

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE MEDICINA**

Programa de Pós-Graduação em Saúde da Mulher

MARIANA FURTADO MEINBERG

**ADAPTAÇÃO CULTURAL E VALIDAÇÃO DA ESCALA DE
WEXNER EM MULHERES COM INCONTINÊNCIA ANAL
NA POPULAÇÃO BRASILEIRA**

**Belo Horizonte
2014**

MARIANA FURTADO MEINBERG

**ADAPTAÇÃO CULTURAL E VALIDAÇÃO DA ESCALA DE
WEXNER EM MULHERES COM INCONTINÊNCIA ANAL
NA POPULAÇÃO BRASILEIRA**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Mulher da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito para obtenção do título de Mestre.

Área de concentração: Reprodução Humana e
Patologia Ginecológica

Orientador: Prof. Dr. Agnaldo Lopes da Silva Filho
Co-Orientadora: Profa. Dra. Andrea Moura Rodrigues
Maciel da Fonseca

**Belo Horizonte
2014**

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

Reitor

Professor Jaime Arturo Ramírez

Pró-Reitoria de Pós-Graduação

Professor Rodrigo Antônio de Paiva Duarte

FACULDADE DE MEDICINA

Diretor

Professor Tarcizo Afonso Nunes

Coordenador do Centro de Pós-Graduação

Professora Sandhi Maria Barreto

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA MULHER

Coordenador

Professor Antônio Carlos Vieira Cabral

Vice-Coodenador

Professor Selmo Geber

MARIANA FURTADO MEINBERG

**ADAPTAÇÃO CULTURAL E VALIDAÇÃO DA ESCALA DE
WEXNER EM MULHERES COM INCONTINÊNCIA ANAL
NA POPULAÇÃO BRASILEIRA**

Programa de Pós-Graduação em Saúde da Mulher da Faculdade de
Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais

Banca Examinadora

Prof. Dr. Agnaldo Lopes da Silva Filho – Presidente da banca - UFMG
Profa. Dra. Marilene Vale de Castro Monteiro - UFMG
Prof. Dr. Eduardo Batista Cândido - UFMG

Membro suplente:
Profa. Dra. Andrezza Vilaça Belo Lopes - UFMG

***"Nunca ande pelo caminho traçado,
pois ele conduz somente até onde os outros foram."***

Alexandre Graham Bell

Aos meus avós, exemplos de caráter e perseverança.

Resumo

Introdução: O objetivo deste estudo foi realizar a adaptação cultural e validação para a versão portuguesa da Escala de Wexner para Incontinência Anal para a população brasileira.

Metodologia: A versão em inglês foi traduzida para português por dois tradutores independentes e estabelecida uma versão em português em comum. A consistência interna do questionário foi avaliada em 50 pacientes através de “teste/re-teste”, com um intervalo de 15 dias entre as entrevistas. A validade convergente do questionário realizada através de comparação dos resultados do questionário de Wexner com outro questionário de qualidade de vida, o FIQL (Fecal Incontinence Quality of Life).

Resultados: As respostas aos dois questionários do “teste/re-teste” revelou significativa correlação pelo teste Wilcoxon. Obteve-se um $p=0,354$, ou seja, as medianas das respostas dadas em aos dois questionários são estatisticamente iguais. O valor do Alpha de Cronbach para a versão traduzida da escala foi de 0,932, demonstrando um alto nível de consistência interna. Um alto nível de consistência interna também foi existente quando se avaliou cada item do questionário. A análise pela Correlação de Spearman da versão traduzida para o português da Escala de Wexner quando comparada com o FIQL demonstrou a validade do questionário.

Conclusão: O questionário proposto foi bem aceito pela população em virtude de sua fácil compreensão e pelo seu limitado número de itens que podem ser rapidamente respondidos. Desta forma, este estudo demonstrou a validade linguística e psicométrica da versão em português da Escala de Wexner para a população brasileira.

Palavras-chave e termos: Escala de Wexner, Incontinência Anal, Versão brasileira

Abstract

Introduction: The aim of this study was to validate the Portuguese version of the Wexner Score for Anal Incontinence in the Brazilian population.

Methodology: The English version was translated to Portuguese by two independent translators and then established a final Portuguese version. The internal consistency of the questionnaire was evaluated in 50 patients by “test – retest” reliability, with a 15-days gap between interviews. The convergent validity of the questionnaire was performed by the comparison of the Wexner Score with another questionnaire of quality of life, the FIQL score.

Results: The answers to both questionnaires at the “test – retesting” showed significant correlation by Wilcoxon test. The $p=0,354$ demonstrated that the median of both scores are statistically equal. The Cronbach’s Alpha’s value for the translated version was 0,932, showing a high level of internal consistency. A high level of internal consistency was also existent, when each item of the questionnaire was evaluated separately. The analysis of the convergent validity of the Portuguese version showed significant relation when compared to the total score of the FIQL questionnaire by the Spearman’s correlation.

Conclusion: The proposed questionnaire was well accepted by the population for its ease of understanding and for its limited number of items that can be rapidly answered. In conclusion, this study demonstrated the linguistic and psychometric validity of the Portuguese version of the Wexner Score for the Brazilian population..

Key-words: Wexner Score, Anal Incontinence, Brazilian version

Agradecimentos

Agradeço em primeiro lugar a Deus que iluminou o meus passos durante esta caminhada.

Agradeço aos meus pais, Ricardo e Maria Carmen, por me apoiarem em todas as minhas decisões.

Ao Professor Agnaldo, que desde a graduação, engrandece esta caminhada em minha formação profissional.

À Professora Andrea pela paciência na co-orientação e incentivo que tornaram possível a conclusão desta dissertação.

À Professora Marilene, por seus ensinamentos e confiança ao longo das supervisões das minhas atividades na Uroginecologia.

À Vivi, pela amizade nos melhores e nos piores momentos.

Aos meus colegas de trabalho (em especial Henderson e Professora Myrian) e médicos residentes do Hospital das Clínicas da UFMG, pelo incentivo e apoio constantes.

Lista de Abreviaturas e Siglas

COEP	Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais
EEA	Esfíncter Externo do Ânus
EIA	Esfíncter Interno do Ânus
FIQL	Fecal Incontinence Quality of Life
FM/UFMG	Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais
ICS	International Continence Society
IF	Incontinência Fecal
IA	Incontinência Anal
OMS	Organização Mundial de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais

Índice

Resumo	xi
Abstract	xii
Agradecimentos.....	xiv
Lista de Abreviaturas e Siglas	xvi
Índice.....	xvii
Índice de Figuras	xviii
Índice de Tabelas	xix
Índice de Quadros.....	xviii
1. INTRODUÇÃO	20
2. OBJETIVO	26
3. MATERIAIS E MÉTODOS.....	28
3.1 Desenho do estudo	28
3.2 Análise estatística	34
4. RESULTADOS	32
5. DISCUSSÃO	38
6. CONCLUSÃO	43
REFERÊNCIAS	45
ANEXOS	49
Anexo 1: Parecer de aprovação do CONEP	51
Anexo 2: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	52

