



**Politécnico
Castelo Branco**

Escola Superior de Saúde
Dr. Lopes Dias



Tradução, adaptação cultural e linguística e validação do instrumento de medida “*Pelvic floor impact questionnaire – 7 (PFIQ-7)*” para a população portuguesa

Soraia Filipa Magano Patrício

nº 20211388

Orientador:

Professora Doutora Daniela Oliveira Baltazar

Co-Orientador:

Fisioterapeuta Ana Sofia Cardoso Pontes Magalhães Pacheco

Arguente:

Professor Doutor Nuno do Carmo Antunes Cordeiro

Trabalho de Projeto apresentado à Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias do Instituto Politécnico de Castelo Branco para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Licenciada em designação da Licenciatura em Fisioterapia, realizada sob a orientação científica da Professora Doutora Daniela Oliveira Baltazar, do Instituto Politécnico de Castelo Branco.

Junho 2025

Composição do júri

Presidente do júri

Professor Doutor Nuno do Carmo Antunes Cordeiro

Professor Coordenador, Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias

Orientador

Presidente do júri

Professora Doutora Daniela Oliveira Baltazar

Professora Adjunta, Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias

Arguente

Professor Doutor Nuno do Carmo Antunes Cordeiro

Professor Coordenador, Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias

Dedicatória

Dedico este trabalho final à minha mãeinha Isabel, pelo seu apoio incondicional, especialmente nos momentos mais difíceis. Este trabalho é, acima de tudo, um reflexo da mulher extraordinária que és e da inspiração que sempre representas na minha vida.

A ti que nunca me deixaste desistir dos meus sonhos, obrigada por tudo.

Agradecimentos

Quando dizem que em quatro anos nos tornamos pessoas diferentes e que o nosso caminho nos vai moldando, hoje posso ter a certeza que é real. Esta foi uma das mais desafiantes caminhadas a que me propus, e também a mais recompensadora.

Chegar até aqui não teria sido possível sem o apoio, carinho e presença de pessoas muito especiais, às quais quero expressar a minha profunda gratidão.

Aos meus pais, ao meu irmão, aos meus avós, e ao meu padrasto, que sempre acreditaram em mim, mesmo quando eu duvidava. Agradeço do fundo do coração por todo o amor, incentivo e confiança depositados em mim ao longo deste caminho. Cada palavra de apoio, cada gesto de carinho e cada sacrifício feito em silêncio foram fundamentais para que eu pudesse chegar até aqui.

Ao meu namorado, Tomás, um agradecimento especial por seres a minha âncora em dias turbulentos e o meu porto seguro em todas as fases deste percurso. Obrigada por acreditares em mim, por me escutares com paciência, por me animares quando eu achava que não era capaz, e por estares sempre presente com amor, compreensão e força. Amo-te.

À minha amiga e colega Eduarda, o meu agradecimento mais sincero. Ao longo destes quatro anos, tornaste-te uma das pessoas mais importantes da minha vida. O teu apoio, compreensão e amizade incondicional foram um pilar fundamental neste percurso. Obrigada por cada gesto de apoio, por cada momento de partilha e, sobretudo, pela constante disponibilidade e companheirismo ao longo destes anos. Juntas, enfrentámos desafios e celebrámos conquistas.

Ao Rómulo, por estar sempre presente com o seu bom humor e por nunca deixar faltar uma gargalhada, mesmo nos momentos mais difíceis. A tua leveza tornou muitos dias mais fáceis de suportar.

Às minhas amigas de infância (Inês, Margarida, Beatriz e Matilde), que sempre estiveram ao meu lado, nos bons e nos maus momentos, com palavras de encorajamento, escuta atenta e amor genuíno. A vossa presença constante é um dos maiores tesouros da minha vida. São e serão para casa.

Agradeço também do fundo do meu coração aos Professores Andrew Collinge, Maria João Ferreira, Maria Fátima Gonçalves Almeida, Paula Sofia Prada Pontes e Salwa Reem Kelidar pela generosa disponibilidade em colaborar neste projeto, dedicando tempo e atenção, mesmo alguns sem me conhecerem pessoalmente. O vosso contributo foi fundamental para a concretização deste trabalho.

Por fim, à minha orientadora de projeto, Professora Doutora Daniela Baltazar, o meu muito obrigada por toda a orientação, paciência e disponibilidade. A sua ajuda foi essencial nesta fase tão crítica e exigente do percurso académico.

A todos vocês, o meu mais sincero obrigado. Este trabalho é também vosso.

Resumo

Objetivo: Obter a versão portuguesa do questionário *Pelvic floor impact questionnaire – 7* equivalente ao nível semântico à versão original e verificar a sua confiabilidade, reprodutibilidade, validade, responsividade e sensibilidade.

Materiais e Métodos: O estudo foi dividido em duas partes, composto por amostras de conveniência. A primeira parte corresponde à adaptação cultural e linguística do instrumento de medida “*Pelvic floor impact questionnaire – 7 (PFIQ-7)*” para a população portuguesa, sendo realizada através da metodologia sequencial. A segunda fase corresponde ao processo de validação do instrumento através de um estudo piloto de carácter transversal formado por 31 mulheres com disfunções do pavimento pélvico (DPP) – Grupo TP – e 25 mulheres sem DPP – Grupo Controlo. O teste-reteste (momento T0 e T1) a ocorrer num intervalo de 4 semanas, com um número de 7 indivíduos.

Resultados: A versão portuguesa do *PFIQ-7*, relativamente à sua confiabilidade, nomeadamente à consistência interna apresentou um Alfa de Cronbach na sua totalidade de $\alpha = 0,967$ com item-total quando algum item é excluído a variar entre $\alpha = [0,964 - 0,968]$. A reprodutibilidade dos momentos T0 e T1 apresentou um coeficiente de correlação intraclasse (CCI) de CCI de 1,000 (intervalo de confiança (IC) 95%: 0,998 – 1,000; $p < 0,001$) na sua totalidade e variação de CCI = $[0,722 - 0,793]$ nas várias questões, considerando um IC de 95%. Quanto à sua validade, a validade de conteúdo revelou um IVC total de 0,75, apesar de valores de 1 nas questões individuais. Já para a validade de construto obteve-se um KMO = 0,653 e um valor de p no teste de esfericidade de Bartlett de $<0,001$. A Análise Fatorial Exploratória conjunta revelou uma estrutura tridimensional, onde cada conjunto de 7 itens se agrupa fortemente no seu respetivo fator. A validade de critério foi considerada fraca, com correlação de Spearman de $\rho = 0,317$. A responsividade foi avaliada através do Effect Size (Cohen's $d = -0,04$), indicando mudança mínima, e da média de resposta padronizada (MRE = -1,05), que revelou uma mudança consistente. Quanto à sensibilidade, observou-se efeito chão de 100% no grupo controlo (esperado) e 5,6% no grupo TP, e nenhum efeito teto.

Conclusão: O Questionário de Impacto no Pavimento Pélvico - 7 (QIPP-7) é um instrumento curto, de rápida e fácil aplicação, comprovando-se ser um instrumento equivalente semântica e culturalmente à sua versão original e apresentar excelentes valores de confiabilidade, boa validade de conteúdo e aceitável validade de construto.

Palavras-chave: Pavimento pélvico; Disfunções do pavimento pélvico; Fisioterapia; PFIQ-7; Tradução; Validação

Abstract

Objective: To obtain a Portuguese version of the Pelvic Floor Impact Questionnaire – 7 (PFIQ-7) that is semantically equivalent to the original version and to assess its reliability, reproducibility, validity, responsiveness, and sensitivity.

Materials and Methods: The study was conducted in two phases using convenience samples. The first phase involved the cultural and linguistic adaptation of the PFIQ-7 into European Portuguese using a sequential translation method. The second phase involved the validation process through a cross-sectional pilot study with 31 women diagnosed with pelvic floor dysfunction (PFD) — Pilot Test Group (TP) — and 25 women without PFD — Control Group. A test-retest procedure was performed with a 4-week interval using a subsample of 7 participants.

Results: The Portuguese version of the PFIQ-7 demonstrated excellent internal consistency, with a total Cronbach's alpha of $\alpha = 0.67$ and item-total correlations ranging from $\alpha = 0.964$ to 0.968 . Test-retest reproducibility showed an intraclass correlation coefficient (ICC) of 1.000 (95% CI: 0.998 – 1.000 ; $p < 0.001$) overall, with item-level ICCs ranging from 0.722 to 0.865 . Content validity yielded an overall Content Validity Index (CVI) of 0.75 , despite perfect item-level agreement. Construct validity presented a KMO of 0.653 and a significant Bartlett's test ($p < 0.001$). The combined Exploratory Factor Analysis revealed a three-dimensional structure, where each set of 7 items is strongly grouped into its respective factor. Criterion validity showed weak correlation with the gold-standard Bother questionnaire (Spearman's $\rho = 0.317$). Responsiveness was minimal according to Cohen's d (-0.04) but moderate to high according to the standardized response mean (SRM = -1.05). Sensitivity analysis showed a ceiling effect of 0% and a floor effect of 5.6% in the clinical group, with an expected 100% floor effect in the control group.

Conclusion: The Portuguese version of the Pelvic Floor Impact Questionnaire – 7 (QIPP-7) is a brief, user-friendly, and culturally appropriate instrument that demonstrates excellent reliability, good content validity, and acceptable construct validity. It is a suitable tool for clinical practice and research in the field of women's pelvic health in Portugal.

Keywords: Pelvic floor; Pelvic floor dysfunctions; Physical therapy; PFIQ-7; Translation; Validation

Índice Geral

1. Introdução	1
2. Materiais e Métodos	2
2.1 Desenho do estudo e Participantes	2
2.2 Tradução e validação do questionário e Administração do questionário .	3
2.3 Procedimentos de recolha de dados	4
2.4 Variáveis	5
2.5 Análise estatística	7
3. Resultados	8
3.1 Características dos participantes	8
3.2 Pontuações do QIPP-7	10
3.3 Reprodutibilidade teste-reteste e Confiabilidade – consistência interna	11
3.4 Validade de construto, de conteúdo e de critério	12
3.5 Responsividade	17
3.6 Sensibilidade	17
4. Discussão	17
4.1 Limitações	20
4.2 Pontos Fortes	21
5. Conclusão	22
Outra informação	22
Referências bibliográficas	23
Material suplementar	28

Índice de tabelas

<i>Tabela 1 – Caracterização da amostra – Dados numéricos.....</i>	<i>8</i>
<i>Tabela 2 - Caracterização da amostra - Dados categóricos.....</i>	<i>9</i>
<i>Tabela 3 - Pontuações médias, desvio padrão (DP) e valores máximo e mínimo de QIPP-7 e subescalas</i>	<i>11</i>
<i>Tabela 4 - CCI por item</i>	<i>11</i>
<i>Tabela 5 - CII QIPP-7 Total</i>	<i>11</i>
<i>Tabela 6 - Consistência Interna - Alpha de Cronbach</i>	<i>12</i>
<i>Tabela 7 - Validade de Construto</i>	<i>13</i>
<i>Tabela 8 - Análise Fatorial Exploratória subescalas QIU-7, QICA-7 e QIPOP-7</i>	<i>13</i>
<i>Tabela 9 - Variância Explicada por Fator do Questionário Total QIPP-7.....</i>	<i>14</i>
<i>Tabela 10 - Matriz de Correlação entre Fatores do Questionário Total QIPP-7</i>	<i>14</i>
<i>Tabela 11 - Índice de Validade de Conteúdo (IVC)</i>	<i>15</i>
<i>Tabela 12 - Comparação entre grupos - Kruskal-Wallis</i>	<i>17</i>
<i>Tabela 13 - Efeitos chão e teto.....</i>	<i>17</i>

Índice de Ilustrações

<i>Ilustração 1 - Gráfico de calor da matriz de padrão (Pattern Matrix)</i>	14
---	----

Lista de abreviaturas, siglas e acrónimos

AFE	Análise Fatorial Exploratória
CCI	Coeficiente de Correlação Intraclass
COSMIN	COnsensus-based Standards for the selection of health Measurement INstruments
CRAIQ-7	Colorectal-Anal Impact Questionnaire - 7
DP	Desvio-padrão
DPP	Disfunções do Pavimento Pélvico
Dsj sex hipoativo	Desejo sexual hipoativo
ES	Effect Size
H0	Hipótese nula
H1	Hipótese alternativa
ICS	International Continence Society
IF	Incontinência Fecal
IMC	Índice de Massa Corporal
IUE	Incontinência Urinária de Esforço
IUM	Incontinência Urinária Mista
IUGA	International Urogynecological Association
IUU	Incontinência Urinária de Urgência
IVC	Índice de Validade de Conteúdo
KMO	Kaiser-Meyer-Olkin
PFIQ-7	Pelvic Floor Impact Questionnaire - 7
POPQ-7 / POPIQ-7	Pelvic Organ Prolapse Impact Questionnaire - 7
PT	Grupo de Pré-Teste
P Cúpula Vaginal	Prolapso da Cúpula Vaginal
P Uterino	Prolapso Uterino
QIPP-7	Questionário de Impacto no Pavimento Pélvico - 7
Sig.	Significância estatística (valor de p)
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
SRM	Standardized Response Mean
TP	Grupo de Teste Piloto
UIQ-7	Urinary Impact Questionnaire - 7
AFE	Análise Fatorial Exploratória
CCI	Coeficiente de Correlação Intraclass

1. Introdução

Sabia que 50% das mulheres em idade fértil são significativamente afetadas pelas disfunções do pavimento pélvico (DPP)? (1).

O pavimento pélvico é uma estrutura anatómica e funcional complexa (2) constituída por músculos, fáscias e ligamentos que sustentam os órgãos pélvicos e contribui para funções como a continência urinária e fecal, respiração, estabilidade postural e a função sexual (3–5). As disfunções do pavimento pélvico (DPP) como incontinência urinária ou fecal, prolapsos ou dor pélvica crónica são frequentes, debilitantes (6) e muitas vezes negligenciadas devido a tabus sociais e desinformação (7,8). Estudos apontam que estas disfunções afetam um grande número de mulheres ao longo da vida, impactando não apenas a função fisiológica, mas também o bem-estar psicológico e a qualidade de vida (9). A fisioterapia pélvica surge como uma abordagem de primeira linha, eficaz e não invasiva para tratar estas condições, atuando na prevenção, tratamento e reabilitação das mesmas (1,10).

