








Adaptação transcultural e validação da Urinary Incontinence Scale After Radical Prostatectomy para o contexto brasileiro

Cross-cultural adaptation and validation of the Urinary Incontinence Scale After Radical Prostatectomy for the Brazilian context

Adaptación transcultural y validación de la Escala de Incontinencia Urinaria Tras Prostatectomía Radical para el contexto brasileño

Luciana Regina Ferreira da Mata^a 
 Cissa Azevedo^a 
 Aline Carrilho Menezes^b 
 Sabrina de Cássia Chagas^b 
 Lívia Cristina de Resende Izidoro^c 
 Fabrícia Eduarda Baia Estevam^a 
 Tânia Couto Machado Chianca^a 

Como citar este artigo:

Mata LRF, Azevedo C, Menezes AC, Chagas SC, Izidoro LCR, Estevam FEB, Chianca TCM. Adaptação transcultural e validação da Urinary Incontinence Scale After Radical Prostatectomy para o contexto brasileiro. Rev Gaúcha Enferm. 2022;43:e20210163. doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2022.20210163.pt>

RESUMO

Objetivo: Traduzir, adaptar e validar a *Urinary Incontinence Scale After Radical Prostatectomy* para o Brasil.

Método: Estudo tipo metodológico: adaptação transcultural (tradução, síntese, retrotradução, comitê de especialistas (n=25), pré-teste (n=40) e apresentação para os autores originais) e avaliação das propriedades de medida (n=80). Os dados foram coletados entre janeiro de 2018 e fevereiro de 2019 em unidade oncológica. As propriedades de medida calculadas: validade estrutural, teste de hipótese, validade de critério e confiabilidade.

Resultados: A versão brasileira denominou-se Escala de Incontinência Urinária Pós-Prostatectomia Radical. Um item foi excluído devido carga fatorial baixa (0,322). Identificou-se correlação significativa entre escore total da escala e instrumentos aplicados (p<0,001). Homens incontinentes apresentaram maior escore no total da escala em relação aos continentes (p<0,001). Alfa de Cronbach foi 0,94 e confiabilidade composta 0,97.

Conclusão: A versão brasileira foi considerada válida e confiável para avaliação da incontinência urinária em prostatectomizados.

Palavras-chave: Incontinência urinária. Prostatectomia. Estudo de validação. Reprodutibilidade dos testes. Inquéritos e questionários.

ABSTRACT

Objective: To translate, adapt, and validate the Urinary Incontinence Scale After Radical Prostatectomy for Brazil.

Method: Methodological study: cross-cultural adaptation (translation, synthesis, back translation, expert committee (n=25), pre-testing (n=40) and presentation to original authors) and evaluation of measurement properties (n=80). Data were collected between January 2018 and February 2019 in an oncology unit. The calculated measurement properties: structural validity, hypothesis testing, criterion validity and reliability.

Results: The Brazilian version was called *Escala de Incontinência Urinária Pós-Prostatectomia Radical*. One item was excluded due to low factor loading (0.322). A significant correlation was identified between the total score of the scale and instruments applied (p<0.001). Incontinent men had higher scores on the total scale in relation to continents (p<0.001). Cronbach's alpha was 0.94 and composite reliability was 0.97.

Conclusion: The Brazilian version was considered valid and reliable for the assessment of urinary incontinence in prostatectomized patients.

Keywords: Urinary incontinence. Prostatectomy. Validation Study. Reproducibility of results. Surveys and questionnaires.

RESUMEN

Objetivo: Traducir, adaptar y validar la Escala de Incontinencia Urinaria Post-Prostatectomía Radical para el Brasil.

Método: Estudio de tipo metodológico: adaptación transcultural (traducción, síntesis, retro traducción, comité de expertos (n=25), pre-test (n=40) y presentación a los autores originales) y evaluación de las propiedades de medición (n=80). Los datos se recogieron entre enero de 2018 y febrero de 2019 en una unidad de oncología. Las propiedades de medición calculado: validez estructural, prueba de hipótesis, validez de criterio y la fiabilidad.

Resultados: La versión brasileña se denominó *Escala de Incontinencia Urinaria Pós-Prostatectomia Radical*. Un ítem fue excluido debido a una carga factorial baja (0.322). Se identificó una correlación significativa entre la puntuación total de la escala y los instrumentos aplicados (p<0,001). Los hombres incontinente tuvieron puntuaciones más altas en la escala total en relación a los continentes (p<0,001). El alfa de Cronbach fue de 0,94 y la fiabilidad compuesta 0,97.

Conclusión: La versión brasileña se consideró válida y fiable para la evaluación de la incontinencia urinaria en prostatectomizados.

Palabras clave: Incontinencia urinaria. Prostatectomía. Estudio de Validación. Reproducibilidad de los resultados. Encuestas y cuestionarios.

^a Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Escola de Enfermagem. Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil.

^b Universidade Federal de São João del-Rei (UFSJ). Divinópolis, Minas Gerais, Brasil.

^c Universidade Federal de Goiás (UFG). Faculdade de Enfermagem. Goiânia, Goiás, Brasil.

■ INTRODUÇÃO

O câncer de próstata (CP) é o segundo mais comum entre os homens no Brasil e no mundo⁽¹⁾. A prostatectomia radical (PR) é o procedimento considerado tratamento padrão-ouro para o CP localizado⁽²⁾. Embora esta cirurgia possa reduzir a mortalidade, ela possui impacto significativo na qualidade de vida (QV) por poder desencadear efeitos indesejáveis como a incontinência urinária (IU)⁽²⁾.

A IU pós-prostatectomia radical (IUPPR) pode estar associada a uma disfunção do esfíncter urinário, causada não apenas por lesão direta do tecido muscular e ligamentos adjacentes, mas também do déficit funcional provocado por alterações da inervação. Outra possível causa refere-se a alterações do músculo detrusor, principalmente, a hiperatividade detrusora⁽³⁾. Estima-se que em até um ano pós-cirurgia, 40% dos homens experimentam algum grau de IU⁽²⁻³⁾ sendo, portanto, uma condição que exige avaliação e tratamento específico⁽²⁾.

A *International Continence Society* (ICS) recomenda que para avaliação de uma pessoa incontinente, é importante especificar as circunstâncias, a frequência e a gravidade das perdas urinárias⁽²⁾. Neste contexto, a literatura apresenta diferentes instrumentos⁽⁴⁻⁶⁾, entretanto, ao se considerar a PR como fator desencadeante da IU identificou-se apenas a *Urinary Incontinence Scale After Radical Prostatectomy* (UISRP)⁽⁷⁾.

