



ESCOLA SUPERIOR
DE SAÚDE DO ALCOITÃO

SANTA CASA da Misericórdia de Lisboa

Ana Judite Viola Andrade Santos

**Incontinência urinária em mulheres:
Referenciação das utentes num agrupamento de centros
de saúde de Lisboa**

**Projeto elaborado com vista à obtenção
do grau de Mestre em Fisioterapia,
Ramo de Especialidade em Saúde da Mulher**

Orientador: Professora Doutora Dália Maria dos Santos Nogueira

Júri:

Presidente: *Professora Doutora Maria Manuela Serra Carvalho Pereira Alves Ferreira*
Professora Coordenadora do Departamento de Terapia Ocupacional da Escola Superior de
Saúde do Alcoitão

Vogais: *Professor Doutor Carlos Manuel Matias Dias*
Professor Auxiliar Convidado da Escola Nacional de Saúde Pública

Professora Doutora Dália Maria dos Santos Nogueira
Professora Adjunta do Departamento de Terapia da Fala da Escola Superior de Saúde do
Alcoitão

Junho, 2013

Este artigo encontra-se escrito segundo as normas para submissão à
Revista Portuguesa de Clínica Geral (Anexo I).

Dados do autor responsável por toda a correspondência:

Ana Judite Santos

Tel. 933391400

anajudite.santos@gmail.com

Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE

Hospital Santa Maria – Serviço MFR

Av. Egas Moniz

1649-035 Lisboa

Incontinência urinária em mulheres:

Referenciação das utentes num agrupamento de centros de saúde da região de Lisboa

Resumo

O objetivo geral do estudo é caracterizar o tipo de referenciação feita pelos médicos de medicina geral e familiar (MGF) às mulheres com incontinência urinária (IU). Para concretizar o objetivo geral foi construído e validado, por pares, um questionário que teve em vista a obtenção das diferentes variáveis e sobre as quais foram definidos objetivos específicos.

Este estudo é do tipo transversal, não experimental, descritivo e correlacional, realizado em colaboração com as unidades do agrupamento de centros de saúde grande Lisboa I (ACES) – Lisboa Norte. A população é constituída por médicos especialistas em MGF. A amostra em estudo foi obtida por conveniência. Para a recolha de informação utilizou-se um questionário, validado através de um painel de *experts*. Após recebida a autorização por parte do conselho clínico do ACES, foram contactados os coordenadores das diferentes unidades de saúde, solicitando o autopreenchimento dos questionários por parte dos médicos de MGF. O anonimato dos participantes foi garantido. Os questionários foram recolhidos após 20 dias e analisadas as respostas às questões.

Dos 80 questionários distribuídos obtiveram-se, provenientes de sete unidades de saúde distintas, 44 respondidos na sua totalidade. A maioria (75%) dos inquiridos considera “Muito” o grau de impacto da IU na qualidade de vida das mulheres, 16% questiona as utentes “Muitas vezes” se têm perdas involuntárias de urina, 70,5% dos inquiridos respondeu que seguem *guidelines*/normas de orientação clínica para o tratamento de mulheres com IU e 25% encaminhou pelo menos uma utente para a fisioterapia no último ano. 97,7% dos inquiridos considera que a intervenção do fisioterapeuta em mulheres com IU não está divulgada.

Neste estudo, à semelhança de outros, verifica-se que os inquiridos consideram que o impacto da IU na qualidade de vida das mulheres é importante, mas não questionam acerca das perdas involuntárias de urina. No que diz respeito ao encaminhamento das utentes com IU para a fisioterapia, os procedimentos realizados pelos médicos especialistas em MGF, não correspondem ao preconizado pelas normas de orientação clínica pelo que se sugere, junto destes profissionais, a divulgação e o reforço do papel do fisioterapeuta no tratamento destas utentes.

Palavras-Chave: incontinência urinária, médicos de clínica geral e familiar, fisioterapia, mulheres, referenciação.

Tipologia do artigo: Investigação original.

Urinary incontinence in women: referral of women patients of health centers in the Lisbon region

Abstract

The overall objective of this study is to characterize the type of referral by general practitioners on women with urinary incontinence. To achieve the overall objective was constructed and validated, by peers, a questionnaire with the purpose of obtaining the different variables in which specific objectives were defined.

This study was a cross-sectional, non-experimental, descriptive and correlational study, conducted in collaboration with the group of units of health centers (ACES) - North Lisbon. The population was the general practitioners and the study sample was obtained for convenience. For information collection it was used a questionnaire validated by a panel of experts. After receiving the approval from the clinical board's ACES, were contacted the coordinators of the different health units, prompting the self-report questionnaires by general practitioners. The participant's anonymity was guaranteed. The questionnaires were collected after 20 days and analyzed the responses to the questions.

Of the 80 questionnaires, 44 were totally completed from seven different healthcare facilities. The majority (75%) of the subjects believes that the degree of impact of urinary incontinence on quality of life of women is "Very" significant, 16% of the subjects asks the patients "Often" about possible involuntary urine loss, 70,5% of subjects answered that they follow clinical practice guidelines for the treatment of women with urinary incontinence and 25% sent at least one user for physical therapy in the past year. 97,7% of subjects consider that intervention by the physiotherapist in women with urinary incontinence is not disclosed.

This study, like others, shows that subjects considered important the impact of urinary incontinence on quality of life of women, but do not question about the involuntary loss of urine. The procedures performed by general practitioners in patients with urinary incontinence, concerning the referral of patients for physiotherapy, do not correspond with those recommended by the clinical guidelines. Therefore it is suggested by the study the importance of disclosure and reinforcement of physiotherapist role among those professionals.

Keywords: urinary incontinence, general practitioners, physical therapy, women, referral.

1. Introdução

A Incontinência Urinária (IU) é definida, pela *International Continence Society*⁽¹⁾ como “a queixa de qualquer perda involuntária de urina, que se traduz num problema social e higiénico” “que pode ser objetivamente demonstrado”.⁽²⁾ Segundo Thuroff *et al.*,⁽³⁾ a IU é bastante mais frequente em mulheres do que em homens (duas vezes mais comum) e a sua prevalência aumenta com a idade. Em Portugal, dados disponibilizados pela Associação Portuguesa de Urologia, revelam a existência de mais de 600 mil pessoas afetadas pela incontinência urinária nas diferentes faixas etárias, atingindo ambos os sexos. Na faixa etária entre os 45 e os 65 anos, a prevalência é cerca de três vezes superior nas mulheres, relativamente aos homens. Dados de 2011 disponibilizados pelo conselho clínico do agrupamento de centros de saúde grande Lisboa I (ACES) – Lisboa Norte revelaram que foram diagnosticados neste agrupamento 456 utentes com IU, dos quais, 388 mulheres.

Segundo Landefeld *et al.*,⁽⁴⁾ os indivíduos que sofrem de IU têm uma carga emocional de vergonha e constrangimento, bem como, de desconforto físico e interrupção das suas atividades da vida diária quando acontecem episódios de incontinência. Podem ainda apresentar sintomas de ansiedade devido às “perdas” (de urina), depressão, isolamento social e exclusão. Esta situação traduz-se num afastamento da sua vida social, escondendo o problema dos familiares, amigos e, até mesmo, dos profissionais de saúde que os acompanham, levando a que sofram com esta condição por vezes, durante muitos anos, sem recorrer a qualquer tipo de ajuda.