Índice de Figuras

Figura 1: Gráfico de correlação entre Escore 1 e FIQL..... 36

Índice de Tabelas

Tabela 1: Características demográficas	34
Tabela 2: Características clínicas	34
Tabela 3: Teste de Normalidade Kolmogorov-Smirnov	35
Tabela 4: Teste de Medianas e de Correlação.....	35
Tabela 5: Teste de confiabilidade dos resultados das escalas Wexner	36

Índice de Quadros

Quadro 1: Escala de Wexner	22
Quadro 2: Escala FIQL (versão em português).....	23
Quadro 3: Escala de Wexner em Português por Tradutor 1.....	32
Quadro 4: Escala de Wexner em Português por Tradutor 2.	32
Quadro 5: Escala de Wexner em Português (primeira versão).....	32
Quadro 6: Escala de Wexner em Inglês por Tradutor 3.....	32
Quadro 7: Escala de Wexner em Inglês por Tradutor 4.	33
Quadro 8: Escala de Wexner em Português (segunda versão).....	33
Quadro 9: Escala de Wexner em Português (versão final).....	33

1. INTRODUÇÃO

A Incontinência Anal (IA) é definida pela International Continence Society (ICS) como a perda involuntária de fezes líquidas ou sólidas ou flatus causando problemas sociais ou higiênicos ao indivíduo. A definição de Incontinência Fecal (IF) assemelha-se à anterior excetuando-se pela incontinência a flatus (CHATOOR *ET AL.*, 2007).

A IA gera grande impacto negativo na qualidade de vida dos indivíduos acometidos por essa condição, provocando constrangimentos, isolamento, baixa autoestima e até mesmo distúrbios psicológicos. Está associada a abstenções na escola e no trabalho. Além do mau-cheiro, as fezes em contato com a pele causa dermatites e favorece a ocorrência de infecções (RULLIER *ET AL.*, 2004; YUSUF *ET AL.*, 2004; BELLICINI *ET AL.*, 2008; NEVLER, 2014).

Existem ainda os elevados custos associados à doença (UNGER, GOLDMAN E JELOVSEK, 2014). Em estudo realizado por Xu et al nos EUA, estima-se que o custo anual de US\$ 4110,00 por pessoa, envolvendo gastos com tratamentos, consultas médicas e insumos utilizados para higiene (XU *ET AL.*, 2012).

A exata prevalência da IA é desconhecida, principalmente porque estes pacientes evitam relatar este problema para seus parentes, amigos e até mesmo para seus médicos (ANDROMANAKOS *ET AL.*, 2013). A prevalência da IF em homens e mulheres é de 7,7% e 8,9%, respectivamente. Ela aumenta com a idade, podendo chegar a quase 22% em pacientes idosas (NYGAARD *ET AL.*, 2008; UNGER, GOLDMAN E JELOVSEK, 2014). Em pacientes institucionalizados, é ainda maior, chegando a quase 50% (DEY, 1997; STRAHAN, 1997; NELSON, FURNER E JESUDASON, 1998; NEVLER, 2014).

A manutenção da continência anal depende de diversos mecanismos funcionando em sincronia. O mecanismo de esfíncter anal é constituído: pelo esfíncter externo do ânus (EEA) de musculatura estriada esquelética e innervado por ramo do nervo pudendo; pelo esfíncter interno do ânus (EIA) de musculatura lisa e innervado por ramos parassimpáticos de raízes de S3 e S4; e pelo anel perivascular ao redor destes tecidos. O EEA, o EIA e o anel perivascular são responsáveis por cerca de 30%, 55% e 15% do tônus do esfíncter anal, respectivamente. Além dos músculos do esfíncter anal, o músculo levantador do ânus mantém um tônus contínuo por um reflexo espinhal, colaborando para o mecanismo de continência (PALIT, LUNNISS E SCOTT, 2012; ANDROMANAKOS *ET AL.*, 2013; KLEIN, 2014). O ramo puborretal do músculo levantador do ânus forma uma faixa muscular que aproxima a junção anorretal ao púbis, criando o ângulo anorretal, sendo mais um colaborador de músculo estriado esquelético que mantém a continência (BELLICINI *ET AL.*, 2008; PALIT, LUNNISS E SCOTT, 2012).

Além do correto funcionamento da musculatura e innervação pélvica, a continência anal depende ainda da consistência e volume das fezes, do trânsito colônico, da sensação anorretal, da complacência retal e da capacidade mental do indivíduo (BELLICINI *ET AL.*, 2008; PALIT, LUNNISS E SCOTT, 2012; ANDROMANAKOS *ET AL.*, 2013).

Desta forma, é possível perceber que existem inúmeros fatores de risco para IA, destacando-se os traumas obstétricos de esfíncter, os traumas cirúrgicos de esfíncter (p. ex. fistulectomia, hemorroidectomia), fraqueza de assoalho pélvico, neuropatias, esclerose múltipla, traumas ou tumores raquimedulares, acidente vascular cerebral, demência, irradiação pélvica, prolapso retal, diarreia, impactação de fezes, idade avançada, obesidade, anomalias congênitas (p.ex espinha bífida, meningomielocele), constipação intestinal, doenças inflamatórias do intestino, síndrome do cólon irritável, dentre outros (NORTON *ET AL.*, 2010; KLEIN, 2014; WALD, 2014).

Na população feminina, destacam-se as disfunções de assoalho pélvico, provocadas principalmente pelos traumatismos obstétricos. Tanto as lesões de musculatura quanto o dano neuronal são importantes causas de IA (BARTOLO E PATERSON, 2009; KLEIN, 2014).

Em pacientes com incontinência urinária (também com fatores de risco semelhantes), a prevalência de IA é aumentada quando comparada com a população em geral. Markland descreveu em estudo em 2007 a prevalência de 16% de IF nestas populações (MARKLAND *ET AL.*, 2007). Em estudo semelhante na população brasileira, Bezerra demonstrou uma prevalência de 54,1% (BEZERRA *ET AL.*, 2014).

O diagnóstico da IA depende de uma adequada anamnese, procurando por comorbidades e fatores de risco. Além disso, o uso de exames complementares como ultrassonografia transretal, ressonância magnética podem trazer informações sobre integridade anatômica da musculatura de esfíncter e exames funcionais como a manometria anorretal e defecografia. A eletroneuromiografia também pode ser útil para avaliar integridade neuronal do nervo podendo (CHATOOR *ET AL.*, 2007; MELLGREN, 2010; HALLAND E TALLEY, 2012; COSTILLA *ET AL.*, 2013).

A quantificação da IA pode ser feita objetivamente com uso de escores ou questionários de qualidade de vida (ANDROMANAKOS *ET AL.*, 2013). Existem diversos questionários para IA, como o Fecal Incontinence Quality of Life (FIQL), Fecal Incontinence Severity Index (FISI), Escala de Incontinência de Browning and Parks e a Escala de Incontinência Jorge-Wexner (ou Escala de Wexner) (NEVLER, 2014; RUSAVY, JANSOVA E KALIS, 2014).

