



ASSOCIAÇÃO DE POLITÉCNICOS DO NORTE (APNOR)

**Ganhos em saúde de um programa de
Fisioterapia em mulheres com incontinência
urinária**

Manuela da Conceição Ferreira Martinho

Dissertação apresentada ao Instituto Politécnico do Porto para obtenção do
Grau de Mestre em Gestão das Organizações, Ramo de Gestão de Unidades
de Saúde

Orientada por:

Prof. Doutor Pedro Lopes Ferreira

Prof. Doutor Rui Pimenta

Porto, janeiro 2019

Resumo

A perda da continência urinária pode afetar até 50% das mulheres em alguma fase das suas vidas. A incontinência urinária (IU) é uma disfunção comum em mulheres, afetando a sua condição física e tendem a limitar as suas atividades quotidianas, influenciando a qualidade de vida (QV) – no âmbito físico, social, sexual e psíquico, sendo habitualmente associada ao processo de envelhecimento. **Objetivo:** Perceber se a intervenção da Fisioterapia influencia a qualidade de vida das mulheres que sofrem de incontinência urinária e qual o papel da ciência nesta patologia. **Metodologia:** Realização de um estudo Quase Experimental, em que foi aplicado um programa de intervenção dirigido a 57 mulheres com IU, na faixa etária de 20 a 70 anos. Foram aplicados três instrumentos a todas as participantes: um genérico (EuroQol), e dois específicos para avaliar e relacionar problemas urinários (Escala Ditrovie-10; Questionário internacional sobre a Incontinência Urinária UCIQ-UI Versão breve). A aplicação dos instrumentos de medida da utilidade decorreu em dois momentos distintos: momento inicial (M0) e dez semanas depois (M1), tendo sido aplicado um questionário sociodemográfico que caracteriza a população e o estado de saúde. **Resultados:** Foram encontradas diferenças estatisticamente significativas em todos os domínios analisados ($p < 0,001$), bem como correlações positivas estatisticamente significativas, melhorias estatisticamente significativa na classificação que fazem acerca da qualidade de vida ($r_s = 0,27$, $p = 0,044$..) relacionando os problemas associados a IU com uma avaliação menos positiva da qualidade de vida ($r_s = 0,39$, $p = 0,003$)

Conclusão: A IU apresentou influência e está associada a uma avaliação mais negativa da Qualidade de Vida das participantes

Palavras-Chave:

Incontinência Urinária, Qualidade de Vida, Fisioterapia, EQ-5D-5L, Ditrovie 10.

Abstract

The loss of urinary continence can affect until 50 per cent of the women, at different stages of their lives. The urinary incontinence (IU) is a very common dysfunction on women, that affects their physical condition, tending to limit their everyday activities, influencing their quality of life, concerning not only to a physical aspect, but also social, sexual and psychic, usually being associated with the aging process. **Goal:** to evaluate the repercussions of urinary incontinence concerning the health of women, as well as the impact that it has on their quality of life. To understand if the intervention in physiotherapy can influence the quality of life and define which is the role of this science on this pathology. **Methodology:** Realization of a nearly experimental study, in which it was applied an intervention program directed to 57 women with UI, with ages between 20 and 70 years old. It was conducted through the application of three instruments to all the participants: a generic (EuroQol), and two specifics for understanding the evaluation and correlation of the urinary problems (Scale Ditrovie-10; International questionnaire about the urinary incontinence UCIQ-UI short version). The application of the instruments of utility measurement was divided on two distinct periods: initial moment (M0) and ten weeks later (M1), in addition to the application of a social demographic questionnaire that characterizes the population and the state of their health. **Results:** Significant statistical differences were found on all the analyzed domains ($p < 0,001$), as well as positive correlations statistically significant, significant statistical improvements on the classification that was made regarding the quality of life ($r_s = 0,27$, $p = 0,044$) connecting the problems associated with UI with a less positive evaluation of the quality of life ($r_s = 0,39$, $p = 0,003$). **Conclusion:** the UI exhibited influence, therefore is associated to a negative evaluation of the quality of life of the participants.

Key Words:

Urinary incontinence; Quality of life; Physiotherapy; EQ-5D-5L; Ditrovie 10

Agradecimentos

Na realização do presente trabalho é meu elementar dever deixar expresso o agradecimento aos que, de diversas formas, me disponibilizaram valiosa orientação e apoio, sem dúvida, determinantes na forma pela qual o mesmo se desenvolveu.

Desde logo, merecem destaque:

O Professor Doutor Pedro Lopes Ferreira e o Professor Doutor Rui Pimenta, pela orientação científica e metodológica, e por todo o apoio Prestado;

& ainda merecedora do meu reconhecido agradecimento a instituição onde, durante mais de trinta anos de prática profissional como fisioterapeuta pude ganhar a sensibilidade, experiência e visão que tornaram possível a abordagem temática desenvolvida: Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, EPE (CHTS) que disponibilizou os elementos objeto da análise incluída no trabalho;

é preciosa equipa de fisioterapeutas: cada uma com suas características pessoais, trabalhando em harmonia, constituíram verdadeira equipa, capazes de transmitir às nossas pacientes a confiança e empenho necessários ao tratamento, que tanto me apoiaram, permitindo tornar realidade este trabalho e que trouxeram um contributo valioso à visão aqui projetada, muito em especial a Ana, Clara, Diana, Filipa, e não podendo esquecer o apoio da Dr.^a Cátia Santos e a ajuda inestimável da Iracema e da Rita.

Finalmente, o agradecimento aos meus filhos, Mariana, Pedro e Miguel, que não só deram prova de grande compreensão pela atenção que a execução do presente trabalho lhes subtraiu, como ainda, por me terem ajudado a superar alguns *bugs* informáticos, com a agilidade que a juventude lhes confere.

Ao meu marido, Jorge fica também o agradecimento pelo apoio incondicional que me proporcionou ao longo deste regresso à vida académica.

Índice de Tabelas

Tabela 1. Medidas descritivas relativas a variáveis sociodemográficas-----	36
Tabela 2. Medidas descritivas relativas à prática de exercício físico-----	37
Tabela 3. Diferenças na escala Ditrovie, entre o pré e o pós-teste-----	38
Tabela 4. Diferenças na escala UCIQ-UI, entre o pré e o pós-teste-----	39
Tabela 5. Correlações entre o número de filhos e a percepção da quantidade de perdas de urina, no pré e pós-teste-----	41
Tabela 6. Correlações entre o número de filhos e a percepção relativa ao incômodo causado pelas perdas de urina na qualidade de vida, no pré e pós-teste-----	42
Tabela 7. Correlações entre itens da Ditrovie e da UCIQ, no pré-teste-----	43
Tabela 8. Correlações entre itens da Ditrovie e da UCIQ, no pós-teste-----	44
Tabela 9. Medidas descritivas relativas aos itens da Ditrovie (T1) -----	45
Tabela 10. Medidas descritivas relativas aos itens da Ditrovie (T2) -----	46
Tabela 11. Associação entre a ocorrência de perdas de urina sem motivo e a percepção das participantes acerca do incômodo causado pelas perdas de urina fora de casa, no pré-teste-----	47
Tabela 12. Diferenças entre a ocorrência e não ocorrência de perdas de urina sem motivo ao nível da percepção das participantes acerca do incômodo causado pelas perdas de urina fora de casa, no pré-teste-----	48
Tabela 13. Medidas descritivas relativas às dimensões da EQ-5D-5L (T1)-----	48
Tabela 14. Medidas descritivas relativas às dimensões da EQ-5D-5L (T2)-----	49
Tabela 15. Diferenças no VAS, entre o pré e o pós-teste-----	50
Tabela 16. Medidas descritivas relativas aos scores da EQ-5D-5L, Ditrovie e UCIQ-UI-----	50

Lista de Abreviaturas

AHRQ - *Agency for Healthcare Research and Quality*

AUA - *American Urological Association*

AVD - Atividades da Vida Diária

CEISUC - Centro de Estudos e Investigações em Saúde da Universidade Coimbra

CHTS - Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa

CHTS-UPA - Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa - Unidade Padre Américo

EAU - Associação Europeia de Urologia EE - Electroestimulação

EQ-5D - *EuroQol-5 Dimensions*

EM - Entrevista Motivacional

EQ-VAS - Escala Visual Analógica

HR-QoL - *Health-related quality of life*

HUI - *Health Utilities Index*

ICS - Sociedade Internacional de Continência

IU - Incontinência Urinária

IUE - Incontinência Urinária de Esforço

IUM - Incontinência Urinária Mista

ITU - Infecção do Trato Urinário

IUU - Incontinência Urinária Mista

MFR - Medicina Física e Reabilitação

PP - Pavimento Pélvico

POP - Prolapso de Órgão Pélvico

MPP - Músculos do Pavimento Pélvico

QdVRS - Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde

QV - Qualidade de Vida

QALY - Anos de vida ajustados pela Qualidade

RUG - Reeducação Uroginecológica

TMPP - Treino dos Músculos do Pavimento Pélvico

UCIQ-UI - Questionário Internacional sobre a Incontinência Urinária versão Breve

WCPT - *World Confederation for Physical Therapy*

Índice Anexos

Anexo A: Comissão de Ética

Anexo B: Consentimento Livre e Informado

Anexo C: Questionário Ditrovie 10

Anexo D: Questionário UCIQ-UI

Anexo E: Questionário EQ-5D-5L

Anexo F: Questionário Sóciodemográfico

Índice

Resumo.....	iii
<i>Abstract</i>	v
Agradecimentos.....	vii
Índice Tabelas.....	ix
Lista de abreviaturas.....	xi
Índice anexos.....	xiii
Introdução.....	1
Estrutura da dissertação.....	2
à Enquadramento Teórico.....	5
1.1. Estado de Saúde e Qualidade de Vida das Populações.....	5
1.2. Avaliação Económica no Setor da Saúde.....	6
1.3. Fisioterapia – Área de Intervenção Essencial nos Sistemas de –Saúde.....	8
1.4. Disfunções do Pavimento Pélvico e Trato Urinário Inferior.....	9
1.5. Considerações anátomo-fisiológicas.....	9
1.6. Mecanismo de Continência.....	10
1.7. Incontinência urinária.....	11
1.8. Avaliação e Tratamento da Incontinência Urinária.....	13
1.9. Fisioterapia Uroginecológica – Intervenção no CHTS.....	15
1.10. Avaliação em Fisioterapia.....	16
1.11. Ficha de Avaliação.....	17
1.12. Exame Subjetivo.....	17
1.12.1. A entrevista terapêutica.....	17
1.12.2. A avaliação postural.....	18
1.12.3. Avaliação abdominoperineal.....	18
1.13. Modalidades Terapêuticas – Intervenção prática.....	19
1.13.1. Relaxamento e Reeducação postural.....	20
1.13.2. Terapia Manual aplicada ao TMPP.....	20
1.13.3. Biofeedback.....	21

1.13.4. Eletroestimulação.....	22
1.13.5. Educação/Promoção para a Saúde.....	23
PP Metodologia.....	25
2.1. Objetivo Geral.....	25
2.2. Objetivos Específicos.....	25
2.3. Hipóteses.....	26
2.4. Instrumentos.....	27
2.5. Questionário de Caracterização Sociodemográfica.....	27
2.6. Avaliação da Qualidade de Vida.....	27
2.7. Tipo de estudo.....	31
2.8. Critérios de Inclusão e Exclusão.....	31
2.9. População e Amostra.....	31
2.10. Recolha de dados.....	32
2.11. Tratamento de dados.....	32
2.12. Procedimento e análise de dados.....	32
QQ Resultados.....	35
3.1. Caracterização da amostra.....	35
RR Discussão.....	51
SS Conclusão.....	55
Referências Bibliográficas.....	57
Anexos.....	67

"Os que se encantam com a prática sem a ciência são como os timoneiros que entram no navio sem timão nem bússola, nunca tendo certeza do seu destino".

(Leonardo da Vinci)

Introdução

A *International Continence Society* (ICS) definiu incontinência urinária (IU) como qualquer perda involuntária de urina (Antunes & Valente, 2016). Estudos na Europa e Estados Unidos mostram prevalências entre os 35% e os 37% (Antunes & Valente, 2016). De acordo com a Associação Portuguesa de Urologia, estima-se que existam 600 mil pessoas incontinentes nos diferentes grupos etários. Em Portugal, estima-se que mais de 50% das mulheres acima dos 50 anos já teve ou tem episódios de IU. Devido a características anatómicas, a prevalência de IU é maior nas mulheres do que nos homens (Abrams *et al*, 2003), sendo a proporção de casos de três mulheres para cada homem, em diferentes grupos etários (Ko, Lin, Salmon, & Bron, 2005). De acordo com os sintomas (Abrams *et al*, 2003), a IU pode ser classificada em cinco tipos, sendo os mais importantes: incontinência urinária de esforço (IUE), incontinência urinária de urgência (IUU) e incontinência urinária mista (IUM), existindo ainda Incontinência por extravasamento em que as perdas de urina ocorrem quando a bexiga suporta grandes quantidades de urina e a pressão exercida por esta é tão grande que ultrapassa a resistência uretral; também podemos encontrar Incontinência funcional que está relacionado com a incapacidade do doente em casos de demência ou lesão neurológica grave, como por exemplo Alzheimer ou Parkinson.

Entre os fatores de risco, podemos referir história de histerectomia, gravidez, partovaginal e IU gestacional ou pós-parto (Papanicolaou, Hunskaar, Lose, & Sykes, 2005). A diminuição dos níveis de estrogénio na menopausa, obstipação, obesidade, medicações e cirurgias que possam influenciar o tónus dos músculos do pavimento pélvico e/ou provocar lesão nervosa, constituem também riscos predisponentes (Figueiredo *et al*, 2008).

A IU é um problema com maior incidência no sexo feminino, atingindo entre cerca de 30 e 60% no período do climatério e da menopausa, o que repercute na qualidade de suas vidas das mulheres (Guarisi *et al*, 2001), verifica-se um maior risco com a progressão da idade (Dumoulin & Hay-Smith, 2010). A IUE é o tipo de perda que afeta, maioritariamente, mulheres mais jovens (Da Roza *et al.*, 2012). A IUM tem maior representatividade em mulheres que se encontram próximas da menopausa; e a IUU é mais frequente em mulheres idosas (Caetano, Tavares, & Lopes, 2007).

Presentemente, sabe-se que a etiologia da IU é multifatorial e podemos destacar como fatores predisponentes, o estado hormonal, o avanço da idade, índice de massa corporal elevado, o número de gestações e paridade, (o maior risco encontra-se em mulheres com mais de 4 partos e recém-nascidos com peso igual ou superior a 4 kg), trauma dos músculos do pavimento pélvico (MPP), durante o parto e ainda função inadequada ou pouco eficiente desses músculos (Danforth *et al.*, 2006; Feldner, Sartori, Lima, Baracat, & Girão, 2006).

A IU representa um problema de saúde com um impacto negativo na qualidade de vida (Fozzatti *et al*, 2012; Bo, Berghmans, Morkved, 2004; Rita, Mota, Ferreira, & Santos, 2009). É um problema de saúde pública sem tratamento pode agravar-se e com repercussões adversas na saúde da mulher (Martins *et al*, 2012). A perda de urina tem uma influência negativa na autoestima e na qualidade de vida das mulheres, podendo estar associada a sentimentos de constrangimento e ansiedade, bem como a redução ou a não participação quer em atividades sociais, ou desportivas (Da Roza *et al*, 2012; Fozzatti *et al.*, 2012; Haylen, 2010). Para além destas consequências (da Incontinência Urinária) diretas na vida das mulheres afetadas mas também na dos seus familiares mais próximos, acarreta o aumento do número de problemas de saúde relacionados com esta patologia, bem como as implicações financeiras, tanto para as utentes, como para os serviços de saúde. Por todos estes aspetos, vários autores reconhecem a necessidade dos profissionais de saúde desenvolverem ações preventivas, a fim de melhorar esta situação (Da Roza *et al*, 2012). Estima-se que o custo anual associado ao tratamento da IU é de cerca de 16,3 bilhões de dólares, dos quais, 12,4 bilhões são destinados aos programas femininos direcionados para a prevenção, diagnóstico, tratamento e complicações associadas (Wilson, Brown, Shin, Luc, & Subak, 2001).

Estrutura da dissertação

Este trabalho surge pela pertinência da inclusão da Fisioterapia como intervenção de primeira linha, nos problemas associados à perda de continência, que influencia de forma considerável a autoestima e a qualidade de vida de tantas mulheres, e que tantas vezes é negligenciado, por ser associado ao envelhecimento.

O trabalho está dividido em nove capítulos: o primeiro refere-se a considerações sobre o estado de saúde e qualidade de vida das populações, Avaliação Económica no Setor da Saúde, e o papel que a Fisioterapia desempenha no Serviço de Saúde; no segundo, é caracterizado o Pavimento Pélvico e o Trato Urinário Inferior, bem como os mecanismos associados à sua função; no terceiro é abordada a importância da Avaliação para planejar e definir o plano de intervenção e tratamento em situações de Incontinência Urinária nas diversas modalidades. No quarto capítulo caracteriza-se a intervenção da Fisioterapia na área Uroginecológica no CHTS e, no quinto, descreve-se a avaliação em Fisioterapia, bem como os componentes desta. O sexto capítulo é referente à metodologia utilizada no estudo e, no sétimo, são apresentados os resultados obtidos. No oitavo capítulo elaborou-se a discussão e, por fim, no nono capítulo, apresentam-se as principais conclusões que ajudarão a compreender um pouco melhor a temática em estudo.

1. Enquadramento Teórico

1.1. Estado de Saúde e Qualidade de Vida das Populações

A qualidade de vida (QV) está intimamente associada à percepção que o indivíduo tem sobre a sua vida familiar, amorosa, social, ambiental e suas condições de saúde (Nunes *et al*, 2008). O grau de impacto da IU na QV varia de acordo com o tipo e a gravidade da IU, ou da percepção individual sobre o problema. Relativamente às mulheres, elas sentem-se desconfortáveis e insatisfeitas com os diversos impactos causados pela IU, vendo como obstáculo frequentar lugares públicos, dormir fora de casa e visitar amigos, impelindo-as a desistir ou restringir o convívio social ou, até, interferindo na capacidade de manter vida sexual estável (Nunes *et al*, 2008).

O conhecimento do perfil de portadoras de IU que recorrem a programas de Fisioterapia, pode proporcionar informação aos decisores, para definição de estratégias e adequação das práticas de trabalho às necessidades de saúde dessas mulheres. Até à presente data, poucos estudos sobre este tema foram realizados no país.

Nas últimas décadas, têm sido desenvolvidos uma série de instrumentos que permitem a medição quer do estado de saúde, quer da qualidade de vida, através da aplicação de programas de saúde, fundamentados na Teoria da Utilidade (Campolina & Ciconelli, 2006). No atual contexto socioeconómico, é importante a medição da utilidade como instrumento de avaliação e de tomada de decisão no sector da saúde. A avaliação da qualidade da saúde das populações é importante, permitindo identificar as áreas em que é mais urgente intervir, definir planos de rastreio e de intervenção em patologias com maior incidência nas populações. A área da saúde implica uma tomada de decisões diária, e a realização de opções sobre a distribuição dos recursos entre as diferentes áreas, diferentes instituições e diversos tipos de utentes (Lourenço & Silva, 2008).

A qualidade de vida é um conceito abrangente que atualmente tem suscitado muitas pesquisas. Sob a perspectiva de saúde, é definida como a satisfação global percebida pelo indivíduo no que diz respeito à sua capacidade intelectual, capacidade de realizar as suas atividades de vida diária, capacidade de se sentir útil, diminuição/ausência de dor, entre outros.

A medição da qualidade de vida, relativamente à saúde, está a tornar-se cada vez mais importante, tanto no tratamento clínico como no planeamento de serviços de saúde. Vários instrumentos têm sido desenvolvidos para esse efeito, e a informação obtida a partir dos mesmos pode ser usada para melhorar a eficiência de distribuição dos recursos de saúde. O resultado destas análises concilia um estado de saúde medido durante um período de tempo, com preferências por determinados estados de saúde, sendo o resultado expresso em anos de vida ajustados pela qualidade (QALY) (Hatten, Gatchel, Polatin, & Stowell, 2006). Para a avaliação da qualidade de vida são utilizados vários instrumentos que têm permitido a inclusão da opinião dos utentes dos serviços de saúde na tomada de decisão em saúde (Campolina & Ciconelli, 2008). Ainda segundo o mesmo autor, os dados obtidos através de avaliação de qualidade de vida tornam-se decisivos para a tomada de decisão relativamente à utilização dos recursos em saúde. "Incorporar a visão da população (...) no processo de tomada de decisões pode assegurar que as decisões tomadas são, se não as ideais, pelo menos as legitimadas pela comunidade (Pinho & Veiga, 2009).

