 17 dez. 2018.

Apoio financeiro

Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) nº 1731050

Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais (FAPEMIG) nº APQ-03583-18

Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPQ) nº 429958/2018-8

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A “Urinary incontinence scale after radical prostatectomy”, disponibilizada pela literatura na língua inglesa foi adaptada transculturalmente na língua portuguesa para homens submetidos a prostatectomia radical. O estudo manteve o rigor metodológico para atender tal finalidade.

A metodologia escolhida para realização do processo de adaptação cultural foi considerada adequada, visto que viabilizou a adequação cultural da escala para a população brasileira. A linguagem definida foi clara e de fácil entendimento para os participantes do estudo. Da mesma forma, as propriedades psicométricas da EIUPR, analisadas nesse estudo, foram consideradas adequadas e com em níveis de validade e confiabilidade satisfatórias.

Os resultados observados nesta investigação possibilitam concluir que a EIUPR:

1. Manteve as equivalências semântica, idiomática, cultural e conceitual conforme a versão original da escala;
2. Preservou a validade de conteúdo da versão original da escala;
3. Alcançou correlação significativa com outros instrumentos que avaliam o mesmo constructo;
4. Foi capaz de discriminar homens continententes de incontinentes;
5. Alcançou confiabilidade, por meio da consistência interna, considerada excelente.

Foi de extrema relevância a participação interdisciplinar de profissionais da área da linguística, especialistas em estudos de tradução e da área da saúde, especificamente pesquisadores da área de incontinência urinária na elaboração de uma versão final, o que permitiu interação e troca de experiências, conforme as áreas de atuação e a utilização de questionários on-line, para realização da etapa do comitê de especialistas.

Contudo, espera-se que com a disponibilização da escala em português, a sua aplicação possa auxiliar na avaliação da IU nos pacientes submetidos à PR e, conseqüentemente, fornecer dados que possibilitarão determinar o grau de comprometimento do indivíduo e subsidiar a atuação dos profissionais frente às opções de tratamentos de reabilitação.

REFERENCIAS

REFERENCIAS

ABRAMS, P, et al. **Incontinence**. 6th ed International Consultation on Incontinence. [Internet]. Tokio: Health Publications Ltd; 2017. 2636 p. Disponível em: https://www.ics.org/publications/ici_6/Incontinence_6th_Edition_2017_eBook_v2.pdf. Acesso em: 19 dez. 2018.

AJI, B. M., LARNER, A. J. Screening for dementia: single yes/no question or Likert scale?. **Clin Med**, v. 17, n. 1, p. 93-4, 2017. Disponível em: <http://www.clinmed.rcpjournals.org/lookup/doi/10.7861/clinmedicine.17-1-93>. Acesso em: 19 dez. 2018.

ALEXANDRE, N. M. C., COLUCI, M. Z. O. Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. **Cien Saude Colet**, v. 16, n. 7, p. 3061-8, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n7/06.pdf>. Acesso em: 19 dez. 2018.

ANDERSON, C. B. et al. Recovery of urinary function after radical prostatectomy: identification of trajectory cluster groups. **The Journal Urology**, v. 187, n. 4, p. 1346-1351, 2012. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22341278>. Acesso em: 26 jun. 2018.

ANDRADE, L. E. L., et al. Adaptação e validação do Hospital Survey on Patient Safety Culture em versão brasileira eletrônica. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 26, n. 3, p. 455-468, 2017. Disponível em: http://revista.iec.gov.br/template_doi_ess.php?doi=10.5123/S167949742017000300455&scielo=S2237-96222017000300455. Acesso em: 17 dez. 2018.

ANGULO, J. C., et al. Treatment of male stress urinary incontinence with the adjustable transobturator male system: Outcomes of a multi-center Iberian study. **Neurourology and Urodynamics**, v. 37, n. 4, p. 1458-1466, 2017. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29315765>. Acesso em: 28 jun. 2018.

ANZOLCH, K. M. J. **O efeito do toque retal sobre a dosagem sérica do antígeno prostático específico (Psa) em uma campanha de rastreamento para o câncer de próstata**. 2001. Dissertação (Mestrado em Medicina: cirurgia) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre. Disponível em: <http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/6558/000486828.pdf?sequence=1>. Acesso em: 26 jun. 2018.

ARAÚJO, J. S. A **A experiência do homem com câncer de próstata na perspectiva da antropologia das masculinidades**. 2016. Tese (Doutorado em Ciências) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22132/tde-10102016-161847/pt-br.php>. Acesso em: 26 jun. 2018.

BALCI, M. et al. Adjustable perineal male sling using tissue expander as an effective

treatment of post-prostatectomy urinary incontinence. **International braz j urol**, v. 41, n. 2, p. 312–318, 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S167755382015000200312&lng=en&tlng=en. Acesso em: 18 dez. 2018.

BARDSLEY, A. An overview of urinary incontinence. **British Journal of Nursing**, v. 25, n.18, p. s14-s21, 2016. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27734727>. Acesso em: 29 ago. 2018.

BATISTONI, S.S.T., NERI, A.L. CUPERTINO, A.P. F. B. Validity of the center for epidemiological studies depression scale among brazilian elderly. **Rev Saúde Pública**, v. 41, n. 4, p. 598-605, 2007. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/rsp/2007.v41n4/598-605/pt>. Acesso em: 20 dez. 2018.

BEATON, D. E. et al. Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. **Spine**, v. 25, n. 24, p. 3186–3191, 2000. Disponível em: <https://insights.ovid.com/crossref?an=00007632-200012150-00014>. Acesso em: 17 dez. 2018.

BEATON, D. E., et al. **Recommendations for the cross-cultural adaptation of the DASH & Quick DASH outcome measures**. Institute for Work & Health. 2007. Disponível em: http://dash.iwh.on.ca/sites/dash/files/downloads/cross_cultural_adaptation_2007.pdf
Acesso em: 19 dez. 2018.

BERGER, M. et al. Validação estatística do escore internacional de sintomas prostáticos (I-PSS) na língua portuguesa. **Jornal brasileiro de urologia**, v. 25, n. 2, p. 225-34, 1999. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=246371&indexSearch=ID>. Acesso em: 26 jun. 2018.

BERGMAN, J.; LITWIN, M. S. Quality of life in men undergoing active surveillance for localized prostate cancer. **Journal of the National Cancer Institute Monographs**, n. 45, p. 242-249, 2012. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23271780>. Acesso em: 26 jun. 2018.

BERTOLUCCI, P. H. F., et al. O mini-exame do estado mental em uma população geral: impacto da escolaridade. **Arq neuropsiquiatr**, v. 52, n. 1, p. 01-7, 1994 Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/anp/v52n1/01.pdf>. Acesso em: 19 dez. 2018.

BICALHO, M. B.; LOPES, M. H. B. M. Impacto da incontinência urinária na vida de esposas de homens com incontinência: revisão integrativa. **Revista da escola de enfermagem da USP**, v. 46, n. 4, p. 1009-1014, 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S008062342012000400032&script=sci_abstract&tln g=pt. Acesso em: 26 jun. 2018.

BOURQUIN, C., et al. Well, you have hepatic metastases: use of technical language by

medical students in simulated patient interviews. **Patient Educ Couns**, v. 98, n. 3, p. 323-30, 2015. Disponível em: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S073839911400490X>. Acesso em: 19 dez. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Diretrizes Diagnósticas e Terapêuticas do Adenocarcinoma de Próstata. **Relatório de Recomendação**. Brasília, 2015. 18p. Disponível em: http://conitec.gov.br/images/Consultas/Relatorios/2015/DDT_Adenocarcinomadeprostata_CP.pdf. Acesso em: 26 jun. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. **Estimativa 2018**. Incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro, 2017. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/estimativa/2018/estimativa-2018.pdf>. Acesso em: 26 jun. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. **Deteção precoce**. Informativo. Rio de Janeiro, 2017. Disponível em: <http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/informativo-deteccao-precoce-numero2-2017.pdf>. Acesso em: 26 jun. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. **Posicionamento do Ministério da Saúde acerca da integralidade da saúde dos homens no contexto do Novembro Azul**. Nota técnica conjunta 01/2015. 2015. Disponível em: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2015/novembro/09/Integralidade-sa--de-homens.pdf>. Acesso em: 27 jun. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. **Esfíncter urinário artificial na incontinência urinária masculina grave pós prostatectomia**. Relatório de Recomendação da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS – CONITEC – 61. Brasília, 2013. Disponível em: <http://conitec.gov.br/images/Incorporados/EsfincterUrinario-final.pdf>. Acesso em: 26 jun. 2018.

BUCHANAN, E., HVIKZDAK, E. E. Online survey tools: ethical and methodological concerns of human research ethics committees. **Journal of Empirical Research on Human Research Ethics: An International Journal**, v. 4, n. 2, p. 37-48, 2009. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19480590>. Acesso em: 26 jun. 2018.

BUCKLEY, B. S., LAPITAN, M. C. M., GLAZENER, C. M. The effect of urinary incontinence on health utility and health-related quality of life in men following prostate surgery. **Neurourologic and Urodynamics**, v. 31, p. 465-469, 2012. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/nau.21231/abstract>. Acesso em: 26 jun. 2018.

CALTRAN, M. P. **Satisfaction With Appearance Scale – SWAP: adaptação e**

validação para brasileiros que sofreram queimaduras. 2014. Dissertação (Mestrado em Ciências) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto. Disponível em: https://sucupira.capes.gov.br/sucupira/public/consultas/coleta/trabalhoConclusao/viewTrabalhoConclusao.jsf?popup=true&id_trabalho=1505183. Acesso em: 26 jun. 2018.

CARRERETTE, F. B., DAMIÃO, R. Incontinência urinária no homem. **Revista do Hospital Universitário Pedro Ernesto UERJ**, v. 9, p. 28-33, 2010. Disponível em: http://revista.hupe.uerj.br/detalhe_artigo.asp?id=250. Acesso em: 27 jun. 2018

CARRIER, J.; EDWARDS, D.; HARDEN, J. Men's perceptions of the impact of the physical consequences of a radical prostatectomy on their quality of life: a qualitative systematic review. **JBIM Database of Systematic Reviews and Implementation Reports**, v. 16, n. 4, p. 892-972, 2018. Disponível em: <http://Insights.ovid.com/crossref?an=01938924-201804000-00014>. Acesso em: 17 dez. 2018.

CARVALHO, M. P., et al. O impacto da incontinência urinária e seus fatores associados em idosos. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 17, n. 4, p. 721-730, 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1809-98232014000400721&script=sci_abstract&tlng=es. Acesso em: 27 jun. 2018.

CERDÁ, R. J. L., et al. Análisis de riesgos competitivos de mortalidadencáncer de próstata tratado mediante prostatectomía radical. **Actas Urológicas Españolas**, v. 42, n. 5, 2016. Disponível em: <http://www.elsevier.es/es-revista-actas-urológicas-espanolas-292-epub-S0210480616000565>. Acesso em: 27 jun. 2018.

CHATTERJI, R. et al. An equivalence study: Are patient-completed and telephone interview equivalent modes of administration for the EuroQol survey? **Health and Quality of Life Outcomes**, v. 15, n. 1, 2017. Disponível em: <http://hqlo.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12955-017-0596-x>. Acesso em: 17 dez. 2018.

CHAVES, F. F. **Tradução, Adaptação e Validação de Instrumentos para as práticas educativas na condição crônica do diabetes Mellitus.** 2016. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte. Disponível em: http://www.bibliotecadigital.ufmg.br/dspace/bitstream/handle/1843/ANDOA8BHVW/fer_nanda_figueredo_chaves.pdf?sequence=1. Acesso em: 27 jun. 2018.

CHAWLA, N., WANG, W., editors. **Proceedings of the 2017 SIAM International Conference on Data Mining.** Philadelphia, PA: Society for Industrial and Applied Mathematics, p. 847, 2017. Disponível em: <https://epubs.siam.org/doi/book/10.1137/1.9781611974973>. Acesso em: 19 dez. 2018.

CHEN, Y. C., et al. Surgical treatment for urinary incontinence after prostatectomy: a meta-analysis and systematic review. **PLoS ONE**, v. 12, n. 5, p. e0130867, 2017. Disponível em: <https://dx.plos.org/10.1371/journal.pone.0130867>. Acesso em: 19 dez.

2018.

COELHO, I. P. S. M., et al. Practice of physical activity among elderly. **Rev pesqui cuid fundam**, v. 9, n. 4, p. 1107-12, 2017. Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/5896/pdf>. Acesso em: 19 dez. 2018.

COLUCI, M. Z. O., ALEXANDRE, N. M. C.; MILANI, D. Construção de instrumentos de medida na área da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 3, p. 925–936, 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232015000300925&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 17 dez. 2018.

CORNICK S., et al. Impact of radical prostatectomy on urinary incontinence, erectile dysfunction and general quality of life. **Journal of Bioscience and Medicine**, v. 3, n. 8, p. 62-75, 2015. Disponível em: <https://www.scirp.org/Journal/PaperInformation.aspx?PaperID=59126>. Acesso em: 27 jun. 2018.

COYNE, K. S., et al. Urinary incontinence and its relationship to mental health and health-related quality of life in men and women in sweden, the United Kingdom, and the United States. **European Urology**, v. 61, n. 1, p. 88-95, 2011. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21831517>. Acesso em: 27 jun. 2018.

CUNHA, C. M., NETO, A. O. P., STACKFLETH R. Principais métodos de avaliação psicométrica da validade de instrumentos de medida. **Rev Aten Saúde**, v. 14, n. 47, p. 78-83, 2016. Disponível em: http://seer.uscs.edu.br/index.php/revista_ciencias_saude/article/view/3391. Acesso em: 19 dez. 2018.

DALL’OGLIO, M. F. (Coord). **Diretrizes de Câncer de Próstata**. Sociedade Brasileira de Urologia. Rio de Janeiro, 2011. 96p. Disponível em: <http://docplayer.com.br/1932401-Diretrizes-de-cancer-de-prostata.html>. Acesso em 27 jun. 2018.

DALL’OGLIO, M. F.; CRIPPA, A.; SROUGI, M. **Cancer de Prostata**. 1 Ed. São Paulo: Gen-Grupo Editorial (antigo), 2013. 328p.

DAMIÃO, R., et al. Câncer de próstata. **Revista do Hospital Universitário Pedro Ernesto UERJ**, v. 14, n. 1, p. 80-86, 2015. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revistahupe/article/view/17931/13463>. Acesso em: 27 jun. 2018.

D’ANCONA, C. A. L. **Avaliação Urodinâmica e Suas Aplicações Clínicas**. 1 Ed. São Paulo: Atheneu Rio, 2015. 396 p.

DAVIS, L. D. Instrument review: getting the most from a panel of experts. **Journal Applied Nursing Research**, v. 5, n. 4, p. 194-197, 1992. Disponível em:

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0897189705800084>. Acesso em: 27 jun. 2018.

DIJKSTRA-ESHUIS J, et al. Effect of preoperative pelvic floor muscle therapy with biofeedback versus standard care on stress urinary incontinence and quality of life in men undergoing laparoscopic radical prostatectomy: a randomised control trial. **Neurourol Urodyn**, v. 34, n. 2, p.144-50, 2015. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24249542>. Acesso em: 06 Fev. 2019.

DONG, X., JI, Z. G. Current progress and controversies in prostate cancer management. **Chin Med J**, v. 130, n. 24, p. 2991-2996, 2017. Disponível em: <http://www.cmj.org/article.asp?issn=03666999;year=2017;volume=130;issue=24;spage=2991;epage=2995;aulast=Dong>. Acesso em: 20 dez. 2018.

DONOVAN, J. L., et al. Scoring the short form ics males of questionnaire. **The Journal of Urology**, v. 164, n. 6, p. 1948-1955, 2000. Disponível em: [https://www.jurology.com/article/S0022-5347\(05\)66926-1/fulltext](https://www.jurology.com/article/S0022-5347(05)66926-1/fulltext) . Acesso em: 27 jun. 2018.

DORNAS, M. C., et al. Câncer de Próstata. **Revista Hospital Universitário Pero Ernesto**, v. 7, n. 1, p. 100-107, 2008. Disponível em: <http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revistahupe/article/view/9286/7192>. Acesso em: 27 jun. 2018.

DUBBELMAN YD, GROEN J, WILDHAGEN MF, et al. Urodynamic quantification of decrease in sphincter function after radical prostatectomy: Relation to postoperative continence status and the effect of intensive pelvic floor muscle exercises. **Neurourol Urodyn**, v. 31, n.5, p.646-51, 2012. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22488800>. Acesso em: 06 fev. 2019.