Jorge e Wexner elaboraram um questionário específico para IA conhecido como Escala de Wexner (Quadro 1) que vem sendo amplamente utilizado devido a sua simplicidade (JORGE E WEXNER, 1993; ROCKWOOD, 2004; MINGUEZ *ET AL.*, 2006; RUSAVY, JANSOVA E KALIS, 2014). Essa escala consiste em cinco questões: três sobre IA (perda de fezes sólidas, fezes líquidas e gases), uma questão sobre uso de absorventes e uma questão sobre alterações no estilo de vida. Os entrevistados são orientados a responder com qual frequência as questões

citadas ocorrem. Para cada pergunta existem cinco respostas possíveis que fornecem um escore final de zero a vinte. Quanto maior o escore, maior a gravidade dos sintomas e pior a qualidade de vida.

Quadro 1: Escala de Wexner

	Never	Rarely	Sometimes	Usually	Always
Solid	0	1	2	3	4
Liquid	0	1	2	3	4
Gas	0	1	2	3	4
Wear pads	0	1	2	3	4
Lifestyle alteration	0	1	2	3	4

(JORGE E WEXNER, 1993)

No Brasil, o único instrumento validado disponível é o questionário FIQL (Quadro 2) (YUSUF *ET AL.*, 2004). Este questionário é composto por 29 questões distribuídas em quatro domínios e, portanto, bem mais complexo que a Escala de Wexner.

Quadro 2: Escala FIQL (versão em português)

Questão 1: Em geral, você diria que sua saúde é: Excelente () Muito Boa () Boa () Regular () Ruim ()					
Questão 2: Para cada um dos itens abaixo, por favor, indique, marcando um X na coluna correspondente a quanto tempo o item abaixo o preocupa devido à perda de fezes.					
Se qualquer um dos itens lhe preocupa por outras razões que não pela perda de fezes, marque a alternativa “Nenhuma das respostas”					
	Muitas vezes	Algumas vezes	Poucas vezes	Nenhuma vez	Nenhuma das respostas
Devido à perda de fezes					
a. Tenho medo de sair	1	2	3	4	
b. Evito visitar amigos ou parentes	1	2	3	4	
c. Evito passar a noite longe de casa	1	2	3	4	
d. É difícil para eu sair e fazer coisas com ir ao cinema ou à igreja	1	2	3	4	
e. Evito comer antes de sair de casa	1	2	3	4	
f. Quando estou fora de casa tento ficar sempre que possível próximo ao banheiro	1	2	3	4	
g. É importante eu planejar o que vou fazer de acordo com o meu funcionamento intestinal	1	2	3	4	
h. Evito viajar	1	2	3	4	
i. Fico preocupado em não chegar ao banheiro em tempo	1	2	3	4	
j. Sinto que não tenho controle do meu intestino	1	2	3	4	
k. Não consigo controlar minha evacuação a tempo de chegar ao banheiro	1	2	3	4	
l. Perco fezes sem perceber	1	2	3	4	
m. Tento evitar a perda de fezes, ficando	1	2	3	4	

próximo ao banheiro					
Questão 3: Devido a sua perda de fezes indique até quanto o problema o incomoda. Se qualquer dos itens abaixo o preocupa por outras razões, marque a alternativa “Nenhuma das respostas”					
	Muitas vezes	Algumas vezes	Poucas vezes	Nenhuma vez	Nenhuma das respostas
Devido à perda de fezes					
a. Fico envergonhado	1	2	3	4	
b. Não posso fazer muitas coisas que quero fazer	1	2	3	4	
c. Fico preocupado em perder fezes	1	2	3	4	
d. Sinto-me deprimido	1	2	3	4	
e. Fico preocupado se outras pessoas sentem cheiro de fezes em mim	1	2	3	4	
f. Acho que não sou uma pessoa saudável	1	2	3	4	
g. Tenho menos prazer em viver	1	2	3	4	
h. Tenho relação sexual com menor frequência que gostaria	1	2	3	4	
i. Sinto-me diferente das outras pessoas	1	2	3	4	
j. Sempre estou pensando na possibilidade de perder fezes	1	2	3	4	
k. Tenho medo de ter sexo	1	2	3	4	
l. Evito viajar de carro ou ônibus	1	2	3	4	
m. Evito sair para comer	1	2	3	4	
n. Quando vou a um lugar novo, procuro saber onde está o banheiro	1	2	3	4	
Questão 4: Durante o mês passado, eu me senti tão triste, desanimado ou tive muitos problemas que me fizeram pensar que nada valia a pena.					
1. () Extremamente. A ponto de quase desistir					
2. () Muitas vezes					
3. () Com frequência					
4. () Algumas vezes – o suficiente para me preocupar (incomodar)					
5. () Poucas vezes					
6. () Nenhuma vez					

(YUSUF *ET AL.*, 2004)

O uso de questionários de qualidade de vida é ferramenta importante para se avaliar a gravidade dos sintomas e o impacto da qualidade de vida do paciente, sendo também utilizado para avaliar eficácia de tratamento (SPILKER *ET AL.*, 1990). Tais escores devem ser adequados ao idioma e aos aspectos culturais da população abordada. Isso pode ser feito de duas formas: através da criação de um escore ou através da tradução e adaptação cultural de um escore pré-existente (GUILLEMIN, BOMBARDIER E BEATON, 1993).

Para que um questionário seja utilizado em um país e idioma diferentes do qual ele foi originado, ele deve passar por um rigoroso processo de tradução, adaptação cultural e validação. O questionário deve demonstrar três importantes propriedades psicométricas: validade, confiabilidade ou reprodutibilidade e responsividade (GUYATT, FEENY E PATRICK, 1993; BLAND E ALTMAN, 2002; CROSBY, KOLOTKIN E WILLIAMS, 2003; BARBER, 2007). A validade de um questionário consiste em analisar se o instrumento mede o que tem a intenção de medir. A consistência interna é um termo utilizado para dizer se há confiabilidade no instrumento, ou seja, se o instrumento tem capacidade de mostrar que pacientes estáveis apresenta m resultados semelhantes depois da administração repetida do questionário. E a responsividade se refere à propriedade que um questionário tem de detectar efeitos do tratamento e detectar alterações significativas no quadro clínico (RULLIER *ET AL.*, 2004; DINIZ E SCHOR, 2006).

No caso de uma adaptação cultural, avalia-se a validade e a confiabilidade do questionário no novo idioma (RULLIER *ET AL.*, 2004; YUSUF *ET AL.*, 2004; CAM *ET AL.*, 2011; OGATA, MIMURA E HANAZAKI, 2012). Considerando que a IA é um assunto extremamente constrangedor para a paciente e frente à necessidade de pesquisas nessa área, a Escala de Wexner pode ser um instrumento bastante simples para abordar tal assunto.

A escolha deste trabalho se deu frente a elevada frequência de IA em pacientes do Ambulatório de Uroginecologia da Faculdade de Medicina da UFMG. Tendo em vista a dificuldade em abordar o assunto com o paciente e visto que a Escala de Wexner é um instrumento simples já utilizado em outros países, optamos por utilizá-la como objeto deste estudo.

2. OBJETIVO

Este estudo se propõe a realizar a adaptação cultural e validação para a versão portuguesa da Escala de Wexner para incontinência anal na população brasileira.