1.2. Avaliação Económica no Setor da Saúde

A uma maior procura de cuidados de saúde, nas sociedades atuais, nem sempre corresponde uma igual oferta de serviços, dada a escassez de recursos. Como tal, na administração e prestação de cuidados de saúde é necessário fazer escolhas, tomar decisões ou selecionar um serviço em detrimento de outro (Lourenço & Silva, 2008). Estas escolhas em contextos de saúde têm de ser bem fundamentadas, pois a afetação dos recursos deve ter subjacente uma

argumentação sólida, baseada na avaliação dos efeitos e impactos que determinada intervenção terá ao nível de ganhos em saúde (Ferreira, Brito, & Ferreira, 2010). Esta avaliação permite a monitorização de serviços, contribuindo para a concretização de orientações e criação de padrões de qualidade baseados na evidência, considerando as dimensões equidade, cultura e ética (Goldani, Barbieri, Silva, & Bettioli, 2004).

Para Nita (2009), a realização de estudos sobre custo-efetividade ou de custo-utilidade permitem que as tomadas de decisão sejam efetuadas, independentemente dos decisores, de um modo objetivo, transparente e fundamentadas em parâmetros que acrescentem valor e sejam reconhecidos, quer entre profissionais de saúde, entre utentes e entre gestores de serviços de saúde.

Avaliação económica é a denominação de técnicas utilizadas para identificar, avaliar e estimar custos e resultados das intervenções de saúde, sendo definida como «a análise comparativa de atitudes alternativas tendo em conta os respetivos custos e consequências (Drummond *et al*, 2002). Segundo Barros *etal.* (2008) avaliações económicas podem dividir-se em quatro variantes básicas: a análise custo-benefício, a análise custo-utilidade, a análise custo-efetividade e a análise de minimização de custos. Todas envolvem a ponderação de custos, diferindo na forma de medição dos resultados. A análise do custo-utilidade tem por objetivo primordial comparar o valor relativo de diferentes intervenções na criação de melhores estados de saúde e vidas mais longas. O cálculo da utilidade produzida por tais programas é essencial para a realização de análises de custo-utilidade que possibilitem tomadas de decisão que poderão ter implicações, por exemplo, na justificação de contratação de profissionais.

No sector da saúde, a avaliação económica não deve recair, exclusivamente, sobre aspetos financeiros, depreciando outros aspetos como, por exemplo, a utilidade que os indivíduos atribuem aos vários estados de saúde possíveis, ou à qualidade de vida alcançada através da prestação de cuidados de saúde (Drummond *et al*, 2002).

Portugal deve criar sistemas que permitam a monitorização e acompanhamento da implementação das decisões, e aperfeiçoar os atuais sistemas de avaliação e decisão (Lemos *et al.*, 2009). No nosso país, o impacto socioeconómico das implicações da incontinência urinária na qualidade de vida das mulheres não está calculado (Honório, *et al*, 2009). Sabemos que os recursos económicos para gastos com saúde são limitados, sendo importante proporcionar tratamentos não apenas efetivos, mas que detenham uma boa relação entre a sua efetividade e o seu custo (Lin, Haas, Maher, Machado, & van Tulder, 2011). É imprescindível que a unidade de medida permita agregar o impacto do tratamento/intervenção no prolongamento dos anos de vida e na qualidade com se vivem esses anos de vida ganhos, estes indicadores são a chave na avaliação dos resultados em saúde.

Pretende-se, com este trabalho de investigação, apresentar uma análise dos ganhos em

utilidade gerados pela implementação de um programa de intervenção em Fisioterapia, em indivíduos com incontinência urinária.

1.3. Fisioterapia – Área de Intervenção Essencial nos Sistemas de Saúde

No sistema de Saúde, a prestação de cuidados compreende várias áreas de intervenção específicas, existindo uma constante interação entre elas, sendo a Fisioterapia uma delas. De acordo com Bo(2014), a prestação de cuidados de Fisioterapia, é uma parte essencial nos sistemas de saúde. A intervenção dos fisioterapeutas pode ser realizada de uma forma independente, relativamente a outros prestadores de cuidados de saúde, ou como parte integrante de uma equipa multidisciplinar (Swinkels *et al*, 2007). De acordo com o Decreto-Lei 110/2017, a sua área de intervenção compreende programas de promoção e proteção da saúde, prevenção da doença e reabilitação de diferentes condições de saúde, tendo como objetivos prevenir incapacidades, ganhar, manter ou recuperar a funcionalidade e a qualidade de vida(Min. Saúde, 2017).

Tal como noutros âmbitos de intervenção em saúde, a Fisioterapia tem um maior impacto na morbilidade do que na mortalidade, e os possíveis benefícios da intervenção encontram-se refletidos na melhoria da qualidade de vida dos utentes (Swinkels *et al.*, 2007).

A Fisioterapia dispõe de vários recursos vocacionados tanto para a prevenção como para o tratamento das IU. Existe um enorme consenso por parte dos autores que se dedicam à investigação na área do tratamento da IU da Mulher, pois são unânimes em afirmar que a Fisioterapia através da Reeducação Uroginecológica (RUG) deverá ser considerada o tratamento de primeira eleição (Bourcier, 1994). A intervenção conservadora deverá constituir a primeira opção de intervenção terapêutica pela sua eficácia, com custo e risco baixo, através do treino dos MPP e da educação das utentes, pois tal como vem referido pela *Agency for Health Care Policy* e pela *Research`s Clinical Practice Guidelines on Urinary Incontinence in Adults*(Adams, 2007; Sampsel, Harlow, Skurnick, Brubaker, & Bondarenko, 2002)tem sido a estratégia de eleição no tratamento conservador em mulheres com incontinência urinária. Por ser menos invasiva, sem efeitos secundários e com efetividade demonstrada (Adams, 2007; Borello-France & Burgio, 2004).

A fundamentação de boas práticas pode e deve ter por base avaliações económicas (Drummond *et al*, 2002;Ferreira, Ferreira, Maher, Herbert, & Refshauge, 2006) que, segundo Drummond (2002), são definidas como sendo análises comparativas de atitudes alternativas, tendo em conta os custos e consequências. Estas avaliações levam os decisores a definir as opções de modo explícito (Ribau & Rosario, 2001) para uma utilização de recursos de forma

racional, efetiva e eficiente, permitindo que a sociedade obtenha o maior benefício dos mesmos(Lourenço & Silva, 2008). De acordo com Campolina & Ciconelli(2006), futuramente, a gestão dos recursos deverá estar de acordo com evidência científica e terá em atenção as opiniões e preferências dos utentes.

1.4. Disfunção do Pavimento Pélvico e Trato Urinário Inferior

O Pavimento Pélvico pode encontrar-se debilitado, tendo diminuída a sua capacidade de contração e tonicidade, resultante de trauma causada pelo parto, pelo aumento da idade, aumento de peso, de deficiência de estrogénio, do aumento de pressão intra-abdominal ou obstipação crónica por exemplo. Nestas circunstâncias estes músculos perdem ou têm diminuída a capacidade de executar o seu trabalho de forma eficiente, podendo causar IU, diminuição do prazer sexual e prolapso (consiste na saída de algum órgão do lugar).

1.5. Considerações anátomo-fisiológicas

O Pavimento Pélvico (PP) desempenha funções essenciais ao bem-estar físico, psicológico e social. De acordo com Perucchini & DeLancey (2008)(cit. Antunes &Valente, 2016), engloba todas as estruturas entre o peritoneu e o períneo. Esta região anatómica está dividida em três partes: anterior (bexiga e uretra), média (útero e vagina) e posterior (reto e ânus). O suporte desta estrutura depende das suas inserções ósseas, dos músculos e do tecido conjuntivo, nomeadamente: fâscias pélvicas (ligamento pubo-vesical, redondo do útero, uterossagrado e ligamento cervical transverso), diafragma pélvico (músculo elevador do ânus) e diafragma urogenital (músculo bulbocavernoso, transverso superficial e isquiocavernoso). É composto por dois tipos de fibras: 70% de fibras do tipo I (lentas), e 30% do tipo II (rápidas). Estas estruturas são essenciais para o suporte e manutenção dos órgãos pélvicos nas suas posições fisiológicas. A dificuldade na identificação de alterações/fraqueza do PP poderá estar associada

à proximidade entre estas, o que poderá complicar o tratamento (Haddad *et al*, 2010). O músculo elevador do ânus, componente mais importante do PP, é um músculo estriado esquelético, também ele formado por dois tipos de fibras: 70% do tipo I (contração lenta), responsável pela manutenção do tônus, e 30% do tipo II (contração rápida), responsável pelo reflexo de contração em resposta ao aumento da pressão intra-abdominal (BO, 2004). Com o fortalecimento deste grupo muscular há uma tendência para o aumento do tamanho das fibras musculares dos tipos I e II do pavimento pélvico, e também do esfíncter uretral externo. Além disso, vai favorecer o reflexo de contração, permitindo uma contração consciente e efetiva nos momentos de aumento da pressão intra-abdominal, evitando assim as perdas urinárias.

Verifica-se, também, uma melhoria a nível do tónus e das transmissões de pressões da uretra, reforçando o mecanismo de continência urinária (Bo, 2004).

Dentro das dificuldades associadas ao tratamento da IU registamos que muitas mulheres ignoram a localização e a função do PP e, num estudo de 1991, descobriu-se que 40% das participantes eram incapazes de contrair corretamente o pavimento pélvico no seguimento de uma breve instrução verbal (Bo, Berghmans & Morkved, 2014). De acordo com Bumpet *al.* (1991), regra geral, não conseguem contrair essa musculatura de uma forma isolada, mas contraindo em simultâneo, ou em substituição, os músculos abdominais, glúteos e/ou adutores. Ainda segundo os mesmos autores (cit. Bo & Morkved, 2014), 25% das mulheres empurram, em vez de apertar e elevar. Se estão a estirar em vez de contrair corretamente, podem estar a prejudicar o PP e não a melhorar a sua função. De salientar que são vários os fatores que tornam difícil uma contração correta e voluntária destes músculos: estão localizados no interior da pélvis (não são visíveis); são músculos pequenos do ponto de vista neurofisiológicos e, por isso, mais difíceis de contrair voluntariamente; as mulheres nunca foram ensinadas a contraí-los, e muitas pessoas não têm noção das contrações automáticas dos mesmos. Assim, além do feedback provido pelo fisioterapeuta, a utilização de equipamentos que permitam, por meio de sinais visuais ou sonoros, indicar qual grupo muscular que deve ser trabalhado durante o exercício, facilita o reconhecimento de alguns grupos menos utilizados, como é o caso do pavimento pélvico (Moreno, 2004).

O PP pode enfraquecer, e ver alteradas algumas das suas capacidades de contração e tonicidade, como consequência do parto, do aumento da idade, do peso, por défice de estrogénios, um aumento de pressão intra-abdominal ou obstipação crónica. Nestas circunstâncias, a musculatura do PP não executa a sua atividade de forma eficiente, podendo causar IU, diminuição do prazer sexual e prolapso de órgãos pélvicos (Sung, 2000).

A IU surge como resultado da alteração do equilíbrio entre as forças de expulsão (contração do detrusor, pressão abdominal) e as forças de retenção (junção uretrovesical, mecanismo esfinteriano, trofismo da mucosa uretral, tensão da fáschia endopélvica e dos músculos do PP) (Abrams, 2002) (*National Institute for Health and Clinical Excellence, 2006, October*)

Em suma, o comprometimento do PP é visto como um dos principais fatores etiopatogênicos da IU (Telemanet *al.*, 2003).

1.6. Mecanismo de Continência

O detrusor, conhecido como motor vesical, é um músculo constituído por fibras musculares lisas, originando em seu conjunto um músculo plexiforme, que permite uma boa resistência a deformações, bem como uma evacuação harmoniosa da urina durante as micções. O músculo

que forma a parede do colo da bexiga e cruza com uma grande quantidade de tecido elástico denomina-se esfíncter interno.

Guyton & Hall (1998)descreveram três principais etapas da micção: a primeira consiste no enchimento da bexiga, originando o aumento da pressão pela urina nas paredes acima do nível limiar. Na segunda, surge o *reflexo da micção*, levando ao esvaziamento da bexiga ou formação do desejo consciente de urinar. Esse reflexo é autónomo integrado na medula espinhal e pode ser inibido ou facilitado por centros no córtex ou no tronco cerebral.

De acordo com Wei, Raz, e Young, (1999), para que exista a continência urinária é essencial que a bexiga seja complacente, capaz de conter várias centenas de mililitros de volume, a uretra deve estar preservada e em posição normal; a inervação deve estar intacta, pois é essencial para integridade dos esfíncteres

O mecanismo de continência não pode funcionar de forma eficaz sem um sistema de suporte íntegro A função da bexiga, colo vesical e uretra depende da integridade quer das estruturas nervosas bem como das estruturas de suporte(arco tendinoso, elevador do ânus e fáscia endopélvica). Esta intrincada interação mantém intacto o mecanismo de encerramento uretral, mantém eficácia na transmissão de forças à uretra e colo vesical e permite ativação reflexa dos MPP ao aumento da pressão intra-abdominal (Laycock *et al*,2001).O encerramento uretral envolve a integridade do mecanismo de continência. Este mecanismo compreende os músculos estriados (que estão relacionados com controlo voluntário) e lisos (involuntário). O músculo liso é formado por fibras de baixo limiar de excitabilidade, resistentes à fadiga e contribuem para a manutenção da continência em repouso. O músculo estriado é constituído por fibras de alto limiar de excitabilidade e contribui para a continência, através da contração voluntária ou reflexa durante o aumento súbito da pressão intra-abdominal. Classicamente o músculo liso assegura a continência passiva e o estriado a continência ativa. (Roza, 2011).

1.7. Incontinência Urinária

A incontinência urinaria provoca vários problemas quer de ordem económica, físicos, sociais e psicológicos, influenciando fortemente a saúde da mulher apresenta fisiopatologia complexa, o que implica abordagens terapêuticas diversas, dependendo do mecanismo envolvido na causa da perda de urina.(Grosse & Sengler, 2001)

O alto custo desta condição que, atualmente, é de cerca de 26 bilhões de dólares/ano nos EUA, assim como a sua elevada prevalência, faz com que seja considerada como um dos problemas de saúde pública mais sérios em todo mundo.

Para a Sociedade Internacional de Continência (ICS),a incontinência urinária (IU) engloba um sintoma, um sinal, achados uro dinâmicos e é definida como uma condição na qual a perda

involuntária de urina é um problema social ou de higiene e pode ser demonstrado de forma objetiva (Grosse & Sengler, 2001)

Num sentido mais vasto, pode-se dizer que é a perda involuntária de urina frequente, grave, às vezes causada por esforços e, noutros, por um desejo urgente de urinar, com forte impacto higiénico e social, que modifica e influencia a qualidade de vida do paciente; induz a adoção de determinadas estratégias (como o uso de absorventes) e por vezes leva o paciente a procurar ajuda profissional (Walker, 2006). A incontinência urinária surge como consequência da alteração do equilíbrio entre as forças de expulsão (contração do detrusor, pressão abdominal) e as forças de retenção (junção uretrovesical, mecanismo esfíncteriano, trofismo da mucosa uretral, tensão da fáschia endopélvica e dos Músculos do Pavimento Pélvico) (Agur, Housami, Drake, & Abrams, 2009). O comprometimento do pavimento pélvico é visto como um dos principais fatores etiopatogênicos da IU (Teleman *et al*, 2003). A dificuldade na identificação de alterações/fraqueza do pavimento pélvico poderá estar associada á proximidade entre estas diferentes estruturas o que poderá dificultar o tratamento (Haddad, Ribeiro & Carvalho, 1999). O músculo elevador do ânus, elemento importante do Pavimento pélvico, é um músculo estriado esquelético, formado por dois tipos de fibras: 70% do tipo I (contração lenta), responsável pela manutenção do tónus e 30% do tipo II: (contração rápida), responsável pelo reflexo de contração como resposta ao aumento da pressão intra-abdominal (Mørkved *et al*, 2004; Sievert *et al*, 2012). Com o fortalecimento deste grupo muscular existe uma propensão para o aumento da dimensão das fibras musculares dos tipos I e II do pavimento pélvico e também do esfíncter uretral externo. Também, vai favorecer o reflexo de contração, facilitando uma contração consciente e efetiva quando associado a um aumento da pressão intra-abdominal, evitando as perdas urinárias. Possibilita uma melhoria quer ao nível do tónus quer ao nível das transmissões de pressões da uretra, fortalecendo o mecanismo de continência urinária (Mørkved *et al.*, 2004).

A IUE é uma perda involuntária de urina associada à realização de esforços físicos como tossir, rir, espirrar, levantar pesos, entre outros (Antunes, Valente, 2016). É, ainda, a causa mais frequente de incontinência entre as mulheres, levando a problemas de ordem social e psicológica.

Na IUU, as portadoras sentem um desejo repentino e forte de urinar, estando ou não a bexiga cheia, mas são incapazes de controlar o mecanismo de micção (Gil, Somerville, Cichowski, & Savitski, 2009). Por sua vez, a IUM caracteriza-se por perda de urina associada à urgência e às situações de aumento da pressão intra-abdominal, (Bø, 2004; Di Cagno *et al.*, 2008; Martins *et al.*, 2012; Oliveri *et al.*, 2012), ou seja, pode estar associada a ambas as situações, estando também relacionada com aspetos emocionais (Adams, 2007)

Atualmente sabemos que a IU é um importante problema de saúde, com um impacto nos domínios emocionais, com limitações de atividades diárias, limitações físicas e sociais sendo particularmente significativa na qualidade de vida das mulheres; com etiologia multifatorial.

1.8. Avaliação e Tratamento da Incontinência Urinária

Esta patologia é frequentemente negligenciada ao nível da saúde uroginecológica da mulher, tanto pelas próprias, como pelos profissionais de saúde, seja por desconhecimento ou falta de sensibilidade, desvirtuando a real dimensão e o impacto da patologia (Adams, 2007). Apenas 10% da população afetada faz tratamento farmacológico (Fernandes *et al*, 2015). Como já foi anteriormente referido, a perda urinária causa desconforto, perda de autoconfiança e pode acarretar infeções urinárias, úlceras de pressão e dermatoses de períneo (Dumoulin, 2008). Associada a implicações de ordem médica, sociais, psicológicas e económicas que implicam alterações no quotidiano habitual (Rett, 2007), afeta negativamente a qualidade de vida (QV). Mulheres que apresentam graus leves e moderados de incontinência não procuram ajuda. A procura por tratamento acentua-se no período pós-menopausa, quando o grau de perda urinária aumenta (Higa, 2007).

Convém lembrar que a IU é uma condição limitante para os que dela sofrem, tem carácter progressivo e as taxas de remissão diminuem com o avançar dos anos, daí a necessidade de uma intervenção terapêutica o mais precoce possível (Abreu, 2007).

De acordo com as *guidelines* revistas em 2017 pela Associação Europeia de Urologia (EAU) a recolha cuidadosa da história clínica é fundamental para o processo clínico. Apesar da falta de evidência formal, é consensual que a obtenção de uma história deve ser o primeiro passo na avaliação de qualquer pessoa com IU. Os dados recolhidos devem incluir detalhes sobre o tipo, o momento e a gravidade da IU, a micção associada e outros sintomas. A história deve permitir que a IU seja categorizada em incontinência urinária de esforço (IUE), incontinência urinária de urgência (IUU) ou incontinência urinária mista (IUM). Também deve permitir identificar pacientes que precisam de encaminhamento para um especialista adequado, nomeadamente aqueles que apresentam dor associada, hematúria, história de infeção urinária recorrente (ITU), cirurgia pélvica (particularmente cirurgia da próstata) ou radioterapia, vazamento sugestivo de fístula, dificuldade em esvaziar ou suspeita de doença neurológica. Nas mulheres, a história obstétrica e ginecológica pode ajudar a entender a causa subjacente e identificar fatores preponderantes para as decisões de tratamento. O paciente também deve ser questionado sobre outros problemas de saúde e informação medicamentosa, uma vez que estes podem ter impacto nos sintomas da IU.

Ainda segundo a mesma fonte, a evidência dos estudos relativamente à melhoria dos cuidados prestados na sequência da realização de um exame clínico é escassa. No entanto, um amplo consenso sugere que este é um procedimento essencial na avaliação de pessoas com IU. Deve incluir o exame abdominal, para detetar uma bexiga aumentada ou outra massa abdominal, perineal e o exame digital do reto (próstata) e / ou vagina. O exame do períneo em

mulheres inclui uma avaliação do estado de estrogénios e uma avaliação cuidadosa de qualquer prolapso de órgão pélvico associado (POP). Um teste de tosse pode revelar IUE se a bexiga estiver suficientemente cheia, enquanto a mobilidade da uretra juntamente com a contração do pavimento pélvico pode ser avaliada digitalmente.