DUMITH, S. et al. Evaluation of diagnostic criteria and cut-off points to predict underweight among adolescents from the Brazilian semiarid region. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 18, n. 1, p. 231-237, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151938292018000100231&lng=en&tlng=en. Acesso em: 17 dez. 2018.

DYLEWSKI, D. A. et al. A statistical comparison of pad numbers versus pad weights in the quantification of urinary incontinence. **Neurourology and Urodynamics**, v. 26, n. 1, p. 3-7, 2007. Disponível em: <http://doi.wiley.com/10.1002/nau.20352>. Acesso em: 18 dez. 2018.

EVANS, J. R., MATHUR, A. The value of online surveys: a look back and a look ahead. **Internet Research**, v. 28, n. 4, p. 854-87, 2018. Disponível em: <https://www.emeraldinsight.com/doi/10.1108/IntR-03-2018-0089>. Acesso em: 19 dez. 2018.

FERLAY, J. et al. Cancer incidence and mortality worldwide: sources, methods and major patterns in GLOBOCAN 2012. **International Journal of Cancer**, v. 136, n. 5, p. 359-

386, 2015. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25220842>. Acesso em: 27 jun. 2018.

FERLAY, J. et al. **GLOBOCAN 2012 v1.0, cancer incidence and mortality worldwide**. Lyon, France: IARC, 2013. (IARC Cancer Base, 11). Disponível em: <http://globocan.iarc.fr>. Acesso em: 15 ago. 2018.

FONSECA, E. S. M. et al. Validação do questionário de qualidade de vida (King's Health Questionnaire) em mulheres brasileiras com incontinência urinária. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 27, n. 5, p. 235–242, 2005. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010072032005000500002&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 17 dez. 2018.

GLAZENER, C., et al. Conservative treatment for urinary incontinence in men After Prostate Surgery (MAPS): two parallel randomized controlled trials. **Health Technology assessment**, v. 15, n. 24, p.1-290, 2011. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21640056>. Acesso em: 27 jun. 2018.

GOMES, R. et al. As arranhaduras da masculinidade: uma discussão sobre o toque retal como medida de prevenção do câncer prostático. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, n. 6, p. 1975-1984, 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232008000600033. Acesso em: 27 jun. 2018.

GOULART, D. M. M. **Qualidade de vida em pacientes submetidos à prostatectomia radical**. 2012. Dissertação (Mestrado em Atenção à Saúde) - Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba. Disponível em: <http://bdtd.uftm.edu.br/bitstream/tede/170/1/Dissert%20DEBORA%20GOULART.pdf>. Acesso em: 27 jun. 2018.

GUARIERO, M. E. S. **Avaliação da qualidade de vida e índice de satisfação nos pacientes submetidos a prostatectomia radical robótica e prostatectomia radical retropúbica: um estudo prospectivo e aleatorizado**. 2014. Dissertação (Mestrado em Ciências) Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo. Disponível em: www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5153/tde.../MaryElenSallesGuariero.pdf. Acesso em: 27 jun. 2018.

HAAB, F., et al. Comprehensive evaluation of bladder and urethral dysfunction symptoms: development and psychometric validation of the Urinary Symptom Profile (USP©) questionnaire. **Urology**, v. 71, n. 4, p. 646-656, 2008. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18313122>. Acesso em: 27 jun. 2018.

HAGA, N. et al. Postoperative urinary incontinence exacerbates nocturia-specific quality of life after robot-assisted radical prostatectomy. **International Journal of Urology**, v. 23, n. 10, p. 873–878, 2016. Disponível em: <http://doi.wiley.com/10.1111/iju.13163>. Acesso em: 17 dez. 2018.

HAIR J. et al. **Análise multivariada de dados**. 6 Ed. Porto Alegre: Bookman, 2009. 688 p.

HERDMAN, T. H., et al. **PRONANDA - Programa de Atualização em Diagnósticos de Enfermagem**. 6 Ed. Porto Alegre: Artmed Panamericana, 2017. 151p.

HESTER, A. G.; KRETSCHMER, A.; BADLANI, G. Male incontinence: the etiology or basis of treatment. **European Urology Focus**, v. 3, n. 4–5, p. 377–384, 2017. Disponível em: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S2405456917302717>. Acesso em: 17 dez. 2018.

HOLM, H. V. et al. How should continence and incontinence after radical prostatectomy be evaluated? A prospective study of patient ratings and changes with time. **The Journal of Urology**, v. 192, n. 4, p. 1155–1161, 2014. Disponível em: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0022534714033126>. Acesso em: 18 dez. 2018.

HOO, Z. H.; CANDLISH, J.; TEARE, D. What is an ROC curve? **Emergency Medicine Journal**, v. 34, n. 6, p. 357–359, 2017. Disponível em: <http://emj.bmj.com/lookup/doi/10.1136/emermed-2017-206735>. Acesso em: 17 dez. 2018.

HORSTMANN, M. et al. Pre- and postoperative urodynamic findings in patients after a bulbourethral composite suspension with intraoperative urodynamically controlled sling tension adjustment for postprostatectomy incontinence. **Urology**, v. 79, n. 3, p. 702–707, 2012. Disponível em: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0090429511026380>. Acesso em: 18 dez. 2018.

HOWLADER, N. et al. (Ed.). **SEER Cancer Statistics Review, 1975-2014**. Bethesda: National Cancer Institute, 2017. Disponível em: https://seer.cancer.gov/archive/csr/1975_2014/. Acesso em: 1 ago. 2017.

HULLEY, S. B., et al. **Delineando a pesquisa clínica: uma abordagem epidemiológica**. 2 Ed. Porto Alegre: Artmed, 2003. 384p.

IBGE- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa nacional por amostra de domicílios (PNAD)**. São Paulo. 2015. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas-novoportal/sociais/educacao/9127-pesquisa-nacional-por-amostra-dedomicilios.html?=&t=downloads>. Acesso em: 28 jun 2018.

JIANG, Y. H., HONG, Y. L., KUO, H. C. Urodynamic changes in patients with prostate cancer undergoing robotic-assisted radical prostatectomy: A comparison with laparoscopic radical prostatectomy. **Urol Sci**, v. 28, n. 3, p. 174-9, 2017 Disponível em: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1879522617300684>. Acesso em: 19 dez. 2018.

KIM, K.; KIM, J.S. Intervention for patient reported urinary symptoms in prostate cancer survivors: systematic review. **Journal of Cancer Survivorship**, v. 11, n. 5, p. 643–654,

2017. Disponível em: <http://link.springer.com/10.1007/s11764-017-0637-9>. Acesso em: 17 dez. 2018.

KRETSCHMER, A.; NITTI, V. Surgical treatment of male postprostatectomy incontinence: current concepts. **European Urology Focus**, v. 3, n. 4–5, p. 364–376, 2017. Disponível em: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S2405456917302638>. Acesso em: 17 dez. 2018.

KUMAR, A. et al. Continence outcomes of robot-assisted radical prostatectomy in patients with adverse urinary continence risk factors. **BJU International**, v. 116, n. 5, p. 764–770, 2015. Disponível em: <http://doi.wiley.com/10.1111/bju.13106>. Acesso em: 17 dez. 2018.

LIMA, D., CÂMARA, F. P., FONSECA, C. E. C. **Urologia bases do diagnóstico e tratamento**. 1 Ed. São Paulo: Belo Horizonte: Rio de Janeiro: Atheneu, 2014. 284p.

LIMA, R. B. HAHN, G. V. Câncer de próstata e sua relação com a sexualidade masculina: produção científica brasileira. **Revista Destaques Acadêmicos**, v. 8, n. 3, p. 70-86, 2016. Disponível em: <http://www.univates.br/revistas/index.php/destaques/article/view/1165/1030>. Acesso em: 27 jun. 2018.

LIN, Y. H., YANG, M. S. Assessing the reliability and validity of a urinary incontinence scale after radical prostatectomy. **International Journal of Urological Nursing**, v. 4, n. 3, p. 118–124, 2010. Disponível em: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1749-771X.2010.01103.x>. Acesso em: 17 dez. 2018.

LINDER, B. J.; RANGEL, L. J.; ELLIOTT, D. S. Evaluating success rates after artificial urinary sphincter placement: a comparison of clinical definitions. **Urology**, v. 113, p. 220–224, 2018. Disponível em: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0090429517311767>. Acesso em: 18 dez. 2018.

MALIK, R. D. et al. Assessing variability of the 24-hour pad weight test in men with post-prostatectomy incontinence. **International braz j urol**, v. 42, n. 2, p. 327–333, 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S167755382016000200327&lng=en&tlng=en. Acesso em: 18 dez. 2018.

MCANINCH, J. W., LUE, T. F. **Urologia Geral de Smith e Tanagho**. 18 Ed. AMGH, 2014. 768p.

MEDEIROS, A. P., MENEZES, M. F. B., NAPOLEÃO, A. A. Fatores de risco e medidas de prevenção do câncer de próstata: subsídios para a enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 64, n. 2, p. 385-388, 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003471672011000200027.

Acesso em: 27 jun. 2018.

MILLER, K. D., et al. Estatísticas Cancer Treatment and Survivorship Statistics, 2016. **CA: The Cancer Journal for Clinicians**, v. 66, n. 4, p. 271–289, 2016. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2725369>. Acesso em: 27 ago. 2018.

MODESTO, A. A. D. Um novembro não tão azul: debatendo rastreamento de câncer de próstata e saúde do homem. **Interface Comunicação Saúde Educação**, v. 22, n. 64, p. 251-262, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141432832018000100251. Acesso em: 27 jun. 2018.

MONTEIRO, M. V. C.; FONSECA, A. M. R.; FILHO, A. L. S. Valor do estudo urodinâmico no tratamento da incontinência urinária. **Femina**, v. 40, n. 3, p. 135-139, 2012. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2012/v40n3/a3240.pdf>. Acesso em: 27 jun. 2018.

NAKANDI, H. et al. Knowledge, attitudes and practices of Ugandan men regarding prostate cancer. **African Journal of Urology**, v. 19, n. 4, p. 165-170, 2013. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25221428>. Acesso em: 20 dez. 2018.

OLIVEIRA, L. D. R.; LOPES, M. H. B.M. Validação da versão brasileira do Gaudenz-Fragebogen: utilizado para o diagnóstico diferencial da incontinência urinária feminina. **Escola Anna Nery**, v. 20, n. 2, p. 332-336, 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141481452016000200332&script=sci_abstract. Acesso em: 27 jun. 2018.

PASQUALI, L. Psicometria. **Rev. esc. enferm.**, v. 43, n. spe, p. 992-999, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43nspe/a02v43ns.pdf>. Acesso em: 05 set. 2018.

PAULO, D. N. S.; GUIMARÃES, R. A. Robotic radical prostatectomy. **Salus Journal Health Sciences**, v. 2, n. 2, p. 64-79, 2016. Disponível em: <http://www.salusjournal.org/magazine/prostatectomia-radical-robotica/>. Acesso em: 27 jun. 2018.

PDQ Adult Treatment Editorial Board. **Prostate Cancer Treatment (PDQ®): Patient Version**. apr. 2018. In: PDQ Cancer Information Summaries. Bethesda (MD): National Cancer Institute (US); 2002. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK65915/>. Acesso em: 28 jun. 2018.

PEREIRA, F. M. V., LAM, S. C., GIR, E. Cultural Adaptation and Reliability of the Compliance with Standard Precautions Scale (CSPS) for Nurses in Brazil. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 25, n. 0, 9 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010411692017000100311&lng=en&tlng=en. Acesso em: 17 dez. 2018.

PEREIRA, V. S. et al. Tradução e validação para a língua portuguesa de um questionário para avaliação da gravidade da incontinência urinária. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 33, n. 4, p. 182–187, 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010072032011000400006&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 17 dez. 2018.

PEREIRA, V. S. et al. Tradução e validação para a língua portuguesa de um questionário para avaliação da gravidade da incontinência urinária. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 33, n. 4, p. 182–187, 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010072032011000400006&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 17 dez. 2018.

PINTO, I. V. L., et al. An evaluation of elderly people's understanding of pharmacotherapy among those treated in the Primary Healthcare System in Belo Horizonte, Brazil. **Cien Saude Colet**, v. 21, n. 11, p. 3469-81, 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/csc/v21n11/en_1413-8123-csc-21-11-3469.pdf. Acesso em: 19 dez. 2018.

POLI-NETO; O. B., et al. Cultural Adaptation of the Patient Satisfaction Questionnaire and Validation of Its Use in the Portuguese Language for Women with Chronic Pelvic Pain. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 38, n. 9, p. 443-449, 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010072032016000900443. Acesso em: 28 jun. 2018.

POLIT, D. F., BECK, C. T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. 7 Ed. Porto Alegre: Artmed, 2011. 487p.

POLOCK, E. et al. (Editores). Manual de oncologia clínica UICC. 8 Ed. São Paulo: Fundação Oncocentro de São Paulo, 2006.

RADOMSKI, S. B. Practical evaluation of post-prostatectomy incontinence. **Canadian Urological Association Journal**, v. 7, n. 9–10, p. 186, 2013. Disponível em: <http://www.cuaj.ca/index.php/journal/article/view/1620>. Acesso em: 18 dez. 2018.

RAMADA-RODILLA, J. M., SERRA-PUJADAS, C., DELCLÓS-CLANCHET G. L. Adaptación cultural y validación de cuestionarios de salud: revisión y recomendaciones metodológicas. **Salud Pública de México**, v. 55, n. 1, p. 57-66, 2013. Disponível em: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003636342013000100009&lng=es&nrm=iso&tlng=es. Acesso em: 19 dez. 2018.

RHODEN, E. L., AVERBECK, M. A. Câncer de próstata localizado. **Revista AMRIGS**, v. 54, n. 1, p. 92-9, 2010. Disponível em: http://www.amrigs.com.br/revista/54-01/20-488_cancer_de_prostata.pdf. Acesso em: 28 jun. 2018.

RIGATTI, L. et al. The relationship between continence and perineal body tone before and after radical prostatectomy: a pilot study. **Neurourology and**

Urodynamic, v. 31, p. 513-516, 2012. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22396354>. Acesso em: 28 jun. 2018.

ROMERO, F. R. **Fatores de risco para câncer de próstata em uma amostra da população de Curitiba, PR**. 2012. Tese. (Doutorado em Clínica cirúrgica) - Universidade Federal do Paraná, Curitiba. Disponível em: <https://acervodigital.ufpr.br/bitstream/handle/1884/29347/R%20-%20T%20-%20FREDERICO%20RAMALHO%20ROMERO.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 28 jun. 2018.

SALLAMI S. Facteurs prédictifs de l'incontinence urinaire après une prostatectomie radicale: Revue systématique. **Tunis Med**, v. 95, n. 4, p. 229-35, 2017. Disponível em: http://www.latunisiemedicale.com/article-medicale-tunisie_3212_fr. Acesso em: 18 dez. 2018.

SALVAJOLI, J. V., SOUHAMI, L.; FARIA, S. L. **Radioterapia em oncologia**. 2 Ed. São Paulo: Atheneu, 2013. 1320p.

SANTOS, A. G., et al. Efetividade do exercício pélvico no perioperatório de prostatectomia radical: revisão de literatura. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 29, n. 1, p. 100-106, 2016. Disponível em: <http://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/3981/pdf>. Acesso em: 28 jun. 2018.

SANTOS, A. S., et al. Eletroestimulação na incontinência urinária pósprostatectomia radical. **Fisioterapia Brasil**, v. 17, n. 1, p. 50-55, 2016. Disponível em: <http://perineo.net/pub/santos2016.pdf>. Acesso em: 28 jun. 2018.

SANTOS, J. P., SOUZA, A. P. Considerações sobre o câncer de Próstata: Revisão de Literatura. **Revista Multidisciplinar e de Psicologia**, v.10, n. 33, p. 100-115, 2017. Disponível em: <https://idonline.emnuvens.com.br/id/article/viewFile/605/871>. Acesso em: 28 jun. 2018.

SCARPELINI, P., et al. Protocolo de ginástica hipopressiva no tratamento da incontinência urinária pós-prostatectomia: relato de caso. **Revista UNILUS Ensino e Pesquisa**, v. 11, n. 23, p. 90-95, 2014. Disponível em: <http://revista.unilus.edu.br/index.php/ruep/article/view/183/u2014v11n23e183>. Acesso em: 28 jun. 2018.

SILVA, A. P. L. L., NÓBREGA, O. T, CÔRTE, B. O olhar dos conselheiros de saúde da Região Metropolitana de São Paulo sobre serviços de saúde para idosos: 'Quem cuidará de nós em 2030?'. **Saúde debate**, v. 39, n. 105, p. 469-79, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v39n105/0103-1104-sdeb-39-105-00469.pdf>. Acesso em: 19 dez. 2018.

SOARES, G. B. **Autoestima, ansiedade e depressão em homens submetidos à prostatectomia radical**. 2014. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal de São Carlos, São Carlos. Disponível em:

<https://repositorio.ufscar.br/bitstream/handle/ufscar/3278/6434.pdf?sequence=1&isAllowed=y> . Acesso em: 28 jun. 2018.

SBMFC - SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE. **Releases: Sociedade médica não indica rastreamento para câncer de próstata.** Rio de Janeiro, 2015. Disponível em: http://www.sbmfc.org.br/default.asp?site_Acao=&PaginaId=68&mNoti_Acao=mostrapublic&publicacaoID=401. Acesso em: 28 jun. 2018.

SOUZA, A. C., ALEXANDRE, N. M. C., GUIRARDELLO, E. B. Psychometric properties in instruments evaluation of reliability and validity. **Epidemiol. Serv. Saude**, v. 26, n. 3, p. 649-59, 2017. Disponível em: http://revista.iec.gov.br/template_doi_ess.php?doi=10.5123/S1679-49742017000300649&scielo=S2237-96222017000300649. Acesso em: 19 dez. 2018.

SOUZA, C. C. C. **Tradução e validação para a língua portuguesa do questionário de qualidade de vida IQOL (IncontinenceQualityof Life Questionnaire), em mulheres brasileiras com incontinência urinária.** 2010. Dissertação (Mestrado em Ciências) - Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), São Paulo. Disponível em: <http://repositorio.unifesp.br/bitstream/handle/11600/10121/Publico464.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 28 jun. 2018.

STEFANELLI, M. C.; FUKUDA, I. M. K.; ARANTES, E. C. **Enfermagem psiquiátrica em suas dimensões assistenciais.** Barueri, São Paulo: Manole, 2011.

STEWART, B. W.; WILD, C. P. (Ed.). **World Cancer Report: 2014.** Lyon: IARC, 2014.

STIEVANO, L. P., et al .Validation survey of the impact of urinary incontinence (IIQ-7) and inventory of distress urogenital (UDI-6) – the short scales – in patients with multiple sclerosis. **Arquivos de Neuro-Psiquiatria**, v. 73, n. 1, p. 46-51, 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-282X2015000100046. Acesso em: 28 jun. 2018.

STOTHERS, L., THOM, D., CALHOUN, E. Urologic diseases in America project: urinary incontinence in males- demographics and economic burden. **The Journal of Urology**, v. 173, p. 1302–1308, 2005. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15758786>. Acesso em: 28 jun. 2018.

STRANNE, J.; STRANNE, E. Editorial Comment from Dr Stranne and Psychotherapist Stranne to Postoperative urinary incontinence exacerbates nocturia-specific quality of life after robot-assisted radical prostatectomy. **International Journal of Urology**, v. 23, n. 10, p. 879–880, 2016. Disponível em: <http://doi.wiley.com/10.1111/iju.13219>. Acesso em: 17 dez. 2018.

TAMANINI, J. D., et al.. Incontinência urinária: prevalência e fatores de risco em mulheres atendidas no Programa de Prevenção do Câncer Ginecológico. **BEPA, Bol Epidemiol Paul**, v. 34, n. 3, p. 17-23, 2006. Disponível em:

http://www.saude.sp.gov.br/resources/ccd/homepage/bepa/2006/34_outubro_2006.pdf.

Acesso em: 04 set. 2018.

TAMANINI, J. T. N. et al. Validation of the “International Consultation on Incontinence Questionnaire - Short Form” (ICIQ-SF) for Portuguese. **Rev Saúde Pública**, v. 38, n. 3, p. 1-6, 2004. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rsp/v38n3/en_20662.pdf. Acesso em: 17 dez. 2018.

TAMANINI, J.T.N, et al. Association between urinary incontinence in elderly patients and caregiver burden in the city of Sao Paulo/ Brazil: health, wellbeing, and ageing study. **NeurourologyandUrodynamics**, v. 30, n. 7, p. 1281–1285, 2011. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21560151>. Acesso em: 28 jun. 2018.

TAN, G. Y. et al. scientific and technical advances in continence recovery following radical prostatectomy. **Expert Review of Medical Devices**, v. 6, n. 4, p. 431–453, 2009. Disponível em: <http://www.tandfonline.com/doi/full/10.1586/erd.09.19>. Acesso em: 18 dez. 2018.

TASSITANO, R. M. et al. Validação de escalas psicossociais para atividade física em jovens universitários. **Revista de Saúde Pública**, v. 49, n. 47, p. 1-10, 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rsp/v49/pt_0034-8910-rsp-S0034-89102015049005465. Acesso em: 28 jun. 2018.

TIENZA A., et al. Assessment and prevalence study of urinary incontinence after radical prostatectomy: analysis of a historical series. **Arch. Esp. Urol.**, v. 68, n. 9, p. 692-700, 2015. Disponível em: http://aeurologia.com/article_detail.php?aid=4c259d79a5798efad52b914e7b1979d11ccc788d. Acesso em: 18 dez. 2018

TSUI, J. F. et al. Pad count is a poor measure of the severity of urinary incontinence. **The Journal of Urology**, v. 190, n. 5, p. 1787–1790, 2013. Disponível em: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0022534713044200>. Acesso em: 18 dez. 2018.

TU, H. Y. V.; SANDHU, J. S. Office evaluation for post-prostatectomy incontinence. In: SINGLA, A.; COMITER, C. (Ed.). **Post-Prostatectomy Incontinence**. Cham: Springer International Publishing, 2017. p. 23–29.

WALLERSTEDT, A. et al. Pad use and patient reported bother from urinary leakage after radical prostatectomy. **The Journal of Urology**, v. 187, n. 1, p. 196–200, 2012. Disponível em: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0022534711049755>. Acesso em: 18 dez. 2018.

ANEXOS

ANEXO A – VERSÃO ORIGINAL DA *URINARY INCONTINENCE SCALE AFTER RADICAL PROSTATECTOMY (UISRP)*

Urinary incontinence Scale after Radical Prostatectomy (UISRP)

Items	Severity				
	Never 0	1	2	3	Always 4
1. I cannot wait for more than 2 hours to urinate	0	1	2	3	4
2. I always wake up at night to urinate two or more times	0	1	2	3	4
3. Before going to the restroom, I have urine leakage	0	1	2	3	4
4. I always wear diapers because of urinary problems	0	1	2	3	4
5. When sitting up or getting out from the bed, I will urinate	0	1	2	3	4
6. When immediate actions, such as coughing, lifting heavy objects, laughing out loud, etc., occur, I urinate	0	1	2	3	4
7. After a long time standing, the urination often comes out	0	1	2	3	4
8. When exercising (e.g. jogging), urine comes out	0	1	2	3	4

Directions: Please consult the severity level and then circle the number following each statement based on your experience of UI in the past 4 weeks.

**ANEXO B – AUTORIZAÇÃO PARA ADAPTAÇÃO CULTURAL E VALIDAÇÃO DA
URINARY INCONTINENCE SCALE AFTER RADICAL PROSTATECTOMY (UISRP)
PARA O BRASIL**

Novo | Excluir | Arquivar | Lixo eletrônico | ... ↑ ↓ × ↶ Desfazer



Sabrina Chagas

qua 19/04/2017 15:47

Para: lin2368@isu.edu.tw; Luciana da Mata (luregbh@yahoo.com.br) ↗

Responder | ↓

Itens Enviados

Dear Dr. **Lin Yh**,
Good Morning!

My name is Sabrina and I am a nurse and master student at the Universidade Federal de Sao Joao Del Rei located in Divinópolis, Brazil. My master supervisor Profesor Dr. Luciana Regina Ferreira da Mata and me would like to request your permission for translation and validation of the "Urinary incontinence after radical prostatectomy (UISRP) Scale" that you developed, so that we may use this scale here in Brazil. Do you give us permission ?

We are looking forward to your answer.

Thank you very much.

Sabrina de Cássia Chagas

Nurse and master student - Federal University of São João del Rei - Brazil

lin

Novo | ... ↑ ↓ × ↶ Desfazer



lin2368 <lin2368@isu.edu.tw>

sáb 22/04/2017 11:43

Para: Sabrina Chagas (sabinachagas1@hotmail.com) ↗

Responder | ↓

Dear **Sabrina de Cássia Chaga**

Yes, welcome you and your advisor to translate and use the "Urinary incontinence after radical prostatectomy (UISRP) Scale" in your research. You have my permission to use it.

I only have one request. When you complete your research, would you mail me the reliability and validity of this scale test in your country.

May wish your research success.

Best wish,

Yu-Hua Li

email: lin2368@isu.edu.tw

Tel: 886-7-6151100 ext 7719

ANEXO C – MINI EXAME DO ESTADO MENTAL (MEM) (Bertolucci et al, 1994)

Número Identificador: _____ Data: __/__/__

HOSPITAL: _____

Pontuação: _____

Orientação- tempo/espço (1pt para cada resposta certa – total: 10 pontos)

1. Que dia da semana é hoje?	()
2. Que dia do mês é hoje?	()
3. Em quemêsestamos?	()
4. Em queanoestamos?	()
5. Quehorassão (aproximadamente)?	()

Pergunte por partes: “Pode me dizer onde estamos?”

1. Onde nós estamos? Que local é este (gesticule com as mãos ou braços, mostrando o local em volta de si – consultório, hospital, residência, etc)?	()
2. Em que lugar nós estamos (sala, cozinha, quarto, sala, andar, etc)?	()
3. Conhece alguma rua próxima ou bairro onde estamos?	()
4. Em quecidadeestamos?	()
5. Em queestadoestamos?	()

Registro da memória imediata (1pt para cada resposta certa – total: 3 pontos)

Vou-lhe dizer três palavras e, quando terminar, pedirei para repeti-las, em qualquer ordem.

Memorize-as que, irei lhe perguntar: árvore, mesa e cachorro.

A () M () C ()

Atenção e cálculo (1pt para cada resposta certa – total: 5 pontos)

Vou lhe dizer alguns números e gostaria que realizasse os seguintes cálculos:

100-7	93-7	86-7	79-7	72-7
()	()	()	()	()
93	86	79	72	65

Memória recente (1pt para cada resposta certa – total: 3 pontos)

Há alguns minutos você repetiu uma série de três palavras. Por favor, diga-me agora de quais ainda se lembra

A () M () C ()

Linguagem (1pt para cada resposta certa – total: 3 pontos)

Mostre dois objetos simples como uma caneta e um relógio, e peça-lhe que os nomeie

Relógio () Caneta ()

Repita a frase que vou-lhe dizer “nem aqui, nem ali, nem lá” ()

Compreensão verbal (1pt para cada resposta certa – total: 3 pontos)

Entregue uma folha de papel em branco e dê as três seguintes ordens:

Pegue esta folha de papel com a mão direita, dobre-a ao meio e coloque-a em cima da cama.

() pegar () dobrar () colocar na cama

Compreensão escrita (1pt para cada resposta certa – total: 2 pontos)

Forneça uma folha com a seguinte escrita: “Feche os olhos e peça ao paciente que faça o que está escrito ()

Peça ao paciente que “escreva uma frase” iniciando com a palavra “eu”. (Não dite a frase, é preciso que ele escreva

espontaneamente. Verifique se a frase contém sujeito, verbo e se tem sentido. Não é preciso avaliar a gramática nem pontuação ()

Práxis da construção (1pt para cada resposta certa – total: 1 ponto)

Por favor, copie este desenho. (Entregue ao entrevistado e peça-o para copiar. A ação estará correta se o desenho tiver dois pentágonos com interseção de um ângulo).



Pontuação (igual ou superior a)	Escolaridade	Diagnóstico
26	Oito anos ou mais de escolaridade	Normal
22	Quatro anos ou mais de escolaridade	Normal
18	Analfabeto	Normal

ANEXO D - KING'S HEALTH QUESTIONNAIRE

Número Identificador _____ Idade: ___ anos Data: ___/___/___				
Como você avaliaria a sua saúde hoje?				
Muito Boa ()	Boa ()	Normal ()	Ruim ()	Muito ruim ()
Quanto você acha que seu problema de bexiga atrapalha sua vida?				
Não ()	Um pouco ()	Mais ou menos ()	Muito ()	
Abaixo estão algumas atividades que podem ser afetadas pelos problemas de bexiga. Quanto seu problema de bexiga afeta você? Gostariamos que você respondesse todas as perguntas. Simplesmente marque com um "X" a alternativa que melhor se aplica a você.				
Limitação no desempenho de tarefas Com que intensidade seu problema de bexiga atrapalha suas tarefas de casa (ex. limpar, lavar, cozinhar, etc)				
Nenhuma ()	Um pouco ()	Mais ou menos ()	Muito ()	
Com que intensidade seu problema de bexiga atrapalha seu trabalho, ou suas atividades diárias normais fora de casa como: fazer compra, levar filho à escola, etc.?				
Nenhuma ()	Um pouco ()	Mais ou menos ()	Muito ()	
Limitação física/social Seu problema de bexiga atrapalha suas atividades físicas como fazer caminhada, correr, fazer algum esporte, etc.?				
Nenhuma ()	Um pouco ()	Mais ou menos ()	Muito ()	
Seu problema de bexiga atrapalha quando você quer fazer uma viagem?				
Nenhuma ()	Um pouco ()	Mais ou menos ()	Muito ()	
Seu problema de bexiga atrapalha quando você vai à igreja, reunião, festa?				
Nenhuma ()	Um pouco ()	Mais ou menos ()	Muito ()	
Você deixa de visitar seus amigos por causa do seu problema de bexiga?				
Nenhuma ()	Um pouco ()	Mais ou menos ()	Muito ()	
Relações pessoais Seu problema de bexiga atrapalha sua vida sexual?				
Nenhuma ()	Um pouco ()	Mais ou menos ()	Muito ()	
Seu problema de bexiga atrapalha sua vida com seu companheiro?				
Nenhuma ()	Um pouco ()	Mais ou menos ()	Muito ()	
Seu problema de bexiga incomoda seus familiares?				
Nenhuma ()	Um pouco ()	Mais ou menos ()	Muito ()	
Gostariamos de saber quais são os seus problemas de bexiga e quanto eles afetam você. Escolha da lista abaixo APENAS AQUELES PROBLEMAS que você tem no momento.				
Frequência: Você vai muitas vezes ao banheiro?				
Nenhuma ()	Um pouco ()	Mais ou menos ()	Muito ()	
Noctúria: Você levanta à noite para urinar?				
Nenhuma ()	Um pouco ()	Mais ou menos ()	Muito ()	
Urgência: Você tem vontade forte de urinar e muito difícil de controlar?				
Nenhuma ()	Um pouco ()	Mais ou menos ()	Muito ()	
Bexiga hiperativa: Você perde urina quando tem muita vontade de urinar?				
Nenhuma ()	Um pouco ()	Mais ou menos ()	Muito ()	
Incontinência urinária de esforço: Você perde urina com atividades físicas como: tossir, espirrar, correr?				
Nenhuma ()	Um pouco ()	Mais ou menos ()	Muito ()	
Enurese noturna: Você molha a cama à noite?				
Nenhuma ()	Um pouco ()	Mais ou menos ()	Muito ()	
Incontinência no intercurso sexual: Você perde urina durante a relação sexual?				
Nenhuma ()	Um pouco ()	Mais ou menos ()	Muito ()	
Infecções frequentes: Você tem muitas infecções urinárias?				
Nenhuma ()	Um pouco ()	Mais ou menos ()	Muito ()	
Dor na bexiga: Você tem dor na bexiga?				
Nenhuma ()	Um pouco ()	Mais ou menos ()	Muito ()	
Outros: Você tem algum outro problema relacionado à sua bexiga?				
Nenhuma ()	Um pouco ()	Mais ou menos ()	Muito ()	
Emoções Você fica deprimido com seu problema de bexiga?				
Nenhuma ()	Um pouco ()	Mais ou menos ()	Muito ()	
Você fica ansioso ou nervoso com seus problemas de bexiga?				
Nenhuma ()	Um pouco ()	Mais ou menos ()	Muito ()	
Você fica mal com você mesmo por causa do seu problema de bexiga?				
Nenhuma ()	Um pouco ()	Mais ou menos ()	Muito ()	
Sono/Energia Seu problema de bexiga atrapalha seu sono?				
Nenhuma ()	Um pouco ()	Mais ou menos ()	Muito ()	
Você se sente desgastado ou cansado?				
Nenhuma ()	Um pouco ()	Mais ou menos ()	Muito ()	
Algumas situações abaixo acontece com você? Se tiver o quanto? Você usa algum tipo de protetor higiênico com fralda, forro, absorvente para manter-se seco?				
Nenhuma ()	Um pouco ()	Mais ou menos ()	Muito ()	
Você controla a quantidade de líquido que bebe?				
Nenhuma ()	Um pouco ()	Mais ou menos ()	Muito ()	
Você precisa trocar sua roupa íntima (cueca) quando fica molhado?				
Nenhuma ()	Um pouco ()	Mais ou menos ()	Muito ()	
Você se preocupa em estar cheirando urina?				
Nenhuma ()	Um pouco ()	Mais ou menos ()	Muito ()	

**ANEXO E – International Consultation on Incontinence Questionnaire Short Form
(ICIQ)**

ICIQ-SF EM PORTUGUÊS

Número identificador: _____ Data: __/__/__

Muitas pessoas perdem urina alguma vez. Estamos tentando descobrir quantas pessoas perdem urina e o quanto isso as aborrece. Ficaríamos agradecidos se você pudesse nos responderas seguintes perguntas, pensando em como você tem passado, em média nas **ÚLTIMAS QUATRO SEMANAS**.