3. MATERIAIS E MÉTODOS

3.1 Desenho do estudo

Este estudo longitudinal aprovado pelo Comitê de Ética em pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais (Anexo 1) foi conduzido entre novembro de 2012 a junho de 2013 em pacientes do ambulatório de Uroginecologia da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais (FM/UFMG) com queixas de incontinência anal. Todas as pacientes preencheram termo de consentimento livre e esclarecido (Anexo 2) e concordaram em participar do estudo.

Os autores/criadores da Escala de Wexner autorizaram a realização deste processo de adaptação cultural e validação (Anexo 3).

Foram selecionadas 70 pacientes do Ambulatório de Uroginecologia da FM/UFMG com queixas de IA. Elas foram avaliadas quanto a idade, escolaridade, IMC, paridade, estado menstrual, hábito intestinal, presença ou ausência de incontinência urinária concomitante e tabagismo. Elas também foram questionadas sobre abordagem prévia da queixa por outro médica. A amostra selecionada foi de conveniência, uma vez que a queixa de IA é mais prevalente neste ambulatório. O número de de pacientes estabelecido baseou-se em outros estudos de adaptação cultural e validação de questionários de qualidade de vida, não sendo realizado cálculo amostral.

Várias etapas foram feitas para se estabelecer a equivalência conceitual da versão original em inglês e a versão em português. O processo de tradução e validação respeitou os critérios internacionais propostos por Guillemin (GUILLEMIN, BOMBARDIER E BEATON, 1993).

3.1.1 Tradução

A primeira etapa consiste na tradução. A versão original em inglês foi traduzida para português por dois tradutores profissionais independentes e produziram a primeira versão em português em comum. A versão foi novamente traduzida para o inglês por dois tradutores nativos da língua inglesa. Estas traduções foram comparadas com a Escala de Wexner original e foi analisada para elaborar a versão em português.

Na primeira etapa do estudo, após cada pergunta da versão em português, colocou-se um sexta opção com a possível resposta “não entendi/não compreendi” e foi testada em um grupo de 20 pacientes. Após verificar incidência de “não entendi/não compreendi” abaixo de 15% foi estabelecida a versão final do questionário que foi avaliada na segunda etapa do estudo em que foi testada a validade e a confiabilidade do questionário em português.

3.1.2 Validade

A validade convergente do questionário realizada através de comparação dos resultados do questionário de Wexner com outro questionário de qualidade de vida. Participaram desta etapa 50 pacientes com relato de IA selecionadas no ambulatório de Uroginecologia FM/UFMG.

Optou-se pelo uso de FIQL, já validado para o português em 2004 (YUSUF *ET AL.*, 2004). No caso, os resultados da escala de Wexner deveriam ser inversamente proporcionais aos resultados do FIQL, pois neste, quanto menor a nota final, maior a gravidade da IA e, naquele, quanto maior a nota final, maior a gravidade da IA.

3.1.3 Confiabilidade

A consistência interna do questionário foi avaliada em dois momentos, através de “teste/re-teste”. Estas pacientes foram submetidas a entrevista por um examinador e receberam a Escala de Wexner para responder (Escore 1) e após 15 dias, sem qualquer intervenção, foram convidadas a responder o mesmo questionário novamente por telefone (Escore 2).

3.2 Análise estatística

Para a análise estatística, cada variável foi estatisticamente descrita e comparada entre os grupos de estudo, segundo a natureza de sua distribuição (normal ou não-normal).

Para as variáveis qualitativas foram utilizadas as frequências absolutas e relativas, e para as variáveis quantitativas, foi utilizado o teste Kolmogorov-Smirnov para testar se seguiam uma distribuição normal ou assimétrica. Assim as variáveis simétricas foram apresentadas através de média e desvio padrão e as assimétricas pela sua mediana e intervalo.

A validade convergente do questionário foi feita através do gráfico de correlação de variáveis numéricas e da Correlação de Spearman entre Escore 1 e FIQL. Para a consistência interna do formulário foi utilizado o Alpha de Cronbach para o Escore 1 e Escore 2, bem como individualmente para as variáveis que compõe o Escore de Wexner (Sólidas, Líquidas, Gases, Uso de protetor, Alteração de hábitos e vida). Também foi utilizado o teste Wilcoxon de amostras emparelhadas para variáveis assimétricas, para testar se as medianas das respostas dadas no “teste/re-teste” podem ser consideradas estatisticamente iguais.

O software estatístico utilizado foi o SPSS ® 21,0 e o nível de significância foi estabelecido em 5% para todos os testes.

4. RESULTADOS

Durante a fase de tradução, dois tradutores profissionais independentes (Tradutor 1 e Tradutor 2) produziram uma versão em português cada (Quadro 3 e Quadro 4).

Quadro 3: Escala de Wexner em Português por Tradutor 1

	Nunca	Raramente	Às vezes	Com frequência	Sempre
Sólidos	0	1	2	3	4
Líquidos	0	1	2	3	4
Flato (gases)	0	1	2	3	4
Uso de forro	0	1	2	3	4
Alteração do estilo de vida	0	1	2	3	4

Quadro 4: Escala de Wexner em Português por Tradutor 2

	Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre
Sólido	0	1	2	3	4
Líquido	0	1	2	3	4
Gás	0	1	2	3	4
Uso de forro	0	1	2	3	4
Alteração do estilo de vida	0	1	2	3	4

Estabeleceu-se uma versão em comum (Quadro 5):

Quadro 5: Escala de Wexner em Português (primeira versão)

	Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre
Sólido	0	1	2	3	4
Líquido	0	1	2	3	4
Gases	0	1	2	3	4
Uso de Absorventes	0	1	2	3	4
Alteração do estilo de vida	0	1	2	3	4

A versão em português inicial foi novamente traduzida por dois tradutores nativos da língua inglesa (Tradutor 3 e Tradutor 4) para o inglês (Quadro 6 e Quadro 7).

Quadro 6: Escala de Wexner em Inglês por Tradutor 3

	Never	Rarely	Sometimes	Frequently	Always
Solid	0	1	2	3	4
Liquid	0	1	2	3	4
Gas	0	1	2	3	4
Absorbent use	0	1	2	3	4
Change in life-style	0	1	2	3	4

Quadro 7: Escala de Wexner em Inglês por Tradutor 4

	Never	Rarely	Sometimes	Frequently	Always
Solid	0	1	2	3	4
Liquid	0	1	2	3	4
Gases	0	1	2	3	4
Use of Absorptive Materials	0	1	2	3	4
Life style alteration	0	1	2	3	4

Estas traduções foram comparadas com a Escala de Wexner original e foi analisada para elaborar a versão em português (Quadro 8).

Quadro 8: Escala de Wexner em Português (segunda versão)

	Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre
Sólido	0	1	2	3	4
Líquido	0	1	2	3	4
Gás	0	1	2	3	4
Uso de Absorventes	0	1	2	3	4
Alteração do estilo de vida	0	1	2	3	4

Esta esta versão foi levada a uma reunião com equipe multidisciplinar com especialistas em uroginecologia, coloproctologia e fisioterapia do assoalho pélvico, quando foi modificada e elaborada a versão final (Quadro 9) que foi utilizada para a adaptação cultural. Tendo em vista que o uso de absorventes é um hábito tradicionalmente feminino e que a população masculina poderia sentir-se confuso ou constrangido em responder à pergunta, optamos por trocar a palavra “absorvente” pela palavra “protetor”.