Segundo García(2015), o diagnóstico médico tem por base uma exaustiva avaliação (história, exame físico, cultura de urina, por vezes testes urodinâmicos, entre outros que permitirão ao clínico decidir, ou não, o encaminhamento para a Fisioterapia uroginecológica. Os testes urodinâmicos são úteis quando o diagnóstico de disfunção do trato urinário inferior é claro, quando os dados objetivos não se correlacionam com sintomas subjetivos, quando um paciente não melhora com o tratamento e quando o tratamento cirúrgico é planeado.

Das opções de tratamento temos a considerar diferentes abordagens: as cirúrgicas, e os tratamentos conservadores que compreendem intervenção comportamental, medicamentosa e de Fisioterapia. Relativamente à primeira opção, devemos ter em conta - além das possíveis complicações inerentes a qualquer procedimento cirúrgico -, que está subjacente a necessidade de materiais específicos, internamento, medicação e especialização dos profissionais, o que torna a cirurgia uma abordagem com um custo relativamente alto, e um procedimento muito invasivo não isento de riscos. A *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ) recomenda que, dependendo da severidade da IU, a abordagem inicial deve ser a menos invasiva possível, com poucos efeitos colaterais e preservar a integridade do indivíduo para que, na falha das terapêuticas iniciais, exista a possibilidade de uma futura cirurgia (Fantlet *al.*, 1996). É importante que sejam oferecidas opções de tratamento conservador, que apresentem bons resultados e tenham associada uma baixa morbidade, sendo de baixo custo. Atualmente, as opções de tratamento, que apresentam menores efeitos colaterais são os tratamentos comportamentais e de Fisioterapia, pressupondo este último a reeducação do pavimento pélvico.

A *Agency for Healthcare Research and Quality Cochrane Incontinence Group* recomenda que a nível de intervenção, a Fisioterapia deve ser considerada o tratamento de 1ª linha em todas as mulheres com IU de Esforço, Urgência ou Mista (Abrams,2010), por ser minimamente invasivo, e atendendo a que possui menos efeitos adversos é um tratamento de baixo custo (Dumolin, 2008).

O tratamento da IU através do Treino dos Músculos do Pavimento Pélvico (TMPP) está relacionado com duas funções deste conjunto de músculos: suporte dos órgãos pélvicos (bexiga, colo vesical e uretra) e atuação no mecanismo do esfíncter uretral (associado ao aumento da pressão intra-uretral durante o esforço). Este tratamento conservador, em oposição ao tratamento cirúrgico (que não é isento de riscos), está associado a um menor número de resultados adversos (Rodrigues, 2013). Numa revisão bibliográfica efetuada por García (2015), com o objetivo de determinar a eficácia das técnicas de Fisioterapia no tratamento da

incontinência urinária em mulheres no período pós-parto, verificou-se que a técnica mais utilizada e com melhores resultados foi o exercício terapêutico - TMPP.

Alguns autores identificaram uma diminuição da força e da espessura deste grupo muscular em mulheres com incontinência, sugerindo uma alteração neuromuscular (Morkeved *et al*, 2004). Neste sentido, justifica-se a utilização de tratamentos que favoreçam o fortalecimento e a reeducação desta musculatura. Podemos obter esse fortalecimento através dos exercícios do pavimento pélvico isolados ou associados/complementados com a utilização de *biofeedback*, cones vaginais, electroestimulação intravaginal (Bo, 2004, Skilling & Petros, 2004). Estes exercícios do pavimento pélvico têm sido utilizados no tratamento conservador da IU há mais de 50 anos, com sucesso, desde que o ginecologista americano Arnold Kegel (1948) apresentou os resultados dos seus estudos. Quando realizados regularmente, a probabilidade das mulheres se manterem continentes é de, aproximadamente, 75% por um período de, pelo menos, cinco anos (Cammu & Van Nylen, 1995). É importante que a mulher esteja motivada para o tratamento, pois não está definida a quantidade ideal de exercícios e o tempo de acompanhamento - que pode ser longo -, o que poderá contribuir para o abandono ou recorrência dos sintomas (Hay-Smith *et al.*, 2001). Os estudos demonstram a necessidade desta intervenção ter acompanhamento efetivo de um fisioterapeuta especializado nesta área, com conhecimento dos exercícios terapêuticos e reeducação perineal, bem como na aplicação da electroestimulação e/ou *biofeedback*.

Em suma, no que respeita a modalidades comportamentais e físicas, a EAU (2017) recomenda treino muscular supervisionado e intensivo do pavimento pélvico (TMPP), com duração de pelo menos três meses, como tratamento de primeira linha para mulheres com incontinência urinária de esforço ou incontinência urinária mista (Grau A). Os programas de treino desta musculatura devem ser tão intensivos quanto possível (Grau B). O uso de *biofeedback* deve ser considerado como adjuvante do tratamento em mulheres com incontinência urinária de esforço (Grau B), e a estimulação elétrica com eléctrodos de superfície (pele, vaginal, anal) não deve utilizar-se isoladamente para o tratamento de incontinência urinária de esforço (Grau A); deve considerar-se a sua utilização como complemento à terapia comportamental em pacientes com IUU (Grau B).

Este tratamento conservador em oposição ao tratamento cirúrgico (que não é isento de riscos) está associado a um menor número de resultados adversos(Rodrigues, 2008).

1.9. Fisioterapia Uroginecológica – Intervenção no CHTS

A intervenção implementada neste estudo segue as *guidelines* internacionais para as disfunções do PP, particularmente na IU (Fisioterapia Uroginecológica). Relembrando o que já foi anteriormente referido, das opções terapêuticas para a IU, o tratamento de Fisioterapia deve

ser considerado o tratamento de primeira linha em todas as mulheres, quer tenham uma IU de esforço, de urgência ou mista (DuBeau, 2013), por ser uma intervenção minimamente invasiva.

Todas as utentes que participaram neste estudo tiveram uma primeira consulta com a médica fisiatra do Serviço de MFR do CHTS responsável pela área do PP, após a qual iniciam o tratamento de Fisioterapia, sendo a avaliação o primeiro passo desta intervenção (Silva, 2014). A *World Confederation for Physical Therapy (WCPT)* defende que esta avaliação deve incluir o exame do indivíduo com dano atual ou potencial, limitações funcionais, incapacidades ou outras condições de saúde por anamnese, triagem, uso de testes e medições específicas, bem como avaliação dos resultados através da análise e síntese do processo de raciocínio clínico (Rodrigues, 2013).

A intervenção é exclusivamente efetuada por um fisioterapeuta especializado em Disfunções do Pavimento Pélvico, respeitando a necessidade expressa em diferentes estudos que apontam como impreterível o acompanhamento efetivo por parte deste profissional (Morkved *et al.*, 2002; Landefeld *et al.*, 2008).

1.10. Avaliação em Fisioterapia

Dada a delicadeza e complexidade desta área, a primeira sessão é destinada à avaliação das utentes, bem como ao ensino e esclarecimentos relevantes, que compreendem breves noções anatomofisiológicas do PP e trato urinário inferior, intervenção e objetivos da Fisioterapia, aconselhamento relativamente a alterações de hábitos alimentares e comportamentais quotidianos, entre outros. Por vezes há informações erradas sobre o treino dos músculos do TT que é necessário desmistificar o quanto antes, nomeadamente instruções para interromper regularmente o jato de urina durante a micção ou exercitar a musculatura exaustivamente; estas abordagens não são fisiológicas (Rodrigues, 2013; DuBeau, 2014). Aconselhamento relativo à ingestão de água, bebidas alcoólicas e carbonatadas (com ou sem cafeína) a evitar, bem como chá ou café, ou outros grupos de alimentos ainda mal estudados na IU (citrinos, tomates, picantes, adoçante, chocolate, ...) é importante nesta primeira sessão. Syan & Brucker (2016), alertam para a importância de se iniciar educação comportamental o quanto antes, quer em utentes com IUE ou IUU.

É protocolado que da avaliação fazem parte: entrevista terapêutica, ficha de avaliação (específica para Disfunções do Pavimento Pélvico) e aplicação de instrumentos/escalas de avaliação.

1.11. . Ficha de avaliação.

Ficha de avaliação utilizada foi elaborada pela equipa de fisioterapeutas do Serviço de MFR que atuam nesta área, tendo em conta as recomendações das várias *guidelines* internacionais e com o objetivo de recolher a máxima informação possível. É consensual que a avaliação inicial deve incluir uma história clínica detalhada, bem como ferramentas que possibilitem quantificar e qualificar o grau de IU (Syan & Brucker, 2016).

1.12. Exame subjetivo

Do exame subjetivo fazem parte informação sociodemográfica da utente, diagnóstico médico, informação da primeira consulta de fisioterapia, fatores de risco, hábitos alimentares/comportamentais, antecedentes (médicos, obstétricos e ginecológicos), presença de dor lombar/pélvica, entre outros dados relevantes. De acordo com a ICS, ao avaliar os pacientes com incontinência urinária ou fecal, devem explorar-se todos os aspetos da disfunção do PP, nomeadamente função urinária, intestinal, sexual e prolapso (Grau D de recomendação). Seguindo estas recomendações, são também avaliados, detalhadamente, os três compartimentos do PP: anterior (urinário), médio (sexual e reprodutor) e posterior (defecatório). A título de exemplo, são efetuadas questões como: “Quando começou a IU?”, “Quantas vezes urina ao dia/noite?”, “Quantas vezes perde urina?”, “Quando perde urina?”, “Sente imperiosidade para urinar?”, “Satisfação com a sexualidade: desejo/prazer/dor”, “Frequência da defecação”, “Tem sensação de esvaziamento incompleto?”, “Força para defecar?”, “Sente um peso na vagina?”.

O exame subjetivo permite, desde logo, a formulação de algumas hipóteses por parte do fisioterapeuta. No seguimento deste, a avaliação objetiva – exame físico e testes específicos -, permite obter dados que clarificam o diagnóstico, prognóstico, bem como delinear objetivos e definir um plano de tratamento individualizado.

1.12.1. A entrevista terapêutica

A entrevista terapêutica foi sendo oportunamente introduzida nas sessões de tratamento individual, tendo por base o conceito de entrevista motivacional. Os princípios básicos da entrevista motivacional (EM), segundo Saganha (2011, cit. Silva (2015)) são: “No decorrer de uma EM, o clínico coloca cuidadosamente questões e estabelece um diálogo isento, resistindo a fornecer informação na sua qualidade de perito. Constrói assim as bases para uma atmosfera

de apoio às dificuldades do processo, na qual o doente se possa sentir à vontade para explorar a sua realidade e conflitos. Por outro lado, manter o diálogo num tom positivo, motivador e não argumentativo, contribui para a crença de que a mudança é um desejo não do clínico, mas do doente, reforçando o seu controlo sobre as mudanças a operar e evitando uma postura clínica autoritária. Através da partilha de informação e escuta ativa, o clínico clarifica os objetivos do doente (onde quer chegar) e o seu estado atual (onde se encontra) ”(p.44).

1.12.2. A avaliação postural

A avaliação postural reveste-se de grande importância, uma vez que a continência depende da harmonia cinético-funcional das estruturas musculares, ligamentares e fasciais que envolvem o contorno pélvico (Rodrigues, 2013). Segundo Walker (2006), muitas das disfunções do pavimento pélvico podem ter origem em alterações músculo-esqueléticas que promovem desequilíbrios e desalinhamentos das articulações sacroilíacas, da sínfise púbica e sacrococcígea.

1.12.3. Avaliação abdominoperineal

Para observação abdominoperineal e realização do toque vaginal/retal, a utente é colocada em decúbito dorsal, membros inferiores em abdução, com flexão dos joelhos e pés apoiados na marquês. Este procedimento deve decorrer num local apropriado, garantindo total privacidade e conforto (Schröder *et al*, 2009).

A inspeção primária incide sobre a vulva, o aspeto da pele, a coloração, alterações do trofismo, presença de corrimento, abertura vaginal, distância ano-vulvar, visualização da contração, presença de prolapso, fístulas, cicatrizes, alguns reflexos, etc. A nível abdominal, é importante observar a pele, cicatrizes cirúrgicas e palpar para identificar dor, massas pélvicas anormais, hérnias e volume da bexiga (Laycock, Whelan & Doumoulin, 2008, cit. Antunes & Valente, 2016).

A palpação vaginal faz-se por toque digital e permite inspecionar a superfície do PP, vagina e uretra. Possibilita a deteção de alterações na posição da bexiga, útero e ampola rectal, assim como dor e alterações na sensibilidade (Berghmans *et al*, 2003). Segundo Bo (2015), a palpação vaginal/anal permite avaliar: capacidade de contrair/relaxar os músculos do PP corretamente; capacidade de máximo encerramento e elevação (máxima contração voluntária) e capacidade de manter a contração e/ou realizar contrações repetidas (endurance); tônus de repouso, capacidade máxima de relaxamento após contração, coordenação com abdominais

inferiores, simetria, cicatrizes e aderências, presença de dor, velocidade, recrutamento e diâmetro transversal e ântero-posterior do hiato urogenital.

Para avaliação da força muscular utiliza-se a Escala de Oxford modificada com itens entre 0 (sem contração) e 5 (contração muscular forte, contra resistência vigorosa e com elevação), que é amplamente usada na prática clínica e na investigação (Price et. al., 2010). Note-se que, para avaliar e comparar força muscular dos músculos do PP deve utilizar-se sempre o mesmo protocolo nos diferentes momentos de avaliação (Anaes, 2000, cit. Silva 2015)

No que respeita a instrumentos/escalas de avaliação, convém referir que, até à presente data, não há um único questionário que preencha todos os requisitos para avaliação de pessoas com IU. Assim sendo, o profissional de saúde deve analisar as ferramentas existentes, para utilização isolada ou em combinação, no sentido de avaliar os resultados do tratamento (Shy et al, 2013, cit. EAU, 2017). Conjuntamente com outros instrumentos que se entenderam pertinentes (Diário Miccional, Índice de Funcionamento Sexual Feminino, ...) aplicaram-se o EQ-5D, a Escala Ditrovie-10 e o UCIQ-UI versão breve.

Ao longo da intervenção o fisioterapeuta incentiva o utente a colocar todas as suas dúvidas sem constrangimentos, bem como a partilhar expectativas relativamente ao tratamento que vai efetuar. Os objetivos são definidos individualmente, em conjunto com o utente e de acordo com a sua condição/potencial. A *Canadian Urological Association* (cit. Syan & Brucker, 2016) atribui Grau B de recomendação (Nível 2 de Evidência) à avaliação das expectativas dos pacientes relativamente ao tratamento. Esta recomendação é também corroborada pela *American Urological Association* (AUA). Ainda que não tenha encontrado evidência que relacione positivamente a avaliação das perspetivas do paciente e a melhoria dos resultados alcançados, a EAU (2017) reconhece que a baixa adesão ao tratamento pode estar relacionada com expectativas irrealistas.

De salientar que a avaliação (subjéctiva e objectiva) é um processo contínuo e dinâmico, não se esgotando na primeira sessão; é complementada de forma informal em todas as sessões de tratamento individual.

1.13. Modalidades Terapêuticas – intervenção prática

Tendo por base o diagnóstico médico, as *guidelines* internacionais e a avaliação de Fisioterapia, a abordagem terapêutica baseou-se na aplicação de diferentes procedimentos, seleccionados e reajustados em função das necessidades específicas de cada utente. De entre as diferentes modalidades terapêuticas, destacam-se: técnicas de respiração/relaxamento, consciencialização postural e percepção perineal, terapia manual, TMPP, *biofeedback*, electroestimulação, treino funcional e educação comportamental.

1.13.1. Relaxamento e reeducação postural

O fortalecimento de um PP já tenso pode ser contraproducente e, ao invés de aliviar os sintomas pode mesmo agravá-los, e os exercícios regulares de fortalecimento, por si só, não alcançarão resultados positivos (Whelan, 2018). Neste sentido, é imperiosa a facilitação do relaxamento e reeducação postural associada ao controle respiratório, promovendo consciencialização corporal e a atenção particular para as sensações abdominopélvicas e bacia. De entre diferentes práticas, destaca-se uma técnica de respiração muito específica denominada “*Sniff, Flop and Drop*”, que promove o relaxamento do PP através de um tipo de respiração diafragmática. De modo sucinto: ao inspirar, usando um “*sniff*”, o diafragma desce; simultaneamente, o abdómen relaxa, com um “*flop*”, o que leva a um “*drop*” libertar do pavimento pélvico. (Whelan, 2018). A reeducação postural e o controlo respiratório são essenciais no ajuste perineal, tendo em conta que uma boa postura, com a pélvis equilibrada, contribuirá para a manutenção de um posicionamento correto das vísceras abdominais e um perfeito funcionamento das estruturas de sustentação, favorecendo, assim, a adequada transmissão das pressões intra-abdominais (Silva, 2014).

1.13.2. Terapia Manual aplicada ao TMPP

O contacto manual do fisioterapeuta é uma intervenção fulcral para o ensino da contração correta dos MPP. Estes músculos são estabilizadores e devem ter a capacidade de reagir e contrair de forma independente, sem compensações. A sua contração deve associar-se à expiração, e o fisioterapeuta não deve permitir a manobra de Valsalva nestes exercícios (Carrière & Feldt, 2006).

Segundo Whelan (2018) a terapia manual no PP engloba uma série de técnicas internas e externas de mobilização de tecidos moles com o objetivo de aliviar a tensão indesejada nos músculos e na fáscia. Deve promover uma sensação de alívio imediata que, ao longo do tempo, resulta numa maior amplitude de movimento a nível destas estruturas. Por sua vez, estes fatores deverão implicar uma maior capacidade de contração/relaxamento dos MPP, e um melhor reposicionamento dos órgãos pélvicos.

Atendendo a que alguns autores verificaram uma diminuição da força e da espessura dos MPP em mulheres com incontinência, é importante o trabalho nestas dimensões, potenciando o fortalecimento e a reeducação desta musculatura. O treino dos músculos do pavimento pélvico é usado para melhorar a função desta estrutura, melhorando a estabilidade uretral. Há alguma evidência de que a melhora da função do pavimento pélvico pode inibir a contração da bexiga

em pacientes com hiperatividade vesical (Berghmans, 2002, cit. EAU *Guidelines*, 2017).

O TMPP pode ser utilizado para prevenir a IU, por exemplo, em mulheres grávidas antes do nascimento, em homens que vão submeter-se a prostatectomia radical, ou como parte de um programa de recuperação planejado após o parto ou cirurgia. Uma meta-análise mostrou que o TMPP foi eficaz para a cura ou melhoria da incontinência urinária, com impacto positivo na qualidade de vida dos indivíduos. Os resultados aplicam-se em mulheres com IUE, IUU e IUM, embora o efeito na IUM seja menor do que em mulheres com IUE pura. Consensos baseados em revisões sistemáticas apontam o TMPP como tratamento de primeira linha para a IU (Bo, 2015). Uma Revisão da *Cochrane*, comparando diferentes abordagens de FMPP (21 ensaios clínicos randomizados), concluiu que o aumento da frequência com que se realiza esta modalidade terapêutica melhora os resultados obtidos. O TMPP consiste em contrações voluntárias repetidas que aumentam a força e a resistência musculares, bem como a sustentação da região perineal, permitindo uma contração eficaz previamente aos momentos de aumento da pressão intra-abdominal (*knack*), reforçando o mecanismo de continência (Bo, 2004; Keyock & Newman, 2011).

As contrações voluntárias repetidas podem ser de curta e longa duração, mediante as fibras musculares a trabalhar. As fibras do tipo II são treinadas através de contrações intensas e de curta duração (um ou dois segundos), enquanto as do tipo I são treinadas com contrações submáximas mais duradouras (5 a 15 segundos) (Bo *et al.*, 1990, cit. Ferreira & Santos, 2009). O TMPP deve ser realizado sob supervisão inicial de um fisioterapeuta que avalia a ausência, ou não, de contração dos músculos abdominais, adutores e glúteos, procedendo às correções necessárias, para que a mulher adquira a competência da contração eficaz.

De acordo com Viana *et al.* (2014), o TMPP influencia favoravelmente a promoção da autoestima da mulher incontinente, tendo um papel fulcral na reabilitação funcional, cognitiva, emocional e psicossocial.