Dessa maneira, a utilização de instrumentos de medida desenvolvidos em outras culturas consiste em uma estratégia importante quando não há instrumentos nacionais disponíveis e com capacidade de mensurar o que se deseja. Todavia, para ser aplicado na prática clínica e nas pesquisas torna-se necessário que o instrumento seja submetido ao processo metodológico de tradução, adaptação transcultural e validação na cultura a qual será utilizado. Tais etapas possibilitam propriedades de medida satisfatórias, o que viabilizará comparações de um construto com outras populações em diversos contextos⁽⁸⁾.

A UISRP foi desenvolvida e validada na China em 2010, é autoaplicável e composta por oito itens. Apresentou bons resultados psicométricos em sua versão original e está disponível na versão publicada em inglês⁽⁷⁾. Mediante à especificidade e à objetividade do instrumento para avaliação da IU na população-alvo, torna-se relevante a adaptação transcultural e a validação da UISRP para o contexto brasileiro.

Dessa forma, a fim de disponibilizar um instrumento de medida voltado para a mensuração da gravidade da IUPPR e a relevância do instrumento para utilização na mensuração do desfecho em futuras pesquisas de intervenção, propõe-se este estudo que tem por objetivo traduzir, adaptar e validar

a *Urinary Incontinence Scale After Radical Prostatectomy* para o Brasil.

■ MÉTODO

Trata-se de um estudo tipo metodológico desenvolvido em duas etapas: adaptação transcultural seguida da avaliação das propriedades de medida da escala. O processo de adaptação transcultural consistiu em seis passos⁽⁹⁾: 1) tradução inicial; 2) síntese da tradução; 3) retrotradução (*back-translation*); 4) avaliação por comitê de especialistas; 5) pré-teste; e 6) apresentação da versão final do instrumento adaptado para os autores originais. O estudo foi conduzido no período janeiro de 2018 a fevereiro de 2019. Os dados clínicos foram coletados em uma unidade de assistência de alta complexidade em oncologia (UNACON) do interior de Minas Gerais, Brasil.

As orientações metodológicas foram pautadas na lista de verificação *Consensus-based Standards for the selection of the health Measurement Instruments* (COSMIN – Normas Baseadas em Consenso para a Seleção de Instrumentos de Medição em Saúde)⁽¹⁰⁾. Para direcionar a apresentação das informações também foram consideradas as diretrizes para estudos de melhoria da qualidade (*Standards for Quality Improvement Reporting Excellence- SQUIRE 2.0*)⁽¹¹⁾.

No primeiro e segundo passos do processo de adaptação transcultural, a tradução da UISRP foi realizada por duas tradutoras de nacionalidade brasileira, com domínio na língua inglesa: a primeira, profissional de saúde, que teve conhecimento do objetivo da tradução (T1); e a segunda, que não era da área saúde e não foi informada sobre o objetivo do estudo (T2). As duas versões geradas pelas tradutoras (T1 e T2) foram reunidas e sintetizadas em um único instrumento final (T12) com a finalidade de verificar divergências entre as traduções (T1 e T2). A versão (T12) foi analisada por um dos pesquisadores, denominado neste estudo como "observador"⁽⁹⁾. Trata-se de um professor universitário, com doutorado e expertise no método e na temática do instrumento, além de ter domínio na língua inglesa, seguindo um rigoroso cuidado para manter o sentido da escala original⁽⁷⁾.

No terceiro passo, referente à retrotradução (*back-translation*), a partir da versão T12 a escala foi retraduzida para o idioma original, de modo independente, por dois tradutores americanos (R1 e R2), residentes no Brasil e com domínio da língua portuguesa e da cultura brasileira. Os tradutores não tinham experiência na área da saúde e não foram informados sobre o objetivo do estudo. Este passo teve por objetivo identificar discrepâncias no processo de tradução.

No quarto passo foi realizada a análise das equivalências semântica, idiomática, cultural e conceitual⁽⁹⁾ por um comitê de especialistas. Tais equivalências foram avaliadas por meio de quatro opções em uma escala *likert* (1 a 4 pontos): 1- item não equivalente/“requer retradução completa”; 2- item necessita de grande revisão para ser equivalente/“requer tradução parcial com muitas alterações”; 3- item equivalente, porém necessita pequenos ajustes/“requer retradução parcial com pequenos ajustes”; e 4- item absolutamente equivalente/“não requer retradução”. Caso apontassem retradução parcial ou completa para determinada equivalência, os especialistas deveriam descrever sugestões de melhoria⁽⁸⁾.

O comitê de especialistas foi composto por 25 profissionais, sendo 20 profissionais especialistas em IU e cinco profissionais da área de linguística aplicada. O número de participantes foi definido conforme referencial metodológico⁽¹²⁾, o qual sugere entre seis e 20 especialistas.

Como critério de seleção, todos os especialistas possuíam conhecimento do idioma inglês. Além disso, foi considerada a participação prévia em comitês de especialistas de estudos de adaptação transcultural de instrumentos⁽⁹⁾. Para a seleção dos especialistas da área de linguística priorizou-se a atuação em estudos de tradução. Já para os especialistas em IU foi considerada a experiência assistencial ou em pesquisa na área de IU, com publicação científica ou elaboração de trabalhos de conclusão de curso (especialização, mestrado ou doutorado) sobre IU, conforme critérios adaptados de Fhering⁽¹³⁾. O recrutamento foi por conveniência, por meio da indicação de pesquisadores que desenvolveram estudos com o mesmo escopo metodológico e pelo grupo do aplicativo *WhatsApp* de enfermeiros atuantes na área de IU de diferentes regiões do Brasil, do qual os autores do estudo participam. Um *e-mail* foi enviado a cada especialista com a carta-convite, o *link* de acesso à plataforma *web e-Surv* e o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE).

Já no pré-teste (quinto passo), visto que o referencial metodológico adotado sugere a participação de 30 a 40 indivíduos⁽⁹⁾, foram convidados 40 homens com IUPPR. Os participantes foram questionados quanto à compreensibilidade e facilidade de escolha dos itens. Optou-se por aplicar o instrumento oralmente a fim de facilitar a identificação de palavras ou termos incompreensíveis pelo entrevistador. Quando o paciente solicitava que a leitura do item fosse repetida ou se expressava não ter compreendido alguma palavra, a dificuldade era registrada. Itens que apresentaram dificuldade de compreensão por 15% dos participantes foram reformulados⁽¹⁴⁾. No sexto passo, os relatórios do processo de adaptação transcultural da escala foram enviados aos autores da versão original.

Por fim, foi realizada a análise das propriedades de medida⁽⁹⁾. A definição do número de participantes baseou-se na recomendação COSMIN⁽¹⁰⁾ que sugere sete observações para cada item do instrumento a ser validado. Dessa forma, considerando o número de itens da UISRP igual a oito, o tamanho mínimo da amostra estimado foi de 56 homens com IUPPR. Tanto para a etapa do pré-teste quanto para a avaliação das propriedades de medida participaram homens com idade entre 18 e 80 anos, submetidos à PR entre dois meses e dois anos, em acompanhamento pós-operatório na instituição em estudo, com capacidade auditiva e oral para responder às questões do instrumento. Foram excluídos aqueles que estavam em uso de cateter vesical de demora (CVD) e/ou relato de IU pré-operatória. Ressalta-se que os participantes do pré-teste foram diferentes dos participantes da etapa de avaliação das propriedades de medida.

A coleta de dados referente à etapa de análise das propriedades de medida foi realizada na sala de enfermagem da instituição nos dias de retorno agendado com os urologistas. Devido ao baixo nível de escolaridade e à possível dificuldade de leitura de alguns participantes, a forma de aplicação dos instrumentos foi a mesma realizada no pré-teste, a partir da leitura oral dos itens pela pesquisadora. As entrevistas tiveram duração média de 30 minutos.

O instrumento em estudo denominado *Urinary Incontinence Scale After Radical Prostatectomy* possui oito afirmativas avaliadas por escala do tipo *likert* de cinco pontos, no qual zero corresponde a “nunca” e quatro “sempre”. A pontuação total varia entre zero e 32, sendo que, pontuações mais elevadas indicam maior gravidade da IU. A validade de conteúdo apresentou índices entre 0,90 e 1,00, o que sugere que mais de 90% dos especialistas consultados obtiveram concordância entre si para cada item do instrumento. A análise de confiabilidade da versão original mostrou boa consistência interna (alfa de *Cronbach* igual a 0,90) em uma amostra de 102 pacientes submetidos a PR. A validade de construto foi testada por meio da análise fatorial exploratória (AFE) que variou de 0,48 a 0,90 entre os itens e forneceu suporte para a visualização da UISRP como uma medida unidimensional. A validade de critério da escala foi confirmada pela correlação entre UISRP e “*University of California, Los Angeles Prostate Cancer Index*” (UCLA-PCI) ($r = 0,74, p < 0,001$) e entre UISRP e *pad test* de uma hora ($r = 0,58, p < 0,001$)⁽⁷⁾.

Para a análise das propriedades de medida da escala, além da versão adaptada para o português brasileiro da UISRP, outros dois instrumentos (versão brasileira do *King's Health Questionnaire – KHQ*⁽⁶⁾ e versão brasileira do *International Consultation on Incontinence Questionnaire – Short Form – ICIQ-SF*⁽⁵⁾) foram utilizados. Estes instrumentos foram

escolhidos por estarem relacionados à gravidade e ao impacto da IU na QV.

O KHQ⁽⁶⁾ tem como objetivo avaliar o impacto da IU na QV a partir de 21 questões divididas em nove domínios: percepção geral de saúde (PGS); impacto da incontinência (II); limitações de atividades diárias (LAD); limitações físicas (LF); limitações sociais (LS); relações pessoais (RP); emoções (E); sono/disposição (S/D) e medidas de gravidade (MG). Os escores de cada domínio variam de 0 a 100, sendo que quanto maior a pontuação obtida, pior é a QV relacionada àquele domínio. Foi adaptado e validado para a cultura brasileira em uma amostra de pacientes com IU. O coeficiente alfa de Cronbach da escala foi de 0,87. A confiabilidade teste-reteste foi analisada pelo Índice de Correlação Intraclasse (ICC), variando de 0,53 (domínio “percepção geral de saúde”) a 0,81 (domínio “medidas de gravidade”)⁽⁶⁾.

O ICIQ-SF versão brasileira⁽⁵⁾ é composto por três questões que avaliam frequência, gravidade e impacto da IU na QV. O escore total é obtido pela soma dos escores das questões, e os valores variam de zero a 21, classificados como: nenhum impacto (0 pontos); impacto leve (de 1 a 3 pontos); impacto moderado (de 4 a 6 pontos); impacto grave (de 7 a 9 pontos) e impacto muito grave (10 ou mais pontos). Foi adaptado e validado em uma amostra de 123 pacientes com IU e obteve um índice de confiabilidade (alfa de Cronbach) de 0,88⁽⁵⁾. Além dos instrumentos citados, utilizou-se também um questionário sociodemográfico e clínico para caracterização dos participantes.

Os dados foram organizados em planilha eletrônica por meio do Excel[®] versão 2007 e exportados para os programas estatísticos *Statistical Package for Social Science*[®] (SPSS) versão 21.0, e o *Factor* versão 10.10.03 desenvolvido pela *Rovira i Virgili University*. Os resultados obtidos para as variáveis explanatórias (caracterização sociodemográfica e clínica) foram analisados a partir de estatística descritiva com medidas de tendência central (média ou mediana) e de variabilidade (desvio padrão ou percentis 25 e 75 – p25 e p75) para as variáveis contínuas, e frequência relativa para as variáveis categóricas.

Para avaliação da escala pelo comitê de especialistas foi considerado o índice de validação de conteúdo (IVC) calculado pela soma das respostas três (item equivalente, porém necessita pequenos ajustes) e quatro (item absolutamente equivalente) dos participantes e dividido o resultado pelo número total de respostas, cujo valor deve ser superior a 0,90⁽⁸⁾.

Na análise das propriedades de medida, a AFE foi realizada no programa *Factor* para avaliar a validade estrutural da escala, por meio de uma matriz policórica com método de extração *Robust Diagonally Weighted Least Squares* (RD-WLS). Ressalta-se que a escolha da AFE em detrimento à

confirmatória baseia-se no fato de que apesar do autor original ter apresentado uma estrutura unidimensional, as análises realizadas basearam-se em componentes principais⁽⁷⁾. Dessa forma, atualmente sabe-se que existem estratégias de AFE mais robustas, como, por exemplo, o método adotado no presente estudo⁽¹⁵⁾.

Previamente à AFE, foi determinada a adequação de amostragem pelo teste *Kaiser-Meyer-Olkin* (KMO), cuja pontuação necessária deve ser maior ou igual a 0,60. Também foi feito um teste de hipóteses por meio do teste de esfericidade de *Bartlett*, que verifica se a matriz de covariâncias é uma matriz identidade, e averigua se não há correlações. O ideal é que o teste seja significativo e a hipótese nula seja refutada⁽¹⁵⁾.