O *Pelvic Floor Impact Questionnaire-7 (PFIQ-7)* é uma versão abreviada do PFIQ original, desenvolvida por Barber et al. (2004), com o objetivo de reduzir o tempo de aplicação do questionário, mas mantendo a sua eficácia clínica e investigativa (11) ([Material Suplementar 1](#)). É direcionado a mulheres com mais de 18 anos com disfunções do pavimento pélvico e pretende avaliar o impacto destas patologias na qualidade de vida de mulheres adultas.

Inclui 7 perguntas repetidas em 3 subescalas: *Urinary Impact Questionnaire* (UIQ-7), *Pelvic Organ Prolapse Impact Questionnaire* (POPIQ-7), e *Colorectal-Anal Impact Questionnaire-7* (CRAIQ-7), avaliando o impacto dos sintomas urinários, de prolapso e colorretais/anais, nas funções físicas, sociais e emocionais nos últimos 3 meses (11). As respostas a cada pergunta variam de 0 ("nada") a 3 ("bastante"), logo, a pontuação total varia de 0 a 300. As pontuações mais altas indicam maior impacto negativo na qualidade de vida (11,12).

O PFIQ-7 encontra-se traduzido para pelo menos 16 línguas, incluindo o português do Brasil, onde mostrou boas propriedades de medição, apesar de algum efeito de piso nas subescalas (13). A versão italiana, a mais recente, também apresentou resultados sólidos (14). No entanto, até à data deste estudo, o PFIQ-7 ainda não se encontrava adaptado e validado para a população portuguesa. Esta lacuna é relevante, dado que as disfunções do pavimento pélvico têm elevada prevalência em mulheres portuguesas, e a sua avaliação exige instrumentos que reflitam não apenas a língua, mas também as características culturais, hábitos e expressões idiomáticas específicas da população-alvo.

O *Pelvic Floor Impact Questionnaire 7 (PFIQ-7)* é uma ferramenta essencial na fisioterapia para avaliar o impacto das disfunções do pavimento pélvico na vida dos pacientes, sendo especialmente relevante na Fisioterapia na Saúde da

Mulher (12). Deste modo, o presente estudo torna-se fundamental para garantir avaliações precisas e culturalmente adequadas, melhorando a qualidade do atendimento, a comunicação entre profissionais e o desenvolvimento científico na área em Portugal. Além disso, é importante medir a gravidade e o impacto que as DPP podem ter nas mulheres, sendo fundamental a utilização de questionários que investiguem especificamente os sintomas das DPP (15).

Assim, o objetivo deste estudo foi a realização da tradução, adaptação cultural e validação do Questionário de Impacto no Pavimento Pélvico – 7 (QIPP-7) de forma a tornar este instrumento de avaliação da saúde feminina mais acessível e útil.

A hipótese alternativa (H1) afirma a existência de uma relação significativa entre as variáveis em estudo, ou sejam, as participantes apresentam pontuações consistentes ao longo do tempo, indicando que o questionário QIPP-7 é uma medida psicometricamente robusta, precisa, confiável e adequada para medir o impacto das disfunções do pavimento pélvico. Já a hipótese nula (H0) declara que o QIPP-7 demonstra uma baixa propriedade de medição, o que significa que o instrumento não é fiável ou válido para a avaliação das disfunções do pavimento pélvico em mulheres portuguesas.

Posto isto, este estudo surgiu da seguinte questão de investigação: “Quais os valores das propriedades de medição, como a confiabilidade, reprodutibilidade, validade, sensibilidade e responsividade do Questionário de Impacto no Pavimento Pélvico – 7 (QIPP-7) após a sua tradução, adaptação cultural e validação para a população portuguesa?”.

2. Materiais e Métodos

2.1 Desenho do estudo e Participantes

O presente estudo apresenta-se em duas fases, nas quais foram realizados procedimentos diferentes e, conseqüentemente, o tipo de estudo diferiu entre ambas. Deste modo, a primeira fase do estudo corresponde a uma metodologia sequencial que consistiu na tradução da curta versão do PFIQ para o português. A segunda fase é um estudo piloto de caráter transversal e observacional no qual a versão traduzida do PFIQ-7 foi validada através da avaliação das suas propriedades de medição. O desenho do estudo seguiu as recomendações da *guideline* publicada por Gagnier et al., em 2021 na COSMIN, que contém uma *check list* específica para este tipo de estudos ([Material Suplementar 2](#)) (16).

O estudo iniciou-se a novembro de 2024 e terminou em junho de 2025 na Escola Superior Dr. Lopes Dias, em Castelo Branco e em clínicas prestadoras de cuidados de fisioterapia localizadas nas regiões portuguesas de Lisboa, Santarém, Tâmega e Sousa e Castelo Branco.

A população-alvo do estudo é composta por mulheres portuguesas com idade igual ou superior a 18 anos, residentes em Portugal e de nacionalidade Portuguesa, com diagnóstico confirmado de disfunções do pavimento pélvico, que sejam capazes de compreender e responder ao questionário PFIQ-7 em língua portuguesa e capazes de fornecer o seu consentimento informado por escrito para participar do estudo. Foram excluídos os participantes do sexo masculino; indivíduos do sexo feminino com idade inferior a 18 anos; sem nacionalidade portuguesa; não residentes em Portugal, incapazes de compreender ou responder ao questionário PFIQ-7 em língua portuguesa; mulheres com disfunções do pavimento pélvico mas que tenham associadas condições médicas graves que possam afetar a capacidade de participar no estudo ou que exijam tratamento médico urgente; e/ou indivíduos que, na avaliação dos investigadores, não estejam em condições de fornecer um consentimento informado válido.

Depois de receberem uma explicação sobre os objetivos do estudo e de assinarem o consentimento informado, as participantes foram distribuídas e alocadas por conveniência nos seguintes grupos: grupo de pré-teste (PT) com $n = 15$; grupo controlo (sem diagnóstico de DPP) com $n = 25$; e grupo de teste piloto (TP) com $n = 31$. A amostra foi selecionada por conveniência em instituições de saúde das participantes, atendendo à natureza exploratória e preliminar do estudo e indo ao encontro de investigações semelhantes de validação de instrumentos (13,17).

O tamanho amostral do presente estudo é consideravelmente menor do que seria de esperar, tendo em conta as recomendações e estudos similares, especialmente no grupo TP. Atingir esse n amostral recomendado não foi viável devido a restrições logísticas, limitações de tempo e dificuldade no recrutamento de mulheres com diagnóstico confirmado de disfunções do pavimento pélvico (DPP).

2.2 Tradução e validação do questionário e Administração do questionário

O processo de tradução seguiu as orientações propostas por Beaton et al. (2000) para a adaptação transcultural de instrumentos de autorresposta (18).

Preliminarmente, houve uma tentativa de contacto com o autor do questionário, o Dr. Matthew Barber, para que este desse a sua autorização para o uso do PFIQ-7 e para a sua tradução e validação para português de Portugal, mas sem sucesso.

A tradução inicial do questionário do idioma original para a língua Portuguesa foi realizada por dois tradutores experientes independentes fluentes nos idiomas de partida (inglês) e de chegada (português), que priorizaram a equivalência conceitual e semântica. Os tradutores não tinham conhecimento do objetivo do estudo e não tiveram contacto uns com os outros. Assim, foram obtidas duas versões distintas do questionário, oferecendo diferentes perspetivas e interpretações do texto original.

De seguida, essas duas versões foram comparadas e sintetizadas por um comité de especialistas para criar uma versão consolidada que preservasse o significado original do questionário. O comité de especialistas incluiu dois fisioterapeutas especializados em Saúde da Mulher e dois outros tradutores experientes sem conhecimento prévio do PFIQ-7. Mais tarde, a versão consolidada foi retrotraduzida para o idioma original por outros dois novos tradutores experientes independentes e fluentes nas duas línguas, de modo a verificar a equivalência conceitual entre a versão traduzida e a versão original.

A então retroversão foi analisada pelo comité de especialistas, que fez os ajustes necessários ao questionário traduzido. A versão do questionário após a retrotradução não apresentou diferenças notórias em comparação com o questionário original de Barber et al. (2004), indicando assim que a tradução realizada não alterou o significado do conteúdo do questionário.

Por fim, a versão pré-final foi aplicada a uma pequena amostra representativa da população-alvo – grupo PT ($n = 15$). Este pré-teste piloto teve o objetivo de identificar possíveis problemas de compreensão, interpretação e relevância cultural. Com base no *feedback* recebido pelas participantes, os autores consideraram não haver necessidade de fazer ajustes finais ao questionário, ficando esta versão a versão final do mesmo ([Material Suplementar 3](#)).

Assim, posteriormente, a versão traduzida do questionário foi aplicada a uma amostra mais representativa da população-alvo – grupo TP ($n = 31$) – de modo a avaliar as suas propriedades de medição. A última versão do QIPP-7 foi também aplicada ao grupo controlo ($n = 25$) de modo a fornecer uma base de comparação para os resultados das mulheres com disfunções pélvicas, permitindo avaliar se a versão traduzida era capaz de distinguir entre mulheres com e sem este tipo de patologias. Foram realizadas reuniões de revisão da implementação mensais.

2.3 Procedimentos de recolha de dados

Após contacto prévio e aprovação ética por todas das instituições e entidades envolvidas, os dados foram recolhidos com a ajuda dos fisioterapeutas colaboradores de fevereiro de 2025 até junho de 2025 em clínicas de fisioterapia localizadas em Lisboa, Santarém, Tâmega e Sousa e Castelo Branco.

Além do consentimento informado ([Material Suplementar 4](#)) e do QIPP-7, para realização do estudo e melhor caracterização da amostra, foram administrados um questionário sociodemográfico ([Material Suplementar 5](#)), sendo os participantes solicitados a facultar alguns dados sociodemográficos e clínicos, e a versão portuguesa do *Pelvic Floor Bother Questionnaire* ([Material Suplementar 6](#)), instrumento padrão-ouro utilizado em Portugal para avaliar o incómodo e a gravidade dos sintomas relacionados ao pavimento pélvico, tendo sido utilizado no estudo como método de comparação. Às participantes do Grupo de Pré-Teste ($n = 15$) foi ainda aplicado o questionário de avaliação do QIPP-7, com o objetivo

de receber *feedback* das participantes acerca da versão traduzida do QIPP-7 ([Material Suplementar 7](#)).

Os inquéritos foram auto-administrados em formato papel pelos grupos PT e TP. Embora a aplicação tenha ocorrido à distância, os investigadores disponibilizaram os seus contactos a todos os participantes, de forma a possibilitar o esclarecimento de eventuais dúvidas.

No que respeita ao grupo de controlo, a recolha de dados foi realizada por via digital, através da plataforma *Google Forms*. A diferença nos procedimentos de administração dos inquéritos entre os grupos justifica-se pelo facto de as participantes com disfunção do pavimento pélvico (DPP) terem sido recrutadas por intermédio de entidades prestadoras de cuidados de fisioterapia, externas ao estudo, as quais se encarregaram da distribuição dos questionários. Em contraste, as participantes sem DPP foram contactadas diretamente pela equipa de investigação, sem a mediação de terceiros.

Para efeitos de teste e reteste, foram contactadas por via telefónica 7 participantes do grupo TP, quatro semanas após a primeira administração dos questionários. Este intervalo foi definido com base em estudos anteriores (11,13), com o objetivo de equilibrar a minimização de alterações clínicas significativas com a atenuação do viés de memória. Todos os convidados responderam novamente ao questionário. A reaplicação dos questionários realizou-se de forma semelhante à primeira fase de aplicação.

Os avaliadores não estavam cegos à condição clínica das participantes, o que representa uma limitação metodológica e possível fonte de viés de observação.

2.4 Variáveis

Os dados sociodemográficos foram coletados através de um questionário que incluiu a idade, peso, altura, índice de massa corporal (IMC), nível de escolaridade, diagnóstico de disfunção do pavimento pélvico, tratamentos realizados para DPP, informações de estilo de vida (atividade física, hábitos, saúde geral), entre outros.

Os sintomas clínicos, o diagnóstico de DPP e o tempo de diagnóstico foram auto-reportados pelos utentes no preenchimento do questionário sociodemográfico. As definições de DPP foram baseadas na terminologia da *International Urogynecological Association (IUGA)/International Continence Society (ICS)* (19).

Foram avaliadas as seguintes propriedades de medição: reprodutibilidade, confiabilidade, validade, sensibilidade e responsividade.

No que toca à avaliação da reprodutibilidade do QIPP-7 utilizou-se o teste-reteste para assegurar a estabilidade das respostas ao longo do tempo (20). Para tal, foram reaplicados os questionários 4 semanas após a primeira recolha de dados a 7 participantes do grupo TP, que concordaram em responder novamente

ao mesmo instrumento. As participantes não foram selecionadas de forma aleatória, tendo havido conveniência na escolha das mesmas. A fiabilidade teste-reteste foi calculada através do coeficiente de correlação intraclass (CCI) (20).

A confiabilidade do instrumento de medida permitiu avaliar a homogeneidade dos itens do questionário. Para esse efeito recorreu-se à análise da consistência interna através do Alpha de Cronbach (α), o qual permite verificar o grau de correlação entre os itens do questionário, refletindo a sua unidimensionalidade e homogeneidade interna (21,22).

Quanto à validade, foi avaliada a validade de construto para confirmar a adequação do questionário ao constructo teórico (23). Trata-se de saber se o instrumento está realmente a medir o que os investigadores pretendem medir – impacto dos sintomas das DPP nas mulheres. Posto isto, foi realizada uma Análise Fatorial Exploratória (AFE), uma técnica estatística usada para descobrir padrões escondidos entre as variáveis (itens) e identificar quantos fatores (grupos de itens) existem dentro do questionário (23).

A validade de conteúdo destina-se a responder às seguintes questões: “O QIPP-7 é relevante para a realidade da população-alvo e está culturalmente apropriado para a população-alvo? As perguntas são claras, compreensíveis e abrangentes o suficiente para cobrir todos os aspetos do construto?”. Conclui-se assim que a validade de conteúdo assegura que os itens de um instrumento cobrem e representam adequadamente o que é medido (18,23). Posto isto, para avaliar esta variável, foi criado um painel de juizes constituído por 4 fisioterapeutas especialistas na saúde da mulher, que atuam na área em média há 10 anos.

A validade de critério diz respeito à correlação do instrumento de medida em estudo com outro que se considere uma medida padrão-ouro para determinado constructo – *Pelvic Floor Bother Questionnaire*. Além disso, a validade de critério também permite determinar se o QIPP-7 consegue distinguir entre grupos que a posteriori são diferentes (por exemplo, mulheres com sintomas pélvicos vs sem sintomas).

A responsividade consiste na capacidade de resposta de um instrumento de medida, ou seja, na capacidade de este detetar alterações ao longo do tempo no construto que este mede, mesmo que pequenas (17). Para este efeito, foram analisados os dados obtidos da reaplicação dos questionários às 7 participantes do grupo PT.

Quanto à sensibilidade do instrumento de medida, os “*ceiling and floor effects*” ocorrem quando o instrumento de medição não capta com precisão toda a gama de respostas, levando a um agrupamento de pontuações no extremo superior (efeito de teto) ou no extremo inferior (efeito de base) (24). Este facto limita a capacidade de diferenciação entre indivíduos e pode distorcer a análise estatística.

Foram também coletados dados de feedback sobre a compreensão e a eficácia do QIPP-7 na medição do impacto das disfunções do pavimento pélvico na qualidade de vida diária de todas as participantes.

2.5 Análise estatística

Os dados foram tabulados no Microsoft Excel (Santarém, Portugal) e exportados para análise estatística no IBM Statistical Package for Social Sciences – SPSS Statistics – Versão 31 (Castelo Branco, Portugal).

Para a caracterização e descrição da amostra de ambas as fases do estudo recorreu-se à estatística descritiva para as variáveis quantitativas e à ferramenta estatística descritiva por frequências para as variáveis qualitativas, tendo sido utilizadas tabelas de frequência e respetivas percentagens (23).

Os valores do Coeficiente de Correlação Intraclass (CCI) podem variar entre 0 e 1. O valor 0 indica ausência de concordância e o valor 1 indica concordância absoluta (20). A maioria dos estudos classifica o CCI como excelente ($> 0,75$), moderada ($0,50$ a $0,75$) ou baixa ($< 0,50$) (25,26).

Para a análise da consistência interna foi utilizado o Coeficiente Alpha de Cronbach (α). Para que o instrumento seja considerado adequado os valores de α devem estar compreendidos entre $0,70$ e $0,90$ (27). No entanto, alguns estudos consideram que valores abaixo de $0,70$, mas próximos de $0,60$, são satisfatórios (27,28).

Anteriormente à realização da AFE, foi verificada a existência ou não de correlação suficientemente forte entre as variáveis através do índice de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) e do teste de esfericidade de Bartlett (29). O KMO deverá situar-se entre os valores $0,50$ e 1 , sendo que valores elevados de KMO (próximos de 1) sugerem que uma análise de fatores é provavelmente útil, enquanto valores baixos (mais próximos de 0) indicam que os dados podem não ser adequados (29). No teste de Bartlett, um valor de $p < 0,05$ é significativo, e, portanto, H_1 representa que existe correlação (30).

A validade de conteúdo foi avaliada através do Índice de Validade de Conteúdo (IVC). Um IVC $\geq 0,78$, para três ou mais peritos, é geralmente considerado aceitável (31).

Para a validade de critério realizou-se o teste de normalidade Shapiro-Wilk para os questionários QIPP-7 e Bother, em que os dados eram considerados normais se $p > 0,05$ e não normais se $p < 0,05$ (32). Posteriormente, fez-se a correlação Pearson ($r = 0,5$ a $0,7 \rightarrow$ forte correlação) para analisar relações, uma vez que se trata de uma técnica não paramétrica e não exige normalidade dos dados (28).

Ainda relativamente à validade de critério, para a comparação entre grupos, foram aplicados testes não paramétricos – Kruskal-Wallis –, onde $p < 0,05$ indica diferença estatisticamente significativa entre os grupos (28).

Foram analisados os efeitos teto e chão para avaliar a sensibilidade do instrumento. Considerou-se a existência de efeito relevante quando mais de 15% dos participantes obtiveram a pontuação mínima (efeito chão) ou máxima (efeito teto) (24), ou seja, um efeito teto ou chão maior que 15% geralmente é considerado problemático.

Por fim, relativamente à responsividade, fez-se a medição do Effect Size (ES) em que um valor d de Cohen's ≥ 0.5 é considerado um efeito médio a grande (28). Quanto ao Standardized Response Mean, se $SRM \geq 0.5$ é considerado um efeito médio a grande (28).

3. Resultados

3.1 Características dos participantes

A [Tabela 1](#) apresenta todas as variáveis numéricas basais das mulheres com DPP e do grupo de controlo. A altura apresentou diferenças mínimas e não significativas, o peso médio das participantes mostrou-se ligeiramente maior no grupo PT e a média do Índice de Massa Corporal (IMC) foi mais elevada no grupo PT, atingindo 26,76, valor que se enquadra na faixa de pré-obesidade.

Por sua vez, a [Tabela 2](#) apresenta todas as variáveis categóricas basais das mulheres com DPP e do grupo de Controlo. A maioria das participantes tem entre 45 e 64 anos, com destaque para o grupo TP, que também apresenta uma proporção elevada de mulheres divorciadas em comparação com os demais grupos. Ainda assim, a maior percentagem corresponde a mulheres casadas. Há um predomínio de níveis de escolaridade médios a superiores nos três grupos. A maioria das participantes estão empregadas. Diagnósticos variados com maior incidência de incontinência urinária de esforço (IUE) e incontinência urinária mista no grupo TP e incontinência fecal (IF), dispareunia e dor pélvica no grupo PT. Além disso, o grupo TP apresenta maior diversidade e número de disfunções do pavimento pélvico. Quanto ao tempo de diagnóstico verifica-se uma distribuição semelhante nos grupos, sendo a maioria diagnosticada há mais de 5 anos. A fisioterapia destaca-se pelo predomínio do tratamento das DPP. As mulheres do grupo com DPP praticam mais atividade física (nomeadamente Pilates e Yoga), em comparação com o grupo de Controlo. A perceção de saúde é mais positiva no grupo Controlo.

Tabela 1 – Caracterização da amostra – Dados numéricos

Variáveis	Grupo Controlo (n = 25)	Grupo PT (n = 15)	Grupo TP (n = 31)
	Média $\pm$ DP (min/máx)	Média $\pm$ DP (min/máx)	Média $\pm$ DP (min/máx)
Altura (m)	1,65 $\pm$ 0,05 (1,56/1,74)	1,61 $\pm$ 0,41 (1,54/1,68)	1,63 $\pm$ 0,53 (1,51/1,74)
Peso (Kg)	67,22 $\pm$ 8,66 (50/85)	69,27 $\pm$ 7,15 (59/82)	66,55 $\pm$ 8,28 (51/85)
IMC (Kg/m ²)	24,91 $\pm$ 4,06 (17,65 /34,05)	26,76 $\pm$ 3,72 (21,77/31,65)	25,11 $\pm$ 3,22 (18,83/31,60)

IMC: Índice de Massa Corporal, DP: Desvio-padrão

Tabela 2 - Caracterização da amostra - Dados categóricos

Variáveis		Grupo Controlo (n = 25)	Grupo PT (n = 15)	Grupo TP (n = 31)
		n (%)	n (%)	n (%)
Idade (anos)	18-24	3 (12,0)	1 (6,7)	4 (12,9)
	25-34	5 (20,0)	3 (20,0)	2 (6,5)
	35-44	5 (20,0)	3 (20,0)	3 (9,7)
	45-54	6 (24,0)	3 (20,0)	14 (45,2)
	55-64	1 (4,0)	3 (20,0)	7 (22,6)
	65 ou mais	5 (20,0)	2 (13,3)	1 (3,2)
Estado Civil	Solteira	6 (24,0)	2 (13,3)	7 (22,6)
	Casada	10 (40,0)	5 (33,3)	15 (48,4)
	União de facto	4 (16,0)	3 (20,0)	1 (3,2)
	Divorciada	4 (16,0)	3 (20,0)	8 (25,8)
	Viúva	1 (4,0)	2 (13,3)	0 (0)
Grau de Escolaridade	1º ciclo	1 (4,0)	1 (6,7)	4 (12,9)
	2º ciclo	0 (0)	1 (6,7)	3 (9,7)
	Secundário	6 (24,0)	4 (26,7)	10 (32,3)
	Licenciatura	8 (32,0)	3 (20,0)	9 (29,0)
	Pós-Graduação	1 (4,0)	2 (13,3)	3 (9,7)
	Mestrado	6 (24,0)	3 (20,0)	2 (6,5)
	Doutoramento	3 (12,0)	1 (6,7)	0 (0)
Profissão	Empregada	13 (52,0)	4 (26,7)	22 (71,0)
	Desempregada	3 (12,0)	3 (20,0)	3 (9,7)
	Estudante	7 (28,0)	3 (20,0)	2 (6,5)
	Reformada	2 (8,0)	5 (33,3)	3 (9,7)
	Outros	0 (0)	0 (0)	1 (3,2)
Diagnóstico de DPP	IUE	0	2	14
	IUU	0	2	1
	IUM	0	2	8
	IF	0	3	2
	Cistocele	0	2	1
	Retocele	0	1	1
	P Uterino	0	0	1
	Uretrocele	0	2	0
	Dor pélvica	0	3	2
	Dispareunia	0	3	3
	Vaginismo	0	2	0
	Dsj sex hipoativo	0	0	1
	Anorgasmia	0	0	2
	Outros	0	0	3
Tempo de diagnóstico	Menos de 1 ano	-	3 (20,0)	7 (22,6)
	1-2 anos	-	4 (26,7)	6 (19,4)

	3-5 anos	-	4 (26,7)	8 (25,8)
	Mais de 5 anos	-	4 (26,7)	10 (32,3)
Tratamento	Nenhum	25	2	2
	Fisioterapia	0	7	27
	Medicação	0	4	4
	Cirurgia	0	5	4
	Outros	0	0	1
Atividade Física	Nenhuma	4	4	6
	Caminhada/Corrida	8	5	9
	Pilates/Yoga	7	3	12
	Ginásio	4	1	3
	Dança/Ginástica	3	2	2
	Natação/Hidroginástica	0	0	1
	Desportos coletivos	2	0	2
Frequência de AF	Menos de 1x/sem	3 (14,3)	2 (18,2)	3 (12,0)
	1-2x/sem	7 (33,3)	3 (27,3)	10 (40,0)
	3-4x/sem	10 (47,6)	6 (54,5)	7 (28,0)
	5 ou mais x/sem	1 (4,8)	0 (0)	5 (20,0)
Tempo de AF	Menos de 75 min/sem	3 (14,3)	2 (18,2)	6 (24,0)
	75-149 min/sem	7 (33,3)	3 (27,3)	6 (24,0)
	150-200 min/sem	7 (33,3)	4 (36,4)	7 (28,0)
	Mais de 200 min/sem	4 (19)	2 (18,2)	6 (24,0)
Tabaco	Não	13 (52,0)	12 (80,0)	26 (83,9)
	Sim	12 (48,0)	3 (20,0)	5 (16,1)
Álcool	Não	14 (56,0)	8 (53,3)	30 (96,8)
	Sim	11 (44,0)	7 (46,7)	1 (3,2)
Estado de saúde considerado	Pobre	0 (0)	1 (6,7)	2 (6,5)
	Satisfatória	0 (0)	6 (40,0)	9 (29,0)
	Boa	10 (40,0)	5 (33,3)	12 (28,7)
	Muito boa	13 (52,0)	3 (20,0)	8 (25,8)
	Excelente	2 (8,0)	0 (0)	0 (0)

DPP: Disfunção do Pavimento Pélvico, IUE: Incontinência urinária de esforço, IUU: Incontinência urinária de urgência, IUM: Incontinência urinária mista, IF: Incontinência fecal, P Uterino: Prolapso uterino, Dsj sex hipoativo: Desejo sexual hipoativo

Note que as variáveis relacionadas com o diagnóstico, tratamento e atividade física não apresentam percentagens, uma vez que as participantes podiam selecionar mais do que uma opção. Esta possibilidade de respostas múltiplas inviabiliza o cálculo de percentagens totais para essas categorias.

3.2 Pontuações do QIPP-7

A [Tabela 3](#) apresenta as pontuações do QIPP-7 e respetivas subescalas, com média e DP, bem como as pontuações máximas e mínimas obtidas. Foram

realizados testes t para amostras independentes para comparar as médias das subescalas e do total do QIPP-7 entre o grupo controlo e o grupo teste piloto. Os resultados revelaram diferenças estatisticamente significativas entre os grupos para todas as subescalas e pontuação total ($p < 0,001$).

Tabela 3 - Pontuações médias, desvio padrão (DP) e valores máximo e mínimo de QIPP-7 e subescalas

	Grupo Controlo (n = 25)			Grupo Teste Piloto (n = 31)			Valor-P
	Média ± DP (95% IC)	Máx	Min	Média ± DP (95% IC)	Máx	Min	
QIPP-7	0 ± 0 (0-0)	0	0	59,91 ± 51,90 (32,89-87,00)	185	0	<0,001
QIU-7	0 ± 0 (0-0)	0	0	28,28 ± 33,04 (14,06-44,94)	100	0	<0,001
QICA-7	0 ± 0 (0-0)	0	0	11,39 ± 17,55 (4,28-19,72)	52	0	<0,001
QIPOP-7	0 ± 0 (0-0)	0	0	17,94 ± 23,70 (8,44-28,89)	86	0	<0,001

QIPP-7: Questionário de Impacto no Pavimento Pélvico – 7, QIU-7: Questionário de Impacto Urinário – 7, QICA-7: Questionário de Impacto Colorretal-Anal – 7, QIPOP-7: Questionário de Impacto do Prolapso de Órgão Pélvico – 7, DP: desvio-padrão, IC: Intervalo de Confiança

3.3 Reprodutibilidade teste-reteste e Confiabilidade – consistência interna

A análise item a item ([Tabela 4](#)) revelou valores de CCI entre 0,722 e 0,865. Apesar da variação nos itens, as subescalas QIU-7 e QICA-7 apresentaram CCI = 1,000, e a subescala QIPOP-7 um CCI de 0,996 (IC 95%: 0,978 – 0,999; $p < 0,001$). Relativamente à pontuação total do QIPP-7, conforme apresentado na [Tabela 5](#), foi obtido um CCI de 1,000 (IC 95%: 0,998 – 1,000; $p < 0,001$).

Tabela 4 - CCI por item

	CCI	IC 95%	Sig.
Item 1 (T0 E T1)	0,777	0,360 – 0,956	0,002
Item 2 (T0 E T1)	0,722	0,204 – 0,945	0,008
Item 3 (T0 E T1)	0,776	0,359 – 0,956	0,002
Item 4 (T0 E T1)	0,793	0,407 – 0,959	0,001
Item 5 (T0 E T1)	0,793	0,407 – 0,959	0,001
Item 6 (T0 E T1)	0,865	0,614 – 0,973	<0,001
Item 7 (T0 E T1)	0,806	0,445 – 0,962	<0,001
QIU-7 (T0 E T1)	1,000	1,000 – 1,000	-
QICA-7 (T0 E T1)	1,000	1,000 – 1,000	-
QIPOP-7 (T0 E T1)	0,996	0,978 – 0,999	<0,001

QIU-7: Questionário de Impacto Urinário – 7, QICA-7: Questionário de Impacto Colorretal-Anal – 7, QIPOP-7: Questionário de Impacto do Prolapso de Órgão Pélvico – 7, ICC: coeficiente de correlação intraclass, IC: Intervalo de Confiança, Sig.: valor de p

Tabela 5 - CII QIPP-7 Total

	Teste	Reteste	ICCI	IC 95%	Sig.
	Média ± DP (95% IC)	Média ± DP (95% IC)			
QIPP-7	106,57 ± 67,09 (62,57-	104,00 ± 69,30 (54,29 –	1,000	0,998 – 1,000	<0,001

Total (T0 E T1)	153,85)	149,14)
-----------------	---------	---------

QIPP-7: Questionário de Impacto no Pavimento Pélvico – 7, DP: desvio-padrão, ICC: coeficiente de correlação intraclasse, IC: Intervalo de Confiança, Sig.: valor de p

Quanto à consistência interna, avaliada através do coeficiente Alfa de Cronbach, o valor global obtido para o QIPP-7 total foi de $\alpha = 0,967$, com 21 itens, o que indica uma excelente consistência interna ([Tabela 6](#)). Os valores de α ao excluir cada item individual variaram entre 0,964 e 0,968, o que confirma que nenhum dos itens, se removido, melhoraria substancialmente a consistência interna geral do questionário ([Tabela 6](#)).

Tabela 6 - Consistência Interna - Alpha de Cronbach

	Alpha de Cronbach	Nº de itens
QIPP-7 total	0,967	21
	Alpha de Cronbach quando o item é excluído	Nº de itens
Q1_QIU7	0,965	1
Q2_QIU7	0,966	1
Q3_QIU7	0,964	1
Q4_QIU7	0,964	1
Q5_QIU7	0,966	1
Q6_QIU7	0,966	1
Q7_QIU7	0,965	1
Q1_QICA7	0,965	1
Q2_QICA7	0,964	1
Q3_QICA7	0,966	1
Q4_QICA7	0,964	1
Q5_QICA7	0,965	1
Q6_QICA7	0,966	1
Q7_QICA7	0,965	1
Q1_QIPOP7	0,964	1
Q2_QIPOP7	0,965	1
Q3_QIPOP7	0,967	1
Q4_QIPOP7	0,967	1
Q5_QIPOP7	0,967	1
Q6_QIPOP7	0,966	1
Q7_QIPOP7	0,968	1

QIPP-7: Questionário de Impacto no Pavimento Pélvico – 7, Q1_QIU7: questão 1 do QIU-7, Q1_QICA-7: questão 1 do QICA-7, Q1_QIPOP-7: questão 1 do QIPOP-7, etc.

3.4 Validade de construto, de conteúdo e de critério

Para avaliar a validade de construto do Questionário de Impacto no Pavimento Pélvico – 7 (QIPP-7), foi realizada uma Análise Fatorial Exploratória (AFE).

Inicialmente, foi verificada a adequação dos dados para esta análise através do índice de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) e do teste de esfericidade de Bartlett.

Os valores de KMO das subescalas indicam forte adequação para a análise fatorial: 0,857 para a subescala QIU-7, 0,905 para a QICA-7 e 0,823 para a QIPOP-7, sendo estes considerados muito bons a excelentes ([Tabela 7](#)). O valor do QIPP-7 total também é aceitável, embora mais baixo (KMO = 0,653), o que pode dever-se à combinação de domínios conceptualmente distintos (urinário, intestinal e vaginal). Relativamente ao teste de esfericidade de Bartlett, a rejeição da hipótese nula ($p < 0,001$) indica que os itens estão significativamente correlacionados entre si, o que valida o uso da AFE ([Tabela 7](#)).

Tabela 7 - Validade de Construto

	KMO	Bartlett
QIU-7	0,857	<0,001
QICA-7	0,905	<0,001
QIPOP-7	0,823	<0,001
Total	0,653	<0,001

Estes resultados sustentam a realização da AFE, sobretudo separada por subescala. Deste modo, individualmente, as subescalas QIU-7, QICA-7 e QIPOP-7 possuem uma estrutura fatorial forte e unidimensional clara, com alta consistência entre os itens, validando teoricamente a existência de um único fator subjacente ([Tabela 8](#)). Por sua vez, a AFE conjunta revelou uma estrutura tridimensional, onde cada conjunto de 7 itens se agrupa fortemente no seu respetivo fator. Isso confirma que as três subescalas representam dimensões distintas, embora moderadamente correlacionadas entre si ([Tabelas 9 e 10 e Ilustração 1](#)).

Tabela 8 - Análise Fatorial Exploratória subescalas QIU-7, QICA-7 e QIPOP-7

Item	Comunalidade Extraída	Carga Fatorial	Variância Explicada (%)
QIU1	0,78	0,88	
QIU2	0,82	0,91	
QIU3	0,79	0,89	
QIU4	0,93	0,96	
QIU5	0,85	0,93	
QIU6	0,81	0,90	
QIU7	0,84	0,92	85,6
QICA1	0,79	0,89	
QICA2	0,91	0,91	
QICA3	0,88	0,90	
QICA4	0,93	1,00	
QICA5	0,92	0,98	
QICA6	0,90	0,94	
QICA7	0,93	0,95	88,5
QIPOP1	0,78	0,84	
QIPOP2	0,66	0,81	
QIPOP3	0,85	0,86	

QIPOP4	0,83	0,85	
QIPOP5	0,88	0,90	
QIPOP6	0,86	0,89	
QIPOP7	0,93	0,96	83,1

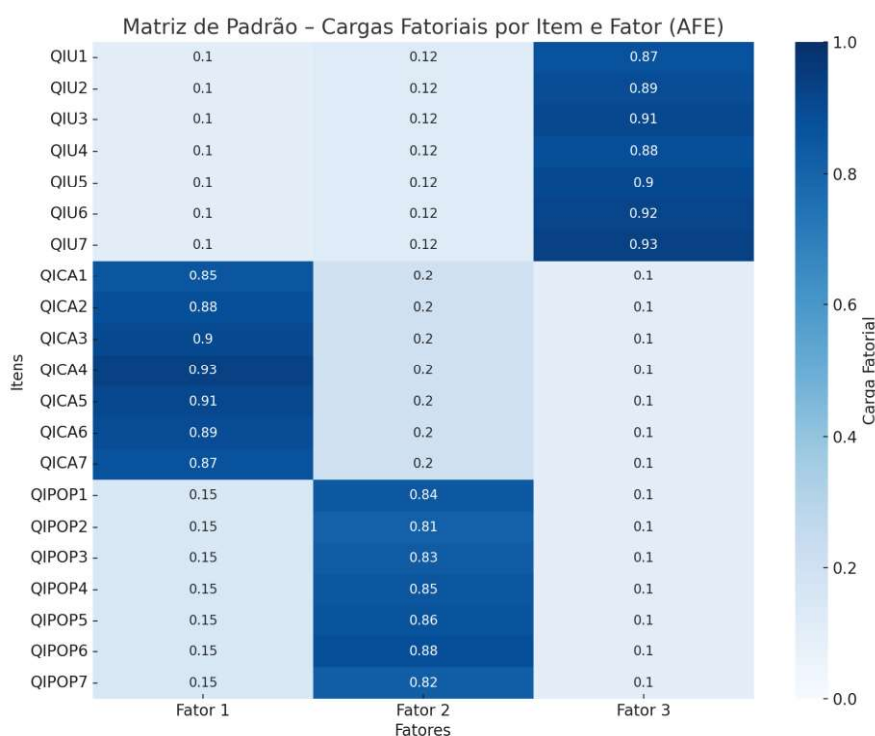
Tabela 9 - Variância Explicada por Fator do Questionário Total QIPP-7

Fator	Variância Explicada (%)	Cumulativo (%)
Fator 1	60,85	60,85
Fator 2	17,29	78,14
Fator 3	10,37	88,51

Tabela 10 - Matriz de Correlação entre Fatores do Questionário Total QIPP-7

	Fator 1	Fator 2	Fator 3
Fator 1	1,000	0,370	0,590
Fator 2	0,370	1,000	0,357
Fator 3	0,590	0,357	1,000

Ilustração 1 - Gráfico de calor da matriz de padrão (Pattern Matrix)



Foi ainda realizada uma análise de correlação entre as subescalas do QIPP-7 que revelou relações relevantes entre os diferentes domínios do impacto no pavimento pélvico. Observou-se que o primeiro item da subescala QIPOP-7 (prolapso de órgão pélvico) apresentou as correlações mais expressivas com todos os itens da subescala QIU-7 (sintomas urinários). De igual modo, identificaram-se correlações significativas entre os itens QICA1, QICA2 e QICA4 da subescala QICA-7 (sintomas intestinais) com os itens QIU1, QIU3 e QIU4 da subescala urinária.

Relativamente à validade de conteúdo, os 4 juízes especialistas foram selecionados por conveniência, que analisaram os itens de forma independente,

sem qualquer influência entre si. Foi utilizado um questionário de avaliação estruturado, com opções de resposta numa escala de Likert de cinco pontos: "Discordo Totalmente", "Discordo Parcialmente", "Neutro / Não sei dizer", "Concordo Parcialmente" e "Concordo Totalmente".

Para o cálculo do IVC, consideraram-se apenas as respostas "Concordo Parcialmente" e "Concordo Totalmente" como indicativas de concordância com a clareza e relevância dos itens. Observou-se um IVC de 1,00 em todas as 21 questões do questionário QIPP-7. No entanto, quando considerado como um todo, o IVC global do instrumento de medida foi de 0,75 na maioria dos itens ([Tabela 11](#)).

Tabela 11 - Índice de Validade de Conteúdo (IVC)

Questões para cada uma das 7 questões do questionário QIPP-7	IVC
A pergunta: "Como é que os seguintes sintomas ou condições afetam, geralmente, a sua capacidade para realizar tarefas domésticas (cozinhar, lavar roupa, limpar a casa)?" é relevante para a realidade da população-alvo?	1
A pergunta: "Como é que os seguintes sintomas ou condições afetam, geralmente, a sua capacidade para realizar tarefas domésticas (cozinhar, lavar roupa, limpar a casa)?" é clara e compreensível?	1
A pergunta: "Como é que os seguintes sintomas ou condições afetam, geralmente, a sua capacidade para realizar tarefas domésticas (cozinhar, lavar roupa, limpar a casa)?" é culturalmente apropriada?	1
A pergunta: "Como é que os seguintes sintomas ou condições afetam, geralmente, a sua capacidade para realizar tarefas domésticas (cozinhar, lavar roupa, limpar a casa)?" é abrangente no contexto do construto avaliado?	1
A pergunta: "Como é que os seguintes sintomas ou condições afetam, geralmente, a sua capacidade para realizar atividades físicas como caminhar, nadar ou outro exercício?" é relevante para a realidade da população-alvo?	1
A pergunta: "Como é que os seguintes sintomas ou condições afetam, geralmente, a sua capacidade para realizar atividades físicas como caminhar, nadar ou outro exercício?" é clara e compreensível?	1
A pergunta: "Como é que os seguintes sintomas ou condições afetam, geralmente, a sua capacidade para realizar atividades físicas como caminhar, nadar ou outro exercício?" é culturalmente apropriada?	1
A pergunta: "Como é que os seguintes sintomas ou condições afetam, geralmente, a sua capacidade para realizar atividades físicas como caminhar, nadar ou outro exercício?" é abrangente no contexto do construto avaliado?	1
A pergunta: "Como é que os seguintes sintomas ou condições afetam, geralmente, as suas atividades de lazer, como ir ao cinema ou a um concerto?" é relevante para a realidade da população-alvo?	1
A pergunta: "Como é que os seguintes sintomas ou condições afetam, geralmente, as suas atividades de lazer, como ir ao cinema ou a um concerto?" é clara e compreensível?	1
A pergunta: "Como é que os seguintes sintomas ou condições afetam, geralmente, as suas atividades de lazer, como ir ao cinema ou a um concerto?" é culturalmente apropriada?	1
A pergunta: "Como é que os seguintes sintomas ou condições afetam, geralmente, as suas atividades de lazer, como ir ao cinema ou a um concerto?" é abrangente no contexto do construto avaliado?	1
A pergunta: "Como é que os seguintes sintomas ou condições afetam, geralmente, a sua capacidade de viajar de carro ou autocarro durante uma distância superior a 30 minutos?" é relevante para a realidade da população-alvo?	1
A pergunta: "Como é que os seguintes sintomas ou condições afetam, geralmente, a sua capacidade de viajar de carro ou autocarro durante uma distância superior a 30 minutos?" é clara e	1

compreensível?	
A pergunta: "Como é que os seguintes sintomas ou condições afetam, geralmente, a sua capacidade de viajar de carro ou autocarro durante uma distância superior a 30 minutos?" é culturalmente apropriada?	1
A pergunta: "Como é que os seguintes sintomas ou condições afetam, geralmente, a sua capacidade de viajar de carro ou autocarro durante uma distância superior a 30 minutos?" é abrangente no contexto do construto avaliado?	1
A pergunta: "Como é que os seguintes sintomas ou condições afetam, geralmente, a sua participação em atividades sociais fora de casa?" é relevante para a realidade da população-alvo?	1
A pergunta: "Como é que os seguintes sintomas ou condições afetam, geralmente, a sua participação em atividades sociais fora de casa?" é clara e compreensível?	1
A pergunta: "Como é que os seguintes sintomas ou condições afetam, geralmente, a sua participação em atividades sociais fora de casa?" é culturalmente apropriada?	1
A pergunta: "Como é que os seguintes sintomas ou condições afetam, geralmente, a sua participação em atividades sociais fora de casa?" é abrangente no contexto do construto avaliado?	1
A pergunta: "Como é que os seguintes sintomas ou condições afetam, geralmente, a sua saúde emocional (nervosismo, depressão, etc.)?" é relevante para a realidade da população-alvo?	1
A pergunta: "Como é que os seguintes sintomas ou condições afetam, geralmente, a sua saúde emocional (nervosismo, depressão, etc.)?" é clara e compreensível?	1
A pergunta: "Como é que os seguintes sintomas ou condições afetam, geralmente, a sua saúde emocional (nervosismo, depressão, etc.)?" é culturalmente apropriada?	1
A pergunta: "Como é que os seguintes sintomas ou condições afetam, geralmente, a sua saúde emocional (nervosismo, depressão, etc.)?" é abrangente no contexto do construto avaliado?	1
A pergunta: "Como é que os seguintes sintomas ou condições afetam, geralmente, a sua sensação de frustração?" é relevante para a realidade da população-alvo?	1
A pergunta: "Como é que os seguintes sintomas ou condições afetam, geralmente, a sua sensação de frustração?" é clara e compreensível?	1
A pergunta: "Como é que os seguintes sintomas ou condições afetam, geralmente, a sua sensação de frustração?" é culturalmente apropriada?	1
A pergunta: "Como é que os seguintes sintomas ou condições afetam, geralmente, a sua sensação de frustração?" é abrangente no contexto do construto avaliado?	1
Questões gerais acerca do questionário QIPP-7	
Na sua opinião, o questionário, como um todo, é fácil de ser compreendido pelas pacientes?	1
Considera que a terminologia utilizada é adequada ao nível sociocultural das pacientes com quem trabalha?	0,75
Algum termo, expressão ou pergunta pode causar desconforto, constrangimento ou não ser bem compreendida?	0,75
Há algum aspeto relevante da função do pavimento pélvico que considera que não foi abordado neste questionário?	0,75

IVC: Índice de Validade de Conteúdo

No que diz respeito à validade de critério, o primeiro passo baseou-se na elaboração de um teste de normalidade Shapiro-Wilk, o qual revelou os seguintes resultados: $p < 0.01$ para o QIPP-7 e para o questionário Bother. Como ambos os questionários não apresentaram uma distribuição dos dados normal, optou-se por utilizar o coeficiente de correlação de Spearman para a análise da validade de critério, tendo-se obtido um valor de $p = 0,317$, indicando uma associação fraca entre os instrumentos.

De forma a comparar as pontuações do PFIQ-7 entre diferentes características sociodemográficas e clínicas, foram aplicados testes não paramétricos de Kruskal-Wallis, uma vez que os pressupostos de normalidade dos dados não foram verificados. A [Tabela 12](#), mostra que a única comparação estatisticamente significativa foi com o tempo de diagnóstico ($p = 0,023$), indicando que a pontuação do PFIQ-7 varia consoante o tempo que a participante tem o diagnóstico (diferenças entre grupos de diagnóstico recente vs prolongado, por exemplo).

Tabela 12 - Comparação entre grupos - Kruskal-Wallis

Variável comparada	H de Kruskal-Wallis	Valor de p
Escalões de idade	4,613	0,465
Grau de escolaridade	5,790	0,327
Tempo de diagnóstico	9,551	0,023
Frequência de atividade física	1,077	0,783
Estado de saúde geral (perceção)	0,692	0,875

3.5 Responsividade

Foram selecionadas por conveniência 7 participantes que começaram o tratamento da DPP através da fisioterapia após a primeira aplicação dos questionários. Os inquéritos foram reaplicados 4 semanas após o primeiro momento.

O QIPP-7 demonstrou um Effect Size (Cohen's d) de -0,04, indicando uma diminuição da pontuação de T1 para T2, mas o tamanho do efeito é muito pequeno. Por sua vez, a média de resposta padronizada (MRE) situou-se em -1,05. Este valor negativo indica que, em média, as pontuações diminuíram de T1 para T2. A magnitude absoluta ($|-1,05| = 1,05$) é muito alta, o que indica uma mudança forte e consistente entre os dois momentos.

3.6 Sensibilidade

Os efeitos teto e chão foram calculados separadamente para os grupos controlo e piloto. Esta análise visa identificar possíveis limitações na sensibilidade do instrumento, tanto na população assintomática (controlo) como na população-alvo (teste). Assim, no grupo controlo observou-se um elevado efeito chão (100%), o que é esperado, dado que se trata de participantes assintomáticos. No grupo piloto, o efeito chão foi de 5,6% e não houve efeito teto ([Tabela 13](#)).

Tabela 13 - Efeitos chão e teto

	Grupo Controlo	Grupo Piloto
Efeito Chão	100%	5,6%
Efeito Teto	0%	0%

4. Discussão

O presente estudo teve como objetivo traduzir, adaptar cultural e linguisticamente e validar o Questionário de Impacto no Pavimento Pélvico – 7 (QIPP-7) para a população portuguesa.

É importante salientar que o processo de tradução e adaptação cultural de um questionário não segue um padrão único e universal de execução. Ao longo da elaboração do QIPP-7 foram consideradas as avaliações e *feedbacks* das participantes, assim, estas tiveram uma participação ativa no processo de validação linguística e cultural. Uma técnica amplamente utilizada, e adotada neste estudo, é a tradução direta e retrotradução (*forward-backward translation*), que visa garantir que o significado original dos itens seja mantido.

A análise sociodemográfica e clínica das participantes revela um perfil diversificado, permitindo compreender os fatores que podem influenciar a experiência das mulheres com disfunções do pavimento pélvico (DPP). Por exemplo, no que diz respeito ao estilo de vida, o grupo TP destacou-se pela maior prática de atividade física, especialmente modalidades como Pilates/Yoga, que são frequentemente recomendadas em programas de reabilitação do pavimento pélvico. Tal pode indicar um envolvimento mais ativo na gestão da condição e uma maior literacia em saúde. Outro aspeto relevante é o facto da incontinência urinária de esforço (IUE) ter sido o diagnóstico mais frequente no grupo TP, indo ao encontro da literatura atual, que aponta esta condição como uma das DPP mais comuns (33).

As pontuações médias significativamente mais altas do QIPP-7 no grupo com DPP em comparação com o grupo controlo ($p < 0,001$) reforçam a capacidade discriminativa deste instrumento. A elevada pontuação média na subescala QIU-7 sugere que os sintomas urinários foram os mais impactantes na amostra, o que é consistente com dados epidemiológicos nacionais e internacionais (33,34). Contudo, o desequilíbrio entre domínios reforça a necessidade de uso complementar de outros instrumentos se a área de interesse for predominantemente anorrectal ou ginecológica. Os autores consideram, contudo, que uma amostra mais representativa dessas disfunções poderia ter conduzido a resultados mais expressivos nesses domínios.

A reprodutibilidade teste-reteste, avaliada pelo CCI, demonstrou valores considerados elevados ($>0,80$) para os itens individuais, o que representa uma fiabilidade moderada a excelente. Indo ao encontro os resultados do estudo brasileiro de Arouca et al. (2016), que reportou CCI entre 0,803 e 0,843 no total (13). Relativamente ao total do QIPP-7, no nosso estudo foi obtido um CCI de 1,000 (IC 95%: 0,998 – 1,000; $p < 0,001$), o que confirma a reprodutibilidade excecional do instrumento.

No que respeita à consistência interna, os resultados deste estudo indicam que a versão portuguesa do PFIQ-7 apresenta excelente consistência interna nas três subescalas e na totalidade do questionário ($\alpha \geq 0,964$), indicando uma excelente homogeneidade entre os itens. Estes resultados corroboram com os dados obtidos por Arouca et al. (2016) na validação brasileira do instrumento ($\alpha \geq 0,23$) (13). Ademais, nenhum dos itens, se removido, resultaria numa melhoria

significativa da consistência interna, o que reforça a solidez da versão portuguesa do instrumento.

Os resultados obtidos de KMO e do teste de Bartlett sustentam a realização da AFE, sobretudo por subescala, uma vez que cada uma parece medir dimensões distintas (sintomas urinários, intestinais e de vagina), o que justifica uma análise fatorial separada para melhor refletir a estrutura do instrumento.

As análises fatoriais por subescala revelaram estruturas unidimensionais robustas, com variância explicada superior a 83% e cargas fatoriais elevadas, demonstrando coerência interna. A AFE conjunta dos 21 itens revelou uma estrutura com três fatores, explicando 88,5% da variância total. Os fatores identificados corresponderam claramente às subescalas QIU-7, QICA-7 e QIPOP-7, apoiando empiricamente a organização tridimensional do instrumento. As correlações moderadas entre os fatores justificaram a rotação oblíqua, sugerindo que os domínios avaliados são relacionados, mas distintos.

Os resultados obtidos através da análise de correlação entre as subescalas do QIPP-7 sugerem uma possível interdependência entre a presença de prolapso e a percepção de disfunção urinária, bem como a coexistência de sintomas multissistêmicos frequentemente descritos na literatura em mulheres com disfunções do pavimento pélvico. Estas associações sustentam a hipótese de que, apesar de cada subescala avaliar um domínio distinto, os sintomas relatados pelas participantes tendem a coexistir, reforçando a pertinência da aplicação conjunta das subescalas para uma avaliação abrangente do impacto funcional.

Quanto à validade de critério, a correlação de Spearman entre o QIPP-7 e o questionário Bother foi fraca ($p = 0,317$), sugerindo baixa validade de critério. Esta associação limitada pode estar relacionada com o facto de que os dois instrumentos avaliam constructos relacionados, mas não idênticos. O QIPP-7 é um instrumento de medida mais detalhado e multidimensional em comparação com o questionário Bother, que não abrange todos os domínios do QIPP-7. Existe também uma diferença na estrutura de resposta: o QIPP-7 utiliza escalas graduadas de frequência/impacto (0 a 3), enquanto o Bother Questionnaire possui respostas mais direcionadas à intensidade de incómodo, o que pode afetar a comparabilidade dos dados estatísticos, especialmente com amostras pequenas.

De acordo com o estudo, o Questionário Bother apresentou boas propriedades psicométricas na sua versão original (35). No entanto, ao analisar as versões traduzidas e adaptadas para diferentes idiomas, os resultados variaram, por exemplo, a versão chinesa e a portuguesa-brasileira demonstraram uma consistência interna de baixa qualidade e a validade estrutural foi avaliada de forma discutível (35). Porém, a comparação direta com outros questionários similares não foi detalhadamente abordada neste estudo.

Através dos testes de Kruskal-Wallis concluiu-se que apenas o tempo de diagnóstico apresentou uma associação estatisticamente significativa com as

pontuações do QIPP-7 ($p = 0,023$), sugerindo que mulheres com diagnóstico mais antigo percebem maior impacto das disfunções do pavimento pélvico na sua qualidade de vida. Este achado está de acordo com estudos anteriores que associam a cronicidade das DPP ao agravamento dos sintomas e da limitação funcional (36). Por outro lado, não se verificaram diferenças significativas em relação à idade, grau de escolaridade, frequência de atividade física ou percepção de saúde geral, o que poderá ser atribuído à homogeneidade relativa da amostra nesses domínios.

A análise da responsividade do QIPP-7 mostrou uma divergência entre os indicadores: o Cohen's d foi quase nulo ($d = -0,04$), enquanto o SRM foi elevado ($-1,05$). Esta diferença decorre das características estatísticas de cada medida. O Cohen's d considera o desvio-padrão combinado dos dois momentos, sendo sensível à variabilidade entre participantes, que pode ser elevada em amostras pequenas como esta ($n = 7$). Já o SRM foca-se apenas na variabilidade das diferenças individuais, sendo mais eficaz em captar alterações consistentes, mesmo com média global reduzida.

A análise dos efeitos chão e teto revelou que, no grupo controlo ($n = 25$), verificou-se um efeito chão de 100%, o que é consistente com a ausência de sintomas nesta população. Embora este resultado confirme que o instrumento é sensível à ausência de sintomas, também reforça que o questionário pode não ser útil para diferenciar graus leves de impacto entre indivíduos saudáveis. Já no grupo piloto ($n = 31$), o efeito chão foi muito reduzido (5,6%) e não se observou qualquer efeito teto, sugerindo boa capacidade do instrumento para discriminar diferentes níveis de impacto clínico, sem evidência de saturação nas pontuações extremas.

Apesar da elevada fiabilidade e validade de conteúdo, a fraca validade de construto observada levanta a hipótese de que a estrutura do QIPP-7 possa não ser unidimensional, o que está alinhado com o modelo original, que prevê três subescalas independentes. As propriedades psicométricas do QIPP-7 português são consistentes com as versões já validadas noutros países, como o Brasil (13), Itália (14) e Grécia (37), onde se verificaram igualmente elevados níveis de fiabilidade e validade de conteúdo. As dificuldades na análise fatorial do total do instrumento foram também relatadas nesses contextos, o que reforça a consistência dos nossos achados e sugerindo que a análise por subescalas poderá ser mais apropriada, dado o carácter multidimensional do instrumento.

Concluindo, os dados obtidos apoiam a hipótese alternativa (H1), indicando que o QIPP-7 é um instrumento de medida adequado, válido e confiável.

4.1 Limitações

Uma das principais limitações do estudo foi o tamanho amostral ter sido consideravelmente menor do que o esperado, uma vez que, segundo a regra N:q que sugere um rácio tamanho da amostra/variáveis de 20:1 como ideal para

resultados fiáveis (38,39), o n amostral deveria ser no mínimo 28 para o grupo PT e 140 para o grupo TP. O grupo de Teste Piloto (TP) foi o mais reduzido, com um $n = 31$. Este facto dificultou análises estatísticas mais robustas, comprometeu parcialmente a validade de construto e impede a generalização dos resultados para toda a população portuguesa com DPP.

Além disso, observou-se um reduzido número de participantes com disfunção do foro anorretal e/ou vaginal, o que comprometeu os achados relacionados com as subescalas QICA-7 e QIPOP-7, respetivamente. Deste modo, os autores reconhecem que teria sido benéfico uma amostragem mais dirigida, com inclusão deliberada de um número mínimo de participantes com manifestações clínicas nestes domínios, permitindo assim uma análise mais representativa e conclusões mais generalizáveis sobre estas dimensões específicas do instrumento.

Ademais, a ausência de aleatorização na seleção das participantes para o reteste e para o grupo de Teste Piloto, pode ter introduzido viés de seleção. Também a ausência de cegamento dos avaliadores apresenta-se como uma limitação metodológica, uma vez que pode ter introduzido viés de observação.

Outra limitação prende-se com a ausência de dados sobre comorbilidades, estado hormonal (ex: menopausa), ou paridade das participantes – fatores muito relevantes nas DPP que podem influenciar as respostas ao questionário e afetar a validade externa dos resultados. Além disso, o efeito de piso observado no grupo controlo limita a avaliação da sensibilidade a pequenas alterações nos casos mais leves.

4.2 Pontos Fortes

Entre os pontos fortes do estudo destaca-se o rigor metodológico adotado na tradução e adaptação cultural do questionário, em conformidade com as diretrizes COSMIN. A participação de especialistas em Saúde da Mulher e a retrotradução por tradutores independentes garantiram a equivalência semântica e conceptual com a versão original. A validação incluiu múltiplas propriedades de medição permitindo uma avaliação abrangente da adequação do instrumento.

Outro aspeto relevante foi a evidência de excelente fiabilidade tanto ao nível das subescalas como da pontuação total, reforçando o valor do QIPP-7 como ferramenta confiável e sensível na prática clínica.

Ademais, a presente tradução e validação permite aos fisioterapeutas e outros profissionais de saúde avaliar com maior precisão o impacto das DPP na qualidade de vida das mulheres portuguesas. A aplicação prática do QIPP-7 pode melhorar a monitorização de sintomas ao longo do tempo, orientar a tomada de decisões clínicas e facilitar a comunicação com as pacientes sobre os efeitos multifatoriais das DPP. Em contexto de investigação, o instrumento permite padronizar a avaliação de resultados, contribuir para comparações de resultados

entre diferentes contextos clínicos e culturais e ainda promover o desenvolvimento de novas intervenções terapêuticas na área da saúde da mulher.

5. Conclusão

A versão portuguesa do PFIQ-7 demonstrou propriedades de medição adequadas, relevando que o QIPP-7 é um instrumento válido, fiável e clinicamente relevante para medir o impacto das DPP na qualidade de vida das mulheres portuguesas. No entanto, estudos futuros devem procurar incluir um número maior de participantes, recolher dados ginecológicos e obstétricos relevantes e explorar comparações entre subgrupos específicos, nomeadamente mulheres em idade fértil versus pós-menopausa. Além disso, investigações futuras devem considerar importante uma análise fatorial do instrumento mais aprofundada. No âmbito da validade de conteúdo, recomenda-se que estudos posteriores considerem também a avaliação dos peritos relativamente à clareza e adequação das respostas das escalas do QIPP-7 ("Nada", "Um pouco", "Moderadamente" e "Bastante"), de modo a assegurar uma interpretação mais precisa e culturalmente contextualizada dos itens do questionário.

Concluindo, a disponibilização de uma versão portuguesa validada do QIPP-7 representa um passo significativo na promoção de cuidados mais personalizados, baseados em evidência e culturalmente adequados, na área da saúde da mulher em Portugal.

Outra informação

Os autores declaram não haver conflito de interesses.

Referências bibliográficas

1. Grimes WR, Stratton M. Pelvic Floor Dysfunction [Internet]. 2024 [citado 16 de Maio de 2024]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK559246/>
2. Bordonni B, Sugumar K, Leslie SW. Anatomy, Abdomen and Pelvis, Pelvic Floor [Internet]. 2025 [citado 9 de Janeiro de 2025]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK482200/>
3. Liedl B, Dodi G, Inoue H, Neuman M, del Amo E. Structural, functional, and dysfunctional pelvic anatomy. *Ann Transl Med* [Internet]. Abril de 2024 [citado 9 de Janeiro de 2025];12(2):23–23. Disponível em: <https://atm.amegroups.org/article/view/123576/html>
4. McEvoy A, Tetrokalashvili M. Anatomy, Abdomen and Pelvis: Female Pelvic Cavity [Internet]. 2025 [citado 9 de Janeiro de 2025]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK538435/>
5. Talasz H, Kremser C, Talasz HJ, Kofler M, Rudisch A. Breathing, (S)Training and the Pelvic Floor—A Basic Concept. *Healthcare* [Internet]. 2 de Junho de 2022 [citado 16 de Janeiro de 2025];10(6):1035. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9222935/>
6. Folgado Alberto S. Disfunções do pavimento pélvico - como organizar o pensamento clínico. *Revista Portuguesa de coloproctologia* [Internet]. Janeiro de 2022 [citado 16 de Maio de 2024];19(1):7–13. Disponível em: <https://www.spcoloprocto.org/uploads/06-disfuncoespavpelvico.pdf>
7. Jouanny C, Abhyankar P, Maxwell M. A mixed methods systematic literature review of barriers and facilitators to help-seeking among women with stigmatised pelvic health symptoms. *BMC Womens Health* [Internet]. 3 de Abril de 2024 [citado 16 de Janeiro de 2025];24(1):217. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10993589/>
8. National Institute for Health and Care Excellence (NICE), editor. Pelvic floor dysfunction: prevention and non-surgical management. Em: Information provision related to the management of pelvic floor dysfunction (people’s views and experiences): Pelvic floor dysfunction: prevention and non-surgical management: Evidence review G [Internet]. London: National Institute for Health and Care Excellence (NICE); 2021 [citado 16 de Janeiro de 2025]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK579554/>
9. Bogner HR, O'Donnell AJ, de Vries HF, Northington GM, Joo JH. The temporal relationship between anxiety disorders and urinary

- incontinence among community-dwelling adults. *J Anxiety Disord* [Internet]. Março de 2011 [citado 16 de Janeiro de 2025];25(2):203–8. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC3031666/>
10. Torosis M, Carey E, Christensen K, Kaufman MR, Kenton K, Kotarinos R, et al. A Treatment Algorithm for High-Tone Pelvic Floor Dysfunction. *Obstetrics & Gynecology* [Internet]. 22 de Fevereiro de 2024 [citado 10 de Janeiro de 2025]; Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10953682/>
 11. Barber MD, Walters MD, Bump RC. Short forms of two condition-specific quality-of-life questionnaires for women with pelvic floor disorders (PFDI-20 and PFIQ-7). *Am J Obstet Gynecol* [Internet]. Julho de 2005 [citado 16 de Maio de 2024];193(1):103–13. Disponível em: [https://www.ajog.org/article/S0002-9378\(04\)02108-8/abstract](https://www.ajog.org/article/S0002-9378(04)02108-8/abstract)
 12. Barber MD, Chen Z, Lukacz E, Markland A, Wai C, Brubaker L, et al. Further validation of the short form versions of the pelvic floor Distress Inventory (PFDI) and pelvic floor impact questionnaire (PFIQ). *Neurourol Urodyn* [Internet]. 22 de Abril de 2011 [citado 16 de Maio de 2024];30(4):541–6. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3759146/>
 13. Arouca MAF, Duarte TB, Lott DAM, Magnani PS, Nogueira AA, Rosa-e-Silva JC, et al. Validation and cultural translation for Brazilian Portuguese version of the Pelvic Floor Impact Questionnaire (PFIQ-7) and Pelvic Floor Distress Inventory (PFDI-20). *Int Urogynecol J* [Internet]. 19 de Julho de 2016 [citado 16 de Maio de 2024];27(7):1097–106. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00192-015-2938-8#citeas>
 14. Volontè S, Zurlo A, Cola A, Barba M, Frigerio M. Italian validation of the pelvic floor Impact questionnaire – 7 (PFIQ-7). *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology* [Internet]. Fevereiro de 2025 [citado 10 de Janeiro de 2025];305:1–4. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39626382/>
 15. Barber MD. Questionnaires for women with pelvic floor disorders. *Int Urogynecol J* [Internet]. 5 de Março de 2007 [citado 26 de Junho de 2025];18(4):461–5. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17120170/>
 16. Gagnier JJ, Lai J, Mokkink LB, Terwee CB. COSMIN reporting guideline for studies on measurement properties of patient-reported outcome measures. *Quality of Life Research* [Internet]. 5 de Agosto de 2021 [citado 17 de Junho de 2025];30(8):2197–218. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/s11136-021-02822-4>

17. Terwee CB, Bot SDM, de Boer MR, van der Windt DAWM, Knol DL, Dekker J, et al. Quality criteria were proposed for measurement properties of health status questionnaires. *J Clin Epidemiol* [Internet]. Janeiro de 2007 [citado 3 de Julho de 2025];60(1):34–42. Disponível em: [https://www.jclinepi.com/article/S0895-4356\(06\)00174-0/abstract](https://www.jclinepi.com/article/S0895-4356(06)00174-0/abstract)
18. Beaton DE, Bombardier C, Guillemin F, Ferraz MB. Guidelines for the Process of Cross-Cultural Adaptation of Self-Report Measures. *Spine (Phila Pa 1976)* [Internet]. Dezembro de 2000 [citado 16 de Maio de 2024];25(24):3186–91. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11124735/>
19. Haylen BT, de Ridder D, Freeman RM, Swift SE, Berghmans B, Lee J, et al. An International Urogynecological Association (IUGA)/International Continence Society (ICS) joint report on the terminology for female pelvic floor dysfunction. *Int Urogynecol J* [Internet]. 25 de Janeiro de 2010 [citado 26 de Junho de 2025];21(1):5–26. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19937315/>
20. Koo TK, Li MY. A Guideline of Selecting and Reporting Intraclass Correlation Coefficients for Reliability Research. *J Chiropr Med* [Internet]. Junho de 2016 [citado 16 de Agosto de 2024];15(2):155–63. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4913118/>
21. Bland JM, Altman DG. Statistics notes: Cronbach’s alpha. *BMJ* [Internet]. 22 de Fevereiro de 1997 [citado 16 de Agosto de 2024];314(7080):572–572. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9055718/>
22. Tavakol M, Dennick R. Making sense of Cronbach’s alpha. *Int J Med Educ* [Internet]. 27 de Junho de 2011 [citado 16 de Agosto de 2024];2:53–5. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4205511/>
23. Gjersing L, Caplehorn JR, Clausen T. Cross-cultural adaptation of research instruments: language, setting, time and statistical considerations. *BMC Med Res Methodol* [Internet]. 10 de Dezembro de 2010 [citado 16 de Maio de 2024];10(1):13. Disponível em: <https://bmcmmedresmethodol.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2288-10-13>
24. Arslan J, Benke K. Statistical Analysis of Ceiling and Floor Effects in Medical Trials. *Applied Biosciences* [Internet]. 4 de Dezembro de 2023 [citado 3 de Julho de 2025];2(4):668–81. Disponível em: <https://www.mdpi.com/2813-0464/2/4/42>

25. Saliba VA, Magalhães L de C, Faria CDC de M, Laurentino GEC, Cassiano JG, Teixeira-Salmela LF. Adaptação transcultural e análise das propriedades psicométricas da versão brasileira do instrumento Motor Activity Log. *Panam Salud Publica* [Internet]. 2011 [citado 17 de Junho de 2025];30(3):262–71. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/rpsp/2011.v30n3/262-271>
26. Mishra P, Singh U, Pandey C, Mishra P, Pandey G. Application of student's t-test, analysis of variance, and covariance. *Ann Card Anaesth* [Internet]. 2019 [citado 16 de Maio de 2024];22(4):407. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31621677/>
27. Fitzpatrick R, Davey C, Buxton MJ, Jones DR. Evaluating patient-based outcome measures for use in clinical trials. *Health Technol Assess.* 1998;2(14):i–iv, 1–74.
28. Sousa LMM. As propriedades psicométricas dos instrumentos de hetero-avaliação. *Enformação* [Internet]. 2015 [citado 17 de Junho de 2025];(6):20–4. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/281464325_As_propriedades_psicométricas_dos_instrumentos_de_hetero-avaliacao
29. Matos DAS, Rodrigues EC. Análise fatorial [Internet]. Filgueiras F de B, editor. Brasília: Enap Escola Nacional de Administração Pública; 2019 [citado 3 de Julho de 2025]. Disponível em: <https://repositorio.enap.gov.br/bitstream/1/4790/1/Livro%20An%C3%A1lise%20Fatorial.pdf>
30. Arsham H, Lovric M. Bartlett's Test. Em: *International Encyclopedia of Statistical Science* [Internet]. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg; 2011 [citado 3 de Julho de 2025]. p. 87–8. Disponível em: https://link.springer.com/rwe/10.1007/978-3-642-04898-2_132
31. Polit DF, Beck CT, Owen S V. Is the CVI an acceptable indicator of content validity? Appraisal and recommendations. *Res Nurs Health* [Internet]. 24 de Agosto de 2007 [citado 3 de Julho de 2025];30(4):459–67. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/nur.20199>
32. Mishra P, Pandey C, Singh U, Gupta A, Sahu C, Keshri A. Descriptive statistics and normality tests for statistical data. *Ann Card Anaesth* [Internet]. 2019 [citado 3 de Julho de 2025];22(1):67. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6350423/>
33. Lugo T, Leslie SW, Mikes BA, Riggs J. Stress Urinary Incontinence [Internet]. 2025 [citado 20 de Julho de 2025]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK539769/>

34. Preda A, Moreira S. Incontinência Urinária de Esforço e Disfunção Sexual Feminina: O Papel da Reabilitação do Pavimento Pélvico. *Acta Med Port* [Internet]. 4 de Novembro de 2019 [citado 20 de Julho de 2025];32(11):721–6. Disponível em: <https://www.actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/download/12012/5794/49274>
35. Molina-Torres G, Amiano-López L, Córdoba-Peláez MM, Ibáñez-Vera AJ, Diaz-Mohedo E. Analysis of the Structural Characteristics and Psychometric Properties of the Pelvic Floor Bother Questionnaire (PFBQ): A Systematic Review. *J Clin Med* [Internet]. 29 de Novembro de 2022 [citado 20 de Julho de 2025];11(23):7075. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36498649/>
36. Grigoriadis T, Athanasiou S, Giannoulis G, Mylona SC, Lourantou D, Antsaklis A. Translation and psychometric evaluation of the Greek short forms of two condition-specific quality of life questionnaires for women with pelvic floor disorders: PFDI-20 and PFIQ-7. *Int Urogynecol J* [Internet]. 19 de Dezembro de 2013 [citado 4 de Julho de 2025];24(12):2131–44. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23778998/>
37. Wild D, Grove A, Martin M, Eremenco S, McElroy S, Verjee-Lorenz A, et al. Principles of Good Practice for the Translation and Cultural Adaptation Process for Patient-Reported Outcomes (PRO) Measures: Report of the ISPOR Task Force for Translation and Cultural Adaptation. *Value in Health* [Internet]. Março de 2005 [citado 16 de Maio de 2024];8(2):94–104. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15804318/>
38. Health measurement scales: a practical guide to their development and use (5th edition). *Aust N Z J Public Health* [Internet]. Junho de 2016 [citado 16 de Agosto de 2024];40(3):294–5. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/ft/10.1111/1753-6405.12484>

Material suplementar

1 – Versão Original do *Pelvic Floor Impact Questionnaire-7* (PFIQ-7)

Pelvic Floor Impact Questionnaire—short form 7 (PFIQ-7)

Name _____ DATE _____

DOB _____

Instructions: Some women find that bladder, bowel, or vaginal symptoms affect their activities, relationships, and feelings. For each question, check the response that best describes how much your activities, relationships, or feelings have been affected by your bladder, bowel, or vaginal symptoms or conditions **over the last 3 months**. Please make sure you mark an answer in **all 3 columns** for each question.

How do symptoms or conditions in the following usually affect your	Bladder or urine	Bowel or rectum	Vagina or pelvis
1. Ability to do household chores (cooking, laundry housecleaning)?	☐ Not at all ☐ Somewhat ☐ Moderately ☐ Quite a bit	☐ Not at all ☐ Somewhat ☐ Moderately ☐ Quite a bit	☐ Not at all ☐ Somewhat ☐ Moderately ☐ Quite a bit
2. Ability to do physical activities such as walking, swimming, or other exercise?	☐ Not at all ☐ Somewhat ☐ Moderately ☐ Quite a bit	☐ Not at all ☐ Somewhat ☐ Moderately ☐ Quite a bit	☐ Not at all ☐ Somewhat ☐ Moderately ☐ Quite a bit
3. Entertainment activities such as going to a movie or concert?	☐ Not at all ☐ Somewhat ☐ Moderately ☐ Quite a bit	☐ Not at all ☐ Somewhat ☐ Moderately ☐ Quite a bit	☐ Not at all ☐ Somewhat ☐ Moderately ☐ Quite a bit
4. Ability to travel by car or bus for a distance greater than 30 minutes away from home?	☐ Not at all ☐ Somewhat ☐ Moderately ☐ Quite a bit	☐ Not at all ☐ Somewhat ☐ Moderately ☐ Quite a bit	☐ Not at all ☐ Somewhat ☐ Moderately ☐ Quite a bit
5. Participating in social activities outside your home?	☐ Not at all ☐ Somewhat ☐ Moderately ☐ Quite a bit	☐ Not at all ☐ Somewhat ☐ Moderately ☐ Quite a bit	☐ Not at all ☐ Somewhat ☐ Moderately ☐ Quite a bit
6. Emotional health (nervousness, depression, etc)?	☐ Not at all ☐ Somewhat ☐ Moderately ☐ Quite a bit	☐ Not at all ☐ Somewhat ☐ Moderately ☐ Quite a bit	☐ Not at all ☐ Somewhat ☐ Moderately ☐ Quite a bit
7. Feeling frustrated?	☐ Not at all ☐ Somewhat ☐ Moderately ☐ Quite a bit	☐ Not at all ☐ Somewhat ☐ Moderately ☐ Quite a bit	☐ Not at all ☐ Somewhat ☐ Moderately ☐ Quite a bit

2 - COSMIN Reporting guideline for studies on measurement properties of patient reported outcome measures

General Reporting recommendations relevant for all studies on measurement properties		
Item Number	Item Name	Item Description
Report section: Title		
T1	Patient Reported Outcome Measure (PROM)	The name of the PROM instrument(s) (and version if relevant) being studied
T2	Measurement Property (MP)	What MPs are being studied or more generally, that MPs are being studied (if there are many properties being investigated, for example)
T3	Study sample	General description of relevant study sample characteristics (e.g., condition of interest, language) and also any intervention or exposure (e.g., treatments) if applicable.
Report section: Abstract		
A1	PROM	The name of the PROM instrument(s) (and version if relevant) being studied (i.e. the SF-36 or SF-12; language version) or if it concerns an item bank (e.g., PROMIS instruments). The type of instrument (e.g. a self reported questionnaire or interview).
A2	Measurement Property	What MPs are being studied or more generally, that MPs are being studied (if there are many properties being investigated, for example)
A3	Design	The type of study being used to test the properties (e.g., test-retest design, longitudinal study, cohort, cross sectional, case series, randomized etc.). Other details of the study design if relevant (intervention/exposure, description of comparison instruments, outcomes other than PROMs).
A4	Sample	Inclusion / exclusion criteria. General description of relevant study sample characteristics (e.g., condition of interest, geographic location, language, other relevant demographic and baseline characteristics)
A5	Methods	A brief description of the methods for investigating each MP including statistical analyses
A6	Results	The main results for all MPs investigated reporting statistics for each result with measures of precision where appropriate.
A7	Discussion/Conclusions	A brief description of the results in the context of existing evidence, main strengths and drawbacks and the need for future research on the PROM(s) investigated.
Report section: Introduction		
I1	Name and describe the PROM of interest	Specify the name, type, language, and version of the PROM being investigated and how it was developed. Describe the construct the PROM aims to measure and its subscales; describe the structure of the PROM (e.g., the number of factors, the number of items, scoring algorithm); describe relevant instructions (like time period), and number or type of response categories. State whether the PROM is based on a reflective or formative model. Note: This information may also appear in the methods section in greater detail.
I2	Target population	Describe the specific target population that the PROM was designed for. The authors need to provide the appropriate and necessary characteristics of this population.
I3	Citation for the original development of the PROM	The citation for the original development paper(s) should be provided and other highly relevant citations related to the quality of the specific PROM under investigation.
I4	State of Knowledge & Rationale	A description of the current scientific knowledge (what is known) regarding the MPs of? the PROM under investigation. The authors should provide a literature review or refer to a recent review of all existing evidence of the specific version (e.g., language, short

		form) of the PROM and explain why the new study is necessary and important. The rationale for the current proposed study should be given.
I5	Definitions	Specialized terms should be defined or explained.
I6	Objectives and Hypotheses	State the specific objective(s) of the research and hypotheses related to the specific PROM under investigation.
Report section: General Methods		
GM1	Study Design	State the key elements of the study design
GM2	Participants	State how the participants were chosen; the inclusion and exclusion criteria. (e.g., if a PROM for a specific condition, then the eligibility and selection criteria should reflect this).
GM3	PROM administration	An explicit description of how and when the PROM(s) were administered (e.g., in what setting) including data collection devices/system used (e.g. paper based, electronic administration / ePRO) should be provided.
GM4	Data collection procedures	Provide information about other data collection, exposure methods (e.g., allocation to interventions) and time points / follow-up points.
GM5	Power/sample size calculation	Provide a power calculation for all MP analyses. Alternatively, if a rule of thumb is used, state it and the source/citation.
GM6	Statistical analyses	Statistical analyses and tests corresponding to all hypotheses or objectives for all MPs should be reported. Where appropriate, a cut-off for statistical significance should be reported (e.g., p-value less than 0.05). A description of all statistics to be used to estimate the magnitude and direction of effect should also be reported, together with measures of variability or precision. Report statistical package used.
GM7	Missing data	State approaches or plan for dealing with missing data.
GM8	Post hoc analysis	The report should specify analyses that used data after the data collection period concluded (i.e., if the analyses were post hoc; secondary data analyses) and describe the rationale for any post hoc analyses.
Report section: General Results		
GR1	Missing data	The amount and reasons for missing data should be explained for all analyses for all PROMs (or other outcome measurement instruments) and relevant groups.
GR2	Participant/patient Characteristics	The study patients' characteristics should be described, including baseline PROM scores.
GR3	Sample size	If one study contained analyses using different sample sizes, the authors should report the sample size for each analysis.
Report section: Discussion		
D1	MP evidence	Per measurement property the authors should compare the result to the criteria for good measurement properties (e.g., COSMIN criteria)[27], and determine if the specific MP is sufficient or not. Note: This information may also appear in the results section in greater detail in a table for example.
D2	Practical relevance	The authors need to discuss the practical relevance of the findings.
D3	Strengths and limitations	Strengths and limitations of the study should be discussed. For example, discuss if there were any significant potential biases in the study that could have impacted the results.
D4	Generalizability	Generalizability issues related to the PROM results should be discussed. For example, discuss if the results could be generalized to other populations given the sample studied.
D5	Instrument changes	Discuss the need for modifications to the existing PROM or new
		PROM development. If you conclude that one of the measurement properties is insufficient, you could suggest some modification, or if it is really poor, you could suggest stopping use of the PROM (in the specific population or in general).
D6	Future Research	Report specifically the type of research needed to answer new questions arising out of these findings for the particular MP and PROM investigated.
Report section: Conclusions		
C1	Conclusions	State the overall conclusions for each MP and of the use PROM investigated.
Report section: Other information		
O1	Conflict of Interest	State any relevant conflict of interest related to the PROM under investigation (e.g., an author being the PROM developer, funding body etc).

3 – Versão Portuguesa do Questionário de Impacto no Pavimento Pélvico – 7 (QIPP-7)

Questionário de Impacto do Pavimento Pélvico - Versão Curta 7 (QIPP-7)

Nome: _____

Data de Nascimento: ____/____/____

Altura: _____ m Peso: _____ Kg

Data: ____/____/____

Instruções: Algumas mulheres consideram que os sintomas urinários, intestinais ou vaginais afetam as suas atividades, relacionamentos e sentimentos. Para cada pergunta, marque a resposta que melhor descreve o quanto as suas atividades, relacionamentos ou sentimentos foram afetados pelos sintomas ou condições da bexiga, do intestino ou da vagina/pélvis nos últimos 3 meses. Certifique-se de marcar uma resposta em todas as três colunas para cada pergunta.

Como é que os seguintes sintomas ou condições afetam, geralmente, a(s) sua(s)...	<i>Bexiga ou Urina</i>	<i>Intestino ou Reto</i>	<i>Vagina ou Pélvis</i>
1. Capacidade para realizar tarefas domésticas (cozinhar, lavar roupa, limpar a casa)?	☐ Nada ☐ Um pouco ☐ Moderadamente ☐ Bastante	☐ Nada ☐ Um pouco ☐ Moderadamente ☐ Bastante	☐ Nada ☐ Um pouco ☐ Moderadamente ☐ Bastante

2. Capacidade para realizar atividades físicas como caminhar, nadar ou outro exercício?	☐ Nada ☐ Um pouco ☐ Moderadamente ☐ Bastante	☐ Nada ☐ Um pouco ☐ Moderadamente ☐ Bastante	☐ Nada ☐ Um pouco ☐ Moderadamente ☐ Bastante
3. Atividades de lazer, como ir ao cinema ou a um concerto?	☐ Nada ☐ Um pouco ☐ Moderadamente ☐ Bastante	☐ Nada ☐ Um pouco ☐ Moderadamente ☐ Bastante	☐ Nada ☐ Um pouco ☐ Moderadamente ☐ Bastante
4. Capacidade de viajar de carro ou autocarro durante uma distância superior a 30 minutos?	☐ Nada ☐ Um pouco ☐ Moderadamente ☐ Bastante	☐ Nada ☐ Um pouco ☐ Moderadamente ☐ Bastante	☐ Nada ☐ Um pouco ☐ Moderadamente ☐ Bastante
5. Participação em atividades sociais fora de casa?	☐ Nada ☐ Um pouco ☐ Moderadamente ☐ Bastante	☐ Nada ☐ Um pouco ☐ Moderadamente ☐ Bastante	☐ Nada ☐ Um pouco ☐ Moderadamente ☐ Bastante
6. Saúde emocional (nervosismo, depressão, etc.)?	☐ Nada ☐ Um pouco ☐ Moderadamente ☐ Bastante	☐ Nada ☐ Um pouco ☐ Moderadamente ☐ Bastante	☐ Nada ☐ Um pouco ☐ Moderadamente ☐ Bastante
7. Sensação de frustração?	☐ Nada ☐ Um pouco ☐ Moderadamente ☐ Bastante	☐ Nada ☐ Um pouco ☐ Moderadamente ☐ Bastante	☐ Nada ☐ Um pouco ☐ Moderadamente ☐ Bastante
Pontuação total: —	QIU-7: —	QICA-7: —	QIPOP-7: —

Descrição:

QIU-7 (Questionário de Impacto Urinário): 7 itens na coluna “Bexiga ou Urina”

QICA-7 (Questionário de Impacto Colorretal-Anal): 7 itens na coluna “Intestino ou Reto”

QIPOP-7 (Questionário de Impacto do Prolapso de Órgão Pélvico): 7 itens na coluna “Vagina ou Pélvis”

Pontuação do PFIQ-7:

Todos os itens usam a seguinte escala de resposta:

0 = Nada

1 = Um Pouco

2 = Moderadamente

3 = Bastante

Resultados:

Pontuações de cada escala: Calcule o valor médio de todos os itens respondidos dentro da escala correspondente (valor possível de 0 a 3) e multiplique por (100/3) para obter a pontuação da escala (intervalo de 0 a 100). Caso algum item não tenha sido respondido, utilize apenas a média dos itens respondidos.

Pontuação Total do PFIQ-7: Some o resultado das 3 escalas para obter a pontuação resumida (intervalo de 0 a 300).

Créditos:

Autora do estudo: Soraia Filipa Magano Patrício

Orientadora: Professora Doutora Daniela Oliveira Baltazar

Autores da tradução: Professores Andrew Collinge, Paula Sofia Prada Pontes, Maria Fátima Gonçalves Almeida e Salwa Reem Kelidar.

4 – Consentimento Informado



Consentimento Informado Esclarecido e Livre para Investigação Científica

Este documento, designado Consentimento Informado Esclarecido e Livre, dado por escrito, contém informação importante em relação ao estudo para o qual foi abordado/a, bem como o que expectável acontecer, se decidir participar no mesmo. Leia atentamente toda a informação aqui contida. Deve sentir-se inteiramente livre para colocar qualquer questão, assim como para discutir com terceiros (amigos, familiares) a decisão da sua participação neste estudo.

Título do projeto ou estudo de investigação:

Tradução, adaptação cultural e linguística e validação do instrumento de medida “Pelvic floor impact questionnaire – 7 (PFIQ-7)” para a população portuguesa

Informação geral sobre o estudo

Introdução

Foi convidada a participar de um estudo sobre a tradução, adaptação cultural e validação do Questionário de Impacto no Pavimento Pélvico (PFIQ-7) para a língua portuguesa. Este estudo é conduzido por uma equipa de discentes, docentes e pesquisadores da Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias no Instituto Politécnico de Castelo Branco. O nosso estudo visa garantir que mulheres portuguesas com disfunções do pavimento pélvico (DPP) possam contar com uma ferramenta de avaliação precisa e relevante para expressar suas experiências e necessidades quando à saúde pélvica.

Os responsáveis por todo estudo, inclusive caso ocorra algum evento negativo, são a aluna de 3º anos do Curso de Fisioterapia Soraia Filipa Magano Patrício, juntamente com a orientadora fisioterapeuta Daniela Oliveira Baltazar.



Objetivo do Estudo

O objetivo deste estudo é traduzir e adaptar culturalmente o PFIQ-7, além de avaliar suas propriedades psicométricas, como consistência interna, reprodutibilidade e validade de construção, em mulheres portuguesas com DPP.

Procedimentos

O estudo será conduzido em duas fases:

1. Tradução e Adaptação Cultural: O questionário será traduzido por tradutores bilíngues especializados. Uma amostra piloto será utilizada para pré-testar o questionário, garantindo que as questões sejam claras e culturalmente relevantes.
2. Validação Psicométrica: Será realizado um estudo transversal para avaliar as propriedades psicométricas do questionário, incluindo consistência interna (verificação da coerência das respostas), reprodutibilidade (garantia de resultados consistentes em diferentes momentos) e validade de construção (avaliação da eficácia do questionário em medir o que se propõe).

Participação

A sua participação no estudo é voluntária e consiste em responder ao questionário PFIQ-7 em duas ocasiões diferentes. A participação não implica em riscos significativos, no entanto, a participação no estudo pode exigir um compromisso de tempo significativo, devido ao tempo despendido para responder aos questionários. Além disso, as questões a que as participantes terão de responder são consideradas informações pessoais e sensíveis sobre sua saúde, podendo fazer com que se sinta vulnerável e desconfortável. A sua participação não terá quaisquer custos financeiros. Todos os custos serão financiados pelos responsáveis do estudo.

Confidencialidade

Todas as informações coletadas serão tratadas de forma confidencial e apenas os pesquisadores terão acesso aos dados. Os resultados do estudo serão publicados de forma a que a sua identidade não seja revelada, garantindo seu anonimato. Afirmamos que foi comunicada a intenção da realização da operação de tratamento de dados pessoais ao Encarregado de Proteção de Dados do IPCB, tendo a mesma obtido parecer favorável, garantindo assim, em qualquer caso, que a identificação dos participantes nunca será tornada pública. Além disso, o estudo foi validado e mereceu parecer favorável da Comissão de Ética.



Os resultados do estudo serão apresentados aos docentes e discentes da Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias, para fins de término de Licenciatura.

Tratamento dos Dados

O IPCB é o responsável pelo tratamento dos seus dados pessoais, recolhidos e tratados exclusivamente para as finalidades do estudo científico supra, tendo como base legal o seu consentimento com base no art.º 9, nº 2, alínea a) e o disposto Artº 6º, nº 1, a) e ainda o cumprimento da missão do IPCB, no que à investigação científica diz respeito, enquadrado no Artº 6º, nº 1, e) do RGPD. A operação de tratamento de dados foi registada no IPCB com o nº 69/2024. É possível a consulta, a retificação ou o apagamento dos seus dados pessoais, caso a metodologia de recolha utilizada no estudo o permita, contactando o investigador para o efeito.

O IPCB tem um Encarregado de Proteção de Dados, contactável através do email protecaodados@ipcb.pt. Caso considere necessário tem ainda o direito de apresentar reclamação à autoridade de controlo competente – Comissão Nacional de Proteção de Dados.

Benefícios

A sua participação ajudará a validar um instrumento importante para avaliar as disfunções do pavimento pélvico, contribuindo para a melhoria da assistência à saúde das mulheres em Portugal. Embora não receba benefícios diretos, o seu envolvimento será valioso para futuras pesquisas e melhorias clínicas.

Direito de Recusa ou Retirada

A participação neste estudo é voluntária, assim você tem o direito de recusar participar ou desistir/retirar o seu consentimento a qualquer momento, sem qualquer tipo de consequência, penalidade ou prejuízo para si.



Contato

Caso tenha dúvidas sobre o estudo ou sobre os seus direitos como participante, pode entrar em contato com os pesquisadores:

Nome do Pesquisador Principal: Soraia Filipa Magano Patrício

Nome do Docente Orientador: Daniela Baltazar

Instituição: Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias, Instituto Politécnico de Castelo Branco

Telefone do Pesquisador Principal: 963521541

E-mail Pesquisador Principal: soraia.patricio@ipcbcampus.pt



Assinatura do Consentimento Informado Esclarecido e Livre para Investigação Científica

Eu, _____, declaro que li (ou alguém leu para mim) o consentimento informado esclarecido e livre para posso investigação científica e estou consciente do que esperar quanto à minha participação no projeto ou estudo “Tradução, adaptação cultural e linguística e validação do instrumento de medida “Pelvic floor impact questionnaire (PFIQ-7)” para a população portuguesa”. Fui informada sobre os objetivos, procedimentos, benefícios e possíveis riscos deste estudo. Estou ciente de que minha participação é voluntária e que retirar-me a qualquer momento sem penalidade. Concordo em participar deste estudo.

Tive a oportunidade de colocar todas as questões e as respostas esclareceram todas as minhas dúvidas. Assim, aceito voluntariamente participar neste estudo. Foi-me dada uma cópia deste documento.

Consinto voluntariamente que os meus dados pessoais sejam tratados de acordo com as informações que me foram disponibilizadas anteriormente. ☐ Sim ☐ Não

Assinatura da Participante

Data: ____/____/____

Assinatura do Pesquisador Responsável

Data: ____/____/____

Muito obrigado por sua participação!

5 – Questionário sociodemográfico



Questionário Socio-Demográfico

Instruções

Por favor, preencha o questionário abaixo com as suas informações pessoais. Este questionário é confidencial e os dados serão usados apenas para fins de pesquisa no âmbito do estudo sobre de tradução, adaptação cultural e avaliação das propriedades psicométricas do Questionário de Impacto no Pavimento Pélvico (PFIQ-7) para a língua portuguesa.

Informações Pessoais

Idade:

- ☐ 18-24
- ☐ 25-34
- ☐ 35-44
- ☐ 45-54
- ☐ 55-64
- ☐ 65 ou mais

Género:

- ☐ Feminino
- ☐ Masculino
- ☐ Outro: _____

Estado Civil:

- ☐ Solteira
- ☐ Casada
- ☐ União de facto
- ☐ Divorciada
- ☐ Viúva

Nível de Escolaridade:

- ☐ 2º ciclo do ensino básico
- ☐ 3º ciclo de ensino básico
- ☐ Ensino secundário
- ☐ Ensino superior (licenciatura)
- ☐ Pós-graduação
- ☐ Mestrado
- ☐ Doutoramento

Profissão:

- ☐ Empregada
- ☐ Desempregada
- ☐ Estudante
- ☐ Reformada
- ☐ Outro: _____



Informações de Saúde

Tem algum diagnóstico confirmado de disfunção do pavimento pélvico?

☐ Sim

☐ Não

Se sim, qual(is) o(s) diagnóstico(s)?

☐ Incontinência urinária

☐ Dor pélvica

Que tipo: _____

☐ Disfunção sexual

Que tipo: _____

☐ Incontinência fecal

☐ Prolapso de órgãos pélvicos

☐ Outro: _____

Que tipo: _____

Se sim, há quanto tempo foi diagnosticada com a disfunção do pavimento pélvico?

☐ Menos de 1 ano

☐ 3-5 anos

☐ 1-2 anos

☐ Mais de 5 anos

Se sim, atualmente realiza algum tipo de tratamento para a sua disfunção do pavimento pélvico?

☐ Sim

☐ Não

Se sim, qual? (Assinale todas as que se aplicam)

☐ Fisioterapia

☐ Cirurgia

☐ Medicamentos

☐ Outros: _____

Informações de Estilo de Vida

Pratica alguma atividade física regularmente?

☐ Sim

☐ Não

Se sim, descreva sucintamente a atividade física que realiza.



Se sim, com que frequência você pratica atividade física?

- ☐ Menos de 1 vez por semana
- ☐ 1-2 vezes por semana
- ☐ 3-4 vezes por semana
- ☐ 5 ou mais vezes por semana

Se sim, quanto tempo por semana pratica essa atividade física?

- ☐ Menos de 75 minutos por semana
- ☐ Entre 75 e 149 minutos por semana
- ☐ Entre 150 e 200 minutos por semana
- ☐ Mais de 200 minutos por semana

É fumadora?

- ☐ Sim
- ☐ Não

Consome bebidas alcoólicas com regularidade?

- ☐ Sim
- ☐ Não

Em geral diria que a sua saúde é:

- ☐ Excelente
- ☐ Muito boa
- ☐ Boa
- ☐ Satisfatória
- ☐ Pobre

Dados Demográficos

Local de Residência:

- ☐ Área urbana
- ☐ Área rural



Região de Residência em Portugal:

- | | |
|-----------------------------------|----------------------------------|
| ☐ Norte | ☐ Algarve |
| ☐ Centro | ☐ Açores |
| ☐ Lisboa | ☐ Madeira |
| ☐ Alentejo | |

Rendimento Familiar Mensal:

- ☐ Menos de 500€
- ☐ 500€ - 999€
- ☐ 1000€ - 1499€
- ☐ 1500€ - 1999€
- ☐ 2000€ ou mais

Número de Pessoas no Domicílio:

- | | |
|----------------------------|------------------------------------|
| ☐ 1 | ☐ 3 |
| ☐ 2 | ☐ 4 ou mais |

Experiência com o Questionário

Teve alguma dificuldade em entender ou responder a alguma das perguntas?

- ☐ Sim ☐ Não

Se sim, qual(is) pergunta(s) e por quê?

Gostaria de adicionar algum comentário ou sugestão sobre o questionário?

Muito obrigada pela sua participação!

6 – Versão Portuguesa do *Pelvic Floor Bother Questionnaire*

QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DO INCÔMODO RELACIONADO ÀS DISFUNÇÕES DO ASSOALHO PÉLVICO

(PELVIC FLOOR BOTHER QUESTIONNAIRE)

Data: ____/____/____

Instruções: O questionário a seguir relaciona-se ao seu assoalho pélvico. Todas as informações são estritamente confidenciais. Marque com um (X) a condição que mais se relaciona ao seu estado **no último mês**.

RGHC

1. Você apresenta perda de urina (incontinência) associada a atividades físicas, como tossir, espirrar, rir, carregar peso ou mudar de posição? ☐ Sim ☐ Não Se sim, quanto isso a incomoda? ☐ Nada ☐ Apenas um pouco ☐ Razoavelmente ☐ Moderadamente ☐ Muito
2. Você apresenta frequência miccional aumentada (necessidade de urinar mais vezes do que o usual; incluindo ter que levantar da cama mais que duas vezes durante a noite para urinar)? ☐ Sim ☐ Não Se sim, quanto isso a incomoda? ☐ Nada ☐ Apenas um pouco ☐ Razoavelmente ☐ Moderadamente ☐ Muito
3. Você apresenta urgência miccional (vontade súbita e forte de urinar e muito difícil de controlar)? ☐ Sim ☐ Não Se sim, quanto isso a incomoda? ☐ Nada ☐ Apenas um pouco ☐ Razoavelmente ☐ Moderadamente ☐ Muito
4. Você apresenta perda de urina associada a urgência (perda de urina involuntária junto com vontade forte e súbita de urinar)? ☐ Sim ☐ Não Se sim, quanto isso a incomoda? ☐ Nada ☐ Apenas um pouco ☐ Razoavelmente ☐ Moderadamente ☐ Muito
5. Você apresenta dificuldade ou desconforto para urinar? ☐ Sim ☐ Não Se sim, quanto isso a incomoda? ☐ Nada ☐ Apenas um pouco ☐ Razoavelmente ☐ Moderadamente ☐ Muito
6. Você tem a sensação de que há uma bola na sua vagina (bexiga, útero ou reto caídos)? ☐ Sim ☐ Não Se sim, quanto isso a incomoda? ☐ Nada ☐ Apenas um pouco ☐ Razoavelmente ☐ Moderadamente ☐ Muito
7. Você tem dificuldade para terminar de evacuar (como ter que pressionar a vagina ou o reto com a mão para terminar a evacuação)? ☐ Sim ☐ Não Se sim, quanto isso a incomoda? ☐ Nada ☐ Apenas um pouco ☐ Razoavelmente ☐ Moderadamente ☐ Muito
8. Você apresenta perda acidental de fezes ou gases? ☐ Sim ☐ Não Se sim, quanto isso a incomoda? ☐ Nada ☐ Apenas um pouco ☐ Razoavelmente ☐ Moderadamente ☐ Muito
9. Você é sexualmente ativa? ☐ Sim ☐ Não Se sim, dor ou desconforto te impedem de aproveitar o sexo? ☐ Nada ☐ Apenas um pouco ☐ Razoavelmente ☐ Moderadamente ☐ Muito

7 – Questionário de avaliação do QIPP-7 – Feedback das participantes



Questionário de Avaliação do QIPP-7

Instruções

Por favor, preencha o questionário abaixo com base na sua opinião pessoal. O objetivo deste questionário é recolher o seu feedback sobre a compreensão, interpretação e relevância cultural do Questionário de Impacto do Pavimento Pélvico - Versão Curta 7 (QIPP-7). As suas respostas ajudarão a melhorar a versão portuguesa deste questionário.

Este questionário é confidencial e os dados serão usados apenas para fins de pesquisa no âmbito do estudo sobre de tradução, adaptação cultural e avaliação das propriedades psicométricas do Questionário de Impacto no Pavimento Pélvico (PFIQ-7) para a língua portuguesa.

1. Em geral, achou o questionário fácil de compreender?

- ☐ Sim, completamente
- ☐ Sim, em grande parte
- ☐ Não sei dizer
- ☐ Não, em alguns pontos
- ☐ Não, foi difícil de compreender

2. Houve alguma palavra ou frase que não compreendeu bem?

- ☐ Não
- ☐ Sim, quais? _____

3. Considera que as perguntas são relevantes para a sua experiência pessoal?

- ☐ Sim, completamente
- ☐ Sim, em parte
- ☐ Não sei dizer
- ☐ Não, algumas não são relevantes



☐ Não, a maioria não é relevante

4. Alguma pergunta foi desconfortável ou inadequada?

☐ Não

☐ Sim, qual(is)? _____

5. A escala de resposta (Nada, Um pouco, Moderadamente, Bastante) foi clara e adequada?

☐ Sim, completamente

☐ Sim, em parte

☐ Não sei dizer

☐ Não, em alguns pontos

☐ Não, foi difícil de usar

6. Quanto tempo demorou aproximadamente a responder ao PFIQ-7?

☐ Menos de 5 minutos

☐ Entre 5 a 10 minutos

☐ Entre 10 a 15 minutos

☐ Mais de 15 minutos

7. Tem alguma sugestão para melhorar o questionário?

☐ Não

☐ Sim, qual? _____

Muito obrigada pela sua participação!