É frequentemente usado para tratar a IU existente, e pode ser potenciado com a utilização de *biofeedback* (através de estímulos visuais, táteis ou auditivos), estimulação elétrica de superfície ou cones vaginais (EAU, 2017)

1.13.3. Biofeedback

O feedback aplicado ao ser humano passou a ser chamado de *biofeedback*, sendo descrito como uma técnica que utiliza um equipamento geralmente eletrónico de monitorização para revelar aos indivíduos, de forma contínua e instantânea, alguns eventos fisiológicos ou condições do corpo, de que as pessoas não estão conscientes, na tentativa de desenvolver ou recuperar o controlo consciente sobre estes processos. Tem como objetivo, transformar a

atividade muscular num evento compreensível, permitindo uma melhor coordenação e a utilização adequada do músculo ou grupos musculares desejados (Cestari, Cestari, da Silva, 2017). O mecanismo de aprendizagem com o *biofeedback* é realizado através da detecção de uma função e, em seguida, esta função é amplificada e traduzida num sinal visual e/ou sonoro, prontamente disponível para o indivíduo (Grosse & Sengler, 2001). Em uro ginecologia, o termo *biofeedback* é geralmente usado de forma desadequada para identificar um método ou técnica diferente dos exercícios do pavimento pélvico. Por si só, o *biofeedback* não é um tratamento, mas um auxiliar ao treino que mede e indica uma simples contração muscular. Ou seja, participa no reconhecimento da função e controle seletivo dos músculos do pavimento pélvico e potencializa os efeitos dos exercícios para o períneo, beneficiando o recrutamento das unidades motoras ligadas ao nervo pudendo (Laycock, 2004; Grosse & Sengler, 2001). De acordo com Bernardis *et al.* (2014), pode ser utilizado como indicador da atividade dos MPP em repouso, em contração e em relaxamento, e pode ter um valor acrescido no tratamento da IUE em utentes com fraca consciencialização e/ou controle do PP, acelerando as melhorias iniciais e funcionando como suporte para a motivação (Nível 4 de Evidência) (Syan & Bruker, 2015). Outros autores também defendem que pode ser utilizado para aumentar a motivação e a adesão ao programa de treino (Hay-Smith, 2006, Wilson *et al.*, 2002, cit. Antunes & Valente, 2016).

1.13.4. Electroestimulação

De acordo com as *guidelines* dos EUA (2017), os detalhes e métodos de aplicação da electroestimulação (EE) variam consideravelmente, e a nível do pavimento pélvico também pode ser combinada com outras formas de terapia conservativa, nomeadamente TMPP e *biofeedback*.

Esta modalidade terapêutica é frequentemente usada para ajudar mulheres que não conseguem iniciar contrações da sua musculatura pélvica, para que possam identificar esta região anatómica. Também pode ser utilizada em pacientes com Bexiga Hiperativa e IUU, para inibição do detrusor. Foi sugerido que a estimulação elétrica, provavelmente, tem efeito direto no pavimento pélvico quando se trata de IUE, e a nível do músculo detrusor e inervação aferente em casos de IUU. A evidência indica que a estimulação elétrica pode adicionar benefícios ao treino dos músculos do pavimento pélvico a curto prazo (Nível 2 de Evidência). (Syan & Bruker, 2016)

Em situações específicas, pode aplicar-se electroestimulação (EE) utilizando de correntes bifásicas retangulares para promover a contração dos MPP. Esta visa melhorar o encerramento uretral, pelo restabelecimento da ativação reflexa dos MPP, contração sincronizada dos MPP, estando indicada em paciente com baixos níveis de força na Escala de Oxford modificada e

que, de outra forma, não seriam capazes de reeducar os seus músculos pélvicos (Turkan, 2005 cit. Silva, 2014).

Segundo Bernardes *et al* (2014) e *guidelines* apresentadas, não existe evidência suficiente de que a EE, por si só, seja um tratamento para utentes com IUE (Nível 1 de Evidência) (Syan & Bruker, 2016). As suas diretrizes indicam, também, que adicionar EE ao TMPP não oferece nenhum benefício adicional (Nível 1 de Evidência). (Syan & Bruker, 2016) Outros autores reportam que a EE apresenta efeitos secundários, é menos bem tolerada pelas mulheres, e que uma contração voluntária dos MPP aumenta significativamente mais a pressão uretral do que esta modalidade terapêutica (Bo, 2015, cit. Antunes & Valente, 2016).

Numa fase mais avançada da reabilitação, quando a mulher é já capaz de contrair os MPP de forma isolada, em diferentes posturas, é importante a realizar “treino funcional do PP” o que, segundo Carrière (2006), significa que é solicitado à mulher para realizar contrações dos MPP durante as diferentes atividades da vida diária (AVDs).

As recomendações de Bernardes *et al.* (2014), para melhorar a capacidade funcional do PP, salientam a importância de ensinar as mulheres a contrair os MPP imediatamente antes e durante um aumento de pressão intra-abdominal (Nível 1 de Evidência), bem como integrar os exercícios nas AVDs, sendo o efeito parcialmente determinado pela frequência e duração do período de treino (Nível 2 de Evidência) (Syan & Bruker, 2016)

1.13.5. Educação/ Promoção para a Saúde

O aconselhamento e educação do paciente são um dos pontos fulcrais da intervenção, que devem ser trabalhados constantemente, desde a primeira sessão. Tendo por base a relação empática estabelecida e o diálogo aberto, o fisioterapeuta deve prover informação relevante adequada à condição clínica das utentes, nomeadamente no que respeita à sensibilização para os fatores de risco da IU, bem como formas de prevenção/tratamento. O Serviço de MFR do CHTS dispõe de folhetos informativos nesta área. Um estudo efetuado em mulheres com IU demonstrou que, quem dispunha de mais informação ou de mais capacidade para lidar com a informação, apresentava melhor ajustamento ao problema (Ribeiro & Raimundo, 2005).

É importante que, ao longo do tratamento de Fisioterapia, sejam indicadas estratégias de *coping* eficazes e de resolução de problemas através da mudança de hábitos alimentares, higiénicos e miccionais; incentivo de hábitos de vida saudáveis, e TMPP regularmente; promoção da imagem corporal, do bem-estar e autoestima adaptativa, limitando e/ou prevenindo perturbações psicossociais. (Silva, 2013).

O incentivo à continuidade do TMPP em casa, ou no trabalho, é fundamental para os resultados da intervenção fisioterapêutica. As utentes são envolvidas e responsabilizadas pelo

seu processo reabilitação, sendo-lhes pedido que, três vezes ao dia, façam 8 a 12 contrações máximas, associadas a AVDs e sempre que realizem esforços (Bo *et al.*, 2007; Price, Dawood, & Jackson, 2010, cit. Silva, 2014).

Após a alta do tratamento de Fisioterapia, é encorajada a prática de atividade física regular adequada à condição específica de cada mulher. O treino dos MPP integrado no “*core training*” – Yoga, Pilates – pode ser benéfico (Bo, 2015).

De acordo com Silva (2014), a intervenção do fisioterapeuta na Disfunção do Pavimento Pélvico – neste caso concreto, em mulheres com IU -, deve ser de aproximação cuidadosa e ter por base a empatia, aceitando e legitimando os sentimentos das utentes, procurando ouvi-las e entendê-las. Este profissional tem que as encorajar para as mudanças necessárias e para a adesão ao tratamento, fornecendo-lhes informações relevantes e promovendo a sua autoeficácia com objetivos realistas. Todas as utentes foram aconselhadas de forma personalizada, tendo em conta as suas características individuais e contextuais. É fundamental que a informação fornecida seja doseada e acessível, para que possa ser corretamente assimilada.

Sempre que se verificaram recaídas ou estagnação da evolução clínica das utentes, o fisioterapeuta reajustou os objetivos e encetou novas estratégias de intervenção, no sentido de encorajamento relativamente à reabilitação.

O mesmo autor defende, ainda, que a Fisioterapia uroginecológica é um tratamento delicado, exigindo tempo e persistência para se alcançarem bons resultados. Esta requer a participação ativa e sistemática das utentes, bem como grande responsabilização pelo seu processo terapêutico. Por seu turno, o fisioterapeuta deve ter em conta estratégias motivacionais, de promoção de autoeficácia e adesão ao tratamento. Segundo a EAU (2017), o modo como os terapeutas motivam, supervisionam e monitorizam individualmente as suas intervenções é variável, mas é consensualmente reconhecido que estas componentes são determinantes para o sucesso do tratamento.

2. Metodologia

2.1. Objetivo Geral

Este estudo teve como principal objetivo a avaliação dos ganhos obtidos com a aplicação de um programa de Fisioterapia no estado de saúde da população feminina com incontinência urinária.

2.2. Objetivos Específicos

- Analisar e comparar os resultados das percepções do estado de saúde das mulheres com incontinência urinária;
- Avaliar os resultados das percepções do estado de saúde das mulheres que realizaram tratamento de Fisioterapia para a incontinência urinária;
- Avaliar a qualidade de vida de mulheres portuguesas com incontinência urinária

seguidos na consulta Pavimento Pélvico CHTS – Unidade Padre Américo ,EPE, do SNS;

- Avaliar a qualidade de vida das mulheres com incontinência urinária nos 5 domínios (Mobilidade; Cuidados Pessoais; Atividades Habituais; Dor/Mal-Estar; Ansiedade/ Depressão);
- Avaliar a relação entre problemas urinários e a qualidade de vida das mulheres com incontinência;
- Analisar e explorar as relações entre a qualidade de vida e variáveis sociodemográficas como: género, idade, estado civil, situação profissional, local de residência e escolaridade.

2.3. Hipóteses

Uma hipótese pode ser definida como uma suposição acerca de uma ou mais populações. Perante os objetivos gerais, pretendemos estudar o estado de saúde da população com incontinência urinária avaliando as principais repercussões da incontinência urinária na qualidade de vida de um indivíduo, fundamentando a importância do seu tratamento.

Apresentam-se, de seguida, as principais hipóteses de investigação baseadas nos dois pontos seguintes: Ganhos de utilidade e Programa de Fisioterapia.

H1: A perceção do estado de Saúde nas mulheres com incontinência urinária, verificados após um programa de Fisioterapia é idêntica, independentemente do número de filhos.

H2: Os ganhos de utilidade verificados após um programa de Fisioterapia são idênticos nos três tipos de incontinência (incontinência de esforço, incontinência de urgência, incontinência mista);

H3: A qualidade de vida das mulheres com incontinência urinária nos 5 domínios (Mobilidade; Cuidados Pessoais; Atividades Habituais; Dor/Mal-Estar; Ansiedade/ Depressão) possui uma distribuição idêntica;

H4: Os ganhos de utilidade, verificados após um programa de Fisioterapia, são idênticos, independentemente do grau de habilitação académica do utente;

H5: Os ganhos de utilidade, verificados após um programa de Fisioterapia, são idênticos para todas as situações do utente face ao mercado do trabalho;

H6: Os ganhos de utilidade, verificados após um programa de Fisioterapia, são idênticos nos

diferentes tipos de atividade profissional;

H7: Os ganhos de utilidade de, verificados após um programa de Fisioterapia, são idênticos nos diferentes tipos de local de residência.

2.4. Instrumentos

Neste estudo quase experimental foram incluídas mulheres com diagnóstico médico (clínico) de IU. As que se enquadrarem nos critérios de seleção foram encaminhadas, consecutivamente, para programa de Fisioterapia e foram utilizados os seguintes instrumentos:

2.5. Questionário de Caracterização Sociodemográfica

Tem como objetivo a recolha de dados sociodemográficos e antropométricos sobre o participante. É um questionário de caracterização sociodemográfico e clínico elaborado segundo as *guidelines* internacionais, tendo como base a análise no âmbito socialedemográfico: género, idade, nacionalidade, estado civil, situação profissional, local de residência e escolaridade. No âmbito clínico: identificação de incontinência e a caracterização do participante relativamente á presença de outras patologias, cirurgias prévias, número de filhos. Permite avaliar critérios de inclusão e exclusão.

2.6. Avaliação da qualidade de vida

Na avaliação da qualidade de vida existem vários instrumentos com aplicabilidade nas áreas relacionadas com a saúde. Cada vez mais a mensuração de resultados em saúde é considerada de enorme importância para a monitorização da prática clínica, principalmente na avaliação de ganhos relacionados com tratamentos inovadores considerados ganhos marginais. Anteriormente apenas encontrávamos questionários, como o SF-36 e o NHP, que possibilitam obter um perfil de saúde utilizados em avaliações económicas de custo-efetividade, mas que não possibilitam o cálculo de índices genéricos cardinais que revelem o valor (intensidade de preferências) atribuído ao estado de saúde e que permitam o seu uso em avaliações económicas de custo-utilidade. O instrumento selecionado para avaliar o estado geral de saúde nesta população em estudo foi o **EuroQol-5 Dimensions (EQ-5D)** que permite medir Health-related **quality of life** (HR-QoL)(Franks, Lubetkin, Gold, & Tancredi, 2003)O **EuroQol (EQ-5D)** é uma medida genérica e multidimensional, que descreve a qualidade de

vida relacionada com a saúde (QdVRS, permite criar um índice representando o valor do estado de saúde de um indivíduo. Desenvolvido pelo grupo EuroQoL a partir de 1987 (Ferreira 2013) é fundamentado num sistema classificativo que caracteriza a saúde em cinco dimensões: mobilidade, cuidados pessoais, atividades habituais, dor/mal-estar e ansiedade/depressão. Podendo ser utilizado num largo conjunto de condições de saúde e tratamentos, o EQ-5D origina para além de um perfil de saúde, também um índice que exprime a QdVRS dos indivíduos.

A versão portuguesa do EQ-5D foi finalizada em 1998 pelo CEISUC. (Lara Noronha Ferreira, Ferreira, Pereira, 2013).O tradicional EQ-5D é uma medida genérica baseada em preferências de saúde que tem cinco dimensões, cada uma com três níveis de comprometimento (EQ-5D-3L) (Berman & Rabin, 2007).A cada atributo correspondem três níveis: (1)Sem Dificuldade;(2) Algumas Dificuldades; (3) Grandes Dificuldades. Assim, este sistema torna possível diferenciar 243 estados de saúde, aos quais os autores acrescentaram mais dois: inconsciente e morto, conseguindo o sistema identificar 245 estados de saúde possíveis(Bank *et al.*, 2007; Ferreira *et al.*, 2014; Lourenço & Silva, 2008).Para além do preenchimento deste sistema descritivo é complementado com o preenchimento de uma Escala visual Analógica(EQ-VAS) ancorada em dois extremos “o melhor estado de saúde imaginável” e “o pior estado de saúde imaginável”, e graduada entre zero e 100 como um termómetro.

O EQ-5D-3L é a medida de preferência mais usada em análises de custo-utilidade. Um *set* de valores baseado em avaliações do estado de saúde da população Inglesa foi criado para obter valores para todos os estados de saúde derivados do EQ-5D-3L referido como EQ-5D. Múltiplos países conduziram, questionários para criar *sets* de valores para o EQ-5D. Recentemente, um questionário nacional foi levado a cabo em Portugal para criar um *set* de valores para o EQ-5D.

A existência de *sets* de valores para o EQ-5D permite a integração das preferências do paciente em ensaios clínicos e avaliações económicas da saúde. No entanto, existem ainda, algumas dificuldades na interpretação dos valores derivados destes instrumentos, visto que não existe nenhum tipo de medido *standard* em assuntos relacionados com a qualidade de vida e saúde. Por esta razão, é importante que existam linhas guia para este tipo de interpretações.

As normas portuguesas para o EQ-5D aqui reportadas podem ser usadas como valores de referencia quando comparados diferentes grupos de saúde com a população portuguesa. Eles podem também assistir a implementação de políticas portuguesas em assuntos relacionados com os cuidados e planeamento de saúde. O seu uso por parte dos clínicos e outros profissionais de saúde para investigar efeitos de tratamentos em estados de saúde ou para reportar e interpretar efeitos descritos pelos pacientes são também expectáveis dado o crescente interesse por parte dos cuidados de saúde nestes assuntos. A existência de conjuntos de valores para o EQ-5D permite inclusão das preferências do paciente na economia da saúde

O grupo EuroQoL teve como objetivo a criação de um índice genérico de saúde para utilização em avaliações económicas. Pretendeu criar um instrumento de medida que complementasse as restantes medidas e que viabilizasse a recolha de dados de referência em comparações entre vários países.

Para melhorar a capacidade descritiva e poder discriminatório do EQ-5D foi recentemente desenvolvido o questionário EQ-5D-5L em que mantém as cinco dimensões originais do EQ-5D-3L, mas o número de níveis em cada dimensão aumentou de três para cinco (Ferreira *et al.*, 2014; Herdman *et al.*, 2011). Este EQ-5D-5L define um total de 3.125 estados de saúde; esta versão reduziu consideravelmente o efeito de teto que era uma das mais importantes limitações do EQ-5D-3L.

A versão portuguesa do EQ-5D tem uma boa aceitabilidade, fiabilidade e validade na medição do estado de saúde.

A escala Ditrovie -10

É uma escala de avaliação de “Problemas urinários e qualidade de vida” que permite “medir o impacto psicológico e funcional da incontinência urinária no estado de saúde e qualidade de vida das mulheres e medir o impacto dos cuidados de saúde realizados por problemas urinários (Pacheco, 2003).

A versão original da Escala Ditrovie era constituída por 24 itens, agrupados em 5 dimensões. Recentemente, foi validada uma versão reduzida da escala em 10 itens e com 5 dimensões: 4 para as Atividades; 2 para o Impacto Emocional; 2 para a Autoimagem; 1 para o Sono e outro para o Bem-Estar). Os itens são classificados de 1 a 5, e a soma total é dada pela soma das pontuações dos 10 itens, dividindo o resultado desta soma por 10. A pontuação total permite uma avaliação quantitativa da condição. Uma pontuação próxima de 1 corresponde a mulheres pouco incomodadas nas suas atividades, psíquico, sono e com uma excelente qualidade de vida; a pontuação próxima de 5 corresponde a uma má qualidade de vida (Marquis *et al.*, 1997).

Esta escala foi adaptada e validada para a versão portuguesa em 2003, e demonstrou ser uma medida fiável (*alpha* de Cronbach de 0,93) e válida ($r = 0,79$; $p < 0,01$), que tem por objetivo medir o impacto psicológico e funcional da incontinência urinária no estado de saúde, e medir o impacto dos cuidados de saúde realizados devido a problemas urinários e qualidade de vida das mulheres (Gonçalves, Almeida, Machado, & Simões, 2006).

O questionário Internacional sobre a incontinência Urinária UCIQ- UI versão breve

Os questionários clínicos são exemplos de instrumentos não invasivos que servem para complementar a avaliação clínica da paciente, sendo de fácil aplicabilidade e compreensão (Nunes, *et al* 2008). Este instrumento é um questionário simples, breve e auto administrável, permite avaliar rapidamente a influência da IU na QV, também permite quantificar e qualificar a perda urinária. (Rodrigues, 2013) Este questionário (UCIQ-UI) é constituído por três perguntas que abrangem a frequência de perda urinária, o volume da perda e o quanto ela interfere na vida da paciente, segundo suas próprias impressões. A cada resposta corresponde uma pontuação, resultando num *score*, que é a soma de todas as pontuações. Como vantagem este questionário é breve, simples e autoaplicável (Seckiner, Yesilli, Mungan, Aykanat, & Akduman, 2007). Adaptado para a nossa cultura permite avaliar rapidamente o impacto da IU na qualidade de vida e qualificar a perda urinária de pacientes de ambos os sexos. Foi originalmente desenvolvido e validado na língua inglesa por (Avery *et al.*, 2004; Norris, Breslin, & Staskin, 1996). Ambos os instrumentos podem dar origem a perfis ou a índices. Os perfis são valores individuais de cada dimensão, não sendo feita qualquer comparação entre as diferentes dimensões através do seu peso relativo. Os índices, por outro lado, resultam da incorporação das diferentes dimensões pela aplicação de um modelo de medição com pesos relativos associados a cada dimensão (Nunes, 2008). Os instrumentos gerais que pressupõe no cálculo de um índice, como o QWB, o EQ-5D ou o *Health Utilities Index* (HUI) (Feeny *et al.*, 2002), podem ser utilizados nas análises custo-utilidade (Ferreira & Ferreira, 2006), pois são instrumentos que permitem obter um valor correspondente à qualidade de vida, isto é, permitem o cálculo de utilidades dos estados de saúde. Ambos os instrumentos são de auto preenchimento, e encontram-se validados para a população portuguesa.