1. Data de Nascimento: __/__/__
2. Sexo: Feminino Masculino

3. Com que frequência você perde urina? (assinale uma resposta)

Nunca 0

Uma vez por semana ou menos 1

Duas ou três vezes por semana 2

Uma vez ao dia 3

Diversas vezes ao dia 4

O tempo todo 5

4. Gostaríamos de saber a quantidade de urina que você pensa que perde. (assinale uma resposta)

Nunhuma 0

Uma pequena quantidade 2

Uma moderada quantidade 4

Uma grande quantidade 6

5. Em geral, quanto que perder urina interfere em sua vida? Por favor, circule um número entre 0 (não interfere) e 10 (interfere muito)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Não interfere

Interfere muito

ICIQ-SF ESCORE: soma dos resultados 3+4+5 = _____

6. Quando você perde urina? (Por favor assinale todas as alternativas que se aplicam a você)

Nunca

Perco antes de chegar ao banheiro

Perco quando tusso ou espirro

Perco quando estou dormindo

Perco quando estou fazendo atividades físicas

Perco quando terminei de urinar e estou me vestindo

Perco sem razão óbvia

Perco o tempo todo

ANEXO F – TESTE DE NORMALIDADE

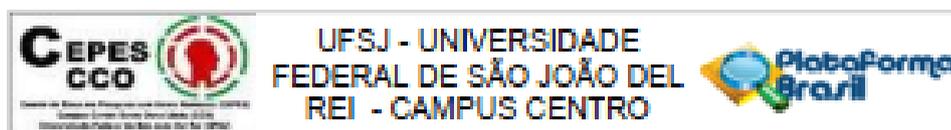
	Kolmogorov-Smirnov		
	Estatística	gl	Valor-p
Domínio Percepção de Saúde – KHQ	,329	80	,000
Domínio Impacto de IU – KHQ	,336	80	,000
Domínio Limitação de Atividades Diárias- KHQ	,394	80	,000
Domínio Limitações Físicas- KHQ	,391	80	,000
Domínio Relações Pessoais- KHQ	,295	80	,000
Domínio Emoções- KHQ	,416	80	,000
Domínio Limitações Sociais- KHQ	,394	80	,000
Domínio Sono e Disposição- KHQ	,522	80	,000
Domínio Medida de Gravidade- KHQ	,314	80	,000

	Kolmogorov-Smirnov		
	Estatística	gl	Valor-p
Escore total ICIQ-SF	,217	80	,000

	Kolmogorov-Smirnov		
	Estatística	gl	Valor-p
EIUPR	,211	80	,000

Segundo o teste de normalidade, todas as escalas analisadas apresentaram distribuição não-normal (valores- $p < 0,05$) e por isso optou-se pela utilização de testes não-paramétricos.

ANEXO G – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP – UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO JOÃO DEL REI



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: TRADUÇÃO, ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL E VALIDAÇÃO DO INSTRUMENTO "URINARY INCONTINENCE SCALE OF RADICAL PROSTATECTOMY" PARA O CONTEXTO BRASILEIRO

Pesquisador: Luciana Regina Ferreira da Mata

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 73961317.4.0000.5545

Instituição Proponente: Fundação Universidade Federal de São João del Rei - C. C. Oeste Dona

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

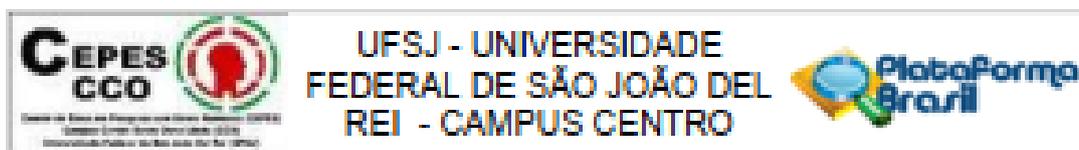
DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.291.119

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo metodológico direcionado a aprimorar métodos de obtenção, organização e elaboração de dados, que contempla a construção, validação e avaliação de instrumentos e técnicas de pesquisa (POLIT et al, 2004). Será realizada a tradução, adaptação transcultural e a validação do instrumento Urinary Incontinence Scale of Radical Prostatectomy (UISRP) através da proposta metodológica de Beaton et al (2007). A validação do construto na população brasileira permitirá comparação com estudos similares disponíveis em outros países. Justifica-se a escolha deste instrumento por ser o único capaz de avaliar a incontinência urinária (IU) após a prostatectomia radical de forma específica e por possuir propriedades psicométricas bem elaboradas (LIN, 2010). A primeira etapa corresponde à adaptação transcultural, que infere duas etapas associadas: a tradução do instrumento e a sua adaptação propriamente dita. Após essa fase ocorre a avaliação da qualidade da medida adaptada em relação à sua compreensibilidade, validade aparente e de conteúdo, bem como a replicabilidade e adequação da nova versão do instrumento (GUILLEMIN, 1993). A segunda parte da pesquisa constituirá na validação do instrumento, sendo considerado um dos aspectos mais importantes neste tipo de delineamento, pois analisar a psicométrica de um instrumento ou escala confirma a confiabilidade e a validade interna, sendo elementos que devem

Endereço: SEBASTIAO GONCALVES COELHO
Bairro: CHARADOUR CEP: 35.501-000
UF: MG Município: DIVINÓPOLIS
Telefone: (37)3221-1580 Fax: (37)3221-1580 E-mail: cepes_cco@ufsj.edu.br



Continuação de Formos 3.201.118

ser contemplados durante todo processo metodológico (LOBIONDO-WOOD; HABER, 2001). A pesquisa será desenvolvida em Divinópolis-MG que conta com um serviço de referência no Estado de MG pelo Instituto Nacional do Câncer (INCA). A população compreenderá pacientes submetidos à prostatectomia radical. Como critérios de inclusão para o estudo, serão considerados homens submetidos à prostatectomia radical há no mínimo dois meses e no máximo um ano, maiores de 18 anos, que apresentem capacidade locomotora, visual, auditiva, com capacidade de deglutição preservada, além de capacidade cognitiva avaliada por meio do mini exame de estado mental (BERTOLUCCI et al., 1994). Serão excluídos os pacientes que ainda estejam utilizando sonda vesical de demora (SVD) e os que relatarem queda de IU antes da cirurgia. A amostra para realização do pré-teste para validação do instrumento será de 30 a 40 participantes (Beaton et al, 2007). Já para a próxima etapa da pesquisa, considerando a recomendação de cinco a dez observações para cada item do instrumento que será validado, para que seja avaliado o Alpha de Cronbach, a amostra será composta por 40 a 80 pacientes, já que a UIPRS é composta por 8 itens (HAIR et al, 2009). O processo de adaptação cultural seguirá as orientações propostas por Beaton, Bombardier e Guillemin (2007), sendo a tradução inicial, síntese das traduções, retrotradução, comitê de juizes, pré teste e apresentação da documentação para o autor. Após esse processo será realizada a análise das propriedades psicométricas da versão pré-final, sendo elas: análise de validade de conteúdo, validade de construto, comparação entre grupos distintos, análise fatorial, validade do construto convergente e análise de confiabilidade. Para coleta de dados na fase do pré-teste e na validação do instrumento, o participante, após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), receberá instruções orais e escritas sobre os dados de coleta referentes à identificação, caracterização sociodemográfica e clínica, além dos instrumentos: Pad Test, o ICIC-SF e UISRP versão final. Os dados referentes ao pré-teste serão analisados utilizando-se o programa estatístico Statistical Package for the Social Scienc (SPSS) versão 1.0. A análise de confiabilidade do instrumento será calculada por meio do Alfa de Cronbach e o nível de significância adotado neste estudo será de 0,05 ou 5%.

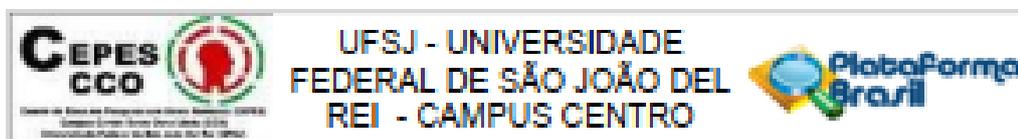
Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Realizar a tradução, adaptação cultural e validação da Incontinence Scale of Radical Prostatectomy (UISRP) para o contexto brasileiro.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Endereço: SEBASTIAO GONCALVES ODELO
 Bairro: CHARADOUR CEP: 36.501-260
 UF: MG Município: DIVINÓPOLIS
 Telefone: (37)3221-1580 Fax: (37)3221-1580 E-mail: cepes_cco@ufsj.edu.br



Continuação de Parecer 2021.118

- Traduzir a UISRP para o português e uso no contexto brasileiro;
- Avaliar a equivalência conceitual, semântica e análise psicométrica da UISRP traduzida para o português;
- Mensurar a incontinência urinária após prostatectomia radical utilizando a UISRP;
- Avaliar a confiabilidade da versão adaptada da UISRP por meio da consistência interna;
- Avaliar a validade da UISRP por meio da análise fatorial.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

São mínimos, e estão relacionados a risco de constrangimento por exposição dos participantes, e a quebra de sigilo das informações obtidas na pesquisa. Para minimizar estes riscos, a coleta de dados será realizada em ambiente reservado, calmo tranquilo e o absorvente íntimo necessário para o Pad Test será colocado pelo próprio paciente após orientação feita pelo responsável pela coleta de dados. Em caso de qualquer risco ou

dano emocional em decorrência do estudo, está garantido o encaminhamento para atendimento psicológico especializado custeado pela equipe de pesquisa. Os questionários serão identificados através de letras e números, não sendo possível a associação nominal, e permanecerão em posse da pesquisadora por período de cinco anos e, após, serão incinerados. Os relatórios e resultados deste estudo serão apresentados sem nenhuma forma de identificação individual. Sendo assim, os riscos referentes à participação dos sujeitos neste estudo são mínimos.

Benefícios:

Esta pesquisa apresenta como benefício a disponibilização de um instrumento específico e, consequentemente ampliação das possibilidades de avaliação da incontinência urinária pós prostatectomia radical na clientela brasileira. Possibilita também a realização de estratégias que visem melhorar a situação dos profissionais nos serviços de saúde no que concerne à incontinência urinária pós prostatectomia radical.

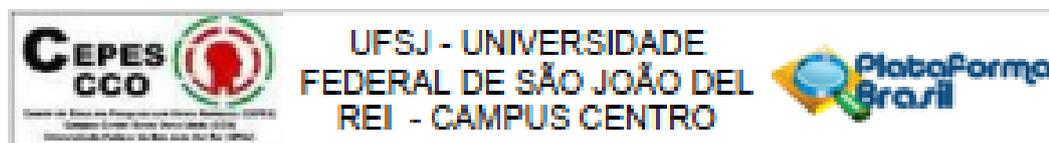
Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

- Tema de pesquisa relevante para a saúde coletiva.
- Foi revisto o TCLE dos pacientes.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram apresentados os seguintes termos de apresentação obrigatória:

Endereço: SEBASTIAO GONCALVES COELHO
 Bairro: CHANADOUR CEP: 32.501-090
 UF: MG Município: DIVINÓPOLIS
 Telefone: (37)3021-1580 Fax: (37)3021-1580 E-mail: cepes_cco@ufsj.edu.br



Continuação de Parecer 2.091.118

- Projeto básico.
- Projeto ampliado.
- Folha de rosto.
- Autorizações do Hospital São João de Deus.
- Check list.
- Orçamento.
- Cronograma.
- TCLE dos pacientes
- TCLE dos Juizes

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O Comitê compreende a relevância do trabalho bem como seu impacto científico e social.

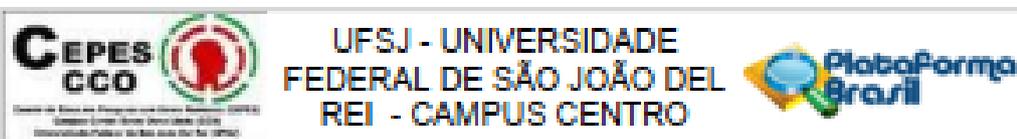
Foi atendido a pendência de necessidade de revisão o TCLE dos pacientes, no que diz respeito a prestação de linguagem clara e acessível aos participantes da pesquisa, principalmente em relação aos objetivos e procedimentos da pesquisa, de acordo com o item IV, letra b, da Resolução 466/12.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PE_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DÓ_P PROJETO_974647.pdf	18/09/2017 17:43:46		Acerto
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_final.pdf	18/09/2017 17:43:08	Sabrina de Cassia Chagas	Acerto
Outros	Carta_ao_Comite_de_etica.pdf	18/09/2017 17:41:40	Sabrina de Cassia Chagas	Acerto
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle_paciente.pdf	18/09/2017 17:38:59	Sabrina de Cassia Chagas	Acerto
Outros	PROJETO.pdf	21/08/2017 17:16:03	Elaine Cristina Dias Franco	Acerto
Outros	Check_list_csp.pdf	21/08/2017 17:15:49	Elaine Cristina Dias Franco	Acerto
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de	TCLE_COMITE_JUIZES.pdf	12/08/2017 12:47:49	Sabrina de Cassia Chagas	Acerto

Endereço: SEBASTIAO GONCALVES COELHO
 Bairro: CHARADOUR CEP: 36.501-090
 UF: MG Município: DIVINÓPOLIS
 Telefone: (37)3221-1580 Fax: (37)3221-1580 E-mail: cepes_coo@ufsj.edu.br



Continuação de Parecer 2.081.118

Avaliação	TCEU_COMITE_JUZES.pdf	12/08/2017 12:47:49	Sabrina de Cássia Chagas	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.pdf	12/08/2017 12:47:26	Sabrina de Cássia Chagas	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	PAULA_SILVA.pdf	12/08/2017 12:47:07	Sabrina de Cássia Chagas	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	LUCIANO_NOGUEIRA.pdf	12/08/2017 12:46:24	Sabrina de Cássia Chagas	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	DOMINGOS_JUNQUEIRA.pdf	12/08/2017 12:46:09	Sabrina de Cássia Chagas	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	DENNY_VELOSO.pdf	12/08/2017 12:45:49	Sabrina de Cássia Chagas	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	ALEXANDRE_DINIZ_2.pdf	12/08/2017 12:45:38	Sabrina de Cássia Chagas	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	ALEXANDRE_DINIZ.pdf	12/08/2017 12:45:25	Sabrina de Cássia Chagas	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	12/08/2017 12:40:03	Sabrina de Cássia Chagas	Aceito
Folha de Rosto	CEPE_Eduardo.pdf	12/08/2017 12:30:40	Sabrina de Cássia Chagas	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

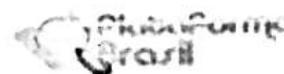
DIVINOPOLIS, 22 de Setembro de 2017

Assinado por:
JULIANO TEIXEIRA MORAES
(Coordenador)

Endereço: SEBASTIAO GONCALVES COELHO
Bairro: CHARADOUR CEP: 32.501-268
UF: MG Município: DIVINOPOLIS
Telefone: (37)3221-1580 Fax: (37)3221-1580 E-mail: cepes_cco@ufsj.edu.br

ANEXO H – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP – HOSPITAL SÃO JOÃO DE DEUS

HOSPITAL SÃO JOÃO DE
DEUS/FUNDAÇÃO GERALDO
CORRÊA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: TRADUÇÃO, ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL E VALIDAÇÃO DO INSTRUMENTO "URINARY INCONTINENCE SCALE OF RADICAL PROSTATECTOMY" PARA O CONTEXTO BRASILEIRO