De acordo com os dados de um estudo epidemiológico realizado na população portuguesa não-institucionalizada, em adultos com idade superior a 40 anos,⁽⁵⁾ a prevalência de IU é de 21,4% nas mulheres e 7,6% nos homens, sendo que apenas 4,9% foi diagnosticada por um médico. Dos casos diagnosticados, 71% efetuaram algum tipo de tratamento, nomeadamente, tratamento farmacológico (76,3%), cirurgia (25%) e fisioterapia (12%). De uma maneira geral, independentemente da terapêutica utilizada, 80% dos indivíduos ficaram satisfeitos com o tratamento efetuado. Ainda neste estudo foi possível observar uma grande discrepância entre a prevalência de IU autodeclarada e a existência de diagnóstico médico dessa condição.

A maioria dos autores defende que o tratamento da IU deve ser conservador, ou seja, o mínimo invasivo possível.^(3, 4, 6) Segundo Thuroff *et al.* e Landefeld *et al.*,^(3, 4) o tratamento inicial da IU, em mulheres, inclui o aconselhamento de estilo de vida adequado, fisioterapia, terapia comportamental e medicação. Em conformidade, segundo National Collaborating Centre for Women's and Children's Health,⁽¹⁾ o fortalecimento da musculatura do pavimento pélvico (MPP)

supervisionado, de duração mínima de 3 meses, deve ser oferecido como a primeira linha de tratamento para mulheres com IU. Segundo Bo,⁽⁷⁾ no tratamento da IU, o trabalho do fisioterapeuta deve contemplar a educação sobre a disfunção, a informação sobre estilos de vida saudáveis, a aplicação de técnicas manuais e o fortalecimento da MPP. O fisioterapeuta deve avaliar e escolher programas diferenciados de tratamento tendo em conta não só a condição de saúde assim como as características individuais de cada utente, podendo, em alguns casos, ensinar às utentes comportamentos preventivos da IU. Segundo Corcos *et al.*,⁽⁸⁾ a cirurgia é indicada quando: o grau de incontinência é suficientemente incómodo para o utente; a incontinência é observada pelo examinador; as suas causas são devidamente avaliadas; e os tratamentos conservadores foram todos previamente considerados. Como os métodos de tratamento não-cirúrgicos se têm mostrado eficazes no tratamento da IU,⁽⁶⁾ o tratamento destas utentes nos cuidados de saúde primários tornou-se mais importante. O médico especialista em medicina geral e familiar (MGF) pode ter responsabilidade no diagnóstico, tratamento e seguimento destas utentes sem a participação de outros especialistas.⁽⁹⁾

O presente trabalho de investigação teve como questão orientadora: Que tipo de referenciação têm as mulheres com incontinência urinária nos cuidados de saúde primários e qual o papel da fisioterapia nesta referenciação sabendo que o tratamento conservador, nomeadamente a fisioterapia, deve ser utilizado como primeira linha de tratamento?

De modo a dar resposta a esta questão, estabeleceu-se como objetivo geral: caracterizar o tipo de referenciação feita pelos médicos de medicina geral e familiar às mulheres com incontinência urinária. Para atingir o objetivo geral, definiram-se os seguintes objetivos específicos: construir e validar o questionário “Quantificação e referenciação das utentes com Incontinência Urinária” (Apêndice I); caracterizar os médicos de MGF do ACES – Lisboa Norte; quantificar o número de casos de IU (novos e já diagnosticados) através da opinião dos médicos de MGF; analisar a opinião dos médicos de MGF acerca da IU feminina e sobre o tipo de atendimento oferecido a estas utentes; caracterizar o encaminhamento efetuado às utentes com queixas de IU; perceber quais os motivos do encaminhamento ou não de utentes com IU para a fisioterapia; contribuir para a divulgação da intervenção do fisioterapeuta em utentes mulheres com IU entre os médicos de MGF.

2. Métodos

O presente estudo é do tipo transversal, não experimental, descritivo e correlacional. Para melhor acompanhamento do mesmo realizámos um cronograma de todo o processo de investigação que se encontra disponível no dossier complementar (DC) (DC I).

A população alvo foi constituída por médicos especialistas em medicina geral e familiar que exercem a sua atividade profissional nas unidades do ACES – Lisboa Norte. A amostra foi constituída, por conveniência, nas unidades do ACES – Lisboa Norte, cujos coordenadores aceitaram colaborar neste estudo. São critérios de inclusão: médicos de ambos os sexos, especialistas ou internos da especialidade de MGF, a exercer a profissão num centro de saúde. Dado que a amostra foi constituída por conveniência, não torna possível a extrapolação dos resultados obtidos para o universo da população dos médicos de MGF mas assinala para a necessidade da continuidade do estudo e a sua potencial aplicabilidade ao universo de médicos especialistas em MGF de forma a que, aumentando o tamanho e as características amostrais, seja possível extrapolar para o universo da população.

Foi utilizado como instrumento de avaliação o questionário “Quantificação e referenciação das utentes com Incontinência Urinária” (Apêndice I) construído e validado para este estudo, através do qual se obtiveram as variáveis: sociodemográficas e respostas obtidas às questões do questionário “Quantificação e referenciação das utentes com Incontinência Urinária”. Foi analisado o sexo, a idade e os anos de exercício profissional. Foram ainda constituídas como variáveis as respostas obtidas no questionário, a saber: o número de mulheres com diagnóstico de IU (novos e já diagnosticados); o grau de impacto da IU nas atividades da vida diária das mulheres, medido através de uma escala ordinal; a opinião sobre casos de IU não diagnosticada; a frequência com que a questão “Tem perdas involuntárias de urina no seu dia-a-dia?” é colocada, medida através de uma escala ordinal; a aplicação de *guidelines*/normas de orientação clínica em utentes com IU; os procedimentos efetuados no tratamento de utentes com IU; a identificação dos profissionais habilitados para o tratamento de utentes com IU; o número de utentes encaminhadas para a fisioterapia; a opinião acerca da divulgação do trabalho do fisioterapeuta em mulheres com IU; o conhecimento acerca da informação divulgada num folheto informativo distribuído no contexto deste estudo; a intenção de modificar procedimentos relativamente ao encaminhamento das utentes com IU após a leitura do folheto informativo distribuído.

Elaboração e validação do questionário

Considerando os objetivos propostos para este estudo e após realizada a pesquisa bibliográfica, em inglês, nas bases de dados: B-On, Cochrane, EBSCO e Pubmed; com as palavras-chave: *urinary incontinence, physical therapy, women, referral, general practitioners, primary care, guidelines*; não foi encontrado qualquer estudo passível de ser reproduzido. Pelo motivo atrás exposto e tendo em consideração os objetivos propostos, foi construído um instrumento em formato de questionário de autopreenchimento, que foi distribuído entre os médicos especialistas em MGF das unidades do ACES – Lisboa Norte. Depois de revista a literatura relativamente às normas de orientação clínica para o tratamento da IU e considerando os objetivos propostos para este trabalho (DC II), foi realizado com alguns pares (fisioterapeutas) um *brainstorming* (DC III), do qual resultou a primeira versão do questionário (Apêndice II). Este questionário incluiu questões relacionadas com o diagnóstico da IU, a opinião médica de MGF acerca do impacto da IU na qualidade de vida das mulheres, o encaminhamento oferecido às mulheres com diagnóstico de IU e a opinião acerca da divulgação da intervenção do fisioterapeuta em utentes com IU. Para além das questões de investigação, o questionário é composto por um folheto informativo acerca da intervenção do fisioterapeuta em mulheres com incontinência urinária (Apêndice III), assim como por questões de caracterização da amostra (sociodemográficas). Este questionário foi sujeito ao processo de validação por um painel de *experts*.

O painel de *experts* (DC IV) foi constituído por nove elementos (médicos especialistas em MGF, fisioterapeutas com formação e prática clínica em IU, investigadores *experts* na validação de instrumentos). O painel foi informado acerca das hipóteses e dos objetivos em estudo e, numa primeira abordagem, foi solicitada a análise de toda a composição do questionário. Na primeira consulta (Apêndice IV), não houve uma concordância mínima de 85%⁽¹⁰⁾ entre os *experts*, sobre as diferentes questões, o que levou à necessidade de uma segunda consulta. Na segunda consulta (Apêndice V) foi obtida a concordância mínima esperada (85%),⁽¹⁰⁾ nas diferentes questões, tendo resultado o questionário final (Apêndice I).

Aplicação do questionário

Após a validação pelo painel de *experts* foi aplicado o questionário. Elaborou-se uma folha de rosto para apresentação do estudo assim como do questionário (Apêndice VI). Após recebida a

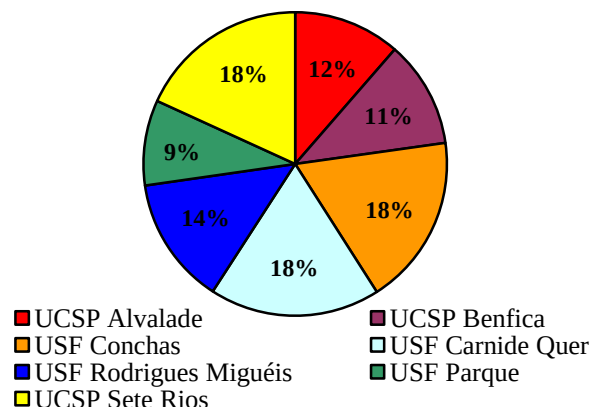
autorização por parte do conselho clínico do ACES – Lisboa Norte, foram contactados os coordenadores das diferentes unidades de saúde, solicitando o autopreenchimento dos questionários por parte dos médicos de MGF. Foi estabelecido o contacto pessoal com os coordenadores que se mostraram disponíveis para colaborar neste estudo, sendo distribuídos 80 questionários pelas diferentes unidades, a saber, Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) de Alvalade, UCSP de Benfica, UCSP de Sete Rios, Unidade de Saúde Familiar (USF) de Carnide Quer, USF das Conchas, USF do Parque e USF Rodrigues Miguéis. O anonimato dos participantes foi garantido. Os questionários foram recolhidos após 20 dias e analisadas as respostas às questões.

Os dados foram analisados segundo o programa estatístico IBM® SPSS® Statistics (versão 20), obtendo-se a distribuição de frequências, para variáveis nominais, e medidas de tendência central (média) e de dispersão (desvio-padrão), para variáveis numéricas. Realizaram-se testes estatísticos não paramétricos, dado a maioria das variáveis serem nominais e, no caso das variáveis numéricas, por não serem cumpridos os pressupostos de normalidade. Os testes utilizados foram o teste de independência de qui-quadrado, na comparação de mais de duas variáveis, e o teste exato de Fisher, este último usado em substituição do teste de independência de qui-quadrado quando a amostra é pequena e os valores na tabela obtida são inferiores a 5. Foi ainda utilizado o coeficiente de correlação de Spearman (não paramétrico) para variáveis numéricas. Para todos os testes o valor de significância considerado foi de $p < 0,05$.

3. Resultados

A amostra é constituída por 44 médicos de MGF (taxa de resposta de 55%) provenientes de sete unidades de saúde distintas (gráfico 1), sendo 72,7% do sexo feminino.

Gráfico 1. Distribuição dos inquiridos por unidades de saúde



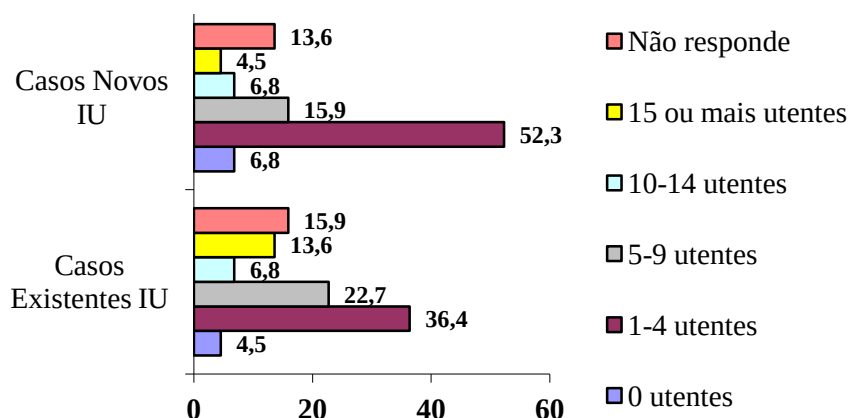
Apresentam idades compreendidas entre os 26 anos e os 61 anos, com uma média de 42,18 anos (desvio padrão 13,44). Quanto à experiência profissional 36,4% dos inquiridos têm menos de 5 anos de experiência, 22,7% situam-se entre os 6 e 19 anos e 40,9% têm acima de 20 anos de experiência profissional.

Relativamente às questões de estudo quando questionado se “No último ano, diagnosticou alguma utente com queixas de perda involuntária de urina?”, 93,2% responderam que sim. Na questão “No último ano, atendeu alguma utente que referiu ter incontinência urinária já diagnosticada?” 95,5% responderam que sim. Os dados relativamente ao número de utentes diagnosticadas pela primeira vez, assim como, o número de utentes anteriormente diagnosticadas, podem ser observados no gráfico 2. De salientar que a média de novos casos diagnosticados foi de 4,74 e de casos atendidos foi de 7,77.

Relativamente à opinião acerca do grau de impacto da incontinência urinária na qualidade de vida das mulheres, as respostas dividiram-se entre o “Muito” 75% e o “Algum” 25%. Na questão “Considera que poderão existir mais casos de incontinência urinária feminina não diagnosticada do que aquelas que se conhecem?”, apenas um dos inquiridos respondeu que não, sendo consideradas como razões subjacentes: falta de informação, falta comunicação entre médico e a utente relativamente à IU, dificuldade na referenciação das utentes, resolução do problema muito invasiva (cirurgia), desvalorização das queixas, utentes não consideram um problema com

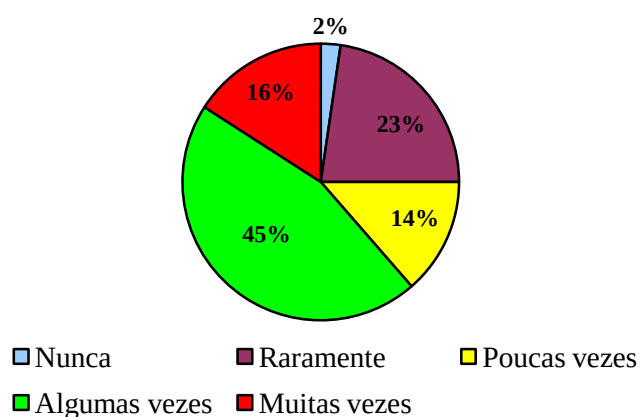
resolução terapêutica, vergonha e constrangimento, associação à evolução natural da idade, receio da necessidade de exame ginecológico.

Gráfico 2. Distribuição dos casos de IU (novos e existentes)



Na questão “Na sua prática clínica, mesmo não existindo queixas objetivas de incontinência urinária, tem por hábito questionar as utentes sobre a presença de perdas involuntárias de urina, no seu dia-a-dia?” apresentam-se as respostas obtidas (gráfico 3). De notar que nenhum dos inquiridos respondeu “Sempre”.

Gráfico 3. Distribuição das respostas à questão: “Tem por hábito questionar as utentes sobre a presença de perdas involuntárias de urina?”



70,5% dos inquiridos responderam que seguem *guidelines*/normas de orientação clínica para o tratamento de mulheres com incontinência urinária. Quando questionados acerca dos procedimentos adotados após diagnosticada a incontinência urinária, todos os inquiridos responderam. As suas respostas foram dadas de acordo com o que se observa no quadro I:

Quadro I. Procedimentos adotados após diagnosticada a IU

	Freq	%
Prescreveu terapêutica medicamentosa	29	65,9
Encaminhou para médico ginecologista	13	29,5
Encaminhou para médico urologista	22	50,0
Encaminhou para médico uroginecologista	8	18,2
Encaminhou para fisioterapeuta	2	4,5
Outro procedimento: ensino exercícios	6	13,6
Outro procedimento: exame ginecológico	3	6,8
Outro procedimento: pedido de exames complementares	2	4,5
Encaminhou para médico fisiatra	3	6,8
Outro procedimento: Q-tip test	2	4,5
Outro procedimento: Stress test	1	2,3
Outro procedimento: terapia não medicamentosa	1	2,3
Total	44	100,0

Na questão “Quais os profissionais de saúde que considera estarem habilitados para o tratamento de mulheres com incontinência urinária?” as respostas distribuíram-se de acordo com o quadro II:

Quadro II. Profissionais habilitados para o tratamento de mulheres com IU

	Freq	%
Médico ginecologista	28	63,6
Médico urologista	39	88,6
Médico uroginecologista	6	13,6
Fisioterapeuta	31	70,5
Enfermeiro	6	13,6
Médico medicina geral e familiar	11	25,0
Médico fisiatra	3	6,8
Psicólogo	1	2,3
Total	44	100,0

Relativamente ao encaminhamento de utentes, 25% dos inquiridos encaminhou, pelo menos, uma utente para a fisioterapia no último ano.

Na questão “Considera que a intervenção do fisioterapeuta em mulheres com incontinência urinária está divulgada?” 97,7% dos inquiridos consideram que não e os motivos pelos quais

respondem que esta situação se verifica são: a falta de comunicação entre profissionais de saúde, a falta de divulgação, a ausência de ações formalizadas, a falta de investigação, o facto de não ser uma patologia frequentemente encaminhada para a fisioterapia, a falta de informação, os interesses instalados na área farmacêutica e médica, o difícil acesso à fisioterapia através do serviço nacional de saúde (SNS), a falta de informação acerca de centros de referência no tratamento desta patologia, o desconhecimento, a dificuldade no encaminhamento para a fisioterapia em hospitais públicos.

Relativamente ao texto informativo, 75% dos inquiridos refere que a informação nele contida já era do seu conhecimento. Do total, 75% responderam que, após a leitura deste texto informativo, modificariam algum dos procedimentos que habitualmente adoptam, entre os quais: a referenciação para a fisioterapia, a referenciação para fisioterapia com garantia de eficácia da mesma, o tratamento médico simultâneo, a terapia comportamental.

A análise do cruzamento entre as variáveis apresentou os seguintes resultados:

Entre as respostas às questões “Na sua opinião qual é o grau de impacto da incontinência urinária na qualidade de vida das mulheres?” e “Na sua prática clínica, mesmo não existindo queixas objetivas de incontinência urinária, tem por hábito questionar as utentes sobre a presença de perdas involuntárias de urina, no seu dia-a-dia?” não existe uma associação estatisticamente significativa entre as variáveis pelo teste exato de Fisher aplicado ($p = 0,289 > 0,05$) (Apêndice VII). Isto significa que os inquiridos consideram que o impacto da IU na qualidade de vida das mulheres é importante, mas não questionam acerca das perdas involuntárias de urina.

Entre as respostas às questões “Considera que poderão existir mais casos de incontinência urinária feminina não diagnosticada do que aquelas que se conhecem?” e “Na sua prática clínica, mesmo não existindo queixas objetivas de incontinência urinária, tem por hábito questionar as utentes sobre a presença de perdas involuntárias de urina, no seu dia-a-dia?” à semelhança da anterior, não se encontra uma associação estatisticamente significativa pelo teste exato de Fisher aplicado ($p = 0,386 > 0,05$) (Apêndice VIII).

No que diz respeito aos anos de experiência profissional e a resposta à questão “Na sua prática clínica, mesmo não existindo queixas objetivas de incontinência urinária, tem por hábito questionar as utentes sobre a presença de perdas involuntárias de urina, no seu dia-a-dia?”

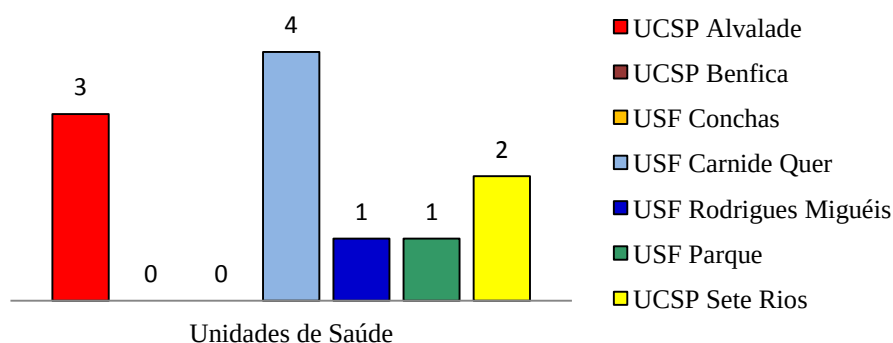
encontra-se uma associação, embora fraca, entre as variáveis em estudo, através do valor obtido no teste de independência de qui-quadrado ($p = 0,045 < 0,05$) (Apêndice IX). Observa-se que a maioria dos inquiridos que têm até 5 anos de experiência questiona “Nunca”, “Raramente” ou “Poucas vezes” acerca da presença de perdas involuntárias de urina (63%). A maioria dos inquiridos que têm acima de 6 anos de experiência, questiona “Muitas vezes” ou “Algumas vezes” acerca da presença de perdas involuntárias de urina (70% e 78% respetivamente dos inquiridos com experiência entre 6 e 19 anos e de 20 ou mais anos).

Entre as respostas às questões “Na sua prática clínica, segue *guidelines*/normas de orientação clínica para o tratamento de mulheres com incontinência urinária?” e “No último ano, quantas utentes com incontinência urinária encaminhou para a fisioterapia?” não se encontra qualquer associação estatisticamente significativa pelo teste exato de Fisher aplicado ($p = 1,00 > 0,05$) (Apêndice X).

No relacionamento entre as respostas à questão “Na sua prática clínica, segue *guidelines*/normas de orientação clínica para o tratamento de mulheres com incontinência urinária?” e a resposta “Prescreveu terapêutica medicamentosa” também não se encontra associação estatisticamente significativa pelo teste exato de Fisher aplicado ($p = 1,00 > 0,05$) (Apêndice XI).

No que diz respeito ao encaminhamento de utentes com incontinência urinária para a fisioterapia nas diferentes unidades de saúde, as condições de aplicabilidades do teste de independência de qui-quadrado não estão satisfeitas, mais de 20% das células apresentam frequências esperadas acima de 5 (Apêndice XII) pelo que só se poderá analisar estas variáveis descritivamente. Verifica-se que as unidades UCSP Alvalade, UCSP Sete Rios e USF Carnide Quer são as que mais encaminham utentes para a fisioterapia (ver gráfico 4).

Gráfico 4. Distribuição do encaminhamento de utentes para a fisioterapia nas diferentes unidades de saúde.



Analisando o coeficiente de correlação de Spearman entre as variáveis “número de utentes diagnosticadas com IU” e “número de utentes encaminhadas para a fisioterapia” verifica-se que a correlação fraca encontrada não é estatisticamente significativa ($p = 0,653 > 0,05$) (Apêndice XIII). Isso quer dizer que mesmo quando indivíduos diagnosticam a IU, não tendem a encaminhar as utentes para a fisioterapia.

4. Discussão

De modo a responder à questão da investigação “Que tipo de referenciação têm as mulheres com incontinência urinária nos cuidados de saúde primários e qual o papel da fisioterapia nesta referenciação sabendo que o tratamento conservador, nomeadamente a fisioterapia, deve ser utilizado como primeira linha de tratamento?” e aos objetivos propostos para a presente investigação, analisaram-se os resultados obtidos nos questionários e efetuaram-se testes estatísticos entre diferentes variáveis.

No que concerne à opinião acerca do grau de impacto da incontinência urinária na qualidade de vida das mulheres as respostas dividiram-se entre o “Muito” 75% e o “Algun” 25%, o que se revela de acordo com as recomendações e os estudos: “a IU pode influenciar seriamente o bem-estar físico, psicológico e social dos indivíduos afetados”⁽¹⁾ e a “incontinência tem um grande impacto sobre a saúde e qualidade de vida. Duas em cada três mulheres consideram a IU uma influência negativa sobre a sua qualidade de vida” (Temml citado por Van Gerwen⁽¹¹⁾).

Apenas um dos inquiridos considera que não existem mais casos de incontinência urinária feminina não diagnosticada do que aqueles que se conhecem. Em concordância com a bibliografia consultada, os restantes apontam como razões subjacentes:

- a falta de informação “incerteza quanto ao médico a que deve recorrer para consulta”;⁽¹²⁾
- a falta de comunicação entre médico e a utente relativamente à IU, que vai de encontro ao referido nas normas de orientação clínica “boa comunicação entre profissionais de saúde e mulheres é essencial”;⁽¹⁾
- a dificuldade na referenciação das utentes “clínicos gerais sentem que têm poucas opções terapêuticas ou pensam que o tratamento não invasivo não irá funcionar”;⁽¹¹⁾
- a resolução do problema ser muito invasiva (cirurgia) “uma das razões pela qual as utentes têm receio de falar com seus médicos sobre a incontinência urinária é porque receiam uma cirurgia”;⁽¹³⁾
- a desvalorização das queixas “o motivo pelo qual a grande maioria das mulheres não consultou um médico devido à perda de urina, esteve associado à desvalorização do sintoma, ou seja, o incómodo das perdas urina não era suficiente para justificar uma consulta médica ou para ter prioridade sobre outras atividades que ocupavam seu tempo”;⁽¹⁴⁾
- o facto das utentes não considerarem um problema com resolução terapêutica “outras razões podem ser a baixa expectativa relativamente aos resultados do tratamento”;⁽⁹⁾

- a vergonha e o constrangimento “(não recorrer ao tratamento) pode prender-se com as percepções e considerações dos próprios utentes”,⁽¹²⁾ “se o clínico geral não dá resposta, o utente, muitas vezes, fica com vergonha para abordar novamente o assunto”,⁽¹⁵⁾ “as mulheres têm dificuldades em falar sobre o problema”,⁽⁹⁾
- a associação à evolução natural da idade “parece que é como se a perda urinária fosse uma ocorrência natural do avançar da idade e fizesse parte dos problemas que as mulheres têm que aceitar ao aproximar-se da velhice”,⁽¹⁴⁾ “a IU foi referida por muitas mulheres como um fenómeno normal ou não tão grave”,⁽⁹⁾
- o receio da necessidade de exame ginecológico “(a mulher) teme exames físicos ou tratamentos invasivos”.⁽¹⁵⁾

Na questão “Na sua prática clínica, mesmo não existindo queixas objetivas de incontinência urinária, tem por hábito questionar as utentes sobre a presença de perdas involuntárias de urina, no seu dia-a-dia?” é de salientar que a maioria dos inquiridos respondeu “Algumas vezes” (45,5%), 38,3% responderam entre “Nunca”, “Raramente” e “Poucas vezes” e nenhum dos inquiridos respondeu “Sempre”. Um estudo de Gerrits⁽¹⁶⁾ relativamente a esta observação refere que “todos concordaram que as utentes muitas vezes relatam IU no final da consulta, o que faz com que a gestão de tempo da consulta fique limitada”. Por seu lado Shaw⁽¹⁷⁾ refere que “embora a maioria reconheçam o impacto da incontinência na qualidade de vida, a poucos utentes perguntam explicitamente acerca do assunto, tendo como base a hipótese de que poderá causar constrangimento ou sofrimento”, o que sugere que, tendo em conta os resultados obtidos neste estudo, se as utentes não são diretamente questionadas pelos médicos de MGF acerca das perdas de urina, elas não as referem como tal.

Na questão “Quais os profissionais de saúde que considera estarem habilitados para o tratamento de mulheres com incontinência urinária?” as respostas foram muito variáveis entre os inquiridos, verificando-se que 70,5% dos inquiridos reconhecem que o fisioterapeuta é um profissional habilitado para o tratamento de utentes com IU, sendo mesmo o profissional de saúde mais referido como habilitado para o tratamento destas utentes. Este facto vai de encontro ao descrito na bibliografia onde “o encaminhamento para um fisioterapeuta especializado no tratamento das disfunções do pavimento pélvico pode ajudar os utentes a aprender a técnica correta de contração da MPP”,⁽¹⁸⁾ “as técnicas de reabilitação do pavimento pélvico devem ser preferencialmente realizadas por um fisioterapeuta com formação nesta área”⁽¹⁹⁾ e “o tratamento adequado é definido como a realização de exercícios na presença de um fisioterapeuta”.⁽²⁰⁾ Embora

reconhecendo que o fisioterapeuta é um profissional habilitado para o tratamento da IU, apenas 25% dos inquiridos referem que, no último ano, encaminharam pelo menos uma utente para a fisioterapia, o que sugere alguma discrepância entre o que é do conhecimento dos clínicos e os atos efetuados.

Na relação entre variáveis, não existe associação significativa entre as respostas às questões “Na sua opinião qual é o grau de impacto da incontinência urinária na qualidade de vida das mulheres?” e “Na sua prática clínica, mesmo não existindo queixas objetivas de incontinência urinária, tem por hábito questionar as utentes sobre a presença de perdas involuntárias de urina, no seu dia-a-dia?” o que significa que os inquiridos consideram que o impacto da IU na qualidade de vida das mulheres é importante, mas não questionam acerca das perdas involuntárias de urina. De notar que, provavelmente, se a amostra fosse superior, os resultados poderiam ser diferentes, talvez encontrando alguma associação entre as variáveis pois verifica-se que a maioria dos inquiridos que considera o grau de impacto na qualidade de vida “Muito” importante, afirma ter por hábito questionar “Muitas vezes” ou “Algumas vezes” as suas utentes sobre a presença de perdas involuntárias de urina, no seu dia-a-dia, mesmo não existindo queixas objetivas de IU. Este facto vai de encontro aos estudos disponíveis na bibliografia: “Relativamente ao diagnóstico da IU os médicos especialistas em medicina geral e familiar não querem expor os utentes a situações em que se podem sentir mais angustiados do que a condição em si. Embora a maioria reconheça o impacto da incontinência na qualidade de vida, poucas vezes questionam os utentes explicitamente acerca deste assunto, tendo como base a hipótese de que poderá causar constrangimento ou sofrimento”.⁽¹⁷⁾

Entre as respostas às questões “Considera que poderão existir mais casos de incontinência urinária feminina não diagnosticada do que aquelas que se conhecem?” e “Na sua prática clínica, mesmo não existindo queixas objetivas de incontinência urinária, tem por hábito questionar as utentes sobre a presença de perdas involuntárias de urina, no seu dia-a-dia?” à semelhança da anterior, não se encontra uma associação estatisticamente significativa entre as variáveis. Isto poderia significar que os inquiridos consideram que existem casos de IU não diagnosticada, mas não questionam as suas utentes acerca da presença de perdas involuntárias de urina. Todavia, como apenas um indivíduo respondeu que não considera que poderão existir mais casos de IU feminina não diagnosticada do que aquelas que se conhecem, os resultados são inconclusivos.

No que diz respeito à experiência profissional e as respostas à questão “Na sua prática clínica, mesmo não existindo queixas objetivas de incontinência urinária, tem por hábito questionar as utentes sobre a presença de perdas involuntárias de urina, no seu dia-a-dia?” encontra-se uma associação, embora fraca, entre as variáveis em estudo. Observou-se que a maioria dos inquiridos que têm até 5 anos de experiência questiona “Nunca”, “Raramente” ou “Poucas vezes” acerca da presença de perdas involuntárias de urina. Inversamente, a maioria dos inquiridos que têm acima de 6 anos de experiência, questiona “Muitas vezes” ou “Algumas vezes” acerca da presença de perdas involuntárias de urina, o que pode sugerir uma maior sensibilidade para esta questão, por parte dos clínicos com mais anos de experiência profissional.

De modo a se caracterizar o encaminhamento efetuado às utentes com queixas de IU foram realizadas duas questões, a saber, “Na sua prática clínica, segue *guidelines*/normas de orientação clínica para o tratamento de mulheres com incontinência urinária?” e “Após diagnosticada a incontinência urinária, qual ou quais foram os procedimentos que efetuou?”. As recomendações internacionais, assim como, os estudos realizados no contexto do tratamento destas utentes, são claros:

- deve ser “realizada uma avaliação digital de rotina (exame ginecológico) tendo em conta a contração muscular do pavimento pélvico, antes de se iniciar o treino muscular do pavimento pélvico supervisionado”^(1, 6) apenas 6,8% dos inquiridos realizou este exame;
- “deve ser realizado um diário miccional na avaliação inicial de mulheres com IU e outros testes de competência uretral, como o Q-Tip, Bonney, Marshall, e Fluid Ponte, não são recomendados na avaliação de mulheres com IU.”,⁽¹⁾ nenhum dos inquiridos pediu a realização do diário miccional e 4,5% realizaram o Q-Tip test;
- “para as mulheres com IU de urgência, de esforço ou mista, o tratamento inicial inclui aconselhamento de estilos de vida adequados, fisioterapia, um plano de micção programado, terapia comportamental e medicação.”⁽³⁾ e “no contexto dos cuidados de saúde primários, os tratamentos para a incontinência urinária devem incluir: modificações comportamentais e estilo de vida, exercícios da musculatura do pavimento pélvico, medicamentos, cateterismo intermitente e outros tratamentos”⁽¹⁸⁾, onde 65,9% prescreveu terapêutica medicamentosa, 13,6% realizou o ensino de exercícios, 4,5% encaminhou para a fisioterapia e 2,3% indicou terapêutica não medicamentosa;
- não há evidência onde seja revelada a superioridade dos fármacos sobre os tratamentos não medicamentosos, em especial a terapia comportamental.⁽⁶⁾ Neste estudo, nenhum

inquirido respondeu recomendar terapia comportamental, ao contrário da prescrição de terapêutica medicamentosa (65,9%).

Globalmente e, considerando as normas de orientação clínica e os procedimentos nela recomendados, verifica-se que o número de mulheres encaminhadas para a fisioterapia é relativamente baixo (4,5%) em comparação com a prescrição de terapêutica medicamentosa (65,9%).

Outro resultado a ter em atenção é a comparação entre as percentagens de resposta a duas diferentes questões que têm possibilidade de resposta igual. Assim, 4,5% dos inquiridos referiu que o procedimento que efetuou depois de diagnosticada a IU foi encaminhar para a fisioterapia, ao contrário de quando questionado especificamente: “No último ano, quantas utentes com incontinência urinária encaminhou para a fisioterapia?” 25% dos inquiridos respondeu que encaminhou pelo menos uma utente. Dois valores tão distintos numa questão tão semelhante podem indicar: má formulação destas questões, má compreensão destas questões por parte dos inquiridos, se é efetivamente prática corrente o encaminhamento das utentes com IU para a fisioterapia, ou então, se esta é uma resposta que revela o que se deve fazer, seguindo as normas de orientação clínica, e não o que é efetivamente feito por parte dos médicos de MGF.

No relacionamento entre as respostas à questão “Na sua prática clínica, segue *guidelines*/normas de orientação clínica para o tratamento de mulheres com incontinência urinária?” e a resposta “Prescreveu terapêutica medicamentosa” não se verifica qualquer associação estatisticamente significativa entre as variáveis. Assim, quer os inquiridos refiram que seguem *guidelines*/normas de orientação clínica para o tratamento de mulheres com incontinência urinária, quer refiram que não seguem, prescrevem terapêutica medicamentosa. Este facto é contrário ao referido nas *guidelines* internacionais onde a evidência revela que “a reeducação da bexiga é um tratamento eficaz para a IU de urgência ou mista, com menos efeitos adversos e menores taxas de recaída do que o tratamento com terapêutica medicamentosa. Se a mulher não conseguir o efeito satisfatório com o programa de reeducação da bexiga, a medicação deve ser considerada, apenas se a frequência for um sintoma preocupante”⁽¹⁾ e “igualmente as recomendações europeias referem que os fármacos usados no tratamento da incontinência urinária podem ser eficazes em alguns doentes, mas têm efeitos secundários, pelo que muitas vezes o seu uso é descontinuado por um longo período de tempo. Por este motivo parece razoável considerá-los como adjuvantes à terapêutica conservadora e cirúrgica”.⁽³⁾

De modo a perceber quais os motivos do encaminhamento ou não de utentes com IU para a fisioterapia, foram colocadas duas questões “No último ano, quantas utentes com incontinência urinária encaminhou para a fisioterapia?” e “Considera que a intervenção do fisioterapeuta em mulheres com incontinência urinária está divulgada? Porquê?”. Considerando os resultados obtidos, parece ser pertinente a realização de ações formalizadas entre os serviços de modo a que a comunicação entre os profissionais de saúde seja reforçada e consequentemente, o encaminhamento destas utentes para instituições com fisioterapeutas detentores de formação específica no tratamento de utentes com incontinência urinária seja uma realidade. Para um estudo futuro, poderá ser pertinente fazer um levantamento dos locais com fisioterapeutas detentores de formação específica para o tratamento de utentes com IU, de modo a potenciar e facilitar o encaminhamento e acesso aos tratamentos.

Entre as respostas às questões “Na sua prática clínica, segue *guidelines*/normas de orientação clínica para o tratamento de mulheres com incontinência urinária?” e “No último ano, quantas utentes com incontinência urinária encaminhou para a fisioterapia?” não se encontra qualquer associação estatisticamente significativa entre as variáveis. Assim, quer refiram que seguem *guidelines*/normas de orientação clínica para o tratamento de mulheres com incontinência urinária, quer refiram que não seguem, a grande maioria dos inquiridos não encaminhou as utentes para a fisioterapia, o que não vai de encontro ao que é referido nas *guidelines* internacionais, onde a evidência revela que “o treino muscular do pavimento pélvico supervisionado com uma duração mínima de três meses é um tratamento seguro e eficaz para mulheres com IU de esforço ou mista”,⁽¹⁾ “há uma forte evidência que o treino da MPP reduz os sintomas da incontinência urinária de esforço e melhora a força da MPP. Alterações nos resultados de incontinência foram demonstrados após tratamento com duração de uma semana a seis meses, mas as melhorias na força MPP exigem pelo menos três meses de treino de força específica. Não existem registos de efeitos adversos graves relacionados com a fisioterapia”⁽²¹⁾ e “o tratamento conservador está associado a resultados adversos mínimos”.⁽²²⁾

Quanto ao encaminhamento de utentes com incontinência urinária para a fisioterapia nas diferentes unidades de saúde, verifica-se que as unidades UCSP Alvalade, UCSP Sete Rios e USF Carnide Quer são as que mais encaminham utentes para a fisioterapia, o que poderá sugerir, que estas unidades têm conhecimento e relacionamento com unidades onde sejam efetuados tratamentos de utentes com IU, pelo que se sugere uma investigação mais aprofundada desta questão.

Comparando as variáveis número de utentes diagnosticadas com IU e número de utentes encaminhadas para a fisioterapia verifica-se que a correlação fraca encontrada não é estatisticamente significativa entre as variáveis, o que significa que os médicos de MGF mesmo quando diagnosticam a IU, não tendem a encaminhar as utentes para a fisioterapia. Um estudo de Seim⁽⁹⁾ refere que o clínico geral deve cooperar com um fisioterapeuta com formação nesta área de trabalho para garantir que os utentes obtenham o tratamento ideal. Este facto vem, mais uma vez, reforçar a importância da realização de ações formalizadas entre serviços no sentido de estreitar relações e facilitar o encaminhamento destas utentes.

De modo a contribuir para a divulgação da intervenção do fisioterapeuta em utentes mulheres com incontinência urinária, foi elaborado o texto informativo acerca da intervenção do fisioterapeuta em IU, entregue aos médicos de MGF, e aos quais foi questionado se a informação contida no mesmo já era do seu conhecimento assim como se modificaria alguns dos procedimentos que habitualmente adota após a sua leitura. As considerações feitas pelos inquiridos, conduzem à proposta atrás referida acerca da importância da realização de um levantamento de instituições com fisioterapeutas detentores de formação específica para o tratamento das utentes com IU, assim como, as formas de referenciação para esses mesmos locais. Para além deste facto, a realização deste estudo permitiu o contacto pessoal com os médicos de MGF, que se mostraram não só disponíveis para colaborar neste estudo, como também no estreitar de relações entre instituições.

Relativamente às limitações deste estudo, a maior limitação prende-se com o facto da amostra recolhida ser uma amostra por conveniência, o que não permite a extrapolação para toda a população de médicos especialistas em medicina geral e familiar. Importa ainda considerar como uma limitação, a baixa taxa de resposta obtida (55% de questionários respondidos).

Retomando a nossa questão de investigação “Que tipo de referenciação têm as mulheres com incontinência urinária nos cuidados de saúde primários e qual o papel da fisioterapia nesta referenciação sabendo que o tratamento conservador, nomeadamente a fisioterapia, deve ser utilizado como primeira linha de tratamento?”, neste estudo, e à semelhança do referido no estudo de Gerrits,⁽¹⁶⁾ independentemente de existirem normas de orientação clínica, nacionais e internacionais, para a prática no tratamento da IU e que estas estão disponíveis, verifica-se que

os médicos especialistas em medicina geral e familiar encaminham uma baixa percentagem de mulheres com IU para a fisioterapia. Em nosso entender, o papel do fisioterapeuta no tratamento das utentes com incontinência urinária deve ser reforçado, dado o baixo encaminhamento de utentes verificado, sugerindo-se que os fisioterapeutas, com formação no tratamento de utentes com IU, divulguem o seu trabalho nos cuidados de saúde primários não só aos médicos especialistas em MGF, como também às utentes, para que desta forma, ocorra uma aproximação ao que é preconizado nas normas. Sugere-se ainda, a realização de mais estudos desta natureza, utilizando o instrumento construído, no sentido de caracterizar a realidade a nível nacional, pois os resultados obtidos poderão ser interessantes e diferentes com uma amostra mais significativa.

5. Agradecimentos

Gostaria de dedicar este trabalho ao meu Pai e agradecer ao Nuno, ao Tiago, à Zélia e à minha Mãe, por todo o carinho e precioso apoio ao longo de toda esta longa e trabalhosa caminhada; às minhas colegas de trabalho Filipa, Lili, Rute e Vanessa, pelas revisões, traduções, dicas, empréstimos e transporte de material; à Paula, pela revisão num momento de desespero; aos amigos, pela força para continuar sem desistir; às colegas de mestrado, pela companhia nesta viagem; à Professora Doutora Dália Nogueira, pela orientação e colaboração na elaboração deste trabalho; à D. Ana Cristina Calado, por toda a paciência ao longo destes dois anos; aos elementos que constituíram o meu painel de experts, Ft. Andreia Antunes, Prof. Cláudia Quaresma, Ft. Cláudia Ribas, Ft. Fátima Sancho, Dra. Fátima Teles, Prof. Lina Robalo, Prof. Luis Cavalheiro, Dr. Luis Silva e Dra. Regina Pereira pela disponibilidade em analisar, comentar e validar o meu questionário; aos funcionários das várias bibliotecas: ESSA, ESTeS Lisboa, FML e Hospital de São José, pela disponibilização dos artigos solicitados; aos coordenadores das unidades de cuidados de saúde, UCSP Benfica, UCSP Sete Rios, USF Carnide Quer, USF Conchas, USF Parque e USF Rodrigues Miguéis, pela disponibilidade para a colaboração no meu estudo; aos médicos especialistas em MGF, pela disponibilidade do seu precioso tempo para preencherem o questionário; à Dra. Lucília Martinho, pelos dados disponibilizados ao longo de toda a investigação; à Professora Doutora Sónia Seixas, pelas dicas na construção do trabalho; à Professora Doutora Leonor Nicolau, pelas luzes matemáticas e ao Sr. Samju pelas “atenções” nas fotocópias! A todos o meu muito obrigado, sem vocês não teria sido possível!