Componente prática

A intervenção da Fisioterapia que foi implementada segue as *guidelines* internacionais para as disfunções do PP, particularmente na IU (Fisioterapia Uroginecológica). Compreendeu um protocolo que incluía educação comportamental, correção postural e técnicas de relaxamento, reforço dos MPP, electro estimulação, *biofeedback* e treino funcional, adequado à *condição* específica de cada mulher, definido de acordo com a avaliação e reavaliação individual realizada. Das opções terapêuticas da IU, o tratamento de Fisioterapia deve ser considerado o tratamento de primeira linha em todas as mulheres que tenham um IU de *esforço*, de urgência ou mista (Weiss *et al.*, 2013), por ser uma intervenção minimamente invasiva.

2.7. Tipo de estudo

Este estudo pode ser classificado como quase experimental.

Quanto à base de seleção dos participantes, trata-se de um estudo de indivíduos com presença de uma determinada doença: incontinência urinária.

2.8. Critérios de inclusão e exclusão

Para a elaboração deste estudo foram definidos como critérios:

- Critérios de inclusão: mulheres com diagnóstico de IU provenientes da consulta de Pavimento Pélvico do Serviço de Medicina Física e Reabilitação do CHTS – UPA (Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa - Unidade Padre Américo, EPE.) com idades compreendidas entre os 20 e os 70 anos;
- Critérios de exclusão: presença de disfunções uroginecológicas resultantes de lesões neurológicas, quadros de infeção uroginecológica referida, realização de cirurgia ginecológica recente, mulheres com prolapso genitais, e a presença de distúrbios cognitivos que dificultem a compreensão dos comandos durante o tratamento de Fisioterapia.

2.9. População e Amostra

A população-alvo deste estudo são indivíduos do sexo feminino, residentes em Portugal Continental, na área de intervenção do Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa - Unidade Padre Américo, EPE., com idades compreendidas entre os 20 e os 70 anos, referenciados para tratamento no Serviço de Medicina Física do CHTS-UPA, durante o período compreendido entre janeiro a setembro de 2018, com incontinência urinária.

O estudo é composto por uma população de indivíduos do sexo feminino com IU, em que todos cumpriram os critérios de inclusão e de exclusão. A todas as utentes incluídas no estudo foi facultado o termo de consentimento livre e informado e esclarecido, tendo sido previamente informadas sobre os procedimentos a realizar. O estudo realizou-se em três fases: avaliação inicial (um Questionário de Caracterização Sociodemográfica, anamnese e preenchimento de Escalas); período de realização da intervenção e aplicação do programa de Fisioterapia; e avaliação final.

2.10. Recolha de dados

Antes de se iniciar o processo de recolha de dados foi realizado um pedido ao Conselho de Administração e da Comissão de Ética do CHTS - Unidade Padre Américo, EPE. Os voluntários foram selecionados de acordo com os critérios de inclusão e exclusão. Posteriormente, foram aplicados o Questionário de caracterização da amostra, EQ-5D, a qualidade de vida DITROVIE-10, e o UCIQ-UI Versão Breve em dois momentos: M0 e passadas 10 semanas M1.

Estes foram devidamente informados sobre os procedimentos e os objetivos do estudo, tendo cada participante assinado uma declaração (consentimento informado), que garante o anonimato e a confidencialidade dos dados. Para a utilização dos instrumentos de avaliação foi pedida autorização aos seus autores.

2.11. Tratamento de dados

Para se proceder à análise estatística foi necessário proceder ao tratamento dos dados recolhidos. O tratamento estatístico dos resultados foi realizado com recurso ao programa informático “*Statistical Package for Social Sciences*” (*SPSS Statistics*®), versão 23.0, para Windows. Foi realizada uma análise descritiva, permitindo saber qual a distribuição dos dados, frequências absolutas, frequências relativas e percentagem cumulativa, bem como uma análise inferencial de forma a testar as hipóteses propostas, escolhendo o melhor teste a utilizar.

2.12. Procedimento e análise de dados

Inicialmente, foi realizada uma análise exploratória de dados para as variáveis quantitativas, no sentido de verificar se estas apresentavam uma distribuição normal, pressuposto que está subjacente à utilização de estatística paramétrica. Esta análise teve por base os valores de assimetria e curtose, os resultados do teste Kolmogorov-Smirnov, e a análise gráfica. Uma vez que nem todas as variáveis cumpriam este pressuposto, foram realizados os testes paramétricos e não paramétricos, nestes casos, e considerando que os resultados obtidos foram equivalentes, são apresentados os resultados dos testes paramétricos, como sugerido por Fife-Schaw (2006).

Para a análise descritiva, são apresentadas frequências absolutas (n) e relativas (%) para

variáveis qualitativas, e médias e desvios padrão para variáveis quantitativas. Uma vez que nem todas as variáveis apresentavam uma distribuição normal, são apresentadas também a mediana (*Mdn*) e amplitude interquartílica (*A/Q*).

Para analisar a relação entre duas variáveis quantitativas foi utilizado o Coeficiente de Correlação de Pearson, e para analisar a relação entre uma variável quantitativa e uma variável ordinal foi utilizado o Coeficiente de Correlação de Spearman.

3. Resultados

3.1. Caracterização da amostra

Caracterização sociodemográfica da amostra

A Tabela 1 apresenta as medidas descritivas relativas às variáveis sociodemográficas que caracterizam a amostra. Esta foi constituída por 57 participantes, do sexo feminino, com idades compreendidas entre os 23 e os 68 anos ($M = 39.95$, $DP = 9.92$, $Mdn = 36.00$). Em termos de nível de escolaridade, observa-se que a maioria das participantes completou o 9º ano ($n = 20$, 35.1%), e no que diz respeito à profissão a mais frequente é operária fabril ($n = 21$, 36.8%). Relativamente ao número de filhos, variou entre 0 e 3 ($M = 1.63$, $DP = 0.70$), e o número de gravidezes entre 0 e 4 ($M = 1.93$, $DP = 0.96$). Por fim, observa-se que a maioria das participantes são do concelho de Penafiel ($n = 16$, 28.1%), e 14 (24.6%) do concelho de Paredes.

Tabela 1. Medidas descritivas relativas a variáveis sociodemográficas

	Medidas descritivas
Idade (Média, <i>DP</i>)	39.95 (9.92)
Escolaridade (<i>n</i> , %)	
1 ^a -4 ^a Classe	6 (10.5)
5 ^o -6 ^o Ano	3(5.3)
7 ^o -9 ^o Ano	20(35.1)
10 ^o -12 ^o Ano	15(26.3)
Ensino universitário	13(22.8)
Profissão (<i>n</i> , %)	
Desempregada	2(3.5)
Empresária	3(5.3)
Doméstica	2(3.5)
Técnica Superior de Saúde	6 (10.5)
Educadora/professora	7 (12.3)
Cozinheira	1 (1.8)
Assistente	3(5.3)
Operária fabril	21 (36.8)
Assistente técnica	6 (10.5)
Técnica superior	2(3.5)
Reformada	4(7.0)
Número de filhos (Média, <i>DP</i>)	1.63 (0.70)
Número de gravidezes (Média, <i>DP</i>)	1.93 (0.96)
Concelho (<i>n</i> , %)	
Penafiel	16(28.1)
Paredes	14(24.6)
Felgueiras	6 (10.5)
Amarante	6 (10.5)
Paços de Ferreira	11(19.3)
Lousada	2(3.5)
Marco de Canavezes	2(3.5)

DP desvio padrão

Ainda de acordo com estes dados, no que diz respeito às habilitações literárias, 51% possuem uma escolaridade inferior ao 10^o ano de Escolaridade.

Também podemos verificar que, em relação à paridade, 95,7% das mulheres que participaram tinham 1 ou mais filhos, o que está de acordo com as conclusões de vários estudos, que apontam as diferenças anatómicas próprias do sexo feminino, as alterações hormonais e o

trauma relacionado com a gravidez e o parto como favorecedores de alterações ao nível da musculatura do Pavimento Pélvico (Caetano,Aletha, MCGCF, & Lopes,2004).

A Tabela 2 apresenta as medidas descritivas relativas à prática de exercício físico. Observa-se que a maioria das participantes referiu praticar exercício físico ($n = 30, 53.6\%$). Em relação à regularidade, a maioria das participantes que referiu praticar exercício físico indicou fazê-lo três vezes por semana ($n = 13, 52.0\%$).

Tabela 2. Medidas descritivas relativas à prática de exercício físico

	<i>n (%)</i>
Prática de exercício físico	
Não	26 (46.4)
Sim	30 (53.6)
Regularidade	
Uma vez por semana	4 (16.0)
Duas vezes por semana	8 (32.0)
Três vezes por semana	13 (52.0)

Podemos observar seguidamente a Tabela 3, que apresenta os resultados das análises de diferenças entre o pré e o pós-teste, nas pontuações obtidas pelas participantes em relação ao Ditrovie, através do teste de *Wilcoxon*.

Quando analisamos os dados com um nível de confiança de 95% ($p < 0,05$), verificamos que foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre o pré e pós-teste em todos os itens, (todos $p < 0.001$), sendo que as participantes obtiveram pontuações inferiores no pós-teste.

Tabela 3. Diferenças na escala Ditrovie, entre o pré e o pós-teste

Ditrovie	Pré-teste Mediana (AIQ)	Pós-teste Mediana (AIQ)	Estatística de Teste
Problemas urinários incomodaram-na quando estava fora de casa	3.00 (2.00)	1.00 (1.00)	$Z = -5.53, p < 0.001$
Problemas urinários incomodaram-na quando fazia compras	3.00 (3.00)	1.00 (0.00)	$Z = -5.21, p < 0.001$
Problemas urinários incomodaram-na quando transportou qualquer coisa pesada	3.00 (2.00)	1.00 (1.00)	$Z = -5.77, p < 0.001$
Problemas urinários obrigaram à interrupção do trabalho	2.00 (3.00)	1.00 (0.00)	$Z = -4.94, p < 0.001$
Sensação de vergonha	3.00 (1.00)	1.00 (1.00)	$Z = -5.23, p < 0.001$
Medo de “cheirar mal”	3.00 (1.00)	1.00 (1.00)	$Z = -5.82, p < 0.001$
Perda de paciência	2.00 (2.00)	1.00 (1.00)	$Z = -4.60, p < 0.001$
Medo de sair de casa	1.00 (1.00)	1.00 (0.00)	$Z = -3.48, p < 0.001$
Obrigada a levantar-se a meio da noite	2.00 (2.00)	1.00 (1.00)	$Z = -3.97, p < 0.001$
Qualidade de vida	3.00 (0.00)	2.00 (1.00)	$Z = -6.05, p < 0.001$

AIQ amplitude interquartil

Em relação ao item relativo ao medo de sair de casa, o resultado do teste indica que as pontuações obtidas no pré-teste são iguais às pontuações obtidas no pós-teste, para a maioria

das participantes, sendo que esta igualdade é estatisticamente significativa ($p < 0.001$).

A Tabela 4 apresenta os resultados das análises de diferenças entre o pré e o pós-teste, nas pontuações obtidas pelos participantes em relação à UCIQ-UI, através do teste de *Wilcoxon*.

Tabela 4. Diferenças na escala UCIQ-UI, entre o pré e o pós-teste

UCIQ-UI	Pré-teste Mediana (AIQ)	Pós-teste Mediana (AIQ)	Estatística de Teste
Frequência da perda de urina	3.00 (2.00)	0.00 (1.00)	$Z = -6.57, p < 0.001$
Quantidade de urina que perde habitualmente	4.00 (2.00)	0.00 (2.00)	$Z = -6.35, p < 0.001$
Interferência da perda de urina no dia-a-dia	8.00 (4.00)	2.00 (3.00)	$Z = -6.00, p < 0.001$

AIQ amplitude interquartil

Foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre o pré e pós-teste em todos os itens (todos $p < 0.001$), sendo que as participantes obtiveram pontuações inferiores no pós-teste, reportando uma menor frequência de perda de urina, menor quantidade de urina perdida habitualmente e uma menor interferência da perda de urina no dia-a-dia.

Podemos também constatar que, em relação ao incômodo que os problemas urinários causavam quando se encontravam fora de casa, os valores encontrados apontam para diferenças estatisticamente significativas em relação ao primeiro item, vemos que a mediana no pré-teste era de 3 (o que significa que pelo menos metade da amostra, 50%, tinha pontuações até 3, que corresponde a "Moderada" na escala), e no pós-teste esta mediana desceu para 1 (o que significa que no pós-teste pelo menos metade da amostra, 50%, tinha pontuações até 1, que na escala corresponde a "Nada"). Houve por isso uma diminuição significativa (porque $p < 0.05$) nas pontuações, entre as duas avaliações.

Também o nível de incômodo que esses mesmos problemas acarretavam quando realizavam compras é diferente entre o pré-teste e o pós-teste, com significância estatística.

Essas diferenças são também encontradas quando analisado o item relacionado com o transporte de objetos pesados, sendo estatisticamente significativas.

Analisando a relação entre os problemas urinários e a necessidade de interromper o trabalho

são observadas diferenças relevantes entre o momento do pré-teste e o pós-teste.

Verificou-se também que os itens “sensação de vergonha” e “medo de cheirar mal”, evidenciam diferenças significativas do ponto de vista estatístico entre os dois momentos, vemos que a mediana no pré-teste era de 3 (o que dizer que pelo menos metade da amostra, 50%, obteve pontuações até 3, que corresponde a "Moderada" na escala), e no pós-teste esta mediana desceu para 1 (o que significa que no pós-teste pelo menos metade da amostra, 50%, tinha pontuações até 1, que quando analisamos a correspondência na escala corresponde a "Nada"). Uma vez mais podemos verificar que apresenta uma diminuição significativa (porque $p < 0.05$) nas pontuações, entre o pré teste e o pós teste.

Puderam ainda observar-se diferenças consideráveis quando analisamos o item que avalia “perda de paciência” entre os dois momentos de avaliação.

Os constrangimentos que estas perdas causavam nas atividades de vida diária e nas atividades sociais foram reduzidos em todos os itens com diferenças estatisticamente significativas quer quando tinham de se ausentar de casa, quando analisamos o item menor frequência de perda de urina, menor quantidade de urina perdida habitualmente e uma menor interferência da perda de urina no dia-a-dia.

Análises relativas à questão 6 da UCIQ-UI

Foram ainda analisadas diferenças entre o pré e o pós-teste nas proporções de participantes que referiram ter perdas de urina antes de conseguir ir à casa de banho, quando tosse ou espirra, quando está a dormir, quando acabou de urinar e já está vestido e sem motivo aparente, através de testes de McNemar. Foram selecionadas estas variáveis devido ao facto de serem as opções respondidas mais frequentemente pelas participantes.

Os testes de McNemar revelaram a existência de diferenças estatisticamente significativas entre o pré e o pós-teste em todos os itens, nas proporções de participantes que referiram ter perdas de urina antes de conseguir ir à casa de banho ($p < 0.001$), quando tosse ou espirra ($p < 0.001$), quando está a dormir ($p < 0.001$), quando acabou de urinar e já está vestido ($p < 0.001$) e sem motivo aparente ($p = 0.004$).

Em termos das questões relativas às perdas de urina antes de conseguir ir à casa de banho ou quando tosse ou espirra, verifica-se que houve 36 participantes que no pré-teste responderam afirmativamente, mas no pós-teste alteraram a sua resposta para a negativa.

No que diz respeito à questão relativa às perdas de urina durante o sono, 16 participantes responderam afirmativamente no pré-teste e no pós-teste alteraram a sua resposta para a negativa.

Relativamente à questão que diz respeito às perdas de urina depois de ter acabado de urinar e já estar vestido, observa-se que 29 participantes responderam afirmativamente no pré-teste e no pós-teste alteraram a sua resposta para a negativa. Por outro lado, de notar que 2 participantes que tinham respondido negativamente no pré-teste alteraram a sua resposta para a afirmativa.

Por fim, em relação à questão relativa às perdas de urina sem motivo aparente, 9 participantes responderam afirmativamente no pré-teste e no pós-teste alteraram a sua resposta para a negativa.

A Tabela 5 apresenta as análises de correlações entre o número de filhos e a percepção que as participantes têm acerca da quantidade de perdas de urina, no pré e pós-teste.

Foi encontrada uma correlação negativa estatisticamente significativa entre o número de filhos e a percepção das participantes relativas à frequência da perda de urina, na primeira avaliação, $r_s = -0,36$, $p = 0,006$. Um menor número de filhos está associado com uma maior frequência de perda de urina, na perspetiva das participantes. Por outro lado, foi encontrada uma correlação positiva estatisticamente significativa entre ao número de filhos e a percepção das participantes relativa à quantidade de urina que perdem habitualmente, na segunda avaliação, $r_s = 0,32$, $p = 0,016$, sendo que um maior número de filhos esteve associado com uma maior quantidade de urina perdida habitualmente, na perspetiva das participantes.

Tabela 5. Correlações entre o número de filhos e a percepção da quantidade de perdas de urina, no pré e pós-teste

	Número de filhos	
	r_s	P
Frequência da perda de urina (pré-teste)	-0,36	0,006
Frequência da perda de urina (pós-teste)	0,20	0,138
Quantidade de urina que perde habitualmente (pré-teste)	-0,10	0,467
Quantidade de urina que perde habitualmente (pós-teste)	0,32	0,016

r_s Coeficiente de Correlação de Spearman, p valor de prova

A Tabela 6 apresenta as análises de correlações entre o número de filhos e a percepção das participantes relativamente ao incómodo causado pelas perdas de urina na sua qualidade de vida.

Tabela 6. Correlações entre o número de filhos e a percepção relativa ao incômodo causado pelas perdas de urina na qualidade de vida, no pré e pós-teste

	Número de filhos	
	r_s	P
Incômodo quando estava fora de casa (pré-teste)	-0,12	0,365
Incômodo quando estava fora de casa (pós-teste)	-0,23	0,090
Incômodo quando fazia compras (pré-teste)	0,04	0,752
Incômodo quando fazia compras (pós-teste)	-0,03	0,851
Incômodo quando transportou qualquer coisa pesada (pré-teste)	-0,12	0,392
Incômodo quando transportou qualquer coisa pesada (pós-teste)	0,03	0,855
Obrigaram à interrupção do trabalho (pré-teste)	-0,29	0,026
Obrigaram à interrupção do trabalho (pós-teste)	0,01	0,930

r_s Coeficiente de Correlação de Spearman, p valor de prova

Foi encontrada apenas uma correlação negativa estatisticamente significativa entre o número de filhos e o incômodo causado pelos problemas urinários na qualidade de vida, nomeadamente em termos de interrupção do trabalho, na primeira avaliação, $r_s = -0,29$, $p = 0,026$. Um maior número de filhos está associado assim com um menor nível de incômodo causado pelas perdas de urina, na interrupção do trabalho e atividades quotidianas.

A Tabela 7 apresenta os resultados das análises de correlações entre itens da Ditrovie e a percepção das participantes relativamente à interferência da perda de urina no dia-a-dia, avaliada através da UCIQ, na primeira avaliação.

Tabela 7. Correlações entre itens da Ditrovie e da UCIQ, no pré-teste

	Interferência da perda de urina no dia-a-dia (UCIQ)	
	r_s	P
Incômodo quando estava fora de casa	0,18	0,170
Incômodo quando fazia compras	0,19	0,167
Incômodo quando transportou qualquer coisa pesada	0,08	0,552
Obrigaram à interrupção do trabalho	0,09	0,531
Frequência com que teve sensação de vergonha	0,32	0,014
Frequência com que teve medo de “cheirar mal”	0,16	0,232
Frequência com que teve medo de sair de casa	0,23	0,092
Qualidade de vida	0,27	0,044

r_s Coeficiente de Correlação de Spearman, p valor de prova

Foram encontradas correlações positivas estatisticamente significativas entre a percepção das participantes no que diz respeito à interferência da perda de urina no dia-a-dia, e a frequência com que reportam ter sentido vergonha, devido aos problemas urinários, $r_s = 0,32$, $p = 0,014$, e a classificação que fazem acerca da qualidade de vida, $r_s = 0,27$, $p = 0,044$. Verifica-se assim que uma maior frequência da sensação de vergonha nas últimas quatro semanas e uma avaliação mais negativa da qualidade de vida estão associadas com níveis mais elevados de interferência da perda de urina no dia-a-dia.

Analisando a Tabela 8 que apresenta os resultados das análises de correlações entre itens da Ditrovie e a percepção das participantes relativamente à interferência da perda de urina no dia-a-dia, avaliada através da UCIQ, na segunda avaliação.