Pesquisador: luciana regina ferreira da mata

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 73961317.4.3001.5130

Instituição Proponente: FUNDACAO GERALDO CORREA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.335.585

Apresentação do Projeto:

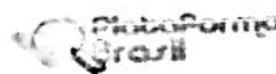
Trata-se de um estudo metodológico direcionado a aprimorar métodos de obtenção, organização e elaboração de dados, que contempla a construção, validação e avaliação de instrumentos e técnicas de pesquisa (POLIT et al, 2004). Será realizada a tradução, adaptação transcultural e a validação do instrumento Urinary Incontinence Scale of Radical Prostatectomy (UISRP) através da proposta metodológica de Beaton et al (2007). A validação do constructo na população brasileira permitirá comparação com estudos similares disponíveis em outros países. Justifica-se a escolha deste instrumento por ser o único capaz de avaliar a incontinência urinária (IU) após a prostatectomia radical de forma específica e por possuir propriedades psicométricas bem elaboradas (LIN, 2010). A primeira etapa corresponde à adaptação transcultural, que infere duas etapas associadas: a tradução do instrumento e a sua adaptação propriamente dita. Após essa fase ocorre a avaliação da qualidade da medida adaptada em relação à sua compreensibilidade, validade aparente e de conteúdo, bem como a replicabilidade e adequação da nova versão do instrumento (GUILLEMIN, 1993). A segunda parte da pesquisa constituirá na validação do instrumento, sendo considerado um dos aspectos mais importantes neste tipo de delineamento, pois analisar a psicomетria de um instrumento ou escala confirma a confiabilidade e a validade interna, sendo elementos que devem ser contemplados durante todo processo metodológico (LOBIONDO-WOOD; HABER, 2001). A

Endereço: Rua do Cobre, 800
Bairro: São João de Deus
UF: MG Município: DIVINOPOLIS
Telefone: (37)3229-7705

CEP: 35 500-227

E-mail: cep@hsjd.com.br

HOSPITAL SÃO JOÃO DE
DEUS/FUNDAÇÃO GERALDO
CORRÊA



Continuação do Parecer 2.335.585

pesquisa

será desenvolvida em Divinópolis-MG que conta com um serviço de referência no Estado de MG pelo Instituto Nacional do Câncer (INCA). A população compreenderá pacientes submetidos à prostatectomia radical. Como critérios de inclusão para o estudo, serão considerados homens submetidos à prostatectomia radical há no mínimo dois meses e no máximo um ano, maiores de 18 anos, que apresentem capacidade locomotora, visual, auditiva, com capacidade de deglutição preservada, além de capacidade cognitiva avaliada por meio do mini exame de estado mental (BERTOLUCCI et al., 1994). Serão excluídos os pacientes que ainda estejam utilizando sonda vesical de demora (SVD) e os que relatarem queixa de IU antes da cirurgia. A amostra para realização do pré-teste para validação do instrumento será de 30 a 40 participantes (Beaton et al, 2007). Já para a próxima etapa da pesquisa, considerando a recomendação de cinco a dez observações para cada item do instrumento que será validado, para que seja avaliado o Alpha de Cronbach, a amostra será composta por 40 a 80 pacientes, já que a UISRP é composta por 8 itens (HAIR et al, 2009). O processo de adaptação cultural seguirá as orientações propostas por Beaton, Bombardier e Guillemin (2007), sendo elas: tradução inicial, síntese das traduções, retrotradução, comitê de juízes, pré teste e apresentação da documentação para o autor. Após esse processo será realizado a análise das propriedades psicométricas da versão pré-final, sendo elas: análise de validade de conteúdo, validade de construto, comparação entre grupos distintos, análise fatorial, validade do construto convergente e análise de confiabilidade. Para coleta de dados na fase do pré-teste e na validação do instrumento, o participante, após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), receberá instruções orais e escritas sobre os dados de coleta referentes à identificação, caracterização sociodemográfica e clínica, além dos instrumentos: Pad Test, o ICIQ-SF e UISRP versão final. Os dados referentes ao pré-teste serão analisados utilizando-se o programa estatístico Statistical Package for the Social Scienc (SPSS) versão 1.0. A análise da confiabilidade do instrumento será calculada por meio do Alfa de Cronbach e o nível de significância adotado neste estudo será de 0,05 ou 5%.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Realizar a tradução, adaptação cultural e validação da Incontinence Scale of Radical Prostectomy (UISRP) para o contexto brasileiro.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Traduzir a UISRP para o português e uso no contexto brasileiro;
- Avaliar a equivalência conceitual, semântica e análise psicométrica da UISRP traduzida para o

Endereço: Rua do Cobre, 800

Bairro: São João de Deus

UF: MG

Município: DIVINOPOLIS

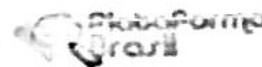
Telefone: (37)3229-7705

CEP: 35.500-227

E-mail: cep@hsjd.com.br



HOSPITAL SÃO JOÃO DE
DEUS/FUNDAÇÃO GERALDO
CORRÊA



Continuação do Parecer 2.335/585

português;

- Mensurar a incontinência urinária após prostatectomia radical utilizando a UISRP;
- Avaliar a confiabilidade da versão adaptada da UISRP por meio da consistência interna;
- Avaliar a validade da UISRP por meio da análise fatorial.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

São mínimos, e estão relacionados a risco de constrangimento por exposição dos participantes, e a quebra de sigilo das informações obtidas na pesquisa. Para minimizar estes riscos, a coleta de dados será realizada em ambiente reservado, calmo tranquilo e o absorvente íntimo necessário para o Pad Test será colocado pelo próprio paciente após orientação feita pelo responsável pela coleta de dados. Em caso de qualquer risco ou dano emocional em decorrência do estudo, está garantido o encaminhamento para atendimento psicológico especializado custeado pela equipe de pesquisa. Os questionários serão identificados através de letras e números, não sendo possível a associação nominal, e permanecerão em posse da pesquisadora por período de cinco anos e, após, serão incinerados. Os relatórios e resultados deste estudo serão apresentados sem nenhuma forma de identificação individual. Sendo assim, os riscos referentes à participação dos sujeitos neste estudo são mínimos.

Benefícios:

Esta pesquisa apresenta como benefício a disponibilização de um instrumento específico e, consequentemente ampliação das possibilidades de avaliação da incontinência urinária pós prostatectomia radical na clientela brasileira. Possibilita também a realização de estratégias que visem melhorar a atuação dos profissionais nos serviços de saúde no que concerne à incontinência urinária pós prostatectomia radical.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

- Tema de pesquisa relevante.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos obrigatórios foram apresentados

Recomendações:

Sem comentários ou recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem comentários ou considerações.

Endereço: Rua do Cobre, 800

Bairro: São João de Deus

UF: MG

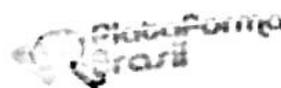
Município: DIVINOPOLIS

CEP: 35.500-227

Telefone: (37)3229-7705

E-mail: cep@hsjd.com.br

HOSPITAL SÃO JOÃO DE DEUS/FUNDAÇÃO GERALDO CORRÊA



Continuação do Parecer 2 335 585

Considerações Finais a critério do CEP:

Lembramos aos senhores pesquisadores que, no cumprimento da Resolução 466/12, o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) deverá receber relatórios anuais sobre o andamento do estudo, bem como a qualquer tempo e a critério do pesquisador nos casos de relevância, além do envio dos relatos de eventos adversos, para conhecimento deste Comitê. Salientamos ainda, a necessidade de relatório completo ao final do estudo. Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP-HSJD de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificado e as suas justificativas. Se a pesquisa, ou parte dela for realizada em outras instituições, cabe ao pesquisador não iniciá-la antes de receber a autorização formal para a sua realização. O documento que autoriza o início da pesquisa deve ser carimbado e assinado pelo responsável da instituição e deve ser mantido em poder do pesquisador responsável, podendo ser requerido por este CEP em qualquer tempo.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_974847.pdf	18/09/2017 17:43:46		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura	projeto_final.pdf	18/09/2017 17:43:06	Sabrina de Cássia Chagas	Aceito
Outros	Carta_ao_Comite_de_etica.pdf	18/09/2017 17:41:40	Sabrina de Cássia Chagas	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle_paciente.pdf	18/09/2017 17:38:29	Sabrina de Cássia Chagas	Aceito
Outros	PROJETO.pdf	21/08/2017 17:16:03	Elaine Cristina Dias Franco	Aceito
Outros	Check_list_cep.pdf	21/08/2017 17:15:49	Elaine Cristina Dias Franco	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_974847.pdf	15/08/2017 20:52:45		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura	PROJETO_VERSAO_FINAL.pdf	12/08/2017 12:51:36	Sabrina de Cássia Chagas	Aceito
TCLE / Termos de	TCLE_PACIENTES.pdf	12/08/2017	Sabrina de Cássia	Aceito

Endereço: Rua do Cobre, 800

Bairro: São João de Deus

UF: MG

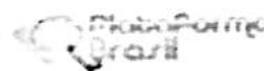
Telefone: (37)3229-7705

Município: DIVINOPOLIS

CEP: 35 500-227

E-mail: cep@hsjd.com.br

HOSPITAL SÃO JOÃO DE
DEUS/FUNDAÇÃO GERALDO
CORRÊA



Continuação do Parecer 2.335.585

Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_PACIENTES.pdf	12:48:08	Chagas	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_COMITE_JUIZES.pdf	12/08/2017 12:47:49	Sabrina de Cássia Chagas	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.pdf	12/08/2017 12:47:26	Sabrina de Cássia Chagas	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	PAULA_SILVA.pdf	12/08/2017 12:47:07	Sabrina de Cássia Chagas	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	LUCIANO_NOGUEIRA.pdf	12/08/2017 12:46:24	Sabrina de Cássia Chagas	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	DOMINGOS_JUNQUEIRA.pdf	12/08/2017 12:46:09	Sabrina de Cássia Chagas	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	DENNY_VELOSO.pdf	12/08/2017 12:45:49	Sabrina de Cássia Chagas	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	ALEXANRE_DINIZ_2.pdf	12/08/2017 12:45:38	Sabrina de Cássia Chagas	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	ALEXANDRE_DINIZ.pdf	12/08/2017 12:45:25	Sabrina de Cássia Chagas	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	12/08/2017 12:40:03	Sabrina de Cássia Chagas	Aceito
Folha de Rosto	CEPE_Eduardo.pdf	12/08/2017 12:20:40	Sabrina de Cássia Chagas	Aceito

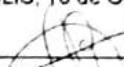
Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

DIVINOPOLIS, 18 de Outubro de 2017


Arlindo Ribeiro de Oliveira
Coord. do Comitê de Ética em Pesquisa
HOSPITAL SÃO JOÃO DE DEUS/FUNDAÇÃO GERALDO CORRÊA
Assinado por: Gestão 2015/2016

Arlindo Ribeiro de Oliveira
(Coordenador)

Endereço: Rua do Cobre, 800

Bairro: São João de Deus

UF: MG Município: DIVINOPOLIS

Telefone: (37)3229-7705

CEP: 35.500-227

E-mail: cep@hsjd.com.br

APÊNDICES

APÊNDICE A - CONVITE ENVIADO AOS PERITOS PARA EXECUÇÃO DA ETAPA DO COMITÊ DE ESPECIALISTAS VIA E-MAI.

Prezado participante,

Meu nome é Sabrina de Cássia Chagas, enfermeira, matriculada no Mestrado Acadêmico em Enfermagem da Universidade São João Del- Rei (UFSJ), campus Dona Lindu em Divinópolis (MG), orientanda das professoras Dr^a Luciana Regina Ferreira da Mata.

Meu projeto de pesquisa propõe-se traduzir e adaptar culturalmente o instrumento "*UrinaryIncontinencescaleafter radical prostatectomy*" para o português brasileiro seguindo a metodologia proposta por Beaton *et al* (2007). Trata-se de um questionário autoaplicável originalmente em língua inglesa, que tem como finalidade a mensuração da incontinência urinária (IU) em pacientes submetidos à prostatectomia radical. Contém 8 afirmações avaliadas em uma escala de likert de 5 pontos, onde 0 indica "nunca ocorre" e 4 indica "sempre ocorre", de forma que pontuações mais altas indicam IU mais grave.

Você está sendo convidado para integrar o Comitê de Juízes, composto por peritos de várias áreas de atuação que participarão da avaliação do instrumento original e do traduzido por meio de uma plataforma gratuita online denominada e-Surv.

Solicitamos que você avalie se a tradução do instrumento "*UrinaryIncontinencescaleof radical prostatectomy*" para o português brasileiro, que você verá na plataforma online, é coerente e de fácil compreensão para os pacientes brasileiros. Para tanto, basta acessar o link da plataforma e-Surv: https://eSurv.org?s=MIEMN_1319876a para proceder a sua avaliação. Segue em anexo o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE), para seu conhecimento, sendo que sua concordância em participar da pesquisa como perito se dará com a confirmação na primeira página da plataforma e-Surv quando você acessar o link acima.

Agradeço a sua colaboração, empenho e disponibilidade e coloco-me à disposição para quaisquer esclarecimentos.

O prazo de retorno dos questionários respondidos será de 15 dias a partir da data de envio desta carta-convite.

Sabrina de Cássia Chagas

Enfermeira pela UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO JOÃO DEL REI

APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA OS JUÍZES

Termo de consentimento livre e esclarecido para participação em pesquisa (Decreto 93.933 de 14/01/87, Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde) – comitê de juízes

Prezado juiz,

Nome da pesquisa: “TRADUÇÃO, ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL E VALIDAÇÃO DO INSTRUMENTO “*URINARY INCONTINENCE SCALE OF RADICAL PROSTECTOMY*” PARA O CONTEXTO BRASILEIRO.”

Pesquisadora responsável: Profa. Dra. Luciana Regina Ferreira da Mata

Equipe de Pesquisa: Profa. Dra. Luciana Regina Ferreira da Mata, Sabrina de Cássia Chagas (discente do Mestrado Acadêmico em enfermagem da Universidade Federal de São João del-Rei(UFSJ-CCO)

Promotor da Pesquisa: Universidade Federal de São João Del Rei, Campus Centro Oeste Dona Lindu. (CCO)

Objetivo: Traduzir para o português, adaptar culturalmente e validar o instrumento “*URINARY INCONTINENCE SCALE OF RADICAL PROSTECTOMY*” em pacientes brasileiros. O convite para a sua participação no Comitê de Juízes é para contribuir na tradução, adaptação transcultural e validação do “*URINARY INCONTINENCE SCALE OF RADICAL PROSTECTOMY*” a qual tem a capacidade de mensurar a incontinência urinária após prostatectomia radical. Sua participação nesta pesquisa consiste, em conjunto com os demais juízes, auxiliar na obtenção de uma versão final do instrumento de modo que este seja linguisticamente adaptado com base nas várias traduções e retro-traduções feitas durante as etapas anteriores da pesquisa. O objetivo dessa etapa é certificar que todo o conteúdo do instrumento tenha sido traduzido e adaptado de forma a conservar as equivalências do instrumento adaptado com a versão original. Os juízes podem incluir ou eliminar itens irrelevantes, inadequados ou ambíguos e, ao mesmo tempo, criar substitutos que sejam adequados à população-alvo.

Risco e Desconforto: Os riscos desta pesquisa são mínimos, e estão relacionados a risco de constrangimento por exposição dos sujeitos, e a quebra de sigilo das informações obtidas na pesquisa. Para minimizar estes riscos, o comitê de juízes será reunido em local reservado, para proporcionar privacidade. Garantimos sigilo referente à sua participação. Além disso, os instrumentos utilizados para coletar os dados serão identificados por códigos numéricos, garantindo assim o anonimato dos sujeitos envolvidos e permanecerão em posse da pesquisadora por um período de cinco anos conforme Resolução 466/2012 e orientações do CEPESJ e somente a pesquisadora e a equipe de pesquisa terão acesso aos formulários preenchidos. Os relatórios e resultados deste estudo serão apresentados sem nenhuma forma de identificação individual.

Benefícios: Os benefícios desta pesquisa consistem na possibilidade de identificação e, conseqüentemente planejamento de ações capazes de possibilitar melhorias na assistência garantindo assim uma maior qualidade no atendimento ao paciente submetido a prostatectomia radical.

Custo/ reembolso para o participante: A sua participação é voluntária e não acarretará nenhuma despesa adicional e nenhum benefício financeiro. Além disso, o(a) Sr^a poderá retirar-se a qualquer momento do estudo. Os gastos necessários para a sua participação na pesquisa serão assumidos pela pesquisadora. E em caso de algum problema decorrente da pesquisa, você terá assegurado o direito a ressarcimento ou indenização no caso de quaisquer danos eventualmente produzidos pela pesquisa.