6. Referências bibliográficas

- 1.NCCWCH. Urinary incontinence: the management of urinary incontinence in women. In: RCOG editor. 2011/09/23 ed. Londres2006.
- 2.ANAES. Bilans et Techniques de Reeducação Perineosphincterienne pour le Traitement de L'Incontinence Urinaire chez la femme a L'exclusion des affections neurologiques.. In: ANAES editor. Paris2000.
- 3.Thuroff JW, Abrams P, Andersson KE, Artibani W, Chapple CR, Drake MJ, et al. EAU guidelines on urinary incontinence. Eur Urol. 2011 Mar;59(3):387-400.
- 4.Landefeld CS, Bowers BJ, Feld AD, Hartmann KE, Hoffman E, Ingber MJ, et al. National Institutes of Health state-of-the-science conference statement: prevention of fecal and urinary incontinence in adults. Ann Intern Med. 2008 Mar 18;148(6):449-58.
- 5.Correia S, Dinis P, Rolo F, Lunet N. Prevalence, treatment and known risk factors of urinary incontinence and overactive bladder in the non-institutionalized Portuguese population. Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct. 2009 Dec;20(12):1481-9.
- 6.Lucas MG ea. EAU Guidelines on Assessment and Nonsurgical Management of Urinary Incontinence. Eur Urol. 2012.
- 7.Bo K. Overview of physical therapy for pelvic floor dysfunction. In: Bo K, editor. Evidence-based: Physical therapy for the pelvic floor Philadelphia: Churchill Livingstone Elsevier; 2007. p. 1-8.
- 8.Corcós J, et al. New proposed guideline - urinary incontinence. Montreal: Canadian Urological Association; 2005.
- 9.Seim A, Hunskaar S. Female urinary incontinence - the role of the general practitioner. Acta Obstet Gynecol Scand. 2000 Dec;79(12):1046-51.
- 10.Silva A. Metodologia da identificação das necessidades de formação em saúde escolar. Comparação de dois métodos: painel Delphi e técnica de grupo nominal. Revista Portuguesa de Saúde Pública. 1990;8(2):45-57.
- 11.Van Gerwen MA, Schellevis FG, Lagro-Janssen AL. Management of urinary incontinence in general practice: data from the Second Dutch National Survey. J Eval Clin Pract. 2009 Apr;15(2):341-5.
- 12.Monz B, Hampel C, Porkess S, Wagg A, Pons ME, Samsioe G, et al. A description of health care provision and access to treatment for women with urinary incontinence in Europe -- a five-country comparison. Maturitas. 2005 Nov 30;52 Suppl 2:S3-12.

13. Butler RN, Maby JI, Montella JM, Young GP. Urinary incontinence: when to refer for procedural therapies. *Geriatrics*. 1999 Dec;54(12):49-54, 6.
14. Guarisi T P-NA, Osis M J, et al. Procura de Serviço Médico por Mulheres com Incontinência Urinária. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*. 2001;23(7):439-43.
15. Shaw C, Tansey R, Jackson C, Hyde C, Allan R. Barriers to help seeking in people with urinary symptoms. *Fam Pract*. 2001 Feb;18(1):48-52.
16. Gerrits M, Avery T, Lagro-Janssen A. Urinary incontinence management in women: audit in general practice. *J Eval Clin Pract*. 2008 Oct;14(5):836-8.
17. Shaw C, Atwell C, Wood F, Brittain K, Williams K. A qualitative study of the assessment and treatment of incontinence in primary care. *Fam Pract*. 2007 Oct;24(5):461-7.
18. Fong E, Nitti VW. Urinary incontinence. *Prim Care*. 2010 Sep;37(3):599-612, ix.
19. Stenchever MA, Rizk DE, Falconi G, Ortiz OC. FIGO guidelines for training residents and fellows in urogynecology, female urology, and female pelvic medicine and reconstructive surgery. *International journal of gynaecology and obstetrics: the official organ of the International Federation of Gynaecology and Obstetrics*. 2009 Dec;107(3):187-90.
20. Shaw C, Das Gupta R, Williams KS, Assassa RP, McGrother C. A survey of help-seeking and treatment provision in women with stress urinary incontinence. *BJU Int*. 2006 Apr;97(4):752-7.
21. Neumann PB, Grimmer KA, Deenadayalan Y. Pelvic floor muscle training and adjunctive therapies for the treatment of stress urinary incontinence in women: a systematic review. *BMC Womens Health*. 2006;6:11.
22. Robert M, Ross S, Farrel SA, Easton WA, Epp A, Girouard L, et al. Conservative management of urinary incontinence. *J Obstet Gynaecol Can*. 2006 Dec;28(12):1113-25.

7. Conflitos de interesse

Os autores declaram não possuir qualquer tipo de conflitos de interesse.

8. Financiamento

Este estudo não teve qualquer financiamento.

9. Apêndices

Apêndice I – Questionário “Quantificação e referenciação das utentes com Incontinência Urinária”

Apêndice II – Primeira versão do questionário “Quantificação e referenciação das utentes com Incontinência Urinária”

Apêndice III – Folheto informativo acerca da intervenção do fisioterapeuta em mulheres com incontinência urinária

Apêndice IV – Resultado da primeira consulta ao painel de *experts*

Apêndice V – Resultado da segunda consulta ao painel de *experts*

Apêndice VI – Folha de rosto para apresentação do estudo e do questionário

Apêndice VII – Teste estatístico entre as questões “Na sua opinião qual é o grau de impacto da incontinência urinária na qualidade de vida das mulheres?” e “Na sua prática clínica, mesmo não existindo queixas objetivas de incontinência urinária, tem por hábito questionar as utentes sobre a presença de perdas involuntárias de urina, no seu dia-a-dia?”

Apêndice VIII – Teste estatístico entre as questões “Considera que poderão existir mais casos de incontinência urinária feminina não diagnosticada do que aquelas que se conhecem?” e “Na sua prática clínica, mesmo não existindo queixas objetivas de incontinência urinária, tem por hábito questionar as utentes sobre a presença de perdas involuntárias de urina, no seu dia-a-dia?”

Apêndice IX – Teste estatístico entre os anos de experiência profissional e a questão “Na sua prática clínica, mesmo não existindo queixas objetivas de incontinência urinária, tem por hábito questionar as utentes sobre a presença de perdas involuntárias de urina, no seu dia-a-dia?”

Apêndice X – Teste estatístico entre as questões “Na sua prática clínica, segue *guidelines*/normas de orientação clínica para o tratamento de mulheres com incontinência urinária?” e “No último ano, quantas utentes com incontinência urinária encaminhou para a fisioterapia?”

Apêndice XI – Teste estatístico entre a questão “Na sua prática clínica, segue *guidelines*/normas de orientação clínica para o tratamento de mulheres com incontinência urinária?” e a resposta “Prescreveu terapêutica medicamentosa”

Apêndice XII – Teste estatístico entre a questão do encaminhamento de utentes para a fisioterapia e as unidades de saúde

Apêndice XIII – Teste estatístico entre “número de utentes diagnosticadas com IU” e “número de utentes encaminhadas para a fisioterapia”

10. Anexos

Anexo I – Normas para apresentação de artigos à Revista Portuguesa de Clínica Geral