Tabela 8. Correlações entre itens da Ditrovie e da UCIQ, no pós-teste

	Interferência da perda de urina no dia-a-dia	
	r_s	P
Incómodo quando estava fora de casa	0,25	0,063
Incómodo quando fazia compras	0,19	0,153
Incómodo quando transportou qualquer coisa pesada	0,22	0,100
Obrigaram à interrupção do trabalho	0,25	0,066
Frequência com que teve sensação de vergonha	0,23	0,092
Frequência com que teve medo de “cheirar mal”	0,10	0,451
Frequência com que teve medo de sair de casa	0,25	0,065
Qualidade de vida	0,39	0,003

r_s Coeficiente de Correlação de Spearman; p - valor de prova

Em que foi encontrada uma correlação positiva estatisticamente significativa entre a percepção das participantes no que diz respeito à interferência da perda de urina no dia-a-dia, e a classificação que fazem acerca da sua qualidade de vida, $r_s = 0,39$, $p = 0,003$, sendo uma maior interferência da perda de urina no dia-a-dia está associada com uma avaliação mais negativa da qualidade de vida.

Relativamente às questões da Ditrovie na primeira avaliação (Tabela 9), observa-se que a maioria das participantes indicaram sentir-se bastante incomodadas pelas perdas de urina quando estavam fora de casa ($n = 20$, 35.1%) e um número significativo ($n = 22$, 38.6%) referiram que esse incómodo também estava presente associado ao transporte de coisas pesada

No que diz respeito ao incómodo causado pelas perdas de urina quando fazem compras, a maioria das participantes classificou-o como moderado ($n = 17$, 29.8%), quando observamos o item relativo ao trabalho, a maioria referiu não ser nada incomodadas pelas perdas de urina relativamente a necessidade de obrigar à interrupção do trabalho ($n = 21$, 36.8%).

Tabela 9. Medidas descritivas relativas aos itens da Ditrovie (T1)

	Nada		Um pouco		Moderada		Bastante		Imenso	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Incómodo quando estava fora de casa	5	8.8	19	33.3	10	17.5	20	35.1	3	5.3
Incómodo quando fazia compras	15	26.3	11	19.3	17	29.8	10	17.5	4	7.0
Incómodo quando transportou qualquer coisa pesada	5	8.8	12	21.1	14	24.6	22	38.6	4	7.0
Obrigada a interrupção do trabalho	21	36.8	10	17.5	10	17.5	13	22.8	3	5.3
	Nunca		Raramente		De vez em quando		Frequentemente		Sempre	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Sensação de vergonha	9	15.8	14	24.6	26	45.6	7	12.3	1	1.8
Medo de “cheirar mal”	7	12.3	4	7.0	23	40.4	14	24.6	9	15.8
Perda de paciência	19	33.3	13	22.8	14	24.6	11	19.3	0	0.0
Medo de sair de casa	37	64.9	8	14.0	12	21.1	0	0.0	0	0.0
Obrigada a levantar-se a meio da noite	19	33.3	11	19.3	19	33.3	7	12.3	1	1.8

Observa-se ainda que a maioria das participantes referiu sentir vergonha e ter “medo de cheirar mal” de vez em quando ($n = 26$, 45.6% e $n = 23$, 40.4%, respetivamente), e nunca perder a paciência ou ter medo de sair de casa ($n = 19$, 33.3% e $n = 37$, 64.9%, respetivamente). Por fim, 33.3% ($n = 19$) das participantes referiram nunca serem obrigadas a levantar-se a meio da noite, e também 33.3% ($n = 19$) indicaram que isso acontecia de vez em quando.

Relativamente à segunda avaliação da Ditrovie (Tabela 10), observa-se que a maioria das participantes indicaram não se sentir nada incomodadas pelas perdas de urina quando estavam fora de casa ($n = 35$, 61.4%), quando faziam compras ($n = 44$, 77.2%), no transporte

de coisas pesadas ($n = 32$, 56.1%) e no que diz respeito a obrigar à interrupção do trabalho ($n = 44$, 77.2%).

Constata-se ainda que a maioria das participantes referiu nunca sentir vergonha ($n = 38$, 66.7%), ter medo de “cheirar mal” ($n = 34$, 59.6%), perder a paciência ($n = 36$, 63.2%), ter medo de sair de casa ($n = 50$, 87.7%) ou ser obrigada a levantar-se a meio da noite devido às perdas de urina ($n = 33$, 57.9%).

Tabela 10. Medidas descritivas relativas aos itens da Ditrovie (T2)

	Nada		Um pouco		Moderada		Bastante		Imenso	
	<i>N</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Incómodo quando estava fora de casa	35	61.4	16	28.1	5	8.8	0	0.0	1	1.8
Incómodo quando fazia compras	44	77.2	8	14.0	4	7.0	1	1.8	0	0.0
Incómodo quando transportou qualquer coisa pesada	32	56.1	16	28.1	6	10.5	2	3.5	1	1.8
Obrigada a interrupção do trabalho	44	77.2	10	17.5	2	3.5	1	1.8	0	0.0
	Nunca		Raramente		De vez em quando		Frequentemente		Sempre	
	<i>N</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Sensação de vergonha	38	66.7	11	19.3	3	5.3	4	7.0	1	1.8
Medo de “cheirar mal”	34	59.6	14	24.6	4	7.0	4	7.0	1	1.8
Perda de paciência	36	63.2	13	22.8	7	12.3	1	1.8	0	0.0
Medo de sair de casa	50	87.7	6	10.5	1	1.8	0	0.0	0	0.0
Obrigada a levantar-se a meio da noite	33	57.9	16	28.1	4	7.0	3	5.3	1	1.8

Observamos que estes aspetos relacionados com sentimentos de vergonha têm um impacto na percepção da Qualidade de Vida por parte das mulheres com IU

Quando analisamos a influência que esta condição (IU) e até que ponto esta tem implicação com o dia-a-dia destas mulheres verificamos que a uma maior interferência da perda de urina no dia-a-dia está associada com uma avaliação mais negativa da qualidade de vida.

Como podemos verificar quando analisamos a associação entre a ocorrência de perdas de urina sem motivo e o incómodo quando estavam fora de casa. Foi encontrada uma associação estatisticamente significativa entre a ocorrência de perdas de urina sem motivo e a percepção das participantes acerca do incómodo

Tabela 11. Associação entre a ocorrência de perdas de urina sem motivo e a percepção das participantes acerca do incómodo causado pelas perdas de urina fora de casa, no pré-teste causado pelas perdas de urina fora de casa,

	Perdas de urina sem motivo		Estatística de Teste
	Não (n = 47) n (%)	Sim (n = 10) n (%)	
Incómodo quando estava fora de casa			
Nada/ Um pouco	24 (51.1)	0 (0.0)	Teste de Fisher, $p = 0,003$
Moderada/ Bastante/ Imenso	23 (48.9)	10 (100.0)	

Teste de Fisher, $p = 0,003$. Observa-se que todas as participantes que reportam ter perdas de urina sem motivo (100,0%) referem que o incómodo causado pelas perdas de urina fora de casa é de moderado a imenso.

Como pode verificar-se na Tabela 12, foram encontradas diferenças estatisticamente significativas ao nível da percepção das participantes acerca do incómodo causado pelas perdas de urina fora de casa, em função da ocorrência de perdas de urina sem motivo, na primeira avaliação, $U = 128,50$, $p = 0,019$.

Tabela 12. Diferenças entre a ocorrência e não ocorrência de perdas de urina sem motivo ao nível da percepção das participantes acerca do incómodo causado pelas perdas de urina fora de casa, no pré-teste

		Perdas de urina sem motivo		
		Não	Sim	
		(n = 47)	(n = 10)	Estatística de Teste
		<i>Ordem Média</i>	<i>Ordem Média</i>	
Incómodo quando estava fora de casa		26,73	39,65	$U = 128,50, p = 0,019$

Participantes que referiram ter perdas de urina sem motivo reportam sentir-se mais incomodadas pelas perdas de urina fora de casa.

A Tabela 13 apresenta as medidas descritivas relativas às dimensões da EQ-5D-5L, na primeira avaliação.

Tabela 13 Medidas descritivas relativas às dimensões da EQ-5D-5L (T1)

	Mobilidade		Cuidados pessoais		Atividades habituais		Dor/mal-estar		Ansiedade/depressão	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Sem problemas	33	57.9	35	61.4	18	31.6	15	26.3	9	15.8
Problemas ligeiros	15	26.3	16	28.1	27	47.4	30	52.6	22	38.6
Problemas moderados	8	14.0	5	8.8	11	19.3	7	12.3	18	31.6
Problemas graves	1	1.8	1	1.8	1	1.8	5	8.8	5	8.8
Problemas extremos	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	3	5.3

Observa-se que a maioria das participantes não apresentava problemas, no que diz respeito à mobilidade ($n = 33, 57.9\%$) e aos cuidados pessoais ($n = 35, 61.4\%$). Por outro lado, a maioria das participantes apresentava problemas ligeiros, em relação às dimensões atividades

habituais ($n = 27$, 47.4%), dor e mal-estar ($n = 30$, 52.6%) e ansiedade e depressão ($n = 22$, 38.6%).

Em relação à segunda avaliação da EQ-5D-5L (Tabela 14), observa-se que a maioria das participantes não apresenta problemas em termos de mobilidade ($n = 49$, 86.0%), cuidados pessoais ($n = 53$, 93.0%), atividades habituais ($n = 46$, 80.7%) e dor e mal-estar ($n = 41$, 71.9%).

Tabela 14. Medidas descritivas relativas às dimensões da EQ-5D-5L (T2)

	Mobilidade		Cuidados pessoais		Atividades habituais		Dor/mal-estar		Ansiedade/depressão	
	<i>n</i>	%	<i>N</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Sem problemas	49	86.0	53	93.0	46	80.7	41	71.9	23	40.4
Problemas ligeiros	8	14.0	4	7.0	10	17.5	15	26.3	24	42.1
Problemas moderados	0	0.0	0	0.0	1	1.8	1	1.8	6	10.5
Problemas graves	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	3	5.3
Problemas extremos	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	1.8

De notar em relação à ansiedade e depressão que 42.1% ($n = 24$) das participantes apresentou problemas ligeiros e 40.4% ($n = 23$) não apresentaram problemas.

Podemos assim verificar que nos diferentes domínios analisados verificaram-se melhorias estatisticamente significativas em todos.

Relativamente ao Termómetro analógico (escala visual) A EQ-VAS foi analisada, primeiramente, face à autoavaliação do estado de saúde e ao grupo etário. Como se observa, a EQ-VAS está fortemente relacionada com a autoavaliação da saúde, e os resultados das análises entre o pré e o pós-teste mostram uma melhoria na perceção do estado de saúde.

Tabela 15. Diferenças no VAS, entre o pré e o pós-teste

	Pré-teste	Pós-teste	Estatística de Teste
	Mediana (AIQ)	Mediana (AIQ)	
VAS	70.00 (20.00)	90.00 (15.00)	$Z = -6.25, p < 0.001$

AIQ- Amplitude interquartílica

Há diferenças significativas ($Z = -6.25, p < 0.001$), sendo que o VAS aumentou, da primeira para a segunda avaliação.

Tabela 16. Medidas descritivas relativas aos scores da EQ-5D-5L, Ditrovie e UCIQ-UI

	T1		T2	
	Média (DP)	Mediana (AIQ)	Média (DP)	Mediana (AIQ)
VAS	68.88 (14.29)	70.00 (20.00)	86.27 (10.11)	90.00 (15.00)
EQ-5D-5L	0.78 (0.16)	0.82 (0.18)	0.93 (0.08)	0.96 (0.09)
Ditrovie	26.13 (7.35)	27.50 (11.75)	14.93 (5.70)	13.00 (5.75)
UCIQ-UI	13.64 (2.58)	13.00 (3.00)	4.09 (3.19)	4.00 (4.00)

DP- Desvio padrão; AIQ- Amplitude interquartílica

A Tabela 16 apresenta as medidas descritivas relativas aos scores totais das medidas apresentadas, na primeira e segunda avaliação. Observa-se que a VAS e o score da EQ-5D-5L parecem ter aumentado, da primeira para a segunda avaliação, o que analisando corresponde a ganhos na qualidade de vida percebida, a um valor mais elevado corresponde um valor mais alto da qualidade de vida percebida pelo indivíduo.

Quando analisamos os valores relativos a Ditrovie e a UCIQ-UI apresentam uma diminuição de pontuações, sendo que a valores mais baixos nestes índices corresponde a uma percepção de melhor Qualidade de vida.

4. Discussão

Quando analisamos a influência desta condição do ponto de vista de limitação da independência pessoal, verificamos a influência negativa condicionando as decisões relativamente às saídas para fora de casa. Foi encontrada uma associação estatisticamente significativa entre a ocorrência de perdas de urina sem motivo e a percepção das participantes acerca do incômodo causado pelas perdas de urina fora de casa, (Teste de Fisher, $p = 0,020$). Observa-se que a maioria das participantes reportam ter perdas de urina sem motivo (50,0%) referem que o incômodo causado pelas perdas de urina fora de casa é bastante. Observamos os resultados da Tabela 3 em que a maioria das participantes referia que os problemas urinários interferiam quando estava fora de casa, quando faziam compras, quando transportavam objetos, interferiam no trabalho pela necessidade de interrupções; interferiam no descanso porque interrompiam o sono, acarretavam problemas de auto estima: por sensação de vergonha e medo de cheirar mal como podemos verificar através da análise de diferenças entre o pré e o pós-teste, nas pontuações obtidas pelas participantes em relação ao Ditrovie (através do teste de Wilcoxon) sendo que a uma maior interferência da perda de urina no dia-a-dia está associada com uma avaliação mais negativa da qualidade de vida

Analisando os resultados obtidos nas várias escalas de qualidade de vida aplicadas, verificou-se que o UCIQ-UI revelou diminuição do incómodo associado às perdas de urina; a Ditrovie demonstrou uma redução do impacto psicológico e funcional da IU no estado de saúde e qualidade de vida

Foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre o pré e pós-teste em todos os itens.

Observamos também que a maioria das participantes apresentou diferenças significativas relativamente à percepção de IU nas diferentes situações quer na dificuldade sentida por não conseguir chegar a tempo, como aquando de situações de tosse ou espirro, até mesmo quando já se encontra vestida não conseguir controlar as perdas urinárias. Podemos verificar que essas diferenças são estatisticamente significativas entre o pré e o pós-teste em todos os itens, nas proporções de participantes que referiram ter perdas de urina antes de conseguir ir à casa de banho ($p < 0.001$), quando tosse ou espirra ($p < 0.001$), quando está a dormir ($p < 0.001$), quando acabou de urinar e já esta vestido ($p < 0.001$) e sem motivo aparente ($p = 0.004$) verificados através da utilização dos testes de McNemar.

As diferenças encontradas relativamente ao item qualidade de vida também são do ponto de vista estatístico relevantes

A QV abrange vários conceitos em múltiplas dimensões, resultando das vivências individuais, da experiência física, bem-estar emocional e social e da percepção do estado de saúde individual (Lose et al., 1998). A IU afeta as mulheres em distintos âmbitos da QV: físico (mobilidade, exercício), emocional (depressão, ansiedade), social (relações pessoais, atividades de lazer), desempenho (trabalho), sono. A idade, cultura, objetivos e experiência individuais, saúde física e mental irão influenciar estas dimensões (Anders, 2000) as mulheres portuguesas tendem a ocultar a IU por vergonha por uma questão cultural, e a considerar estar associado a um decurso normal do processo de envelhecimento ou a considerar ser uma estado passageiro que, eventualmente, irá desaparecer espontaneamente (Moura, 2005). Muitas mulheres tentam controlar os episódios de incontinência, através do uso de proteções (pensos), ou adaptar as suas rotinas de vida (evitando as viagens e as atividades físicas) condicionando à proximidade de instalações sanitárias (Laycock et al., 2001; Simeonova, Milsom, Kullendorff, Molander, & Bengtsson, 1999). Em geral, a IU está associada a uma limitação da autonomia e da QV, acarretando problemas em vários aspetos quer de ordem social, ocupacional, domésticos, físicos e sexual (Moura, 2005). Diversos estudos demonstraram melhoras na percepção global do estado de saúde e da QV, o que reflete que estes programas que englobam de treino dos MPP, *Biofeedback* e EEF têm uma influência positiva no estado de saúde das mulheres com IU (Konstantinidou et al., 2007; Sung, Choiz, Backz, Hong, & Yoon, 2000).

Estes estudos aplicaram questionários específicos de QV na IU (*Lower Urinary Tract Symptoms, Incontinence Impact Questionnaire, Stress Incontinence Questionnaire, King's Health Questionnaire*), diferentes dos utilizados neste estudo, não sendo possível a

comparação com os resultados obtidos no presente. No presente estudo, o grupo melhorou a percepção da qualidade de vida em todos os domínios.

Os resultados obtidos permitem-nos afirmar que existem alterações significativas com impacto positivo no bem-estar físico e psicológico destas mulheres através da diminuição de dor e mal-estar associados a esta condição. Permite ainda observar uma maior autonomia nas tarefas do quotidiano quando condicionadas pelo fator procura/dependência casa de banho com um impacto positivo relativamente à QV dessas mulheres. Está de acordo com a bibliografia consultada, o que suporta os resultados obtidos através da utilização da Ditrovie 10, do UCIQ-UI e do EQ-5D-5L neste estudo (pela características de confiabilidade e consistência) permite ainda a análise com o objetivo primordial de comparar o valor relativo da intervenção da Fisioterapia na criação de melhores estados de saúde e qualidade de vida em mulheres com incontinência urinária, apoia a necessidade de que a intervenção do fisioterapeuta na área da Uro Ginecologia deverá ser mais holística e individualizada, comprometido em tratar as alterações de ordem quer físicas quer implicações sociais associadas a esta condição, permitindo resgatar a auto estima (para além das alterações) particularmente no âmbito da intervenção na Incontinência Urinária, assente numa prática baseada na evidência.

Face aos resultados obtidos, verificou-se que as hipóteses definidas foram confirmadas, indo, de encontro com a bibliografia em que foi baseado este protocolo.

Uma das limitações do estudo esteve relacionada com a escolaridade da amostra populacional. Apesar de os questionários serem autoaplicáveis, tiveram de ser lidos pelo entrevistador para 17% da amostra. Esse recurso é de uso comum para a inclusão dos pacientes com baixa ou nenhuma escolaridade (Ciconelli *et al*, 1999).

5. Conclusão

Este estudo permite concluir que o programa de Fisioterapia foi eficaz num grupo de 57 mulheres com IU, através da análise de resultados obtidos da aplicação da Ditrovie-10 e da UCIQ-UI, e que se obtiveram ganhos em saúde em todos os domínios analisados, como podemos concluir através da análise dos resultados obtidos pela EQ-5D-5L e através da análise relativamente ao Termómetro analógico (escala visual) a EQ-VAS. Os resultados das análises entre os dois momentos, o pré e o pós-teste, mostram uma melhoria na perceção do estado de saúde relativamente a um período de tratamento de 10 semanas. A pesquisa demonstrou a correlação entre os diferentes domínios destacando-se a influência nas atividades de vida diária, limitações de ordem social, e mostrando que a frequência miccional incomoda de forma significativa e interfere na qualidade de vida das mulheres que sofrem de IU.

Após a realização deste estudo e face ao objetivo nele proposto, pode concluir-se que a realização de um programa de Fisioterapia Uro ginecológica influencia favoravelmente a QV em Mulheres com IU, obtiveram-se diferenças estatisticamente significativas relativamente à QV entre M0 e M1 em todos os domínios. Com este estudo pode-se testemunhar os efeitos

benéficos de um programa de Fisioterapia adequado às necessidades das mulheres com IU; este protocolo mostrou-se eficaz na intervenção e tratamento desta condição. Afirma a pertinência da inclusão da Fisioterapia como intervenção de primeira linha, nos problemas associados à perda de continência, que influencia de forma considerável a autoestima e a qualidade de vida das mulheres, e que tantas vezes é negligenciado, por desconhecimento, por vergonha ou por falta de sensibilidade para esta problemática

Paralelamente a um domínio progressivo da manifestação da IU, os Fisioterapeutas devem estar mais sensíveis à criação de oportunidades de prevenir, não só as perturbações físicas inerentes a esta disfunção, mas também e sobretudo, as psicológicas e emocionais, que resultam da condição IU. Deste modo a evolução de um conceito de Saúde orientado para o bem-estar e baseado numa atenção muito especial sobre o comportamento das Mulheres com IU terá que implicar, nos próximos anos uma dedicação dos Fisioterapeutas à problemática da investigação desta área. E no contexto da IU das Mulheres, de modo a fazer prevalecer os conceitos de consciencialização para a Saúde e a fazer aceitar, pela comunidade, inequivocamente, a IU como uma condição possível de se tratar, no sentido da promoção de Saúde e conseqüentemente na promoção da QV.

O cálculo da utilidade produzido por tais programas é essencial para a realização de análises de custo-utilidade que possibilitem tomadas de decisão.