Assinatura do juiz

Assinatura do pesquisador

Confidencialidade da pesquisa: Sua identidade será mantida em segredo em todas as apresentações, publicações de artigos científicos, dissertação e qualquer outra forma pela qual este

estudo for divulgado. Qualquer dado que possa identificá-lo será omitido na divulgação dos resultados da pesquisa, e o material será armazenado em local seguro. A qualquer momento, durante a pesquisa, ou posteriormente, você poderá solicitar do pesquisador informações sobre sua participação e/ou sobre a pesquisa, o que poderá ser feito através dos meios de contato explicitados neste Termo. Sua participação é voluntária, isto é, ela não é obrigatória, e você tem plena autonomia para decidir se quer ou não participar, bem como retirar sua participação a qualquer momento. Você não será penalizado de nenhuma maneira caso decida não consentir sua participação, ou desistir da mesma. Contudo, ela é muito importante para a execução da pesquisa. Com o seu consentimento o termo será apresentado em duas vias eletrônicas, sendo que uma deverá ser assinada, escaneada e enviada para o e-mail da pesquisadora.

Declaração de consentimento

Eu, _____, declaro que li as informações contidas nesse documento e fui devidamente informado pela pesquisadora Sabrina de Cássia Chagas, RG15.506.105, do objetivo da pesquisa, das atividades que serão realizadas e das condições da minha participação. Concordo em participar do estudo **“TRADUÇÃO, ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL E VALIDAÇÃO DO INSTRUMENTO “URINARY INCONTINENCE SCALE OF RADICAL PROSTATECTOMY” PARA O CONTEXTO BRASILEIRO”**, de forma voluntária. Foi-me garantido que posso retirar o consentimento a qualquer momento, sem que isso leve qualquer penalidade. Declaro ainda que recebi uma cópia do Termo de Consentimento.

Divinópolis, ____ de ____ de 201 ____.

Assinatura do juiz

Assinatura do pesquisador

Em caso de dúvida, comunicar a pesquisadora responsável ou ao Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos do Campus Centro-Oeste Dona Lindu da Universidade Federal de São João Del Rei (CEPES-CCO/UFSJ), situado na Avenida Sebastião Gonçalves Coelho nº 400, Bairro Chanadour, Divinópolis/MG, Tel: (37) 3221-1580, e-mail: cepes_cco@ufs.edu.br. Se desejar, consulte ainda a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (Conep): Tel: (61) 3315-5878 / (61) 3315-5879. E-Mail: conep@saude.gov.br

Responsável pelo Projeto: Profª Dra Luciana Regina Ferreira da Mata.

Equipe do projeto: Profª Dra Luciana Regina Ferreira da Mata, Sabrina de Cássia Chagas

Contato: Profa Luciana Regina Ferreira da Mata. E-mail: lucianadamata@usp.br Tel.: (37) 991049459 (37) 32211267. Endereço: Universidade Federal de São João Del Rei – UFSJ Campus Centro Oeste - situado na Avenida Sebastião Gonçalves Coelho no 400, Bairro Chanadour- Divinópolis - MG – Brasil.

Contato: Sabrina de Cássia Chagas. E-mail: sabrinachagas1@hotmail.com Tel.: (37) 991519045. Endereço: Universidade Federal de São João Del Rei - UFSJ Campus Centro Oeste - situado na Avenida Sebastião Gonçalves Coelho nº 400, Bairro Chanadour- Divinópolis - MG – Brasil.

Agradeço a sua colaboração e solicito a declaração do seu consentimento livre e esclarecido neste documento. Através da sua assinatura em todas as páginas.

APÊNDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA OS PACIENTES

Termo de consentimento livre e esclarecido para participação em pesquisa (Decreto 93.933 de 14/01/87, Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde) – Pacientes

Nome da pesquisa: Tradução, adaptação transcultural e validação do instrumento “*Escala de Incontinência Urinária pós Prostatectomia Radical*” para o contexto brasileiro.

Pesquisadora responsável: Profa. Dra. Luciana Regina Ferreira da Mata

Equipe de Pesquisa: Profa. Dra. Luciana Regina Ferreira da Mata, Sabrina de Cássia Chagas

Promotor da Pesquisa: Universidade Federal de São João Del Rei, Campus Centro Oeste Dona Lindu.

Objetivo: O senhor está sendo convidado a participar de uma pesquisa que tem como objetivo disponibilizar um instrumento de avaliação da incontinência urinária em homens submetidos à prostatectomia radical no Brasil.

Procedimento: Caso o senhor concorde em participar, a pesquisa consistirá em realizar o teste do absorvente para verificar o nível de incontinência, e em responder perguntas relacionadas à sua situação de saúde, questões sócio-demográficas e à incontinência urinária. A entrevista será realizada por uma aluna mestranda de enfermagem, treinada por mim, responsável pelo projeto. A sua participação neste estudo é importante, uma vez que muitos pacientes submetidos à prostatectomia radical têm predisposição a desenvolver a incontinência urinária, o que pode comprometer sua qualidade de vida. Desta forma, identificar a presença de incontinência urinária nesses pacientes, pode colaborar para a melhoria e planejamento da assistência de enfermagem prestada diminuindo os impactos na recuperação do paciente.

Risco e Desconforto: São mínimos, e estão relacionados a risco de constrangimento por exposição dos participantes, e a quebra de sigilo das informações obtidas na pesquisa. Para minimizar estes riscos, a coleta de dados será realizada em ambiente reservado, calmo tranquilo e o absorvente íntimo necessário para o teste da almofada será colocado pelo próprio paciente após orientação feita pelo responsável pela coleta de dados. Em caso de qualquer risco ou dano emocional em decorrência do estudo, está garantido o encaminhamento para atendimento psicológico especializado custeado pela equipe de pesquisa. Os questionários serão identificados através de letras e números, não sendo possível a associação nominal, e permanecerão em posse da pesquisadora por período de cinco anos e, após, serão incinerados. Os relatórios e resultados deste estudo serão apresentados sem nenhuma forma de identificação individual. Sendo assim, os riscos referentes à participação dos sujeitos neste estudo são mínimos.

Benefícios: Esta pesquisa consiste na possibilidade de disponibilizar um instrumento de identificação e caracterização da incontinência urinária pós prostatectomia radical e, conseqüentemente, planejamento de ações pelos profissionais de enfermagem, possibilitando uma melhor qualidade de assistência.

Custo/ reembolso para o participante: Sua participação no estudo é voluntária, não envolve qualquer tipo de despesa adicional, pois as entrevistas serão agendadas de acordo com o seu retorno médico e não envolve nenhum benefício financeiro.

Confidencialidade da pesquisa: Sua identidade será mantida em segredo em todas as apresentações, publicações e qualquer outra forma pela qual este estudo for divulgado. Os instrumentos de coleta de dados serão identificados por códigos numéricos, garantindo assim o anonimato dos sujeitos envolvidos, e permanecerão em posse da pesquisadora por período de cinco anos a contar do dia de hoje e, após, serão incinerados. Além disso, o Sr poderá retirar-se a qualquer momento do estudo, sendo que a desistência não causará nenhum prejuízo à sua saúde ou ao seu bem estar. Os gastos necessários para a sua participação na pesquisa serão assumidos pelos pesquisadores. Está prevista a indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa, sendo os recursos destinados pela pesquisadora.



Assinatura do participante

Impressão Digital



Assinatura do pesquisador

Impressão Digital

Com o seu consentimento o termo será apresentado em duas vias, uma cópia dele ficará com a pesquisadora e a outra com o senhor.

Declaração de consentimento

Eu, _____, declaro que li as informações contidas nesse documento e fui devidamente informado pela pesquisadora Sabrina de Cássia Chagas, RG 15.506.105, do objetivo da pesquisa, das atividades que serão realizadas e das condições da minha participação. Concordo em participar do estudo **“TRADUÇÃO, ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL E VALIDAÇÃO DO INSTRUMENTO “ESCALA DE INCONTINÊNCIA URINÁRIA PÓS PROSTATECTOMIA RADICAL” PARA O CONTEXTO BRASILEIRO”**, de forma voluntária. Foi-me garantido que posso retirar o consentimento a qualquer momento, sem que isso leve qualquer penalidade. Declaro ainda que recebi uma cópia do Termo de Consentimento.

Divinópolis, ____ de _____ de 201 ____.



Assinatura do participante

Impressão Digital

Assinatura do pesquisador

Em caso de dúvida, comunicar a pesquisadora responsável ou ao Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos do Campus Centro-Oeste Dona Lindu da Universidade Federal de São João Del Rei (CEPES-CCO/UFSJ), situado na Avenida Sebastião Gonçalves Coelho nº 400, Bairro Chanadour, Divinópolis/MG, Tel: (37) 3221-1580, e-mail: cepes_cco@ufsj.edu.br.

Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital São João de Deus, situado na rua do Cobre 800, bairro Niterói, Divinópolis/ MG, Tel:(37) 3229 7661 Email:cep@hsjd.com.br

Responsável pelo Projeto: ProfªDraLuciana Regina Ferreira da Mata.

Equipe do projeto: ProfªDraLuciana Regina Ferreira da Mata e Sabrina de Cássia Chagas.

Contato: Profa Luciana Regina Ferreira da Mata. E-mail: lucianadamata@usp.br Tel.: (37) 991049459 (37) 32211267. Endereço: Universidade Federal de São João Del Rei – UFSJ Campus Centro Oeste - situado na Avenida Sebastião Gonçalves Coelho no 400, Bairro Chanadour- Divinópolis - MG – Brasil.

Contato: Sabrina de Cássia Chagas. E-mail: sabrinachagas1@hotmail.com Tel.: (37) 991519045. Endereço: Universidade Federal de São João Del Rei - UFSJ Campus Centro Oeste - situado na Avenida Sebastião Gonçalves Coelho nº 400, Bairro Chanadour- Divinópolis - MG – Brasil.

Agradeço a sua colaboração e solicito a declaração do seu consentimento livre e esclarecido neste documento, através da sua assinatura em todas as páginas.

APÊNDICE D – QUESTIONÁRIO PRÉ-TESTE

Paciente: _____ Idade: _____ Cod _____

ESCALA DE INCONTINÊNCIA URINÁRIA PÓS-PROSTATECTOMIA RADICAL (EIUPR)

Instruções: Por favor, considere o nível de gravidade e então circule o número correspondente a cada item baseado em sua experiência com a incontinência urinária nas últimas 4 semanas.

O usuário teve dificuldade em entender as instruções?

() Não

() Sim

Se a resposta foi sim, qual foi a dificuldade?

Itens	Gravidade				
	Nunca	1	2	3	Sempre
<p>1. Eu não consigo ficar mais de 2 horas sem urinar.</p> <p>O usuário teve dificuldade em entender esse item?</p> <p>() Não</p> <p>() Sim</p> <p>Se a resposta foi sim, qual foi a dificuldade?</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	0	1	2	3	4
<p>2. Eu sempre me levanto à noite duas ou mais vezes para urinar.</p> <p>O usuário teve dificuldade em entender esse item?</p> <p>() Não</p> <p>() Sim</p> <p>Se a resposta foi sim, qual foi a dificuldade?</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	0	1	2	3	4
<p>3. Antes de chegar ao banheiro, eu tenho perda de urina.</p> <p>O usuário teve dificuldade em entender esse item?</p> <p>() Não</p> <p>() Sim</p> <p>Se a resposta foi sim, qual foi a dificuldade?</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	0	1	2	3	4
<p>4. Eu sempre uso fraldas devido a problemas urinários.</p> <p>O usuário teve dificuldade em entender esse item?</p> <p>() Não</p> <p>() Sim</p> <p>Se a resposta foi sim, qual foi a dificuldade?</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	0	1	2	3	4

5. Quando eu sento ou levanto da cama, eu tenho perda de urina. 0 1 2 3 4

O usuário teve dificuldade em entender esse item?

Não

Sim

Se a resposta foi sim, qual foi a dificuldade?

6. Quando faço esforço como tossir, levantar objetos pesados, dar gargalhadas, etc., eu tenho perda de urina. 0 1 2 3 4

O usuário teve dificuldade em entender esse item?

Não

Sim

Se a resposta foi sim, qual foi a dificuldade?

7. Após ficar um longo período em pé, tenho perda de urina. 0 1 2 3 4

O usuário teve dificuldade em entender esse item?

Não

Sim

Se a resposta foi sim, qual foi a dificuldade?

8. Quando me exercito (por exemplo, corro), tenho perda de urina. 0 1 2 3 4

O usuário teve dificuldade em entender esse item?

Não

Sim

Se a resposta foi sim, qual foi a dificuldade?

APÊNDICE E - QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO E CLÍNICO

1 Dados de identificação e sociodemográficos:

- 1.1 Data da entrevista: ___/___/___ 1.2 N° identificador: _____
 1.3 Idade: _____ 1.4 Médico responsável: _____
 1.5 Procedência: _____ () Zona Urbana () Zona Rural
 1.6 Renda Pessoal (em reais): _____ 1.7 Renda Familiar: _____
 1.8 Número de membros na família: _____
 1.9 Ocupação: _____ 1.10 Profissão: _____
 1.11 Escolaridade (em anos): _____ 1.12 Cor da pele: _____
 1.13 Situação marital: () com companheiro () sem companheiro
 1.14 Tipo de atendimento: () SUS () Convênio () Particular

2 Caracterização clínica:

- 2.1 Diagnóstico de base: () Sabe () Não sabe
 Se sabe, especifique: _____
 2.2 Escore de Gleason: ___(__+__) 2.3 Peso da próstata: _____ gramas
 2.4 Tipo de prostatectomia: () Aberta () Videolaparoscopia
 2.5 Data da PR: _____
 2.6 Tempo (em dias) da retirada do cateter vesical de demora: _____
 2.7 Outra doença urológica: () Sim () Não
 Se sim, especifique: _____
 2.8 Co-morbidades: () Sim () Não
 Se sim, quais () Hipertensão () Diabetes () Cardiopatia () Outra (especificar):

 2.9 Peso: _____ 2.10 Altura: _____
 2.11 IMC: _____

()	< 18,5 kg/m ²	→	Baixo peso
()	≥ 18,5 e < 25kg/m ²	→	Eutrófico
()	≥25 e < 30 kg/m ²	→	Sobrepeso
()	≥30 kg/m ²	→	Obesidade

- 2.12 Circunferência abdominal de pé (umbigo): _____ cm
 2.13 Problemas psicológicos (ex: depressão, ansiedade): () Sim () Não
 Se sim, especifique: _____
 2.14 Problemas intestinais: () Sim () Não
 Se sim, especifique: _____
 2.15 Restrição de mobilidade: () Sim () Não
 Se sim, qual motivo? Especifique abaixo:
 () fatores físicos () dificuldade de deambulação () neuropatia diabética () alteração na visão ()
 osteoporose () outros: _____
 2.16 Infecção ou inflamação do trato urinário: () Sim () Não
 2.17 Cirurgia abdominal: () Sim () Não
 Se sim, especifique: _____
 2.18 Radioterapia: () Sim () Não
 2.19 Consumo de álcool: () Sim () Não
 2.20 Consumo de cafeína: () Sim () Não
 2.21 Tabagista: () Sim () Não () Parou
 2.22 Faz uso de fralda/ forro/ absorvente: () Sim () Não
 Se sim, quantos (em dia) _____
 2.23 Realiza alguma atividade para controle da IU? () Sim () Não
 Se sim, qual? _____ Há quanto tempo? (em meses) _____
 Se não, recebeu alguma orientação sobre exercícios para o controle de IU?
 () Sim () Não Se sim, onde? _____

APÊNDICE F - ESCALA DE INCONTINÊNCIA URINÁRIA PÓS PROSTATECTOMIA RADICAL

Instruções: Por favor, considere o nível de gravidade e então circule o número correspondente a cada item baseado em sua experiência com a perda de urina nas últimas 4 semanas.

Itens	Gravidade				
	Nunca	Quase nunca	As vezes	Quase sempre	Sempre
1. Eu não consigo ficar mais de 2 horas sem urinar.	0	1	2	3	4
2. Antes de chegar ao banheiro, eu tenho perda de urina.	0	1	2	3	4
3. Eu sempre uso fraldas devido a problemas urinários.	0	1	2	3	4
4. Quando eu sento ou levanto da cama, eu tenho perda de urina.	0	1	2	3	4
5. Quando faço esforço como tossir, levantar objetos pesados, dar gargalhadas, etc., eu tenho perda de urina.	0	1	2	3	4
6. Após ficar um longo período em pé, tenho perda de urina.	0	1	2	3	4
7. Quando me exercito (por exemplo, caminho), tenho perda de urina.	0	1	2	3	4

APÊNDICE G – Artigo: Prevalência de incontinência urinária pós prostatectomia radical

Resumo

Objetivo: o objetivo desse estudo foi avaliar a prevalência de incontinência urinária os prostatectomia radical considerando diferentes métodos de avaliação. **Métodos:** estudo de caráter descritivo, exploratório e transversal com estratégia de análise quantitativa dos resultados apresentados. A amostra foi composta por indivíduos submetidos a prostatectomia radical no qual foi calculada a prevalência de IU com respectivo intervalo de confiança de 95 (IC95%) considerando: *Pad test*, *Pad Used* e questão 3 da escala *International Consultation on Incontinence Questionnaire Short Form (ICIQ-SF)* (Com que frequência você perde urina?), sendo categorizados como “nunca” continentemente e “alguma vez” incontinente. Em seguida foi realizada a comparação da ocorrência de incontinência urinária segundo cada uma das três classificações por meio do coeficiente Kappa com respectivo Intervalo de Confiança de 95% (IC95%). Também foi avaliada a associação entre os diferentes testes considerando gravidade da IU por meio do teste exato de Fisher. Em todas as análises considerou-se um nível de significância de 5% e foi utilizado o programa estatístico SPSS versão 21.0. **Resultados:** a prevalência de incontinência urinária pós prostatectomia radical avaliada em 152 homens foi de 46,7% segundo o *Pad test*, 41,4% segundo *Pad Used* e 80,3% segundo autorrelato de perda urinária. **Conclusão:** a prevalência de incontinência na população em questão foi alta, considerando principalmente a queixa de perda urinária relatado pelos indivíduos. No entanto, considerando o nível das perdas urinárias avaliados pelos testes clínicos, percebe-se uma taxa moderadamente considerável de IU nessa população. Esses dados demonstram que, na comparação das taxas de IU em diferentes populações, deve-se utilizar definições idênticas para se determinar efetivamente uma prevalência correta.

Descritores: Incontinência Urinária; Prostatectomia; Estudos de Validação; Estudos de Avaliação; Neoplasias da Próstata; Enfermagem.

Introdução

O Câncer de Próstata (CP) é um dos cânceres mais prevalentes no mundo (STEWART; WILD, 2014; BRASIL, 2017) tendo como estimativa para 2018 de quase 1,3 milhão de novos casos de CP e aproximadamente 360 mil mortes associadas em todo o mundo, classificando-se como o segundo câncer mais frequente e a quinta principal causa de

morte por câncer em homens (BRAY et al., 2018).

No Brasil, desconsiderando os tumores de pele não melanoma, o CP é o mais incidente entre os homens em todas as regiões do país e, segundo o Instituto Nacional de Câncer (INCA), a estimativa de novos casos para o biênio 2018-2019 é de 68.220, o que representa um risco e 66,12 casos por 100.000 habitantes (BRASIL, 2017).

O tratamento curativo e frequentemente indicado para alguns tipos de CP é o cirúrgico através da Prostatectomia Radical (PR), considerada tratamento padrão-ouro para o CP localizado. Entretanto, um possível efeito secundário e comum após a cirurgia é a Incontinência Urinária (IU), que pode influenciar negativamente a Qualidade de Vida (QV) dos homens submetidos à PR (TIENZA, et al, 2018). A *International Continence Society* (ICS) define a IU como uma condição na qual ocorre queixa de perda involuntária de urina (ABRAMS et al., 2017).

As taxas de IU Pós Prostatectomia Radical (IUPPR) variam entre 2,5% a 87%. Esta ampla variação é justificada pela diversidade de metodologia utilizada no momento da avaliação (SALLAMI, 2017). A ICS recomenda que na avaliação da IU se especifiquem as circunstâncias, frequência e gravidade das perdas urinárias, além de se avaliar a QV dos indivíduos devido ao impacto que essa condição causa (ABRAMS et al, 2017), a partir da anamnese, exame físico, diário miccional e utilização de escalas ou questionários (AUSTIN; KRETSCHMER; BADLANI, 2017).

Neste contexto, a literatura oferece instrumentos específicos de avaliação da IU, além de testes clínicos que podem quantificar e qualificar a IU a fim de atender as necessidades dos pacientes submetidos a PR no que se refere à avaliação e mensuração da IUPPR (HERDMAN et al., 2017).

Dos instrumentos validados no Brasil e que podem ser utilizados para se determinar a presença ou não de IU, tem-se o *Pad Test*, *Pad used*, além do autorrelato de IU, dado que nesse estudo foi colhido por meio da questão 3 do ICIQ-SF. O *Pad Test* é utilizado para mensurar e classificar o grau de IU pela quantificação da perda urinária, tal recurso pode ser aplicado durante 20 minutos, uma hora ou duas horas. Neste caso, quanto maior o tempo de aplicação, maior pode ser a inviabilidade de utilizá-lo em um estudo científico (HERDMAN et al, 2017). O *Pad Used* é mais utilizado possivelmente devido sua simplicidade, uma vez que consiste em apenas questionar a quantidade de vezes que o paciente troca de fralda ou absorvente durante 24 hora (ÂNGULO et al, 2017). Já o ICIQ-SF fornece uma avaliação breve e geral do impacto da IU na QV, possibilitando assim não só a detecção da presença da IU, mas também seu impacto na QV do paciente (HERDMAN et al, 2017). Desta forma, a

utilização desses instrumentos possibilita a comparação da prevalência de IU conforme metodologia utilizada para se determinar a IU.

Conhecer melhor as estratégias de avaliação e a prevalência IUPPR possibilitará o direcionamento das ações educativas e o referenciamento desses indivíduos para o acompanhamento multiprofissional, bem como otimizar a comunicação entre profissional e paciente com foco para os problemas vivenciados por esses homens (HERMANS et al 2017). Autores já relataram que a IUPPR tem prevalência diferente dependendo da metodologia utilizada para se determinar a IU (TIENZA et al, 2018). Dessa forma, o estudo em questão objetivou comparar a prevalência de IUPPR a partir de diferentes estratégias de avaliação disponíveis.

Método

Trata-se de um estudo transversal, de prevalência, com caráter descritivo e exploratório. O estudo foi realizado no período de dezembro de 2016 a agosto de 2017, cuja amostra foi constituída por homens submetidos à PR em um serviço de referência em oncologia de Minas Gerais, vinculado ao INCA.

Foram selecionados para o estudo homens com idade acima de 18 anos submetidos à PR em acompanhamento pós-operatório, na instituição referida, há no mínimo dois meses e no máximo dois anos, capazes de ouvir e responder oralmente às questões contidas na escala. Foram excluídos aqueles que estavam em uso de Sonda Vesical de Demora (SVD) e os que relataram IU pré-operatória.

Para recrutamento dos participantes, identificou-se a data do retorno médico, e assim, estes foram convidados a participar do estudo, sendo explicados os objetivos da pesquisa e os procedimentos da entrevista. Todos os pacientes que aceitaram participar da pesquisa preencheram o termo de consentimento livre e esclarecido.

A coleta dos dados foi realizada pela pesquisadora principal, e a equipe da instituição, antes de encaminhar os pacientes para a consulta médica, conduziam os mesmos até a sala de enfermagem onde se realizava a entrevista em ambiente privativo.

Os instrumentos de coleta de dados utilizados foram: questionário sociodemográfico, questão três da versão brasileira do *International Consultation on Incontinence Questionnaire - Short Form (ICIQ-SF)* (TAMANINI et al., 2004) e aplicação dos testes clínicos *Pad Used* (ÂNGULO et al, 2017) e *Pad Test* (HERDMAN et al, 2017) de uma hora.

Para caracterização sociodemográfica, foi elaborado um instrumento que contemplou dados como idade, escolaridade, renda per capita, profissão, situação conjugal e tempo pós-

cirúrgico.

O ICIQ-SF é considerado simples, curto e autoaplicável, composto por quatro questões que avaliam frequência, gravidade e impacto da IU, o que possibilita uma avaliação rápida do impacto da IU na QV, além de qualificar a perda urinária dos indivíduos (TAMANINI et al., 2004). O questionário foi validado na língua portuguesa em 2004, apresentando alta capacidade psicométrica e coeficiente α de Cronbach de 0,9 (TAMANINI et al., 2004). Neste estudo, apenas a questão 3 (Com que frequência você perde urina?) deste questionário foi utilizada, pois a mesma refere ao objetivo principal do estudo que é identificar a presença da IU. Dessa forma, indivíduos que autorrelataram nenhuma perda urinária involuntária (nunca), foram classificados como continentares e àqueles que autorrelataram alguma perda involuntária de urina, independente da frequência, foram classificados como incontinentes.

O *Pad Used* consiste em quantificar o número de absorventes utilizados pelo indivíduo em 24 horas. Dessa forma, classifica-se a IU em leve (quando o uso de absorventes é de 1 a 2 por dia), moderada (3 a 5 absorventes por dia) e severa (mais de 6 absorventes por dia) (ANGULO et al., 2017). Sendo assim, aqueles que não utilizam nenhum absorvente, foram classificados como continentares.

O *Pad Test* é realizado com o objetivo de identificar e quantificar a perda urinária a partir de um teste clínico que baseia-se no ganho de peso de um absorvente durante um período predeterminado em que o indivíduo realiza algumas atividades específicas. Ao final, o *Pad Test* classifica a condição do indivíduo de acordo com o peso do absorvente: perda insignificante (quando o peso final do absorvente é de até um grama(g)); perda leve (1,1 a 9,9g); perda moderada (10 a 49,9g); e perda severa (acima de 50g). Entretanto, apesar do *Pad Test* quantificar a perda urinária, ele não permite a identificação do mecanismo da perda (HERDMAN et al., 2017). Dessa forma, considerou-se continentares os indivíduos que foram classificados com perda insignificante.

O cálculo do tamanho da amostra foi definido a partir do teste estatístico de amostra aleatória simples para população finita, estimando-se uma proporção de IU referente à população de interesse. Sendo assim, a população de homens atendidos na instituição em um intervalo de dois anos foi equivalente a 242 homens, com margem de erro de 5% e um nível de confiança de 95%, que resultou em um tamanho mínimo de 149 participantes.

Os dados foram processados e analisados por meio do programa *Statistical Package for Social Science* (SPSS), versão 21.0 para Windows. Os resultados obtidos para as variáveis explanatórias (caracterização sociodemográfica) foram analisados a partir de estatística

descritiva, medidas de tendência central (média, mediana) e de variabilidade (desvio-padrão) para as variáveis contínuas, e frequência relativa para as variáveis categóricas. Aplicou-se o teste *Shapiro-Wilk* para testar normalidade das variáveis explicativas, sendo que aquelas com distribuição normal foram apresentadas em média e desvio-padrão, e as demais em mediana e intervalo interquartilico (p25-p75).

A prevalência de IU com respectivo intervalo de confiança de 95 (IC95%) foi calculada considerando: *Pad Test*, *Pad Used* e questão 3 da escala ICIQ-SF (Com que frequência você perde urina?), sendo classificados como continentes aqueles indivíduos que respondiam a opção “nunca” e classificados como incontinentes aqueles que respondiam “alguma vez”. Em seguida foi realizada a comparação da ocorrência de IU segundo cada uma das três classificações por meio do coeficiente Kappa no qual o valor máximo igual a 1,00 indica alto nível de concordância e valores próximos ou menores que 0,00 indicam discordância entre os observadores, com respectivo Intervalo de Confiança de 95% (IC95%) (ALEXANDRE; COLUCI, 2011; TASSIANO et al., 2015).

Para testar possíveis diferenças entre a gravidade da IU por meio das estratégias, foi adotado o Teste Exato de Fisher e em todas as análises considerou-se um nível de significância de 0,05.

Foram atendidas as recomendações éticas nacionais sobre pesquisas com seres humanos, seguindo a normatização da Resolução nº 466/12 preconizada pelo Conselho Nacional de Saúde, e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da instituição proponente (Parecer nº1.866.160/2016).

Resultados

A população do estudo foi composta por 152 pacientes. No que se refere à idade, os participantes apresentaram média de 66,8 ($\pm 7,8$) anos, variando entre 47 e 83 anos. Quanto à escolaridade, os participantes apresentaram uma média de 3,9 ($\pm 2,9$) anos de estudo, variando de zero a 11 anos. A média da renda per capita foi 898,3 ($\pm 525,7$) reais, variando entre zero e 3748,0 reais. No que concerne à situação profissional, 78,9% estavam em situação inativa (aposentado ou desempregado) e 21,1% em situação ativa. Quanto à situação conjugal, 80,3% dos participantes tinham companheira.

Considerando os resultados apresentados na Tabela 1, a prevalência de IU foi de 46,7% (IC=38,7%; 54,7%) segundo o *Pad Test*, 41,4% (IC=33,5%; 49,4%) segundo *Pad Used* e 80,3% (IC=73,9%; 86,7%). segundo autorrelato de perda involuntária de urina.

Na comparação entre o *Pad Test* e *Pad Used* em relação à classificação de IU (Tabela

1), observa-se que entre os homens classificados como continentes pelo *Pad Test* (n=81), 79% tiveram a mesma classificação pelo *Pad Used*, mas 21% foram classificados com incontinentes por essa escala. Por outro lado, entre aqueles classificados como incontinentes pelo *Pad Test* (n=71), 35,2% foram classificados como continentes pelo *Pad Used* e 64,8% foram também classificados como incontinentes. Essa comparação resultou em uma concordância de 44,1% entre as duas escalas segundo o coeficiente Kappa, sendo essa concordância significativa.

Em relação ao autorrelato de perda involuntária de urina, dos classificados como continentes pelo *Pad Test* (n=81), apenas 23,5% tiveram a mesma classificação pela questão 3, enquanto 76,5% foram classificados como incontinentes. Já entre os classificados como incontinentes pelo *Pad Test* (n=71), 84,5% também foram classificados dessa forma pelo autorrelato de IU, e apenas 15,5% tiveram classificação de continentes. No entanto, essa comparação resultou em um coeficiente kappa de apenas 0,076 e não significativo.

Tabela 1: Comparação da classificação de IU segundo *Pad Test*, em relação ao *Pad Used* e autorrelato de IU, Divinópolis, Minas Gerais, Brasil 2018/ (n=152).

	<i>Pad Test</i>		Kappa [IC95%]
	Continente	Incontinente	
<i>Pad Used</i>			
Continente	64 (79,0%)	25 (35,2%)	0,441 [0,297; 0,585]
Incontinente	17 (21,0%)	46 (64,8%)	
Autorrelato de IU			
Continente	19 (23,5%)	11 (15,5%)	0,076 [0,000; 0,229]
Incontinente	62 (76,5%)	60 (84,5%)	

Fonte: Dados do estudo

Na comparação entre o *Pad Used* e o autorrelato de IU, em relação à classificação de IU (Tabela 2), observa-se que entre os homens classificados como continentes pelo *Pad Used* (n=89), apenas 33,7% tiveram a mesma classificação pelo autorrelato de IU, e 66,3% foram classificados com incontinentes por essa escala. Por outro lado, entre aqueles classificados como incontinentes pelo *Pad Used* (n=63), todos (100%) foram também classificados como incontinentes pelo autorrelato de IU. Essa comparação resultou em uma concordância de 29,7% entre as duas escalas segundo o coeficiente Kappa, sendo essa concordância significativa.

Tabela 2: Comparação da classificação de IU segundo *Pad Used*, em autorrelato de IU, Divinópolis, Minas Gerais, Brasil 2018. (n=152).

	<i>Pad Used</i>		Kappa [IC95%]
	Continente	Incontinente	
Autorrelato de IU			
Continente	30 (33,7%)	0 (0,0%)	0,297 [0,156; 0,437]
Incontinente	59 (66,3%)	63 (100,0%)	

Fonte: Dados do estudo

Segundo *Pad Test*, 34,2% dos homens foram classificados com incontinência leve e segundo o *Pad Used*, 30,3% receberam esta mesma classificação. A incontinência moderada foi presente em 10,5% dos homens segundo *Pad Test* e 8,6% segundo *Pad Used*. Já a IU severa ocorreu em 2,0% segundo *Pad Teste* 2,6% segundo *Pad Used*. Com relação aos resultados da questão 3 da escala ICIQ-SF, 39,5% dos homens relataram perder urina diversas vezes ao dia e 5,3% o tempo todo (Tabela 3).

Tabela 3: Gravidade da IU segundo *Pad Test*, *Pad Used* e questão 3 da escala ICIQ-SF, Divinópolis, Minas Gerais, Brasil 2018 (n=152)

	n	%
<i>Pad Test</i>		
Continente	81	53,3
IU leve	52	34,2
IU moderada	16	10,5
IU severa	3	2,0
<i>Pad Used</i>		
Continente (Nenhuma fralda)	89	58,6
IU leve (1 a 2 fraldas/dia)	46	30,3
IU moderada (3 a 5 fraldas/dia)	13	8,6
IU severa (6 ou mais fraldas/dia)	4	2,6
Questão 3 escala ICIQ-SF - Com que frequência perde urina		
Nunca (continente)	30	19,7
1 vez ou menos por semana	14	9,2
2 ou 3 vezes por semana	21	13,8
1 vez ao dia	19	12,5
Diversas vezes ao dia	60	39,5
O tempo todo	8	5,3

Fonte: Dados do estudo

De acordo com os resultados apresentados na Tabela 4, há associação entre os testes comparados (valores- $p < 0,05$). No entanto, no que se refere aos pacientes classificados como continentemente pelo *Pad Test* ($n=81$), 18,5% foram classificados com IU leve, 1,2% como IU moderada e 1,2% como IU severa pelo *Pad Used*. Já entre aqueles com IU leve pelo *Pad Test* ($n=52$), 40,4% eram continentemente pelo *Pad Used*, 5,8% IU moderada e 1,9% IU severa. Entre os classificados como IU moderada pelo *Pad Test* ($n=16$), 25% eram continentemente pelo *Pad Used* e 25% IU leve. Por fim, dos pacientes classificados como IU severa pelo *Pad Test* ($n=3$), 33,3% foram classificados como IU moderada pelo *Pad Used*.

Na comparação entre o *Pad Test* e a questão 3 da escala ICIQ-SF, entre aqueles classificados como continentemente pelo *Pad Test* ($n=81$), 13,6% relataram perder urina 1 vez ou menos por semana, 18,5% 2 a 3 vezes por semana, 13,6% 1 vez ao dia e 30,9% diversas vezes ao dia. Já entre aqueles classificados como IU leve pelo *Pad Test* ($n=52$), 44,2% relataram perder urina diversas vezes ao dia. Entre aqueles com IU moderada pelo *Pad Test* ($n=16$), 62,5% perdem urina diversas vezes ao dia.

Tabela 4: Comparação da gravidade da IU segundo *Pad Test*, em relação ao *Pad Used* e questão 3 da escala ICIQ-SF, Divinópolis, Minas Gerais, Brasil 2018 ($n=152$)

	<i>Pad Test</i>				Valor- p*
	Continente	IU leve	IU moderada	IU severa	
<i>Pad Used</i>					
Continente (Nenhuma fralda)	64 (79,0%)	21 (40,4%)	4 (25,0%)	0 (0,0%)	<0,001
IU leve (1 a 2 fraldas/dia)	15 (18,5%)	27 (51,9%)	4 (25,0%)	0 (0,0%)	
IU moderada (3 a 5 fraldas/dia)	1 (1,2%)	3 (5,8%)	8 (50,0%)	1 (33,3%)	
IU severa (6 ou mais fraldas/dia)	1 (1,2%)	1 (1,9%)	0 (0,0%)	2 (66,7%)	
Questão 3 escala ICIQ-SF -					
Nunca (continente)	19 (23,5%)	10 (19,2%)	1 (6,3%)	0 (0,0%)	<0,001
1 vez ou menos por semana	11 (13,6%)	2 (3,8%)	1 (6,3%)	0 (0,0%)	
2 ou 3 vezes por semana	15 (18,5%)	5 (9,6%)	1 (6,3%)	0 (0,0%)	
1 vez ao dia	11 (13,6%)	7 (13,5%)	1 (6,3%)	0 (0,0%)	
Diversas vezes ao dia	25 (30,9%)	23 (44,2%)	10 (62,5%)	2 (66,7%)	
O tempo todo	0 (0,0%)	5 (9,6%)	2 (12,5%)	1 (33,3%)	

Fonte: Dados do estudo

Na comparação entre o *Pad Used* e a questão 3 da escala ICIQ-SF conforme mostra a

Tabela 5, entre aqueles classificados como continentais pelo *Pad Used* (n=89), 12,4% relataram perder urina 1 vez ou menos por semana, 19,1% 2 a 3 vezes por semana, 12,4% 1 vez ao dia e 22,5% diversas vezes ao dia. Já entre aqueles classificados como IU leve pelo *Pad Used* (n=46), 60,9% relataram perder urina diversas vezes ao dia.

Entre aqueles com IU moderada pelo *Pad Used* (n=13), 76,9% perdem urina diversas vezes ao dia e 15,4% perdem urina o tempo todo. Entre os classificados como IU severa pelo *Pad Used* (n=4), 50% perdem urina diversas vezes ao dia e 25% perdem urina o tempo todo.

Tabela 5: Comparação da gravidade da IU segundo *Pad Used*, em relação a questão 3 da escala ICIQ-SF, Divinópolis, Minas Gerais, Brasil 2018 (n=152)

	<i>Pad Used</i>				Valor- p*
	Continente	IU leve	IU moderada	IU severa	
Questão 3 escala ICIQ-SF -	Classificação				
Nunca (continente)	30 (33,7%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	<0,001
1 vez ou menos por semana	11 (12,4%)	2 (4,3%)	1 (7,7%)	0 (0,0%)	
2 ou 3 vezes por semana	17 (19,1%)	3 (6,5%)	0 (0,0%)	1 (25,0%)	
1 vez ao dia	11 (12,4%)	8 (17,4%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	
Diversas vezes ao dia	20 (22,5%)	28 (60,9%)	10 (76,9%)	2 (50,0%)	
O tempo todo	0 (0,0%)	5 (10,9%)	2 (15,4%)	1 (25,0%)	

Fonte: Dados do estudo

Discussão

Os resultados desse estudo ressaltam a variabilidade da prevalência de IUPPR conforme a estratégia de avaliação utilizada. Percebe-se que ao considerar a queixa de perda urinária como estratégia de avaliação de IU, estabelecida pela ICS, 80,3% dos indivíduos desse estudo são incontinentes, entretanto ao considerar o *Pad Used* e o *Pad Test*, nota-se uma prevalência de 41,4% e 46,7% respectivamente. Esses dados são corroborados pela literatura internacional (LINDER, et al, 2017; TIENZA et al, 2018; HOLM et al, 2014) que também observaram diferentes taxas de prevalência dependendo da metodologia utilizada na avaliação da IU.

O uso de um ou mais absorventes por dia é a definição de IU estabelecida pelo *Pad Used*, ou seja, aqueles que não usam nenhum absorvente são classificados como continentais. Entretanto, estudos já demonstraram que indivíduos que não usam nenhum absorvente ou que usam somente por segurança não devem ser considerados completamente continentais

(WALLERSTEDT et al, 2012). Alguns autores classificam os continentes como aqueles que não usam ou usam somente um absorvente por segurança diariamente (WALLERSTEDT et al, 2012; TAN; DOUAIHY; TE, 2009). Isso demonstra também a variabilidade utilizada na classificação do *Pad Used* (HORSTMANN et al, 2012; BALCI et al, 2015; ANGULO et al., 2017), o que pode gerar resultados diferentes mesmo utilizando a mesma metodologia de avaliação.

Já o *Pad Test* de 24 horas, embora seja considerado o mais preciso, apresenta limitações práticas, o que faz com que o teste de 1 hora seja o mais utilizado (RADOMSKI, 2013; VICENT, 2017). O *Pad Test* de 1 hora, utilizado para quantificar objetivamente a perda de urina, tem apresentado bons resultados, entretanto, alguns fatores podem influenciar o resultado, como o desconforto de cada indivíduo. Enquanto alguns podem trocar o absorvente quando acumular 20 ml de urina, outros podem trocar somente após 1000 ml, assim como aqueles que trocam a cada perda urinária percebida. Outro fator é a condição financeira que pode levar alguns indivíduos a trocar absorventes com menos frequência (TSUI, 2013).

Nesse estudo, ao se comparar o *Pad Used* com o *Pad Test*, percebeu-se uma concordância significativa e moderada. Tal resultado ainda apresenta divergência entre os estudos disponíveis e que fizeram a mesma associação (DYLEWSKI, 2007; JOHNSON, et al, 2013). Malik et al (2016) aponta essa associação, no qual o número de absorventes coletados durante um *Pad Test* de 24 horas mostrou-se ser uma medida confiável de incontinência. Por outro lado, autores compararam o *Pad Used* com o *Pad Test* de 24 horas e constataram que os números de absorventes autorrelatados por dia não era uma medida confiável de incontinência (DYLEWSKI, 2007; JOHNSON, et al, 2013). Esses dados demonstram que os dados disponíveis na literatura são controversos, e conseqüentemente, podem influenciar nas taxas de prevalência de IUPPR.

A IU, segundo conceito estabelecido pela ICS, considera a queixa do indivíduo como o único fator a ser avaliado, sem considerar a frequência e intensidade das perdas, (ABRAMS et al, 2017) que devem ser avaliadas para se determinar a gravidade da IU. Sendo assim, no estudo em questão, nota-se uma alta taxa de IU que pode ser atribuída ao incômodo sentido pelos indivíduos ao perceberem a perda urinária involuntária, mesmo quando essa perda é mínima. Já o *Pad Used* e *Pad Test* demonstram ser testes clínicos objetivos capazes de avaliar a gravidade da IU, levando em consideração fatores mensuráveis e não o desconforto dos indivíduos, que segundo autores, deve ser considerado clinicamente mais importante do que o grau da perda urinária (WALLERSTEDT et al, 2012).

Conclusão

O estudo conclui que a prevalência de IUPPR na população em questão foi alta, considerando principalmente a queixa de perda urinária relatado pelos indivíduos. No entanto, considerando o nível das perdas urinárias avaliados pelos testes clínicos, percebe-se uma taxa moderadamente baixa de IU nessa população. Esses dados demonstram que, na comparação das taxas de IU em diferentes populações, deve-se utilizar definições idênticas para se determinar efetivamente uma prevalência correta.

Por fim, espera-se que os resultados dessa pesquisa possam contribuir na determinação da melhor metodologia de avaliação da presença de IUPPR, uma vez que dados inadequados impossibilitam o direcionamento de ações educativas.

Referencias

ABRAMS, P, et al. **Incontinence**. 6th ed International Consultation on Incontinence. International Continence Society (ICS). Tokio: Health Publications Ltd; 2017. 2636 p. Disponível em: https://www.ics.org/publications/ici_6/Incontinence_6th_Edition_2017_eBook_v2.pdf. Acesso em: 19 dez. 2018.

ANGULO, J. C., et al. Treatment of male stress urinary incontinence with the adjustable transobturator male system: Outcomes of a multi-center Iberian study. **Neurourology and Urodynamics**, v. 37, n. 4, p. 1458-1466, nov. 2017. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29315765>. Acesso em: 28 jun. 2018.

BALCI, M. et al. Adjustable perineal male sling using tissue expander as an effective treatment of post-prostatectomy urinary incontinence. **International braz j urol**, v. 41, n. 2, p. 312–318, abr. 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S167755382015000200312&lng=en&tlng=en. Acesso em: 18 dez. 2018

BRASIL. Ministério da Saúde, Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. **Estimativa 2018**. Incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro, 2017. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/estimativa/2018/estimativa-2018.pdf>. Acesso em: 26 jun. 2018.

DYLEWSKI, D. A. et al. A statistical comparison of pad numbers versus pad weights in the

quantification of urinary incontinence. **Neurourology and Urodynamics**, v. 26, n. 1, p. 3–7, jan. 2007. Disponível em: <http://doi.wiley.com/10.1002/nau.20352>. Acesso em: 18 dez. 2018.

FERLAY, J. et al. Cancer incidence and mortality worldwide: sources, methods and major patterns in GLOBOCAN 2012. **International Journal of Cancer**, v. 136, n. 5, p. 359-386, mar. 2015. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25220842>. Acesso em: 27 jun. 2018.

HERDMAN, T. H., et al. Eliminação urinária prejudicada no cliente prostatectomizado. In. _____. **PRONANDA - Programa de Atualização em Diagnósticos de Enfermagem**. Porto Alegre: Artmed Panamericana, 2017. p. 9-40.

HESTER, A. G.; KRETSCHMER, A.; BADLANI, G. Male incontinence: the etiology or basis of treatment. **European Urology Focus**, v. 3, n. 4–5, p. 377–384, out. 2017. Disponível em: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S2405456917302717>. Acesso em: 18 dez. 2018.

HOLM, H. V. et al. How should continence and incontinence after radical prostatectomy be evaluated? A prospective study of patient ratings and changes with time. **The Journal of Urology**, v. 192, n. 4, p. 1155–1161, out. 2014. Disponível em: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0022534714033126>. Acesso em: 18 dez. 2018.

HORSTMANN, M. et al. Pre- and postoperative urodynamic findings in patients after a bulbourethral composite suspension with intraoperative urodynamically controlled sling tension adjustment for postprostatectomy incontinence. **Urology**, v. 79, n. 3, p. 702–707, mar. 2012. Disponível em: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0090429511026380>. Acesso em: 18 dez. 2018.

LINDER, B. J.; RANGEL, L. J.; ELLIOTT, D. S. Evaluating success rates after artificial urinary sphincter placement: a comparison of clinical definitions. **Urology**, v. 113, p. 220–224, mar. 2018. Disponível em: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0090429517311767>. Acesso em: 18 dez. 2018.

MALIK, R. D. et al. Assessing variability of the 24-hour pad weight test in men with post-prostatectomy incontinence. **International braz j urol**, v. 42, n. 2, p. 327–333, abr. 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S167755382016000200327&lng=en

[&tlng=en](#). Acesso em: 18 dez. 2018.

RADOMSKI, S. B. Practical evaluation of post-prostatectomy incontinence. **Canadian Urological Association Journal**, v. 7, n. 9–10, p. 186, 8 out. 2013. Disponível em: <http://www.cuaj.ca/index.php/journal/article/view/1620>. Acesso em: 18 dez. 2018.

SALLAMI S. Facteurs prédictifs de l'incontinence urinaire après une prostatectomie radicale: Revue systématique. **Tunis Med**, v.95, n.4, p. 229-35, 2017. Disponível em: http://www.latunisiemedicale.com/article-medicale-tunisie_3212_fr. Acesso em: 18 dez. 2018.

STEWART, B. W.; WILD, C. P. (Ed.). **World Cancer Report**: 2014. Lyon: IARC, 2014

TAMANINI, J. T. N., et al. Validação do “King’s Health Questionnaire” para o português em mulheres com incontinência urinária. **Revista de Saúde Pública**, v. 37, n. 2, p. 203-211, apr. 2003. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102003000200007. Acesso em: 28 jun. 2018.

TAMANINI, J. T. N. et al. Validation of the “International Consultation on Incontinence Questionnaire - Short Form” (ICIQ-SF) for Portuguese. **Rev Saúde Pública**, v. 38, n. 3, p. 1-6, 2004. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rsp/v38n3/en_20662.pdf. Acesso em: 17 dez. 2018.

TAN, G. Y. et al. scientific and technical advances in continence recovery following radical prostatectomy. **Expert Review of Medical Devices**, v. 6, n. 4, p. 431–453, jul. 2009. Disponível em: <http://www.tandfonline.com/doi/full/10.1586/erd.09.19>. Acesso em: 18 dez. 2018.

TIENZA A., et al. Assessment and prevalence study of urinary incontinence after radical prostatectomy: analysis of a historical series. **Arch. Esp. Urol.**, v. 68, n. 9, p. 692-700, Nov. 2015. Disponível em: http://aeurologia.com/article_detail.php?aid=4c259d79a5798efad52b914e7b1979d11ccc788d. Acesso em: 18 dez. 2018

TSUI, J. F. et al. Pad count is a poor measure of the severity of urinary incontinence. **The Journal of Urology**, v. 190, n. 5, p. 1787–1790, nov. 2013. Disponível em: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0022534713044200>. Acesso em: 18 dez. 2018.

TU, H. Y. V.; SANDHU, J. S. Office evaluation for post-prostatectomy incontinence. In: SINGLA, A.; COMITER, C. (Ed.). **Post-Prostatectomy Incontinence**. Cham: Springer International Publishing, 2017. p. 23–29.

WALLERSTEDT, A. et al. Pad use and patient reported bother from urinary leakage after radical prostatectomy. **The Journal of Urology**, v. 187, n. 1, p. 196–200, jan. 2012. Disponível em: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0022534711049755>. Acesso em: 18 dez. 2018.