A decisão sobre o número de fatores a ser retido foi realizada por meio da técnica da análise paralela com permutação aleatória dos dados observados e a rotação utilizada foi a *Robust Promin*. A partir da matriz de correlação foram estimadas as comunalidades e a carga fatorial. Permaneceram na escala apenas itens com cargas fatoriais iguais ou acima de 0,4⁽¹⁶⁾.

A adequação do modelo foi avaliada por meio do teste qui-quadrado (χ^2) e dos índices de ajuste *Root Mean Square Error of Approximation* (RMSEA), *Comparative Fit Index* (CFI) e *Tucker-Lewis Index* (TLI). O teste χ^2 verifica a probabilidade do modelo se ajustar aos dados e a análise baseia-se na razão entre a estatística do teste e o grau de liberdade ($\chi^2/g.l.$), sendo o valor máximo para um ajuste adequado igual a três⁽¹⁵⁾. Valores de RMSEA devem ser menores que 0,08, e valores de CFI e TLI devem ser acima de 0,90 ou, preferencialmente, 0,95⁽¹⁷⁾.

Para o teste de hipótese da UISRP (versão traduzida e adaptada) foi realizada a comparação do escore total da mesma com o escore de cada domínio do KHQ e com o escore total do ICIQ-SF. Adotou-se o coeficiente de correlação de *Spearman*, o qual considera: coeficientes de correlação < 0,4 (correlação de fraca magnitude), > 0,4 a < 0,7 (moderada magnitude) e > 0,7 (forte magnitude)⁽¹⁸⁾. Dessa forma, foram testadas as hipóteses: 1- quanto maior a pontuação na escala UISRP (maior gravidade da IU), maior será a pontuação nos domínios do KHQ (pior QV); 2- quanto maior a pontuação na escala UISRP (maior gravidade da IU), maior será a pontuação da ICIQ-SF (maior impacto na QV).

Para a validade de critério, a queixa de qualquer perda involuntária de urina⁽²⁾ foi considerada como critério padrão-ouro. Realizou-se então a comparação, por meio do teste *Mann-Whitney*, entre os escores obtidos pela UISRP (versão traduzida e adaptada) e a queixa de perda ou não de urina. A queixa foi avaliada por um dos itens que compõe o ICIQ-SF (Com que frequência você perde urina?), sendo que a resposta “nunca” classificava o indivíduo como continente

e respostas “alguma vez” como incontinente, independente da frequência.

A confiabilidade dos itens foi analisada pelos coeficientes alfa de Cronbach e confiabilidade composta, considerando valores maiores que 0,7 como de confiabilidade aceitável⁽¹⁹⁾.

Por fim, foi definido o ponto de corte de predição mais apropriado para discriminação dos indivíduos continentes dos incontinentes. Assim, procedeu-se a construção da curva de características de operação do receptor (Curva ROC – *Receiver Operating Characteristics*). Foi destacado o ponto de corte cujos valores tiveram maior soma de sensibilidade e de especificidade indicados na literatura como preferenciais⁽²⁰⁾. Em todas as análises foi considerado um nível de significância de 5%.

Esta pesquisa foi autorizada pelos autores originais da escala via correio eletrônico e aprovada pelo comitê de ética em pesquisa da instituição proponente sob parecer nº 2.335.585/2017 e CAAE nº 73961317.4.3001.5130. Todos os participantes que concordaram em participar da pesquisa assinaram o TCLE de acordo com a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

■ RESULTADOS

No que tange à caracterização do comitê de especialistas, 72,0% (n=18) eram do sexo feminino, 100% (n=25) declararam que compreendiam o inglês com habilidade em leitura de texto e 56% (n=14) já haviam participado de comitê de especialistas para validação de instrumentos de medida. Em relação aos especialistas na área da linguística aplicada, 100% (n=5) atuavam em estudos de tradução. Já os especialistas em IU, 100% (n=20) eram enfermeiros e 20% (n=4) também tinham formação em fisioterapia. Ainda, dentre os especialistas em IU, 60% (n=12) tinham publicação na área de IU, 40% (n=8) desenvolveram trabalho de conclusão de curso envolvendo a temática, sendo que 25% (n=5) em cursos de especialização, 10% (n=2) em especialização e mestrado e 5% (n=1) em especialização, mestrado e doutorado. Dos especialistas da área da linguística 16% (n=4) ainda cursavam doutorado ou já tinham doutorado concluído.

Na primeira rodada do comitê de especialistas, sete itens e as instruções de preenchimento da escala obtiveram IVC inferiores a 0,90 necessitando, portanto, de modificações ortográficas e linguísticas. Assim, após a segunda rodada e com retorno de 17 participantes, o IVC foi superior a 0,90 para todos os itens da escala com variação entre 0,94 e 1,00, conforme apresentado na tabela 1.

Quanto ao pré-teste, a idade média dos 40 participantes era de 66,8 anos ($\pm 4,8$), a maioria (80,0%) desempregados ou aposentados, com média de 4,28 ($\pm 3,89$) anos de estudo. As

três alterações realizadas após o pré-teste foram: (1) substituição da expressão “incontinência urinária” por “perda de urina” nas instruções de preenchimento da escala; (2) substituição do verbo “corro” por “caminho”; (3) inclusão de significados para todas as opções de resposta do instrumento. A versão original e a versão final após processo de adaptação transcultural são apresentadas no Quadro 1.

Na etapa referente à análise das propriedades de medida, a amostra foi composta por 80 participantes, que tinham idade média de 66 ($\pm 8,8$) anos, sendo 23,8% moradores da zona rural. Mais da metade (80%) eram aposentados ou desempregados, 58,8% brancos e 77,5% tinham uma companheira. A média de anos de estudos completos foi de quatro ($\pm 3,3$) anos. Quanto ao tempo pós-cirurgia, 14 (17,5%) participantes tinham entre dois e três meses de pós-operatório, 13 (16,3%) de três a seis meses, 33 (41,3%) de seis meses a um ano e 20 (25,0%) entre um e dois anos. Portanto, o tempo médio pós-cirurgia foi de 286,2 ($\pm 191,4$) dias, o que corresponde a aproximadamente nove meses e meio. No que se refere aos dados sobre a IU, 40% dos homens relataram fazer uso de fralda ou absorvente, com média de dois dispositivos por dia. Apenas 21,3% faziam treinamento muscular do soalho pélvico para controle da IU.

O teste de esfericidade de Bartlett ($\chi^2 (28) = 869,2; p < 0,001$) e KMO (0,773) sugeriram interpretabilidade da matriz de correlação dos itens, o que justificou a realização da AFE. A análise paralela mostrou que a escala se adequa a uma estrutura unidimensional, uma vez que, um fator é responsável pela variância explicada dos dados (empírico) igual a 77,3% sendo, portanto, o único superior à variância explicada dos dados aleatórios (simulados).

Cargas fatoriais foram superiores a 0,40 em todos os itens, exceto no item dois (Eu sempre me levanto à noite duas ou mais vezes para urinar) que apresentou carga fatorial de 0,322 (Tabela 2). Dessa forma, optou-se pela exclusão do item dois e todas as análises de validade e confiabilidade seguintes foram realizadas considerando a escala com sete itens.

A estrutura fatorial do modelo teórico unidimensional do instrumento apresentou índices de ajuste adequados ($\chi^2 = 13,019$, gl = 20; $\chi^2/g.l. = 0,65$; RMSEA = $< 0,001$; CFI = 1,00; TLI = 1,00).

Os pesquisadores utilizaram os escores de cada domínio da escala KHQ e o escore total da escala ICIQ-SF para realizar o teste de hipótese, sendo que, os resultados evidenciaram que quanto maior a gravidade da IU maior é o impacto na QV (Tabela 3). Houve correlação significativa entre escores da EIUPR e domínios do KHQ, exceto “percepção de saúde e relações pessoais”. Nos casos em que a correlação foi significativa, a força da correlação variou entre moderada e forte magnitude, exceto para o domínio “sono e disposição”.

Tabela 1 – Descrição dos itens da *Urinary Incontinence Scale After Radical Prostatectomy* (UISRP) após a primeira e segunda rodada realizada pelo Comitê de especialistas com o índice de validade de conteúdo. (n=25). Divinópolis, Minas Gerais, Brasil, 2018

	1ª rodada	IVC*	2ª rodada	IVC*
Título	Escala de Incontinência Urinária Pós-Prostatectomia Radical (EIUPR)	0,92	Escala de Incontinência Urinária Pós-Prostatectomia Radical (EIUPR)	-
Instrução	Por favor, consulte o nível de gravidade e depois circule o número correspondente a cada item considerando sua experiência com IU nas últimas 4 semanas.	0,60	Por favor, considere o nível de gravidade e então circule o número correspondente a cada item baseado em sua experiência com a incontinência urinária nas últimas 4 semanas.	0,94
1	Eu não consigo esperar mais de 2 horas para urinar.	0,84	Eu não consigo ficar mais de 2 horas sem urinar.	0,94
2	Eu sempre acordo à noite duas ou mais vezes para urinar.	0,80	Eu sempre me levanto à noite duas ou mais vezes para urinar.	0,94
3	Antes de ir ao banheiro, eu tenho vazamento de urina .	0,48	Antes de chegar ao banheiro, eu tenho perda de urina .	1,00
4	Eu sempre uso fraldas devido a problemas urinários.	0,92	Eu sempre uso fraldas devido a problemas urinários.	-
5	Quando me levanto pra me sentar na cama ou sair dela, eu urino .	0,32	Quando eu sento ou levanto da cama, eu tenho perda de urina .	1,00
6	Quando ocorrem ações imediatas, tais como tosse, levantamento de objetos pesados, gargalhadas altas, etc, eu urino .	0,44	Quando faço esforço como tossir, levantar objetos pesados, dar gargalhadas, etc., eu tenho perda de urina .	0,94
7	Após ficar um longo período de pé, a urina geralmente sai.	0,60	Após ficar um longo período em pé, tenho perda de urina .	1,00
8	Quando me exercito (por exemplo, corro), urina sai .	0,68	Quando me exercito (por exemplo, corro), tenho perda de urina .	1,00
Opções de respostas	Nunca/ Sempre/ Gravidade	1,00	Nunca/ Sempre/ Gravidade	-

Fonte: Dados da pesquisa, 2018

Nota: *IVC – Índice de Validade de Conteúdo

Também foi constatada correlação significativa entre a EIUPR e o ICIQ-SF indicando correlação positiva de forte magnitude.

Referente à validade de critério houve diferença estatisticamente significativa no escore total da EIUPR entre os indivíduos que relataram perder urina (incontinentes)

(mediana: 0 gramas; p25:0; p75:1,0) e aqueles que negaram qualquer perda urinária (continentes) (mediana: 11 gramas; p25:5,0; p75:24,0) ($p < 0,001$).

Quanto à confiabilidade do modelo, o alfa de Cronbach global (0,94) e a confiabilidade composta apresentaram

Versão original	Versão final adaptada
Título: <i>Urinary incontinence Scale after Radical Prostatectomy (UISRP)</i>	Título: Escala de Incontinência Urinária Pós-Prostatectomia Radical (EIUPR)
Directions: <i>Please consult the severity level and then circle the number following each statement based on your experience of UI in the past 4 weeks.</i>	Instruções: Por favor, considere o nível de gravidade e então circule o número correspondente a cada item baseado em sua experiência com a perda de urina nas últimas 4 semanas.
Opções de resposta- <i>Severity: 0- Never / 1 / 2 / 3 / 4- Always</i>	Opções de resposta- Gravidade: 0- Nunca / 1- Quase nunca / 2- Às vezes / 3- Quase sempre / 4- Sempre
<i>1 – I cannot wait for more than 2 hours to urinate.</i>	1- Eu não consigo ficar mais de 2 horas sem urinar.
<i>2 – I always wake up at night to urinate two or more times.</i>	2- Eu sempre me levanto à noite duas ou mais vezes para urinar.
<i>3 – Before going to the restroom, I have urine leakage.</i>	3- Antes de chegar ao banheiro, eu tenho perda de urina.
<i>4- I always wear diapers because of urinary problems.</i>	4- Eu sempre uso fraldas devido a problemas urinários.
<i>5 – When sitting up or getting out from the bed, I will urinate.</i>	5- Quando eu sento ou levanto da cama, eu tenho perda de urina.
<i>6 – When immediate actions, such as coughing, lifting heavy objects, laughing out loud, etc..occur, I urinate.</i>	6- Quando faço esforço como tossir, levantar objetos pesados, dar gargalhadas, etc., eu tenho perda de urina.
<i>7- After a long time standing, the urination often comes out.</i>	7- Após ficar um longo período em pé, tenho perda de urina.
<i>8 – When exercising (e.g. jogging), urine comes out.</i>	8- Quando me exercito (por exemplo, caminho), tenho perda de urina.

Quadro 1 – Etapa de tradução e adaptação transcultural da *Urinary Incontinence Scale after Radical Prostatectomy (UISRP)*. Divinópolis, Minas Gerais, Brasil, 2018

Fonte: Dados da pesquisa, 2018

valores satisfatórios (0,97). Os coeficientes de correlação de cada item da escala assim como o alfa de *Cronbach* se o item for excluído são apresentados na Tabela 4. Observa-se que o valor de alfa variou entre 0,92 e 0,95. Em relação à força de correlação dos itens, houve forte correlação entre o total da escala e os itens quatro, seis e sete, e correlação moderada com os demais itens. A exclusão de um dos sete itens não alterou os valores do alfa que permaneceu entre 0,92 e 0,95, comparados ao alfa de *Cronbach* total (0,94). O

resultado obtido aponta um valor satisfatório para a consistência interna da EIUPR.

Em relação à curva ROC, a Figura 1 mostra que a EIUPR teve um bom poder de predição, isto é, a área abaixo da curva foi de 0,930 (intervalo de confiança – IC 95%: 0,874;0,986). O ponto de corte foi estabelecido em quatro, pois apresentou maior soma entre sensibilidade (79,2%) e especificidade (100%). Isso indica que 100% dos homens continentais têm escores inferiores a quatro na EIUPR, e entre os incontinentes 79,2% têm escores superiores a quatro.

Tabela 2 – Resultados da análise fatorial exploratória da Escala de Incontinência Urinária Pós-Prostatectomia Radical (EIUPR) com suas respectivas comunalidades e cargas fatoriais (n=80). Divinópolis, Minas Gerais, Brasil, 2018

Item	Comunalidade	Carga fatorial
1- Eu não consigo ficar mais de 2 horas sem urinar.	0,794	0,791
2- Eu sempre me levanto à noite duas ou mais vezes para urinar.	0,676	0,322
3- Antes de chegar ao banheiro, eu tenho perda de urina.	0,940	0,923
4- Eu sempre uso fraldas devido a problemas urinários.	1,000	0,953
5- Quando eu sento ou levanto da cama, eu tenho perda de urina.	1,000	0,979
6- Quando faço esforço como tossir, levantar objetos pesados, dar gargalhadas, eu tenho perda de urina.	0,940	0,732
7- Após ficar um longo período em pé, tenho perda de urina.	0,987	0,985
8- Quando me exercito (por exemplo, caminho), tenho perda de urina.	1,000	0,999

Fonte: Dados da pesquisa, 2018

Tabela 3 – Correlação entre o escore total da EIUPR com o ICIQ-SF e os domínios do KHQ (n=80). Divinópolis, Minas Gerais, Brasil, 2018

EIUPRS	Coefficiente*	Valor-p
Domínio Percepção de Saúde#	0,047	0,677
Domínio Impacto de incontinência urinária#	0,693	<0,001†
Domínio Limitação de Atividades Diárias#	0,619	<0,001†
Domínio Limitações Físicas#	0,654	<0,001†
Domínio Relações Pessoais#	0,078	0,466
Domínio Emoções#	0,667	<0,001†
Domínio Limitações Sociais#	0,600	<0,001†
Domínio Sono e Disposição#	0,359	0,001†
Domínio Medida de Gravidade#	0,822	<0,001†
Escore total do ICIQ-SFII	0,814	<0,001†

Fonte: Dados da pesquisa, 2018

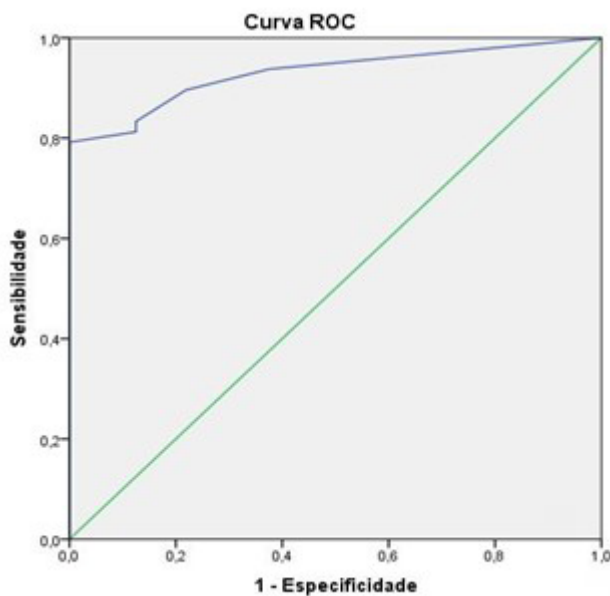
Nota: *Correlação de Spearman; †p≤0,05; #KHQ – King's Health Questionnaire; SEIUPR – Escala de Incontinência Urinária Pós-Prostatectomia Radical; III/ICIQ-SF – International Consultation on Incontinence Questionnaire – Short Form.

Tabela 4 – Apresentação dos valores de coeficientes de correlação item-total da EIUPR e dos valores do alfa de Cronbach, se o item for excluído (n=80). Divinópolis, Minas Gerais, Brasil, 2018

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

Fonte: Dados da pesquisa, 2018

Nota: *EIUPR – Escala de incontinência urinária pós-prostatectomia radical

**Figura 1** – Gráfico da curva ROC dos escores totais da EIUPR para predição da IU

Fonte: Dados da pesquisa, 2018

Nota: Curva ROC (Receiver Operating Characteristics)

DISCUSSÃO

A EIUPR satisfaz os critérios de equivalência entre o instrumento original e o adaptado culturalmente, demonstrando-se confiável, compreensível e pertinente à cultura brasileira no contexto da IUPPR. Sugere-se que as principais características da UISRP sejam simplicidade, clareza e a relação com as principais manifestações clínicas associadas à IU. As afirmativas englobam os dois principais tipos de IU presentes em homens submetidos à PR, a de urgência e a de esforço⁽²⁻³⁾, o que esclarece a sua especificidade para esse público alvo.

A avaliação da escala pelo comitê de especialistas possibilitou o aperfeiçoamento da mesma a partir do olhar de profissionais pesquisadores e assistenciais da área de IU o que forneceu maior rigor quanto ao conteúdo, além de profissionais da área de linguística que contribuiram na organização da melhor linguagem para o contexto brasileiro. Ressalta-se que a formação do comitê é fundamental para avaliação de um instrumento e deve ser composto por especialistas do construto explorado e especialistas na área de línguas e tradução⁽⁹⁾.

No pré-teste, nas instruções de preenchimento, o termo “incontinência urinária” não foi bem compreendido pelos participantes com idade avançada e baixa escolaridade. Ressalta-se que esse é um perfil já identificado em outro estudo que avaliou a efetividade de programa de ensino para alta de pacientes prostatectomizados⁽²¹⁾ e, portanto, termos técnicos devem ser evitados por causar confusão e limitar a participação. A maior dificuldade de leitura e compreensão de informações básicas também impacta na tomada de decisões, visto que muitos pacientes não pedem esclarecimentos sobre termos desconhecidos o que compromete a eficácia da comunicação⁽¹⁴⁾.

Apesar da estrutura unidimensional aqui evidenciada estar em conformidade com o estudo da versão original⁽⁷⁾, os resultados da AFE sugeriram a exclusão do item dois “Eu sempre me levanto à noite duas ou mais vezes para urinar”. Sabe-se que a noctúria consiste em um sintoma urinário fortemente relacionado à presença de IU de urgência⁽²⁾. Contudo, considerando que a IUPPR é caracterizada principalmente pela IU de esforço (70%)⁽²²⁾, a baixa relevância deste item pode justificar o resultado encontrado.

O teste de hipótese apontou que no geral houve correlação positiva significativa de forte magnitude entre o escore total da EIUPR e os domínios avaliados pelo KHQ, assim como o escore geral do ICIQ-SF. Em conjunto, tais resultados confirmam as hipóteses previamente levantadas de que a pior QV está relacionada à maior gravidade de IU. Estes dados também são corroborados pela literatura internacional que demonstra que a IU afeta significativamente a QV dos pacientes após PR⁽²⁻³⁾.

Quanto aos resultados de validade de critério, os quais indicaram diferença estatisticamente significativa do escore total da EIUPR entre homens continentais e incontinentes, sabe-se que a gravidade da IU está diretamente associada à quantidade da perda urinária independentemente do tipo: urgência, esforço ou ambas⁽²⁾. Dessa forma, o resultado obtido é o esperado e reflete uma adequada capacidade do instrumento em garantir que a medida-alvo está devidamente relacionada com variáveis das quais deve-se divergir⁽⁸⁾.

A consistência interna da EIUPR medida por meio do coeficiente alfa de *Cronbach* padronizado e pela confiabilidade composta foi satisfatória e adequada de acordo com a literatura⁽¹⁸⁾. De maneira geral, a EIUPR tem correlação positiva entre os seus itens e consegue realmente mensurar a gravidade da IUPPR. Ressalta-se que o alfa de *Cronbach* da EIUPR foi semelhante à relatada pelos autores originais da escala na versão em inglês (0,90)⁽⁷⁾.

No que diz respeito ao ponto de corte mais apropriado para discriminar indivíduos continentais dos incontinentes,

percebe-se que a Curva ROC tem o poder de discriminar indivíduos doentes de não doentes e quanto melhor o teste mais a área abaixo da curva ROC se aproxima do valor um⁽²⁰⁾. Dessa forma, EIUPR mostrou-se sensível, específica, com bom poder de predição e com boa acurácia diagnóstica.

■ CONCLUSÃO

Os resultados demonstraram que a EIUPR satisfaz os critérios de equivalência entre o instrumento original e o adaptado, sendo confiável, compreensível e pertinente à cultura brasileira. As propriedades de medida foram consideradas satisfatórias o que caracteriza a escala como válida. Pela sua simplicidade, brevidade e especificidade, o instrumento torna-se prático e útil para uso em pesquisas clínicas e em ensaios epidemiológicos futuros.

Como limitação deste estudo evidencia-se a aplicação da escala em homens de baixa escolaridade, cuja média de anos de estudo foi quatro. Dessa forma, optou-se por fazer a leitura dos itens da escala para todos os participantes visando à padronização de sua aplicação, embora originalmente a UISRP tenha sido desenvolvida para autopreenchimento. Esta alternativa possibilita a inclusão de pacientes com baixa ou nenhuma escolaridade, sendo um recurso de uso comum principalmente em estudos que utilizam escalas.

Outra limitação refere-se ao perfil dos participantes quanto ao tempo de pós-operatório, com predomínio de homens com tempo de cirurgia superior a seis meses. Sabe-se que a IUPPR é caracterizada principalmente pelas IU de esforço e de urgência, contudo, a urgência miccional é mais presente na fase inicial do período pós-operatório, sendo que após um ano de cirurgia poucos homens apresentam IU de urgência. Em contrapartida, a inclusão de participantes com até dois anos de pós-operatório foi importante por considerar homens que já passaram do período de melhora espontânea do evento, o que pode ocorrer até um ano após a cirurgia.

Por fim, observa-se como limitação no processo de adaptação transcultural do instrumento o idioma da escala UISRP, pois a mesma foi validada na China, entretanto, a versão publicada da escala disponibilizada pelos autores originais foi apenas a versão no idioma inglês. Os pesquisadores da versão original não disponibilizaram o instrumento na versão chinesa.

Até o momento, a versão brasileira denominada EIUPR é a única escala disponível na literatura capaz de avaliar a IU com especificidade para indivíduos submetidos à PR no Brasil.

A aplicação desta escala poderá auxiliar na avaliação da IUPPR e, conseqüentemente, fornecer dados que possibilitarão

determinar a gravidade e assim subsidiar a atuação dos profissionais de saúde frente às opções de tratamento e reabilitação. Além disso, a escala poderá ser uma ferramenta útil no desenvolvimento de estratégias que visem uma assistência à saúde do homem mais qualificada.

■ REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Estimativa 2020: incidência de câncer no Brasil [Internet]. Rio de Janeiro: INCA; 2019. [citado 2021 mar 05]. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//estimativa-2020-incidencia-de-cancer-no-brasil.pdf>
2. Abrams P, Cardozo L, Wagg A, Wein A, editors. Incontinence. 6th ed. Bristol: United Kingdom; 2017.
3. Hodges PW, Stafford RE, Hall L, Neumann P, Morrison S, Frawley H, et al. Reconsideration of pelvic floor muscle training to prevent and treat incontinence after radical prostatectomy. *Urol Oncol*. 2020;38(5):354-71. doi: <https://doi.org/10.1016/j.urolonc.2019.12.007>
4. Krhut J, Zachoval R, Smith PP, Rosier PF, Valanský L, Martan A, et al. Pad weight testing in the evaluation of urinary incontinence. *Neurourol Urodyn*. 2014;33(5):507-10. doi: <https://doi.org/10.1002/nau.22436>
5. Tamanini JTN, Dambros M, D'Ancona CAL, Palma PCR, Netto Júnior NR. Validation of the "International Consultation on Incontinence Questionnaire – Short Form" (ICIQ-SF) for portuguese. *Rev Saúde Pública*. 2004;38(3):1-6. doi: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102004000300015>
6. Tamanini JTN, D'Ancona CAL, Botega N, Rodrigues Netto N. Validação do "King's Health Questionnaire" para o português em mulheres com incontinência urinária. *Rev Saúde Pública*. 2003;37(2):203-11. doi: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102003000200007>
7. Lin YH, Yang MS. Assessing the reliability and validity of a urinary incontinence scale after radical prostatectomy. *Int J Urol Nurs*. 2010;4(3):118-24. doi: <https://doi.org/10.1111/j.1749-771X.2010.01103.x>
8. Souza AC, Alexandre NMC, Guirardello EB. Psychometric properties in instruments evaluation of reliability and validity. *Epidemiol Serv Saúde*. 2017;26(3):649-59. doi: <https://doi.org/10.5123/s1679-49742017000300022>
9. Beaton DE, Bombardier C, Guillemin F, Ferraz MB. Recommendations for the cross-cultural adaptation of the DASH & Quick outcome measures [Internet]. Toronto: Institute for Work & Health; 2007. [cited 2021 Mar 05]. Available from: http://dash.iwh.on.ca/sites/dash/files/downloads/cross_cultural_adaptation_2007.pdf
10. Mokkink LB, Prinsen CAC, Patrick DL, Alonso J, Bouter LM, Vet HCW, et al. COSMIN Study Design checklist for patient-reported outcome measurement instruments: version July 2019 [Internet]. Amsterdam: Amsterdam Public Health Research Institute; 2019 [cited 2021 Mar 05]. Available from: https://www.cosmin.nl/wp-content/uploads/COSMIN-syst-review-for-PROMs-manual_version-1_feb-2018-1.pdf
11. Ogrinc G, Davies L, Goodman D, Batalden P, Davidoff F, Stevens D. SQUIRE 2.0 (Standards for Quality Improvement Reporting Excellence): revised publication guidelines from a detailed consensus process. *J Contin Educ Nurs*. 2015;46(11):501-7. doi: <https://doi.org/10.3928/00220124-20151020-02>
12. Grant JS, Davis LL. Selection and use of content experts for instrument development. *Res Nurs Health*. 1997;20(3):269-74. doi: [https://doi.org/10.1002/\(sici\)1098-240x\(199706\)20:3<269::aid-nur9>3.0.co;2-g](https://doi.org/10.1002/(sici)1098-240x(199706)20:3<269::aid-nur9>3.0.co;2-g)
13. Fehring R. The Fehring Model. In: Carrol-Johnson R, Paquete M, editors. Classification of nursing diagnoses: proceedings of the tenth conference. Philadelphia: Lippincott; 1994. p. 55-62.
14. Ramada-Rodilla JM, Serra-Pujadas C, Delclós-Clanchet GL. Adaptación cultural y validación de cuestionarios de salud: revisión y recomendaciones metodológicas. *Salud Pública Méx*. 2013 [cited 2021 Mar 05];55(1):57-66. Available from: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342013000100009&lng=es
15. Hongyu K. Exploratory factorial analysis: theoretical summary, application and interpretation. *Eng Sci*. 2018;7(4):88-103. doi: <https://doi.org/10.18607/ES201877599>
16. Matos DAS, Rodrigues EC. Análise fatorial. Brasília: ENAP; 2019.
17. Sellbom M, Tellegen A. Factor analysis in psychological assessment research: common pitfalls and recommendations. *Psychol Assess*. 2019;31(12):1428-41. doi: <https://doi.org/10.1037/pas0000623>
18. Schober P, Boer C, Schwarte LA. Correlation coefficients: appropriate use and interpretation. *Anesth Analg*. 2018;126(5):1763-8. doi: <https://doi.org/10.1213/ANE.0000000000002864>
19. Peterson RA, Kim Y. On the relationship between coefficient alpha and composite reliability. *J Appl Psychol*. 2013;98(1):194-8. doi: <https://doi.org/10.1037/a0030767>
20. Hoo ZH, Candlish J, Teare D. What is an ROC curve? [editorial]. *Emerg Med J*. 2017;34(6):357-9. doi: <https://doi.org/10.1136/emered-2017-206735>
21. Mata LRF, Azevedo C, Bernardes MFVG, Chianca TCM, Pereira MDG, Carvalho EC. Effectiveness of a home care teaching program for prostatectomized patients: a randomized controlled clinical trial. *Rev Esc Enferm USP*. 2019;53:e03421. doi: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2018012503421>
22. Sandhu JS, Breyer B, Comiter C, Eastham JA, Gomez C, Kirages DJ, et al. Incontinence after prostate treatment: AUA/SUFU guideline. *J Urol*. 2019;202(2):369-78. doi: <https://doi.org/10.1097/JU.0000000000000314>

■ **Agradecimentos:**

Agradecemos à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) pelo apoio. Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) – nº 429958/2018-8 pela concessão de fomento que possibilitaram a realização deste estudo. Aos autores do instrumento *Urinary Incontinence Scale After Radical Prostatectomy* (versão original) que autorizaram o uso da escala.

■ **Contribuição de autoria:**

Conceituação: Luciana Regina Ferreira da Mata. Sabrina de Cássia Chagas.

Curadoria de dados: Luciana Regina Ferreira da Mata. Sabrina de Cássia Chagas.

Análise formal: Luciana Regina Ferreira da Mata. Cissa Azevedo. Aline Carrilho Menezes. Sabrina de Cássia Chagas.

Aquisição de financiamento: Luciana Regina Ferreira da Mata. Sabrina de Cássia Chagas.

Investigação: Luciana Regina Ferreira da Mata. Cissa Azevedo. Sabrina de Cássia Chagas.

Metodologia: Luciana Regina Ferreira da Mata. Cissa Azevedo. Aline Carrilho Menezes. Sabrina de Cássia Chagas.

Administração de projeto: Luciana Regina Ferreira da Mata.

Supervisão: Luciana Regina Ferreira da Mata.

Escrita – rascunho original: Luciana Regina Ferreira da Mata. Cissa Azevedo. Aline Carrilho Menezes. Sabrina de Cássia Chagas. Lívia Cristina de Resende Izidoro.

Fabrcia Eduarda Baia Estevam. Tânia Couto Machado Chianca.

Escrita – revisão e edição: Luciana Regina Ferreira da Mata. Cissa Azevedo. Aline Carrilho Menezes. Sabrina de Cássia Chagas. Lívia Cristina de Resende Izidoro.

Fabrcia Eduarda Baia Estevam. Tânia Couto Machado Chianca.

Os autores declaram que não existe nenhum conflito de interesses.

■ **Autor correspondente:**

Luciana Regina Ferreira da Mata

E-mail: lucianarfmat@gmail.com

Recebido: 28.05.2021

Aprovado: 16.12.2021

Editor associado:

Graziella Badin Aliti

Editor-chefe:

Maria da Graça Oliveira Crossetti