Referências Bibliográficas

- Abrams, P., Cardozo, L., Fall, M., Griffiths, D., Rosier, P., Ulmsten, U., ... Wein, A. (2002). The standardisation of terminology of lower urinary tract function: Report from the standardisation sub-committee of the International Continence Society. *Neurourology and Urodynamics*, 21(2), 167–178. <http://doi.org/10.1002/nau.10052>
- Abrams, P., Cardozo, L., Fall, M., Griffiths, D., Rosier, P., Ulmsten, U., ... Wein, A. (2003, March 1). The standardisation of terminology in lower urinary tract function: Report from the standardisation sub-committee of the International Continence Society. *Urology*. Wiley-Blackwell. [https://doi.org/10.1016/s0090-4295\(02\)02243-4](https://doi.org/10.1016/s0090-4295(02)02243-4)
- Abrams, P., Andersson, K., Birder, L., Brubaker, L., Cardozo, L.I., Chapple, C., Cottenden, A.M. et al. (2010). Fourth International Consultation on Incontinence Recommendations of the International Scientific Committee: Evaluation and treatment of urinary incontinence, pelvic organ prolapse, and fecal incontinence. *Neurourology and urodynamics*, 29 1, 213-40.
- Abreu, NS, Baracho, ES, Tirado, MGA, & Dias, RC. (2007). Qualidade de vida na perspectiva de idosas com incontinência urinária. *Brazilian Journal of Physical Therapy*, 11(6), 429-436. <https://dx.doi.org/10.1590/S1413-35552007000600003>.
- Adams, E. B. (2007). Urinary incontinence in women: the management of urinary incontinence in women. RCOG Press. Retrieved from www.cla.co.uk].
- Agur, W. , Housami, F. , Drake, M. & Abrams, P. (2009), Could the National Institute for Health and Clinical Excellence guidelines on urodynamics in urinary incontinence put some women at risk of a bad outcome from stress incontinence surgery?. *British Journal of Urology International*, 103: 635-639. doi:10.1111/j.1464-410X.2008.08121.x
- Anders, K. (2000, April 1). Coping strategies for women with urinary incontinence. Bailliere's Best Practice and Research in Clinical Obstetrics and Gynaecology. Baillière Tindall. <http://doi.org/10.1053/beog.1999.0078>
- Antunes, A. & Valente, I. (2016). Fisioterapia baseada em evidência. *Formaterapia (Ed.)*, (Curso Integrado de Fisioterapia na Saúde da Mulher), p.95.
- Avery, K., Donovan, J., Peters, T. J., Shaw, C., Gotoh, M., & Abrams, P. (2004). ICIQ: A brief and robust measure for evaluating the symptoms and impact of urinary incontinence. *Neurourology and Urodynamics*, 23(4), 322–330. <http://doi.org/10.1002/nau.20041>
- Bank, T. W., Barros, R. P. De, Blundell, R., Bowles, S., Carneiro, P., Das, J., ... Published, W. (2007). Inequality of Opportunity in Brazil. The World Bank, (4), 585–618. Retrieved from <http://siteresources.worldbank.org/INTDECINEQ/Resources/InequalityBrazil.pdf>
- Barros, C. P., Gomes De Menezes, A., Peypoch, N., Solonandrasana, B., & Vieira, J. C. (2008). An

- analysis of hospital efficiency and productivity growth using the Luenberger indicator. *Health Care Management Science*, 11(4), 373–381. <http://doi.org/10.1007/s10729-007-9043-6>
- Berghmans, L. C., Bernards, A. T., Bluysen, A. M., Gruppings-Morel, M. H., Hendriks, H. J., de Jong-van Lerland, M. J., & Raadgers, M. C. (2003). *Clinical practice guidelines for the physical therapy in patients with stress urinary incontinence*, 2, pp. 1-33, Royal Dutch Society for Physical Therapy (KNGF).
- Berman, E. M. & Rabin, J. (2007). *Encyclopedia of Public Administration and Public Policy*, Second Edition (Print Version). Taylor & Francis. <http://doi.org/10.1201/NOE1420052756>
- Bernards, A. T., Berghmans, B. C., Slieker-ten Hove, M. C. P., Staal, J. B., de Bie, R. A., & Hendriks, E. J. (2014). Dutch guidelines for physiotherapy in patients with stress urinary incontinence: an update. *International Urogynecology Journal*, 25(2), 171- 179.
- Bø, K. (2004). Pelvic floor muscle training is effective in treatment of female stress urinary incontinence, but how does it work? *International Urogynecology Journal*, 15(2), 76–84. <http://doi.org/10.1007/s00192-004-1125-0>
- Bø, K., Bergmans, B., Morkved, S., & Van Kampen, M. (2007). *Evidence based physical therapy for the pelvic floor: Bridging science and clinical practice*. Edinburgh: Harrison
- Bo, K., Berghmans, B., Morkved, S. (2007). *Evidence - Based Physical Therapy for the Pelvic Floor Bridging Science and Clinical Practice*. Churchill Livingstone. Retrieved from https://books.google.pt/books?hl=pt-PT&lr=&id=kY4WfRmXzYMC&oi=fnd&pg=PA1&dq=bo+k.+overview+of+physical+therapy+for+pelvic+floor+dysfunction&ots=Dd8_R2N-Pw&sig=32i-MkZslaGZrQKWAAsu1GU7Da9A&redir_esc=y#v=onepage&q=bo k. overview of physical therapy for pelvi
- Bo, K., Berghmans, B., Morkved, S., (2014). *Evidence - Based Physical Therapy for the Pelvic Floor Bridging Science and Clinical Practice*. Retrieved from https://books.google.pt/books?hl=pt-PT&lr=&id=yd_TBQAAQBAJ&oi=fnd&pg=PP1&dq=bo+k.+evidence-based+physical+therapy+for+pelvic+floor+2014&ots=QVyHdhZeEY&sig=JFRFGP7Rngg5DEPUMDZZx6CGIU&redir_esc=y#v=onepage&q=bo k. evidence-based physical therapy for pelvic
- Borello-France, D., & Burgio, K. L. (2004). Nonsurgical treatment of urinary incontinence. *Clinical Obstetrics and Gynecology*, 47(1), 70–82.
- Bourcier, A. P. (1994). Physical therapy for female pelvic floor disorders. *Current Opinion in Obstetrics & Gynecology*, 6(4), 331–5. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7742496>
- Bump, R. C., Hurt, W. G., Fantl, J. A., & Wyman, J. F. (1991). Assessment of Kegel pelvic muscle exercise performance after brief verbal instruction. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 165(2), 322-329.

- Caetano, A. S., Tavares, M. C. & Lopes, M. (2004). Proposta de atividades físicas para mulheres com incontinência urinária de esforço. *Lecturas Educ Física Deportes*, 76.
- Caetano, A. S., Tavares, M. & Lopes, M. (2007, August). Incontinência urinária e a prática de atividades físicas. *Revista Brasileira de Medicina Do Esporte*. <http://doi.org/10.1590/S1517-86922007000400012>
- Campolina, A. G., & Ciconelli, R. M. (2006). Qualidade de vida e medidas de utilidade : parâmetros clínicos para as tomadas de decisão em saúde. *Rev Panam Salud Publica*, 19(2), 128–136. <http://doi.org/10.1590/S1020-49892006000200013>
- Campolina, A. G. & Ciconelli, R. M. (2008). O SF-36 e o desenvolvimento de novas medidas de avaliação de qualidade de vida. *Acta Reumatológica Portuguesa*, 33(2).
- Cammu, H., Van Nylen M. (1995), Pelvic floor muscle exercises: 5 Years later, *Urology*, 45 (1) , pp. 113-117.
- Carrière, B., Feldt, C. M. (2006). *The pelvic floor*, Thieme, pp. 81-97.
- Cestari, C. E., Cestari, T. H., & da Silva, A. S. (2017). Eletroestimulação no tratamento da incontinência urinária de esforço feminina. *Revista Ciência e Estudos Acadêmicos de Medicina*, pp 93-101.
- Ciconelli, R. M., Ferraz, M. B., Santos, W., Meinão, I., Quaresma, M. R. (1999). Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36. *Rev. Bras. Reumatol*, 39(3), 143–50. Retrieved from <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=296502&indexSearch=ID>
- Da Roza, T., De Araujo, M. P., Viana, R., Viana, S., Jorge, R. N., Bø, K., & Mascarenhas, T. (2012). Pelvic floor muscle training to improve urinary incontinence in young, nulliparous sport students: A pilot study. *International Urogynecology Journal*, 23(8), 1069–1073. <http://doi.org/10.1007/s00192-012-1759-2>
- Danforth, K. N., Townsend, M. K., Lifford, K., Curhan, G. C., Resnick, N. M., & Grodstein, F. (2006). Risk factors for urinary incontinence among middle-aged women. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 194(2), 339–45. <http://doi.org/10.1016/j.ajog.2005.07.051>
- Di Cagno, A., Baldari, C., Battaglia, C., Brasili, P., Merni, F., Piazza, M., ... Guidetti, L. (2008). Leaping ability and body composition in rhythmic gymnasts for talent identification. *Journal of Sports Medicine and Physical Fitness*, 48(3), 341–346. <http://doi.org/10.1002/14651858.CD005654>.
- Drummond, M., Sculpher, M. J., Torrance, G. W., O'Brien, B. J., Stoddart, G. L. (2002). *Methods for the Economic Evaluation of Health Care Programmes*. Oxford University Press. Retrieved from

https://books.google.pt/books/about/Methods_for_the_Economic_Evaluation_of_H.html?id=xyPLJliEn7cC&redir_esc=y

- DuBeau, C. E., & Brubaker, L. (2007). Epidemiology, risk factors, and pathogenesis of urinary incontinence. *UpToDate*, 14(14), 1-8..
- DuBeau, C. E. (2014). Treatment and prevention of urinary incontinence in women.
- Dumoulin, C., & Hay-Smith, J. (2008). Pelvic floor muscle training versus no treatment for urinary incontinence in women. A Cochrane systematic review. *European Journal of Physical and Rehabilitation Medicine*, 44(1), 47–63. <http://doi.org/10.1002/14651858.CD005654>.
- Figueiredo, E. M., Lara, J. O., Cruz, M. C., Quintão, D. M. G., & Monteiro, M. V. C. (2008). Sociodemographic and clinical profile of female users of public urogynecological physical therapy services. *Brazilian Journal of Physical Therapy*, 12(2), 136-142.
- European Association of Urology. (2017). Guidelines 2017 edition. European Association of Urology
- Feeny, D., et al (2002). Multiattribute and single-attribute utility functions for the health utilities index mark 3 system. *Medical Care*, 40(2), 113–128.
- Feldner, P. C. J., Sartori, M. G. F., Lima, G. R. de, Baracat, E. C., & Girão, M. J. B. C. (2006). Diagnostico clínico e subsidiário da incontinência urinária. *Revista Bras. Ginecol. Obstet.*, 28(1), 54–62. <http://doi.org/10.1590/S0100-72032006000100010>
- Fernandes, S., Coutinho, E. C., Duarte, J. C., Nelas, P. A. B., Chaves, C. M. C. B., & Amaral, O. (2015). Qualidade de vida em mulheres com Incontinência Urinária. *Revista de Enfermagem Referência*, (5), 93-99.
- Ferreira, L. N., Brito, U., & Ferreira, P. L. (2010). Quality of life in asthma patients. *Qualidade de Vida Em Doentes Com Asma*, 16(1), 23–55. [http://doi.org/10.1016/S2173-5115\(10\)70017-8](http://doi.org/10.1016/S2173-5115(10)70017-8)
- Ferreira, L. N., Ferreira, P. L., Pereira, L. N., & Oppe, M. (2014). EQ-5D Portuguese population norms. *Quality of Life Research*, 23(2), 425–430. <http://doi.org/10.1007/s11136-013-0488-4>
- Ferreira, P. H., Ferreira, M. L., Maher, C. G., Herbert, R. D., & Refshauge, K. (2006, January 1). Specific stabilisation exercise for spinal and pelvic pain: A systematic review. *Australian Journal of Physiotherapy*. Elsevier. [http://doi.org/10.1016/S0004-9514\(06\)70043-5](http://doi.org/10.1016/S0004-9514(06)70043-5)
- Ferreira, P. L., & Ferreira, L. de N. (2006). A medição de preferências em saúde na população portuguesa. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, (2), 5–14.
- Fife-Schaw, C. (2006). Levels of measurement. *Research Methods in Psychology*, 3, 50–63.
- Figueiredo, E. M., Lara, J. O., Cruz, M. C., Quintão, D. M. G., & Monteiro, M. V. C. (2008). Perfil sociodemográfico e clínico de usuárias de serviço de Fisioterapia uroginecológica da rede pública. *Rev bras fisioter*, 12(2), 136-42

- Flesh, G. (2012). Urodynamic evaluation of women with incontinence. UpToDate, Waltham, MA. Accessed, 8(29), 18.
- Fozzatti, C., Riccetto, C., Herrmann, V., Brancalion, M. F., Raimondi, M., Nascif, C. H., ... Palma, P. P. (2012). Prevalence study of stress urinary incontinence in women who perform high-impact exercises. *International Urogynecology Journal*, 23(12), 1687–1691. <http://doi.org/10.1007/s00192-012-1786-z>
- Feijóo García, M. (2015). Eficacia de la Fisioterapia en la Incontinencia Urinaria en el Periodo Posparto.
- Franks, P., Lubetkin, E. I., Gold, M. R., & Tancredi, D. J. (2003). Mapping the SF-12 to preference-based instruments: Convergent validity in a low-income, minority population. *Medical Care*, 41(11), 1277–1283. <http://doi.org/10.1097/01.MLR.0000093480.58308.D8>
- Gil, K.M., Somerville, A.M., Cichowski, S. et al. *Health Qual Life Outcomes* (2009) 7: 8. <https://doi.org/10.1186/1477-7525-7-8>
- Goldani, M. Z., Barbieri, M. A., Silva, A. A. M., & Bettiol, H. (2004). Trends in prenatal care use and low birthweight in southeast Brazil. *American Journal of Public Health*, 94(8), 1366–71. <http://doi.org/10.2105/AJPH.94.8.1366>
- Gonçalves, M., Almeida, L. S., Machado, C., & Simões, M. R. (2006). O inventário de estado-traço de ansiedade [Stait-Trait Anxiety inventory]. *Avaliação Psicológica-Instrumentos Validados Para a População Portuguesa*, 45–63.
- Grosse, D., & Sengler, J. (2001). *Reeducacion Del Perine Fisioterapia en Las Incontinencias Urinarias*. Elsevier España.
- Guarisi, T., Pinto-Neto, A. M., Osis, M. J., Pedro, A. O., Costa-Paiva, L. H. S., & Faúndes, A. (2001). Procura de serviço médico por mulheres com incontinência urinária. *RBGO*, 23(7), 439-43.
- Guyton, A. C., & Hall, J. E. (1998). *Textbook of Medical physiology*. Noida.
- Haddad, J. M., Ribeiro, R. M., & Carvalho, F. M. (1999). Avaliação clínica de mulheres com incontinência urinária de esforço tratadas com cone vaginal. Departamento de Ginecologia Universidade de São Paulo USP.
- Haddad, M., Besson, R., Aubert, D., Ravasse, P., Lemelle, J., El Ghoneimi, A., ... & Guys, J. M. (2010). Sacral neuromodulation in children with urinary and fecal incontinence: a multicenter, open label, randomized, crossover study. *The Journal of urology*, 184(2), 696-701.
- Hatten, A. L., Gatchel, R. J., Polatin, P. B., & Stowell, A. W. (2006). A cost-utility analysis of chronic spinal pain treatment outcomes: Converting SF-36 data into quality-adjusted life years. *Clinical Journal of Pain*, 22(8), 700–711. <http://doi.org/10.1097/01.ajp.0000210934.66063.22>
- Haylen, B. T. (2010). Bladder Urogynaecology Prolapse. *Neurourology & Urodynamics*, 29, 4–20.

- Herdman, M., Gudex, C., Lloyd, A., Janssen, M., Kind, P., Parkin, D., Badia, X. (2011). Development and preliminary testing of the new five-level version of EQ-5D (EQ-5D-5L). *Quality of Life Research*, 20(10), 1727–1736. <http://doi.org/10.1007/s11136-011-9903-x>
- Higa, R., & Lopes, M. H. B. D. M. (2007). Porque profissionais de enfermagem com incontinência urinária não buscam tratamento. *Revista Brasileira de Enfermagem*
- Honório, G. J., Parucker, N. B., Virtuoso, J. F., Kruger, A. P., Tonon, S. C., Ferreira, R. (2009). Análise da QV em mulheres com incontinência urinária antes e após tratamento fisioterapêutico. *LILACS*, 38(4).
- Keyock, K. L., & Newman, D. K. (2011). Understanding stress urinary incontinence. *The nurse practitioner*, 36(10), 24-36.
- Ko, Y., Lin, S.-J., Salmon, J. W., & Bron, M. S. (2005). The impact of urinary incontinence on quality of life of the elderly. *The American Journal of Managed Care*, 11(4 Suppl), S103-11. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16161383>
- Konstantinidou, E., Apostolidis, A., Kondelidis, N., Tsimtsiou, Z., Hatzichristou, D., & Ioannides, E. (2007). Short-term efficacy of group pelvic floor training under intensive supervision versus unsupervised home training for female stress urinary incontinence: A randomized pilot study. *Neurourology and Urodynamics*, 26(4), 486–491. <http://doi.org/10.1002/nau.20380>
- Landefeld, C. S., Bowers, B. J., Feld, A. D., Hartmann, K. E., Hoffman, E., Ingber, M. J., ... & Pignone, M. (2008). National Institutes of Health state-of-the-science conference statement: prevention of fecal and urinary incontinence in adults. *Annals of Internal Medicine*, 148(6), 449-458.
- Laycock, J., Standley, A., Crothers, E., Naylor, D., Frank, M., Garside, S., ... & Pearson, A. (2001). Clinical guidelines for the physiotherapy management of females aged 16-65 with stress urinary incontinence. Chartered Society of Physiotherapy, London.
- Lemos, P., Pinto, A., Morais, G., Pereira, J., Loureiro, R., Teixeira, S., & Nunes, C. S. (2009). Patient satisfaction following day surgery. *Journal of Clinical Anesthesia*, 21(3), 200–205. <http://doi.org/10.1016/j.jclinane.2008.08.016>
- Lin, C.-W. C., Haas, M., Maher, C. G., Machado, L. A. C., & van Tulder, M. W. (2011). Cost-effectiveness of guideline-endorsed treatments for low back pain: a systematic review. *European Spine Journal*, 20(7), 1024–1038. <http://doi.org/10.1007/s00586-010-1676-3>
- Lose, G., Fantl, J. A., Victor, A., Walter, S., Wells, T. L., Wyman, J., & Mattiasson, A. (1998). Outcome measures for research in adult women with symptoms of lower urinary tract dysfunction. *Neurourology and Urodynamics*, 17(3), 255–262. [http://doi.org/10.1002/\(SICI\)1520-6777\(1998\)17:3<255::AID-NAU10>3.0.CO;2-J](http://doi.org/10.1002/(SICI)1520-6777(1998)17:3<255::AID-NAU10>3.0.CO;2-J)
- Lourenço, Ó., & Silva, V. (2008). Avaliação económica de programas de saúde - Essencial sobre