Quadro 9: Escala de Wexner em Português (versão final)

	Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre
--	-------	-----------	----------	----------------	--------

Sólidas	0	1	2	3	4
Líquidas	0	1	2	3	4
Gases	0	1	2	3	4
Uso de Protetor	0	1	2	3	4
Alteração do estilo de vida	0	1	2	3	4

Nunca = 0; Raramente = < 1 vez/mês; Às vezes = < 1 vez/semana, mas > 1 vez/mês; Frequentemente = < 1 vez/dia, mas > 1 vez/semana; Sempre = > 1 vez/dia

Entre as 70 pacientes avaliadas, a idade variou entre 23 a 85 anos, com uma mediana de 58 anos. A mediana do IMC foi de 27,61 (Tabela 5). Apresentavam incontinência urinária concomitante 84,3% das pacientes, dentre elas 23,3% tinham incontinência urinária aos esforços, 20% incontinência urinária de urgência e 51,7% tinham incontinência urinária mista (dados perdidos: 5%) . As características demográficas da população estudada estão descritas na Tabela 1 e as características clínicas na Tabela 2.

Tabela 1: Características demográficas

Variáveis categóricas	N	%
Tabagismo		
Sim	7	10,0
Não	63	90,0
Hábito intestinal		
Regular	40	57,1
Diarréia	11	15,7
Constipação	19	27,1
Estado Menstrual		
Menacme	16	22,9
Pós-menopausa	54	77,1
Incontinência urinária		
Sim	60	85,7
Não	10	14,3
Escolaridade		
Não-alfabetizada	5	7,2
Ensino fundamental incompleto	23	33,3
Ensino fundamental	30	43,5
Ensino médio	10	14,5
Ensino superior	1	1,4

Na população estudada, somente 34% procurou tratamento para IA e 28% foram questionadas pelo seu médico a respeito de IA.

Tabela 2: Características clínicas

Características (mediana)		Intervalo
Idade	58	(23 – 85)
IMC	27,61	(21,2 – 44,9)
Paridade	4	(0-15)
Parto Vaginal	3	(0-9)
Fórcipe	0	(0-3)
Parto Cesáreo	0	(0-3)

O resultado do escore pela Escala de Wexner variou de 2 a 20 com um valor mediano de 9 pontos.

Na primeira etapa do estudo, obteve-se uma taxa de 3% da resposta “não entendi/não compreendi” sendo estabelecida a versão final do questionário apresentada no Quadro 9.

Na segunda etapa do estudo, a distribuição dos valores obtidos pelos Escore 1 e Escore 2, bem como pelo escore de FIQL foi testado quanto a sua normalidade e nenhuma das distribuições é normal conforme testes apresentado na Tabela 3, assim optou-se por usar testes não paramétricos para testar as correlações entre as variáveis.

Tabela 3: Teste de Normalidade Kolmogorov-Smirnov

Escore	Mediana	Intervalo	p-value
Escore 1	9	(2-20)	0,040
Escore 2	9	(2-20)	0,015
FIQL	11,5	(5-15,9)	0,006

A análise da validade convergente da versão traduzida para o português da Escala de Wexner mostrou relação significativa quando comparado ao escore total do FIQL (Figura 1) pela Correlação de Spearman negativa de 63% (0,631). Quanto maiores valores do escore da Escala de Wexner, menores os valores do escore do questionário FIQL, demonstrando uma relação inversamente proporcional (Tabela 4).

Tabela 4: Teste de Medianas e de Correlação

Variáveis	Teste	p-value
Escore 1 e Escore 2	Wilcoxon de Amostras Emparelhadas	0,354
Escore 1 e FIQL	Correlação de Spearman	-0,631

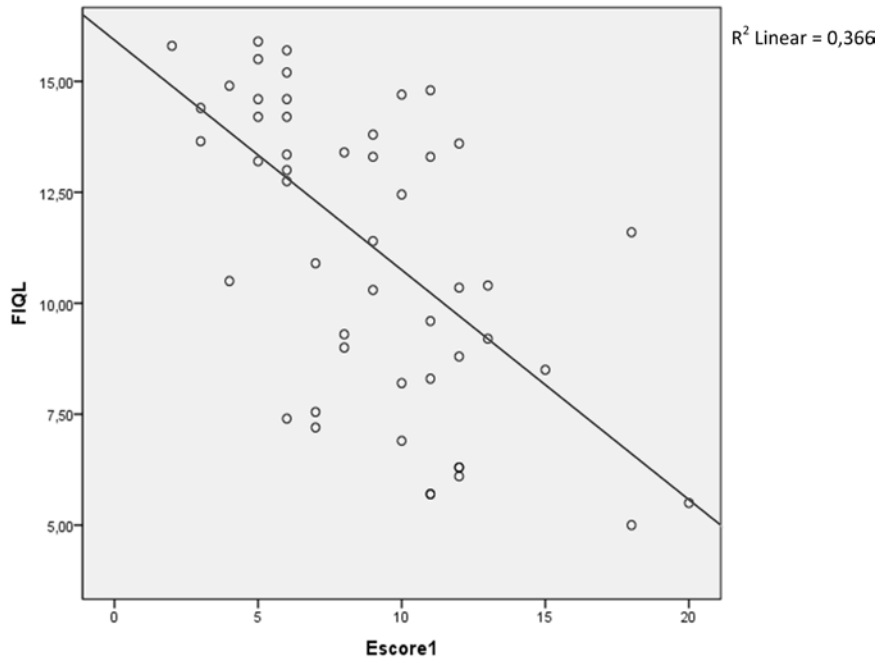


Figura 1: Gráfico de correlação entre Escore1 e FIQL.

Na fase de “teste/re-teste”, somente uma paciente não completou o segundo questionário (2%). As respostas aos dois questionários do “teste/re-teste” revelou significativa correlação pelo teste Wilcoxon. Obteve-se um $p=0,354$, ou seja, as medianas das respostas dadas em Escore 1 e Escore 2 são estatisticamente iguais. O valor do Alpha de Cronbach para a versão traduzida da escala foi de 0,932, demonstrando um alto nível de consistência interna ou uma concordância excelente segundo Byrt (1996). Um alto nível de consistência interna também foi existente quando se avaliou cada item do questionário separadamente (Tabela 5), demonstrando adequada confiabilidade interna.

Tabela 5: Teste de confiabilidade dos resultados das escalas Wexner

Variáveis	Alpha de Cronbach
Sólidas	0,799
Líquidas	0,768
Gases	0,765

Uso de protetor	0,896
Alteração hábitos de vida	0,865
Score total	0,932

5. DISCUSSÃO

De acordo com os resultados deste estudo, a versão em português da Escala de Wexner para a população brasileira tem elevada consistência interna e confiabilidade. A mediana do escore da Escala de Wexner em nosso estudo foi 9.

Os questionários são uma ferramenta utilizada com instrumento de medida de qualidade de vida cada vez mais comum (GUILLEMIN, BOMBARDIER E BEATON, 1993; BLAND E ALTMAN, 2002). A avaliação da qualidade de vida por questionários pode ser feita de forma genérica ou através de questionários mais específicos (ROCKWOOD *ET AL.*, 2000), como é o caso da Escala de Wexner.

O uso de questionários específicos já é bem recomendado na avaliação da IA (ANDROMANAKOS *ET AL.*, 2013; MANCHIO E SANDERS, 2013). É importante ressaltar que, no caso desta condição, o uso destas ferramentas é necessário, pois muitas vezes os próprios pacientes relutam em descrever detalhes do quadro em virtude do constrangimento (HALLAND E TALLEY, 2012; BOLS *ET AL.*, 2013). Em pesquisa na população de cuidados primários, 36,5% dos pacientes declararam episódios de Incontinência Fecal, mas somente 2,7% destes pacientes apresentavam um diagnóstico documentado (DUNIVAN *ET AL.*, 2010). Em nosso estudo, somente 34% procurou tratamento para IA e 28% foram questionadas pelo seu médico a respeito de IA. Isso demonstra a dificuldade em abordar o assunto tanto pelo paciente quanto por seu médico.

Este estudo foi desenhado com o objetivo fazer uma adaptação linguística e cultural da Escala de Wexner, ou seja, avaliar um mesmo fenômeno em uma cultura diferente (GUILLEMIN, BOMBARDIER E BEATON, 1993).

Na análise descritiva da população estudada, a alta prevalência de incontinência urinária em pacientes com IA não se assemelha com com aquelas encontradas na literatura (MARKLAND *ET AL.*, 2007; BEZERRA *ET AL.*, 2014). Atribuímos esta elevada prevalência ao fato de que as participantes do estudo são provenientes de um ambulatório de Uroginecologia, onde a queixa de incontinência urinária é predominante. Nota-se ainda a predominância de outros fatores de risco associados à condição, como IMC, idade, paridade elevados (NORTON *ET AL.*, 2010; KLEIN, 2014).

De acordo com os resultados deste estudo, a versão em português da Escala de Wexner tem elevada validade e confiabilidade.

O questionário foi bem aceito pelas pacientes, tendo em vista a baixa frequência da resposta “não entendi/não compreendi” na primeira etapa do estudo (3%). Isso pode ser atribuído à simplicidade do questionário e de seu limitado número de itens a ser respondido.

A confiabilidade interna também foi satisfatória para cada item da escala em separado, demonstrando a ausência de redundância entre eles.

A Escala de Wexner, também conhecida como Cleveland Clinic Incontinence Score (MANCHIO E SANDERS, 2013) foi proposta em 1993 por Jorge e Wexner com o objetivo de comparar diferentes níveis de gravidade de incontinência, comparação pré e pós-operatório, resultados de tratamentos e ainda avaliar o impacto na qualidade de vida do indivíduo (JORGE E WEXNER, 1993).

Foi o primeiro questionário a levar em consideração o uso de absorventes, alterações no estilo de vida, bem como a consistência e frequência da incontinência (VAIZEY *ET AL.*, 1999; MANCHIO E SANDERS, 2013). O FIQL, por exemplo, leva em consideração apenas o impacto na qualidade de vida, alterações de estilo de vida, humor e nível de constrangimento (MANCHIO E SANDERS, 2013).

Em estudo para validação da Escala de Wexner para a população turca, Cam e colaboradores demonstraram que menores pressões de manometria se correlacionaram principalmente com uso de absorventes e alterações de estilo de vida (CAM *ET AL.*, 2011).

Este estudo apresentou uma correlação com outro instrumento de avaliação da IA, o FIQL, demonstrando sua validade.

Dentre os questionários existentes, a Escala de Wexner é considerada umas das mais completas pois é capaz de avaliar a percepção do paciente sobre a gravidade dos sintomas, mas, além do impacto na qualidade de vida, avalia também, a frequência e o tipo de IA (ANDROMANAKOS *ET AL.*, 2013), sendo considerada um bom parâmetro para avaliação psicométrica da IA (FALLON, WESTAWAY E MOLONEY, 2008).

Tornou-se um instrumento largamente utilizado para avaliar a gravidade da incontinência fecal, tendo em vista sua simplicidade de aplicação por parte do examinador e fácil entendimento por parte do paciente (VAIZEY *ET AL.*, 1999; CAM *ET AL.*, 2011).

Em um estudo realizado com médicos na América do Norte, Europa e Ásia, dentre os 14 diferentes questionários utilizados, a Escala de Wexner foi a principal escolha (49,1%) entre os entrevistados como método de se avaliar a IA (RUSAVY, JANSOVA E KALIS, 2014), o que torna maior a necessidade uma versão em português para este questionário.

Deve-se levar em consideração, ainda, o tamanho do questionário. Sabe-se que os entrevistados geralmente não respondem bem a questionários extensos (ROCKWOOD, 2004).

A Escala de Wexner é também um método de se avaliar a gravidade da IA. Em um estudo que comparou o impacto da IF na qualidade de vida, um escore igual ou superior a nove correlacionou-se com uma significativa piora da qualidade de vida, o que implica numa menor mobilidade e maior confinamento em casa (ROTHBARTH *ET AL.*, 2001). Em um estudo espanhol semelhante, a Escala de Wexner também mostrou uma correlação com o FIQL. Um

escore acima de nove também apresentou piores resultados e menores valores no FIQL (CIRIZA DE LOS RÍOS *ET AL.*, 2010).

A Escala de Wexner, no entanto, recebe algumas críticas por não levar em consideração a presença de urgência fecal e nem o uso de antidiarreicos (NEVLER, 2014). Vaizey e colaboradores criaram uma versão modificada da escala propondo a inclusão deste itens (VAIZEY *ET AL.*, 1999). Outros autores, no entanto, consideram-na satisfatória, uma vez que parte da população que cursa com IA, não apresentam necessariamente tais parâmetros citados (BOLS *ET AL.*, 2013).

A importância desta validação se faz tanto do ponto de vista clínico, sendo a Escala de Wexner um instrumento simples que agora pode ser utilizado na população brasileira, quanto do ponto de vista científico, pois o questionário é utilizado em diversas pesquisas sobre IA, para fins de comparação com outros estudos internacionais.

6. CONCLUSÃO

O questionário proposto foi bem aceito pela população em virtude de sua fácil compreensão e pelo seu limitado número de itens que podem ser rapidamente respondidos. Desta forma, este estudo demonstrou a validade linguística e psicométrica da versão em português da Escala de Wexner para a população brasileira.

REFERÊNCIAS

- ANDROMANAKOS, N. P. et al. Anorectal incontinence: a challenge in diagnostic and therapeutic approach. **Eur J Gastroenterol Hepatol**, v. 25, n. 11, p. 1247-56, Nov 2013.
- BARBER, M. D. Questionnaires for women with pelvic floor disorders. **Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct**, v. 18, n. 4, p. 461-5, Apr 2007.
- BARTOLO, D. C.; PATERSON, H. M. Anal incontinence. **Best Pract Res Clin Gastroenterol**, v. 23, n. 4, p. 505-15, 2009.
- BELLICINI, N. et al. Fecal incontinence: a review. **Dig Dis Sci**, v. 53, n. 1, p. 41-6, Jan 2008.
- BEZERRA, L. R. et al. Prevalence of unreported bowel symptoms in women with pelvic floor dysfunction and the impact on their quality of life. **Int Urogynecol J**, v. 25, n. 7, p. 927-33, Jul 2014.
- BLAND, J. M.; ALTMAN, D. G. Statistics Notes: Validating scales and indexes. **BMJ**, v. 324, n. 7337, p. 606-7, Mar 2002.
- BOLS, E. M. et al. Responsiveness and interpretability of incontinence severity scores and FIQL in patients with fecal incontinence: a secondary analysis from a randomized controlled trial. **Int Urogynecol J**, v. 24, n. 3, p. 469-78, Mar 2013.
- BYRT, T. How good is agreement? **Epidemiology** v. 7, 1996.
- CAM, C. et al. Validation of the Wexner scale in women with fecal incontinence in a Turkish population. **Int Urogynecol J**, v. 22, n. 11, p. 1375-9, Nov 2011.
- CHATOOR, D. R. et al. Faecal incontinence. **Br J Surg**, v. 94, n. 2, p. 134-44, Feb 2007.
- CIRIZA DE LOS RÍOS, C. et al. [Quality of life and its association with the severity of fecal incontinence]. **Gastroenterol Hepatol**, v. 33, n. 9, p. 621-8, Nov 2010.
- COSTILLA, V. C. et al. Office-based management of fecal incontinence. **Gastroenterol Hepatol (N Y)**, v. 9, n. 7, p. 423-33, Jul 2013.
- CROSBY, R. D.; KOLOTKIN, R. L.; WILLIAMS, G. R. Defining clinically meaningful change in health-related quality of life. **J Clin Epidemiol**, v. 56, n. 5, p. 395-407, May 2003.
- DEY, A. N. Characteristics of elderly nursing home residents: data from the 1995 National Nursing Home Survey. **Adv Data**, n. 289, p. 1-8, Jul 1997.
- DINIZ, D.; SCHOR, N. **Guia de Qualidade de Vida**. São Paulo 2006.
- DUNIVAN, G. C. et al. Fecal incontinence in primary care: prevalence, diagnosis, and health care utilization. **Am J Obstet Gynecol**, v. 202, n. 5, p. 493.e1-6, May 2010.

- FALLON, A.; WESTAWAY, J.; MOLONEY, C. A systematic review of psychometric evidence and expert opinion regarding the assessment of faecal incontinence in older community-dwelling adults. **Int J Evid Based Healthc**, v. 6, n. 2, p. 225-59, Jun 2008.
- GUILLEMIN, F.; BOMBARDIER, C.; BEATON, D. Cross-cultural adaptation of health-related quality of life measures: literature review and proposed guidelines. **J Clin Epidemiol**, v. 46, n. 12, p. 1417-32, Dec 1993.
- GUYATT, G. H.; FEENY, D. H.; PATRICK, D. L. Measuring health-related quality of life. **Ann Intern Med**, v. 118, n. 8, p. 622-9, Apr 1993.
- HALLAND, M.; TALLEY, N. J. Fecal incontinence: mechanisms and management. **Curr Opin Gastroenterol**, v. 28, n. 1, p. 57-62, Jan 2012.
- JORGE, J. M.; WEXNER, S. D. Etiology and management of fecal incontinence. **Dis Colon Rectum**, v. 36, n. 1, p. 77-97, Jan 1993.
- KLEIN, J. W. Common anal problems. **Med Clin North Am**, v. 98, n. 3, p. 609-23, May 2014.
- MANCHIO, J. V.; SANDERS, B. M. Fecal incontinence: help for patients who suffer silently. **J Fam Pract**, v. 62, n. 11, p. 640-50, Nov 2013.
- MARKLAND, A. D. et al. Prevalence and risk factors of fecal incontinence in women undergoing stress incontinence surgery. **Am J Obstet Gynecol**, v. 197, n. 6, p. 662.e1-7, Dec 2007.
- MELLEGREN, A. Fecal incontinence. **Surg Clin North Am**, v. 90, n. 1, p. 185-94, Table of Contents, Feb 2010.
- MINGUEZ, M. et al. Adaptation to Spanish language and validation of the fecal incontinence quality of life scale. **Dis Colon Rectum**, v. 49, n. 4, p. 490-9, Apr 2006.
- NELSON, R.; FURNER, S.; JESUDASON, V. Fecal incontinence in Wisconsin nursing homes: prevalence and associations. **Dis Colon Rectum**, v. 41, n. 10, p. 1226-9, Oct 1998.
- NEVLER, A. The epidemiology of anal incontinence and symptom severity scoring. **Gastroenterol Rep (Oxf)**, v. 2, n. 2, p. 79-84, May 2014.
- NORTON, C. et al. Management of fecal incontinence in adults. **Neurourological Urodyn**, v. 29, n. 1, p. 199-206, 2010.
- NYGAARD, I. et al. Prevalence of symptomatic pelvic floor disorders in US women. **JAMA**, v. 300, n. 11, p. 1311-6, Sep 2008.
- OGATA, H.; MIMURA, T.; HANAZAKI, K. Validation study of the Japanese version of the Faecal Incontinence Quality of Life Scale. **Colorectal Dis**, v. 14, n. 2, p. 194-9, Feb 2012.
- PALIT, S.; LUNNISS, P. J.; SCOTT, S. M. The physiology of human defecation. **Dig Dis Sci**, v. 57, n. 6, p. 1445-64, Jun 2012.
- ROCKWOOD, T. H. Incontinence severity and QOL scales for fecal incontinence. **Gastroenterology**, v. 126, n. 1 Suppl 1, p. S106-13, Jan 2004.
- ROCKWOOD, T. H. et al. Fecal Incontinence Quality of Life Scale: quality of life instrument for patients with fecal incontinence. **Dis Colon Rectum**, v. 43, n. 1, p. 9-16; discussion 16-7, Jan 2000.

ROTHBARTH, J. et al. What is the impact of fecal incontinence on quality of life? **Dis Colon Rectum**, v. 44, n. 1, p. 67-71, Jan 2001.

RULLIER, E. et al. Validation of the French version of the Fecal Incontinence Quality-of-Life (FIQL) scale. **Gastroenterol Clin Biol**, v. 28, n. 6-7 Pt 1, p. 562-8, 2004 Jun-Jul 2004.

RUSAVY, Z.; JANSOVA, M.; KALIS, V. Anal incontinence severity assessment tools used worldwide. **Int J Gynaecol Obstet**, May 2014.

SPIPKER, B. et al. Quality of life bibliography and indexes. **Med Care**, v. 28, n. 12 Suppl, p. DS1-77, Dec 1990.

STRAHAN, G. W. An overview of nursing homes and their current residents: data from the 1995 National Nursing Home Survey. **Adv Data**, n. 280, p. 1-12, Jan 1997.

UNGER, C. A.; GOLDMAN, H. B.; JELOVSEK, J. E. Fecal incontinence: the role of the urologist. **Curr Urol Rep**, v. 15, n. 3, p. 388, Mar 2014.

VAIZEY, C. J. et al. Prospective comparison of faecal incontinence grading systems. **Gut**, v. 44, n. 1, p. 77-80, Jan 1999.

WALD, A. New Treatments for Fecal Incontinence: Update for the Gastroenterologist. **Clin Gastroenterol Hepatol**, Feb 2014.

XU, X. et al. Economic cost of fecal incontinence. **Dis Colon Rectum**, v. 55, n. 5, p. 586-98, May 2012.

YUSUF, S. A. et al. [Evaluation of quality of life in anal incontinence: validation of the questionnaire FIQL (Fecal Incontinence Quality of Life)]. **Arq Gastroenterol**, v. 41, n. 3, p. 202-8, 2004 Jul-Sep 2004.

ANEXOS

Anexo 1: Parecer de aprovação do CONEP



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - COEP

Projeto: CAAE – 0738.0.203.000-12

Interessado(a): **Profa. Andrea Moura Rodrigues Maciel da Fonseca**
Departamento de Ginecologia e Obstetrícia
Faculdade de Medicina - UFMG

DECISÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG – COEP aprovou, no dia 01 de junho de 2012, após atendidas as solicitações de diligência, o projeto de pesquisa intitulado **"Adaptação cultural e validação da escala de Wexner em mulheres com incontinência anal na população brasileira"** bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O relatório final ou parcial deverá ser encaminhado ao COEP um ano após o início do projeto.



Prof. Maria Teresa Marques Amaral
Coordenadora do COEP-UFMG

Anexo 2: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

ADAPTAÇÃO CULTURAL E VALIDAÇÃO DA ESCALA DE WEXNER EM MULHERES COM INCONTINÊNCIA ANAL NA POPULAÇÃO BRASILEIRA

Registro na pesquisa:

A senhora está sendo convidada a participar de um projeto de pesquisa que fará com que seja possível utilizarmos no Brasil, um questionário sobre qualidade de vida nas pessoas que apresentam incontinência anal. A incontinência anal é a perda incontrolável de fezes ou gases pelo ânus. Este questionário é importante, pois permite aos profissionais de saúde saberem o quanto a vida do paciente é prejudicada pela incontinência e o quanto ela melhora após o tratamento. A sua participação no estudo consiste em responder às perguntas contidas nos questionários.

As suas respostas serão analisadas pelos pesquisadores em conjunto com as de outros pacientes. Não será divulgada a identificação de nenhum paciente.

Tomaremos todos os cuidados para a proteção das suas respostas. Todas as suas respostas só serão utilizadas nessa pesquisa e não serão utilizadas para nenhuma outra finalidade.

DESCRIÇÃO DAS COMPLICAÇÕES DOS MÉTODOS:

1. O único risco que a pesquisa pode trazer a sua pessoa é o de constrangimento (vergonha).
2. A pesquisa não terá interferência sobre o seu tratamento ou sobre a sua doença.
3. Recebi todas as informações que desejava conhecer e a possibilidade de fazer perguntas e questionar dúvidas. Você tem o direito de ser manter atualizada sobre os resultados parciais da pesquisa. Para isto, basta entrar em contato com a investigadora responsável (Dra. Andrea).
4. Também entendi que, a qualquer momento e sem necessidade de dar nenhuma explicação poderei suspender o consentimento que agora presto.
5. Você não terá despesas com exames e consultas e não terá compensações financeiras relacionadas à sua participação.
6. Não há prejuízo no seu tratamento ou no seu acompanhamento caso você não aceite participar da pesquisa.

Investigadora: Prof. Andrea Moura Rodrigues Maciel da Fonseca

Endereço: Avenida Professor Alfredo Balena 110/4^o andar. Santa Efigênia. Belo Horizonte. Minas Gerais. CEP: 30 130 100. Tel: (31) 34099764

Em caso de dúvidas, a senhora poderá entrar em contato com a Prof. Andrea ou com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais (COEP) pelo telefone 34094592 ou no endereço Av. Antônio Carlos, 6627 Unidade Administrativa II - 2^o andar - Sala 2005 Campus Pampulha Belo Horizonte, MG - Brasil CEP 31270-901

COEP/UFMG:

De pleno acordo.

Cidade:

Data:

Assinatura do investigador

Assinatura do sujeito da pesquisa



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA MULHER

UFMG

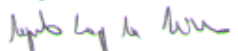
FOLHA DE APROVAÇÃO

Adaptação Cultural e Validação da Escala de Wexner em Mulheres com Incontinência Anal na População Brasileira

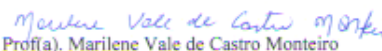
MARIANA FURTADO MEINBERG

Dissertação submetida à Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em SAÚDE DA MULHER, como requisito para obtenção do grau de Mestre em SAÚDE DA MULHER, área de concentração PATOLOGIA GINECOLÓGICA E REPRODUÇÃO.

Aprovada em 29 de agosto de 2014, pela banca constituída pelos membros:


Prof. Agnaldo Lopes da Silva Filho - Orientador
UFMG


Prof(a). Andrea Moura Rodrigues Maciel da Fonseca
UFMG


Prof(a). Marilene Vale de Castro Monteiro
UFMG


Prof. Eduardo Batista Candido
UFMG

Belo Horizonte, 29 de agosto de 2014.



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA MULHER

UFMG

ATA DA DEFESA DA DISSERTAÇÃO DA ALUNA MARIANA FURTADO MEINBERG

Realizou-se, no dia 29 de agosto de 2014, às 09:00 horas, Faculdade de Medicina, sala 416, da Universidade Federal de Minas Gerais, a defesa de dissertação, intitulada *Adaptação Cultural e Validação da Escala de Wexner em Mulheres com Incontinência Anal na População Brasileira*, apresentada por MARIANA FURTADO MEINBERG, número de registro 2012650192, graduada no curso de MEDICINA, como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em SAÚDE DA MULHER, à seguinte Comissão Examinadora: Prof. Agnaldo Lopes da Silva Filho - Orientador (UFMG), Prof(a). Andrea Moura Rodrigues Maciel da Fonseca (UFMG), Prof(a). Marilene Vale de Castro Monteiro (UFMG), Prof. Eduardo Batista Candido (UFMG).

A Comissão considerou a dissertação:

Aprovada

Reprovada

Finalizados os trabalhos, foi lavrada a presente ata que, lida e aprovada, vai assinada pelos membros da Comissão.


Belo Horizonte, 29 de agosto de 2014.

Prof. Agnaldo Lopes da Silva Filho (Doutor)

Prof(a). Andrea Moura Rodrigues Maciel da Fonseca (Doutora)

Prof(a). Marilene Vale de Castro Monteiro (Doutora)

Prof. Eduardo Batista Candido (Doutor)


CONFERE COM ORIGINAL
Centro de Pós-Graduação
Faculdade de Medicina - UFMG