- conceitos, metodologia, dificuldades e oportunidades. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, 24(6), 729–52. <http://doi.org/10.32385/RPMGF.V24I6.10572>
- Marquis, P., Amarenco, G., Sapède, C., Josserand, F., McCarthy, C., Zerbib, M., ... Zafiroopoulos, M. (1997). Elaboration and validation of a specific quality of life questionnaire for urination urgency in women. *Progres En Urologie : Journal de l'Association Francaise d'urologie et de La Societe Francaise d'urologie*, 7(1), 56–63. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9116740>
- Martins, P., Peña, E., Jorge, N. R. M., Santos, A., Santos, L., Mascarenhas, T., & Calvo, B. (2012). Mechanical characterization and constitutive modelling of the damage process in rectus sheath. *Journal of the Mechanical Behavior of Biomedical Materials*, 8, 111–122. <http://doi.org/10.1016/j.jmbbm.2011.12.005>
- Moreno, A. L., & Mitrano, P. R. E. S. C. I. L. I. A. N. A. (2004). Avaliação funcional. Moreno AL. *Fisioterapia em uroginecologia*. 1ª ed. São Paulo: Manole, 107-12.
- Mørkved, S., Salvesen, K. Å., Bø, K., & Eik-Nes, S. (2004). Pelvic floor muscle strength and thickness in continent and incontinent nulliparous pregnant women. *International Urogynecology Journal*, 15(6), 384–390. <http://doi.org/10.1007/s00192-004-1194-0>
- Moura, B. G. (2005). Incontinência urinária feminina. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, 21(1), 11–20. <http://doi.org/10.32385/RPMGF.V21I1.10106>
- Nita, M. E., Secoli, S. R., Nobre, M., & Ono-Nita, S. K. (2009, December). Métodos de pesquisa em avaliação de tecnologia em saúde. *Arquivos de Gastroenterologia*. IBEPEGE, CBCD e SBMD, FBG, SBH, SOBED. <http://doi.org/10.1590/S0004-28032009000400002>
- Norris, J. P., Breslin, D. S., & Staskin, D. R. (1996). Use of synthetic material in sling surgery: a minimally invasive approach. *Journal of Endourology*, 10(3), 227–230.
- Nunes, B. (2008). *Envelhecer com Saúde: Guia para melhorar a sua saúde física e psíquica*. Lousã. Lidel.
- Nunes Tamanini, J. T., Dambros, M., D'Ancona, C. A. L., Rodrigues Palma, P. C., & Rodrigues Netto, N. (2004). Validação para o português do “International Consultation on Incontinence Questionnaire - Short Form” (ICIQ-SF). *Revista de Saude Publica*, 38(3), 438–444. <http://doi.org/10.1590/S0034-89102004000300015>
- Nunes, V., Neilson, J., O'flynn, N., Calvert, N., Kuntze, S., Smithson, H., ... & Crome, P. (2009). Medicines adherence: Involving patients in decisions about prescribed medicines and supporting adherence.
- Oliveri, M., Caltagirone, C., Loriga, R., Pompa, M. N., Versace, V., & Souchard, P. (2012). Fast increase of motor cortical inhibition following postural changes in healthy subjects. *Neuroscience Letters*, 530(1), 7–11. <http://doi.org/10.1016/j.neulet.2012.09.031>

- Pacheco, C. (2003). Adaptação e validação cultural e linguística da escala de "Ditrovie". Monografia final do, 4.
- Papanicolaou, S., Hunskaar, S., Lose, G., & Sykes, D. (2005). Assessment of bothersomeness and impact on quality of life of urinary incontinence in women in France, Germany, Spain and the UK. *BJU International*, 96(6), 831–838. <http://doi.org/10.1111/j.1464-410X.2005.05722.x>
- Perucchini, D., & DeLancey, J. O. (2008). Functional anatomy of the pelvic floor and lower urinary tract. In *Pelvic Floor Re-education* (pp. 3-21). Springer, London.
- Pinho, M. M., & Veiga, P. A. C. V. (2009). Avaliação de custo-utilidade como mecanismo de alocação de recursos em saúde: revisão do debate. *Cadernos de Saúde Pública*, 25(2), 239–250. <http://doi.org/10.1590/S0102-311X2009000200002>
- Price, N., Dawood, R., & Jackson, S. R. (2010, December). Pelvic floor exercise for urinary incontinence: A systematic literature review. *Maturitas*. <http://doi.org/10.1016/j.maturitas.2010.08.004>
- Rett, M. T., Simões, J. A., Herrmann, V., Gurgel, M. S. C., & Morais, S. S. (2007). Qualidade de vida em mulheres após tratamento da incontinência urinária de esforço com Fisioterapia. *Revista Brasileira de ginecologia e obstetrícia*.
- Ribau, L., & Rosario, J. (2001). Avaliação económica e funcional dos cuidados de saúde : Medicina Física e de Reabilitação, 9(2), 13–22. Retrieved from <https://www.repository.utl.pt/handle/10400.5/551>
- Ribeiro, J. P., & Raimundo, A. (2005). Estudo de adaptação do questionário de satisfação com o relacionamento sexual (QSRS) em mulheres com incontinência urinária. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 6(2), 191-202.
- Mota, A. R. A., Ferreira, M., & Santos, P. C. (2012). A Influência de um Programa de Reeducação Uroginecológica na Incontinência Urinária de Esforço. *ifisionline*, 2(2), 7-15.
- Rivalta, M., Sighinolfi, M. C., Micali, S., De Stefani, S., & Bianchi, G. (2010). Sexual function and quality of life in women with urinary incontinence treated by a complete pelvic floor rehabilitation program (Biofeedback, Functional Electrical Stimulation, Pelvic Floor Muscles Exercises, and Vaginal Cones). *Journal of Sexual Medicine*, 7(3), 1200–1208. <http://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2009.01676.x>
- Rodrigues, A. M. (2013). Estágio Clínico em Saúde da Mulher Estágio Clínico em Saúde da Mulher Relatório Sobre Disfunções do Pavimento Pélvico. Escola Superior de Saúde Do Alcoitão.
- Rodrigues, B. (2008). Abordagem fisioterapêutica na incontinência urinária de esforço na mulher idosa. *Rev. da Universidade Veiga de Almeida*.
- Roza, T. H. D. (2011). Prevalência da incontinência urinária feminina e proposta de um protocolo de

reabilitação funcional dos músculos do pavimento pélvico para mulheres atletas.

Sampselle, C. M., Harlow, S. D., Skurnick, J., Brubaker, L., & Bondarenko, I. (2002). Urinary incontinence predictors and life impact in ethnically diverse perimenopausal women. *Obstetrics and Gynecology*, 100(6), 1230–1238. [http://doi.org/10.1016/S0029-7844\(02\)02241-X](http://doi.org/10.1016/S0029-7844(02)02241-X)

Despacho conjunto nº 168/MS/17. D.R. I Série. Nº 28 (17-08-31).

Schüssler B, L. J. (2000). *Pelvic floor re-education*, 3ª ed. Springer-Verlag.

Schröder, A., Abrams, P., Andersson, K.-E., Artibani, W., Chapple, C.R., Thuroff, J. (2009). Orientações sobre incontinência urinária. From Associação Portuguesa de Urologia: <http://www.apurologia.pt/guidelines/Incont-Urinaria.pdf>

Seckiner, I., Yesilli, C., Mungan, N. A., Aykanat, A., & Akduman, B. (2007). Correlations between the ICIQ-SF score and urodynamic findings. *Neurourology and Urodynamics*, 26(4), 492–494. <http://doi.org/10.1002/nau.20389>

Sievert, K. D., Amend, B., Toomey, P. A., Robinson, D., Milsom, I., Koelbl, H., ... Newman, D. K. (2012, March 1). Can we prevent incontinence?: ICI-RS 2011. *Neurourology and Urodynamics*. Wiley-Blackwell. <http://doi.org/10.1002/nau.22225>

Silva Filho, A. L., da Fonseca, A. M. R. M., Camillato, E. S., & de Oliveira Cangussu, R. (2013). Análise dos recursos para reabilitação da musculatura do assoalho pélvico em mulheres com prolapso e incontinência urinária. *Fisioterapia e Pesquisa*, 20(1), 90-96.

Silva, V. R. (2015). Comportamento dos músculos do assoalho pélvico e transversos do abdômen/oblíquo interno frente a dois programas de treinamento abdomino pélvico em mulheres jovens nulíparas, continentes: estudo controlado, randomizado.

Simeonova, Z., Milsom, I., Kullendorff, A.-M., Molander, U., & Bengtsson, C. (1999). The prevalence of urinary incontinence and its influence on the quality of life in women from an urban Swedish population. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 78(6), 546–551. <http://doi.org/10.1080/j.1600-0412.1999.780613.x>

Skilling, P. M., & Petros, P. (2004). Synergistic non-surgical management of pelvic floor dysfunction: second report. *International Urogynecology Journal*, 15(2), 106-110.

Sung, M. S., Choiz, Y. H., Backz, S. H., Hong, J. Y., & Yoon, H. (2000). The Effect of Pelvic Floor Muscle Exercises on Genuine Stress Incontinence among Korean Women. *Yonsei Medical Journal*, 41(2), 237-251.

Swinkels, I. C. S., Van den Ende, C. H. M., De Bakker, D., Van der Wees, P. J., Hart, D. L., Deutscher, D., ... & Dekker, J. (2007). Clinical databases in physical therapy. *Physiotherapy Theory and Practice*, 23(3), 153-167.

Syan, R., & Brucker, B. M. (2016). Guideline of guidelines: urinary incontinence. *BJU*

international, 117(1), 20-33

- Teleman, P. M., Gunnarsson, M., Lidfeldt, J., Nerbrand, C., Samsioe, G., & Mattiasson, A. (2003). Urethral pressure changes in response to squeeze: a population-based study in healthy and incontinent 53- to 63-year-old women. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 189(4), 1100–1105. [http://doi.org/10.1067/S0002-9378\(03\)00539-8](http://doi.org/10.1067/S0002-9378(03)00539-8)
- Murillo, J. A., Robles, J. E., & Walker, C. (2006). Anatomia. Walker C. Fisioterapia en obstetricia y uroginecología. Barcelona: Masson, 1-46.
- Wei, J., Raz, S., & Young, G. P. H. (1999). Fisiopatologia da incontinência urinária de esforço. Rubinstein I, organizador. *Urologia Feminina*. São Paulo (SP): BYK, 167-78.
- Weiss, J. P., Blaivas, J. G., Blanker, M. H., Bliwise, D. L., Dmochowski, R. R., Drake, M., ... Wein, A. J. (2013). The New England Research Institutes, Inc. (NERI) Nocturia Advisory Conference 2012: focus on outcomes of therapy. *BJU International*, 111(5), 700–716. <http://doi.org/10.1111/j.1464-410X.2012.11749.x>
- Wilson, L., Brown, J. S., Shin, G. P., Luc, K. O., & Subak, L. L. (2001). Annual direct cost of urinary incontinence. *Obstetrics and Gynecology*, 98(3), 398–406. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11530119>
- Whelan, M. (2018). Pelvic Floor Manual Therapy, Pelvic Physiotherapy, in <https://pelvicphysiotherapy.com/manual-therapy/>; consultado a 13/12/2018, às 21h30.
- Whelan, M. (2018). Pelvic Floor Release, Pelvic Physiotherapy, in <https://pelvicphysiotherapy.com/pelvic-floor-release/>; consultado a 13/12/2018, às 22h00.
- Viana, R., Viana, S., Andrade, R., Festas, C., & Neto, F. (2014). Fisioterapia na autoestima de mulheres com incontinência urinária: estudo longitudinal. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 15(1), 169-178

Anexos

Exma. Senhora
Manuela Conceição Ferreira Martinho

SUA REFERÊNCIA	SUA COMUNICAÇÃO DE-	NOSSA REFERÊNCIA	DATA
	14-06-2018	Nº: 148/2018 PROC. Nº:	17-07-2018

ASSUNTO: Estudo Investigação

Acusamos a recepção do seu pedido para realização de Investigação Científica subordinada ao tema "Ganhos em Saúde de um Programa de Fisioterapia em Mulheres com Incontinência Urinária".

Agradecemos a preferência pela nossa instituição.

A Comissão Ética de Saúde não tem objecção ética à realização do referido projecto no CHTS, nas condições referidas no mesmo.

Em reunião do Conselho de Administração foi deliberada a autorização, nos termos do parecer da Comissão de Ética.

No final da realização da investigação deverá entregar, no Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, no Serviço de Formação, o **relatório final**, sendo este de carácter obrigatório.

Estaremos ao dispor para qualquer informação ou esclarecimento que entenda solicitar.

Com os melhores cumprimentos,

O Presidente do Conselho de Administração,



(Carlos Alberto)

CONSENTIMENTO INFORMADO

Eu, _____ declaro que aceito participar no estudo que tem por objectivo identificar a relação entre um programa de fisioterapia em mulheres com incontinência urinária e os ganhos em saúde. O investigador explicou -me de forma clara e satisfatória a finalidade da investigação. Foram-me explicados todos os princípios e procedimentos e compreendi-os na totalidade.

Compreendo igualmente que a participação no estudo não acarreta qualquer tipo de vantagens e/ou desvantagens potenciais, nem tem qualquer interferência com o meu tratamento. Fui informado(a) que tenho o direito a recusar participar e que a minha recusa em fazê-lo não terá consequências para mim. Compreendo que tenho o direito de colocar agora e durante o desenvolvimento do estudo, qualquer questão relacionada com o mesmo. Compreendo que sou livre de, a qualquer momento, abandonar o estudo sem ter de fornecer qualquer explicação.

Compreendo que toda a informação fornecida será mantida confidencial. Sei que posso abandonar o estudo em qualquer momento, sem necessitar de dar nenhuma justificação.

Mais uma vez, muito obrigado!

Nome :

Data: ___ / ___ / 2014 **Assinatura do sujeito** _____

Confirmando que expliquei a natureza do estudo ao sujeito acima mencionado e que ele compreendeu o que estava envolvido.

Nome dos Investigadores:

Data: _____ **Assinatura do Investigador:** _____

ESCALA DITROVIE

Problemas urinários e qualidade de vida

Durante as últimas quatro semanas, os seus problemas urinários ... (marque apenas um quadrado em cada linha)					
	Nada	Um pouco	Moderada	Bastante	Imenso
1 incomodaram-na quando estava fora de casa?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
2 incomodaram-na quando fazia compras?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
3 incomodaram-na quando transportou qualquer coisa pesada?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
4 obrigaram-na a interromper frequentemente o seu trabalho ou as suas actividades quotidianas?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

Durante as últimas quatro semanas, por causa dos seus problemas urinários, com que frequência ... (marque apenas um quadrado em cada linha)					
	Nunca	Raramente	De vez em quando	Frequentemente	Sempre
5 teve sensação de vergonha, de degradação?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
6 teve medo de “cheirar mal”?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
7 perdeu a paciência?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
8 teve medo de sair de casa?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
9 foi obrigada a levantar-se várias vezes a meio da noite?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

10. Tendo em conta os seus problemas urinários, como classifica actualmente a sua Qualidade de Vida?
(Faça um círculo à volta da resposta que escolheu)

1	2	3	4	5
Excelente				Má

QUESTIONÁRIO INTERNACIONAL SOBRE A INCONTINÊNCIA URINÁRIA

UCIQ-UI VERSÃO BREVE

Data de hoje

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
DIA	MÊS	ANO

Muitas pessoas têm, por vezes, perdas de urina.

Agradeceríamos se pudesse responder às perguntas abaixo, pensando como se tem sentido, em média, nas ÚLTIMAS QUATRO SEMANAS.

1. Escreva por favor a sua data de nascimento:

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
DIA	MÊS	ANO

2. Você é (marque um quadrado):

Mulher Homem

3. Com que frequência tem perda de urina? (Marque um quadrado)

nunca	<input type="checkbox"/>	0
mais ou menos uma vez por semana ou menos	<input type="checkbox"/>	1
duas ou três vezes por semana	<input type="checkbox"/>	2
mais ou menos uma vez por dia	<input type="checkbox"/>	3
várias vezes por dia	<input type="checkbox"/>	4
permanentemente	<input type="checkbox"/>	5

4. Gostaríamos de saber qual é a quantidade de urina que pensa que perde. Qual é a quantidade que perde habitualmente (quer use ou não use proteção)? (Marque um quadrado)

nenhuma	<input type="checkbox"/>	0
uma pequena quantidade	<input type="checkbox"/>	2
quantidade moderada	<input type="checkbox"/>	4
muita quantidade	<input type="checkbox"/>	6

5. De uma forma geral, até que ponto a perda de urina interfere no seu dia-a-dia?

Por favor faça um círculo à volta de um número entre 0 (nada) e 10 (muitíssimo)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
absolutamente nada										muitíssimo

6. Em que situações tem perda de urina? (Por favor marque tudo o que se aplica a si) nunca

– não tem perdas de urina	<input type="checkbox"/>
tem perda antes de conseguir chegar à casa de	<input type="checkbox"/>
banho tem perda quando tosse ou espirra tem perda	<input type="checkbox"/>
quando está a dormir	<input type="checkbox"/>
tem perda quando está a praticar atividade física/a fazer exercício	<input type="checkbox"/>
tem perda quando acabou de urinar e já está vestido/a	<input type="checkbox"/>
tem perda sem motivo aparente	<input type="checkbox"/>
tem perda permanentemente	<input type="checkbox"/>

Muito obrigado por ter respondido a estas perguntas

<p>Para cada um dos tópicos abaixo, marque apenas UMA alternativa que melhor descreve sua saúde HOJE</p> <p>MOBILIDADE</p> <p>Não tenho problemas para caminhar <input type="checkbox"/></p> <p>Tenho algum problema para caminhar <input type="checkbox"/></p> <p>Tenho problemas moderados para caminhar <input type="checkbox"/></p> <p>Tenho problemas graves para caminhar <input type="checkbox"/></p> <p>Tenho problemas extremos para caminhar <input type="checkbox"/></p> <p>CUIDADOS PESSOAIS</p> <p>Não tenho problemas para me vestir ou tomar banho <input type="checkbox"/></p> <p>Tenho algum problema para me vestir ou tomar banho <input type="checkbox"/></p> <p>Tenho problemas moderados para me vestir ou tomar banho <input type="checkbox"/></p> <p>Tenho problemas graves para me vestir ou tomar banho <input type="checkbox"/></p> <p>Tenho problemas extremos para me vestir ou tomar banho <input type="checkbox"/></p> <p>ATIVIDADES USUAIS (trabalho, estudo, atividades domiciliares, familiares, lazer)</p> <p>Não tenho problemas para realizar minhas atividades usuais <input type="checkbox"/></p> <p>Tenho algum problema para realizar minhas atividades usuais <input type="checkbox"/></p> <p>Tenho problemas moderados para realizar minhas atividades usuais <input type="checkbox"/></p> <p>Tenho problemas graves para realizar minhas atividades usuais <input type="checkbox"/></p> <p>Tenho problemas extremos para realizar minhas atividades usuais <input type="checkbox"/></p> <p>DOR/DESCONFORTO</p> <p>Não tenho dor ou desconforto <input type="checkbox"/></p> <p>Tenho algumas dores ou desconforto <input type="checkbox"/></p> <p>Tenho dores ou desconforto moderados <input type="checkbox"/></p> <p>Tenho dores ou desconforto graves <input type="checkbox"/></p> <p>Tenho dores ou desconforto extremos <input type="checkbox"/></p> <p>ANSIEDADE/DEPRESSÃO</p> <p>Não sou ansioso/deprimido <input type="checkbox"/></p> <p>Sou um pouco ansioso/deprimido <input type="checkbox"/></p> <p>Sou moderadamente ansioso/deprimido <input type="checkbox"/></p> <p>Sou muito ansioso/deprimido <input type="checkbox"/></p> <p>Sou extremamente ansioso/deprimido <input type="checkbox"/></p>	<p style="text-align: right;">A melhor saúde que você pode imaginar</p> <p>1. Nós gostaríamos de saber como está sua saúde HOJE.</p> <p>2. Esta escala está marcada de 0 a 100.</p> <p>3. 100 significa a melhor saúde que você pode imaginar.</p> <p>0 significa a pior saúde que você pode imaginar.</p> <p>4. Marque um X na escala para indicar como está sua saúde HOJE.</p> <p>5. Agora, por favor, anote o número que você marcou na escala na caixa abaixo.</p> <div style="text-align: center;"> <p>SUA SAÚDE HOJE = <input style="width: 50px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/></p> </div> <p style="text-align: right;">A pior saúde que você pode imaginar</p>
--	--

Figura 1 - Escore EuroQOL. À esquerda, sistema descritivo que define a qualidade de vida relativa à saúde em 5 dimensões (HR-QoL); à direita, escala visual na qual o paciente assinala a percepção de seu estado de saúde (Visual Analogue Scale – VAS).

DADOS PESSOAIS

1. **Idade** ____ anos
2. **Data de nascimento** ___/___/_____
3. **Sexo** Feminino ____
Masculino ____
5. **Profissão** _____
- 6.1. **Freguesia** _____
- 6.2. **Concelho** _____
- 6.3. **Distrito** _____
7. **Estado Civil:** Solteiro(a) ____
Casado(a) ____
União de facto ____
Separado(a) ____
Divorciado(a) ____
Viúvo(a) ____
8. **Filhos:** Sim ____
Não ____
- 8.1. **Nº de filhos:** ____
- 8.2. **Nº de gravidezes:** ____
9. **Antecedentes:** Diabetes ____
Hipertensão ____
Doença pulmonar ____ Qual: _____
Patologia Osteoarticular ____ Qual: _____
Patologia Cardiovascular ____ Qual: _____
Outras: _____
10. **Prática de Exercício Físico:** Sim ____
Não ____
Regularidade _____
4. **Escolaridade:**
Não sabe ler nem escrever ____
Sabe ler e/ou escrever ____
1º-4º anos ____
5º-6º anos ____
7º-9º anos ____
10º-12º anos ____
Estudos Universitários ____
Formação pós-graduada ____

OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO!