UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
Luíza de Oliveira Sousa
Carla Fernandes Braga de Araújo

PERFIL DE MULHERES COM INCONTINÊNCIA URINÁRIA DE ACORDO COM O DESFECHO DO TRATAMENTO FISIOTERÁPICO: QUAIS SÃO AS MULHERES QUE CURAM?

Belo Horizonte
2010

Luíza de Oliveira Sousa
Carla Fernandes Braga de Araújo

PERFIL DE MULHERES COM INCONTINÊNCIA URINÁRIA DE ACORDO COM O DESFECHO DO TRATAMENTO FISIOTERÁPICO: QUAIS SÃO AS MULHERES QUE CURAM?

Monografia apresentada ao Colegiado do Curso de Graduação em Fisioterapia da Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Fisioterapia.

Orientadora: Professora Dra. Elyonara Mello de Figueiredo.
Co-orientadora: Fisioterapeuta Maria Cristina da Cruz.

Belo Horizonte
Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional
2010

AGRADECIMENTOS

Agradeço à Deus por me proporcionar saúde, inteligência e discernimento para que eu possa fazer as melhores escolhas. Dentre elas a incessante e sedenta busca pelo conhecimento e por permitir que eu faça dele a ferramenta que edifica o meu trabalho. Aos meus familiares, especialmente meus pais, pela educação e valores ensinados, por acreditarem nas minhas potencialidades acima de qualquer julgamento. À professora Elyonara, por não se cansar pela busca do melhor que eu poderia ser enquanto estudante e profissional. Pelos sorrisos, amizade e grande aprendizado profissional, muito obrigada Maria Cristina! Ao Felipe, pelo amor, solicitude e companheirismo.

Luíza de Oliveira Sousa

Agradeço ao meu Senhor, o autor da vida e de todo conhecimento, que seu nome possa ser honrado. A Ele agradeço a família que me deu apoio, meus pais e irmãos; aos amigos que me deram animo e às orientadoras que me deram direção e ensino: obrigada Elyonara e Maria Cristina. À igreja que é a expressão da vontade de Deus em minha vida, agradeço pelos conselhos e cuidado. Ao Filipe, amado companheiro, pelo amor e carinho.

Carla Fernandes Braga de Araújo

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO 4
MATERIAIS E MÉTODO 6
RESULTADOS 8
DISCUSSÃO 9
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 18
ANEXO ÚNICO - NORMAS EDITORIAIS DA REVISTA BRASILEIRA DE FISIOTERAPIA 22

PERFIL DE MULHERES COM INCONTINÊNCIA URINÁRIA DE ACORDO COM O DESFECHO DO TRATAMENTO FISIOTERÁPICO: QUAIS SÃO AS MULHERES QUE CURAM?

ELYONARA MELLO DE FIGUEIREDO[1], LUIZA DE OLIVEIRA SOUSA[2], CARLA FERNANDES BRAGA DE ARAÚJO[2], MARIA CRISTINA DA CRUZ[3].

1- Profa. Adjunta, Departamento de Fisioterapia, Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional (EEFFTO), UFMG / Belo Horizonte, Minas Gerais .

2- Curso de Graduação em Fisioterapia, EEFFTO, UFMG / Belo Horizonte, Minas Gerais.

3- Curso de Graduação em Fisioterapia, EEFFTO, UFMG / Belo Horizonte, Minas Gerais.

4- Fisioterapeuta, Setor de Fisioterapia para Disfunções do Assoalho Pélvico, Hospital das Clínicas, UFMG / Belo Horizonte, Minas Gerais.

Autor para correspondência

Elyonara Mello de Figueiredo (elyonara@ufmg.br)

Universidade Federal de Minas Gerais - Campus Pampulha. Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional-Departamento de Fisioterapia.

Av. Antônio Carlos, 6627, Belo Horizonte, MG - 31270-090

Título curto: Perfil de mulheres com IU que curam com tratamento fisioterápico.

Short title: Profile of women with UI cured by physiotherapy treatment.

Palavras-chave: Fisioterapia, incontinência urinária, mulheres, preditores.

Keywords: Physiotherapy, predictors, urinary incontinence, women.

RESUMO

Objetivo: descrever o perfil sociodemográfico, clínico e funcional de mulheres com incontinência urinária (IU) submetidas ao tratamento fisioterápico (TF) de acordo com os desfechos: cura (CR), melhora (ME) ou abandono (AB), identificando quais variáveis influenciam a cura. Conhecer o perfil de mulheres submetidas ao TF com relação aos desfechos poderá contribuir para identificação de fatores prognósticos e orientar o encaminhamento das pacientes ao TF. **Método:** estudo retrospectivo de corte transversal, onde dados foram levantados de prontuários de um serviço público de saúde. O perfil foi descrito de acordo com idade, escolaridade, tipo de IU, gravidade da IU (volume e frequência de perdas urinárias - pad-test 24h e diário miccional 24h respectivamente), função dos músculos do assoalho pélvico (*Escala Modificada de Oxford*), e impacto da IU na qualidade de vida (IQoL). Testes ANOVA ou *post-hoc* e Qui-quadrado testaram influência destas variáveis nos desfechos do TF, α=5%. **Resultados:** As 216 mulheres apresentaram a seguinte distribuição com relação ao desfecho: CR=101(46,75%), ME=36(16,66%) e AB=79(36,57%). As variáveis significativas mostraram que as mulheres que curaram apresentavam menor gravidade (volume, p=0,010 e frequência, p=0,016 de perda urinária) e menor impacto da IU na qualidade de vida (p=0,016), comparadas as do grupo ME. **Conclusão:** A maioria das mulheres curou com o TF. Estas apresentaram menor gravidade da IU e menor impacto na qualidade de vida. A influência da capacidade de contração dos músculos do assoalho pélvico deve ser melhor investigada.

Palavras-chave: Fisioterapia, incontinência urinária, mulheres, preditores.

ABSTRACT

Title: PROFILE OF WOMEN WITH URINARY INCONTINENCE IN ACCORDANCE WITH THE OUTCOME OF PHYSIOTHERAPY TREATMENT: WHAT ARE THE WOMEN THAT CURE?

Short title: Profile of women with UI cured by physiotherapy treatment.

Objective: describe the sociodemographic, clinical and functional profile of women with urinary incontinence (UI) referred to the Physiotherapy Treatment (PT) according to the following outcomes: cure (CR), improvement (IP) or drop out (DO), and identify which variables influence the cure. The profile acknowledgement of women subjected to the PT in respect to the outcomes could help identify prognostic factors and guide the referral of patients to the PT. **Method**: A retrospective cross-sectional study with data collected from medical records of a public health service. The profile consists of age, educational level, type of UI, severity of the UI (volume and frequency of urinary incontinence – 24-hour pad-test and 24-hour voiding diary, respectively), pelvic floor muscle function (*Modified Oxford Scale*) and impact of UI in the quality of life (IQoL). ANOVA or *post-hoc* and Chi-square tests were used to test the influence of these variables on outcomes of PT, α=5%. **Results:** 216 women showed the following distribution regarding the outcome: CR=101 (46.75%), IP=36 (16.66%) and DO=79 (36.57%). The significant variables showed that women who were cured had minor severity (volume, p=0.010, and frequency, p=0.016) for urinary incontinence and less impact of UI in their quality of life (p=0.016), in comparison with the IP group. **Conclusion:** Most women were cured with the PT, who also presented less severe UI and experienced less impact in their quality of life. The contraction capacity influence of the pelvic floor muscle ought to be further investigated.

Keywords: Physiotherapy; predictors; urinary incontinence; women.

INTRODUÇÃO

Incontinência Urinária (IU) é definida como qualquer perda involuntária de urina[1]. Pode resultar da inter-relação de múltiplos fatores que afetam o trato urinário inferior[2] e/ou os músculos do assoalho pélvico (MAP). Três tipos principais de IU podem ser identificados: incontinência urinária de esforço (IUE), definida como a queixa de qualquer perda involuntária de urina ao esforço, tosse ou espirro, incontinência urinária de urgência (IUU) caracterizada pela perda de urina acompanhada ou imediatamente precedida por desejo incontrolável de urinar, e a incontinência urinária mista (IUM), caracterizada pela combinação dos sintomas anteriores[1]. É uma condição de saúde que afeta milhões de pessoas em todo o mundo gerando além de custos pessoais com higiene, diagnóstico e tratamento, dispêndio expressivo de recursos do sistema de saúde[3,4,5,6]. Sua prevalência é superior em mulheres, numa proporção de 2:1 homens[7] e tende a aumentar com o avanço da idade[8,9]. Está associada a uma série de mediadores que ocasionam desconforto, isolamento social, redução do bem estar físico e mental impactando negativamente na qualidade de vida[3]. Idade[8,10,11], menopausa[12], reposição hormonal[13], histerectomia[14], obesidade[15,16], paridade[2,17] e tipo de parto[17,18,19] são fatores de risco para IU frequentemente relatados na literatura. Como vários destes fatores podem coexistir em uma mulher, a identificação de fatores de risco individuais pode ser um desafio. Além disso, ainda não se conhece o valor prognóstico destes fatores de risco para desfechos relativos ao tratamento cirúrgico e conservador, e se são passíveis de modificações por intervenções alvo[20].

Vários consensos baseados em revisões sistemáticas têm recomendado o tratamento fisioterápico, em especial o treinamento dos músculos do assoalho pélvico (TMAP), como primeira opção de tratamento para casos de IU feminina devido ao baixo custo, baixo risco e

eficácia comprovada[21,22]. Alguns ensaios clínicos controlados randomizados têm mostrado taxas de cura e melhora após o TMAP entre 56 e 70%[22]. Contudo, a ausência de consenso acerca da medida de desfecho padrão ouro para definir cura[22,23] dificulta a comparação entre resultados de estudos e especialmente a identificação das mulheres que curam, melhoram ou não aderem ao tratamento conservador. Clinicamente, observa-se que apesar de os resultados do tratamento fisioterápico para mulheres com IU serem efetivos, algumas mulheres não respondem satisfatoriamente a esta intervenção. A falta de motivação tem sido relacionada ao insucesso do tratamento conservador e outras várias razões relacionadas ao abandono do tratamento como: tempo consumido, necessidade de mudanças no estilo de vida, crenças culturais e de saúde, pobre suporte social e tempo de viagem gasto até o consultório[22]. Diferentes estudos investigaram fatores que podem predizer pobres resultados do tratamento fisioterápico para mulheres com IU, tais como baixa escolaridade[20], status hormonal[20], obesidade[20,24], número de partos vaginais ≥ 3[20], hipermobilidade uretral[24], gravidade da IU[20,25], frequência de perda urinária ≥ 2[25], tratamento prévio para IU[20,26], cirurgia pélvica prévia[24], prolapsos estágio >II[20], depressão[20], saúde física debilitada[20], uso crônico de medicação psicotrópica e resultado positivo do teste de esforço na avaliação[25]. Em contraste, um estudo retrospectivo[27] investigou o efeito do TMAP no fortalecimento dos MAP e preditores de resposta do tratamento da IU em 134 mulheres com idade média de 60,6 (±10) anos. Não foi encontrada qualquer influência das características demográficas, gravidade de IU, medidas urodinâmicas, fatores clínicos, pressão vaginal e capacidade de contração dos MAP no resultado do tratamento conservador[27]. Nenhum fator, isoladamente, tem sido apontado como preditor de resultado e alguns indicadores de sucesso têm sido destacados tais como a correta contração dos MAP, a motivação e a adesão ao tratamento[9]. Truijen et al[24] em estudo

retrospectivo envolvendo 267 mulheres com IUE submetidas ao TMAP destacou a motivação como fator crucial para o sucesso do tratamento embora seja difícil mensurá-la objetivamente.

A documentação do perfil sociodemográfico, clínico e funcional de mulheres brasileiras que cursaram com desfechos de cura, melhora e abandono do tratamento fisioterápico poderá contribuir para a identificação das mulheres que melhor respondem à intervenção, direcionando o seu encaminhamento para o tratamento mais adequado ao seu perfil, e para informar as pacientes sobre as chances de cura ou melhora aumentando consequentemente a adesão e redução da ocorrência de intervenções de maiores custos para a paciente e para o sistema de saúde. Desta forma, o objetivo deste estudo foi documentar o perfil sociodemográfico, clínico e funcional de mulheres com IU submetidas a tratamento fisioterápico de acordo com o desfecho do tratamento, e investigar quais fatores influenciaram tais desfechos.

MATERIAIS E MÉTODO

Trata-se de um estudo retrospectivo, de corte transversal onde foram coletados dados de mulheres com IU encaminhadas por urologistas e uroginecologistas ao Setor de Fisioterapia para Disfunções do Assoalho Pélvico do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais (HC-UFMG). Dados referentes ao perfil sociodemográfico (idade, escolaridade, estado civil), clínico (tipo de IU, tempo de IU, frequência de perda urinária, volume de perda, paridade, status hormonal e qualidade de vida) e funcional (capacidade de contração dos MAP) foram coletados a partir dos prontuários fisioterápicos de mulheres com diagnóstico clínico e urodinâmico de IU. Este diagnóstico foi documentado a partir dos dados do estudo urodinâmico, da ficha de encaminhamento médico ou a partir dos sinais e sintomas da IU, priorizando esta ordem de importância. A frequência de perda urinária foi

operacionalizada pelo diário miccional 24h, o volume de perda de urina, operacionalizado pelo pad-test 24h, e a qualidade de vida foi operacionalizada por meio do questionário específico *Quality of Life in Persons with Urinary Incontinence* - IQoL. A *Escala Modificada de Oxford* foi utilizada para graduar a capacidade de contração dos MAP, por meio da palpação bidigital do canal vaginal, na posição de decúbito dorsal com flexão e rotação externa de quadris e flexão de joelhos.

Os desfechos cura e melhora foram definidos de acordo com as recomendações da Sociedade Internacional de Continência (SIC)[28] e a partir dos resultados de um estudo científico desenvolvido pelo grupo de fisioterapeutas e uroginecologistas do hospital em uma amostra populacional brasileira[29]. A cura foi definida como volume de perda ≤4g associado a duas semanas consecutivas sem episódios de perda urinária. Melhora foi definida como a redução dos episódios e do volume de perda urinária associados à percepção subjetiva de melhora discutida com a paciente a partir dos resultados do questionário de qualidade de vida, sem no entanto alcançar os critérios de cura. Abandono foi definido como duas ausências consecutivas ao tratamento fisioterápico sem aviso.

Os atendimentos fisioterapêuticos ocorreram no período de março de 2006 a dezembro de 2009, duas vezes por semana, em sessões de 40 minutos de duração, que consistiram de: educação sobre a anatomia do assoalho pélvico e sobre os mecanismos de IU, conscientização do assoalho pélvico e dos seus limites ósseos, treinamento vesical, treinamento dos MAP, treino funcional e eletroestimulação, conforme as queixas individuais e incapacidades identificadas através da avaliação fisioterapêutica. Os atendimentos foram realizados por estudantes do Curso de Graduação em Fisioterapia, treinados e supervisionados por uma fisioterapeuta especialista em Fisioterapia na Saúde da Mulher.

Os dados dos prontuários foram coletados por duas destas estudantes, armazenados em planilha do Excel (Windows XP) e analisados através do programa SPSS-17. A caracterização dos perfis sociodemográfico, clínico e funcional das participantes foi feita através de medidas de tendência central e dispersão. A influência destas características nos desfechos cura, melhora e abandono foi testada pela ANOVA e *post-hoc* ou Qui-quadrado. O nível de significância de 5% foi estabelecido para todas as análises inferenciais.

RESULTADOS

Dados de duzentas e dezesseis mulheres foram incluídos: idade média de 53,09 (±11,44) anos, predominantemente casadas (56%) e com escolaridade de 1 a 8 anos (63,4%) (TAB. I). A maioria das participantes recebeu alta do tratamento fisioterápico por cura (46,8%), seguida de abandono (36,6%) e melhora (16,7%). Foram observadas diferenças significativas em relação ao desfecho do tratamento nas seguintes variáveis: frequência (p=0,007) e volume de perda urinária (p=0,000), qualidade de vida (p=0,010) e número de sessões de tratamento fisioterápico (p=0,000). Análises *post-hoc* indicaram que o volume e frequência de perda urinária, que expressam a gravidade da mesma, foram maiores nas mulheres que melhoraram comparadas às que curaram (p=0,010 e p=0,016 respectivamente). A qualidade de vida no início do tratamento foi significativamente pior nas participantes que receberam alta por melhora comparadas às que curaram (p=0,016). As mulheres que abandonaram o tratamento receberam um número menor de sessões comparadas aos outros dois grupos (p=0,000) (TAB. I).

---------- Inserir TABELA I aqui ----------

DISCUSSÃO

Muitos fatores de risco para IU têm sido apontados na literatura. Nenhum deles, contudo, é considerado um fator independente para o desenvolvimento da IU. Também são escassas as informações acerca do potencial preditivo destes fatores[20,27] especialmente no que diz respeito ao desfecho de tratamentos. No presente estudo, fatores relativos ao perfil sociodemográfico, clínico e funcional de mulheres com IU foram investigados como potenciais preditores de sucesso do tratamento. Fatores clínicos e funcionais discriminaram as mulheres que melhor respondem ao tratamento fisioterápico.

Na amostra analisada a maioria das mulheres recebeu alta do tratamento fisioterápico por cura, indicando a efetividade do tratamento prestado. Não existe, na literatura, consenso a respeito dos critérios de cura da IU feminina, no entanto a SIC recomenda o uso de dados objetivos tais como o volume de perda urinária obtido através do pad-test assim como a percepção subjetiva de melhora da paciente[28]. Estes critérios foram adotados no presente estudo e devem ser considerados em estudos futuros para que dados possam ser comparados, contribuindo para uma conclusão definitiva sobre o tema.

Três fatores independentes foram associados à cura no presente estudo: menores volume e frequência de perda urinária, que clinicamente inferem sobre gravidade da IU, e menor impacto da IU na qualidade de vida das mulheres ao início do tratamento. Similar a estes resultados, um estudo anterior apontou como forte preditor de sucesso do tratamento fisioterápico o não uso de protetores[26]. Os autores refletem sobre o uso de protetor como um indicador singular da gravidade da IU, já que este surge como uma adaptação de cada mulher frente à IU, o que dependerá do seu grau de tolerância ao sentir-se molhada[26], do seu nível de atividade e do grau de incômodo relacionado às perdas urinárias. Além disso, a frequência de perda menor ou igual a 2 episódios por dia foi associada ao sucesso terapêutico[25]. A relação

entre a gravidade da IU e o desfecho do tratamento ainda é controversa e alguns estudos não encontraram correlação linear[27,30]. Contudo, estes estudos possuem tamanhos amostrais diferentes, critérios de cura variados e ausência de ponto de corte definindo os níveis de gravidade da IU. Tais fatos reforçam a necessidade de se desenvolver mais estudos investigando o tema, a partir de critérios recomendados pela SIC e de métodos comparáveis.

O impacto da IU na qualidade de vida tem sido pouco estudado com fator preditivo de sucesso terapêutico, o que reforça a relevância dos resultados do presente estudo. Indicadores de qualidade de vida não influenciaram o resultado da terapia comportamental em 307 mulheres com IUU[30]. Contudo, depressão e ansiedade, que podem estar relacionados à qualidade de vida, parecem influenciar o desfecho do tratamento fisioterápico. Mulheres que fazem uso de antidepressivos e ansiolíticos podem ser mais vulneráveis à falha ou abandono do tratamento[26]. Acredita-se que estas mulheres sejam menos motivadas a empregar a rotina do tratamento conservador em suas vidas diárias. Em concordância com estes achados, um estudo prospectivo conduzido em 267 mulheres com IUE[20], identificou a depressão como fator associado ao pobre prognóstico do tratamento fisioterápico a curto prazo, sugerindo que dentre os vários domínios do construto qualidade de vida, os fatores emocionais devem merecer destaque.

Similar aos resultados reportados por outros autores[24,25,26,27,30], fatores sociodemográficos como idade e escolaridade não influenciaram os desfechos do tratamento fisioterápico no presente estudo. Burgio et al[26] inferiram que a restrição da faixa etária da amostra investigada possa ter velado a real influência do fator idade no desfecho da intervenção. No presente estudo, houve grande variabilidade de faixa etária, sugerindo que idade realmente não seja um fator relevante para a predição de sucesso do tratamento fisioterápico para mulheres com IU. Tem sido sugerido que a escolaridade pode influenciar a

adesão ao tratamento fisioterápico, considerando que mulheres com menor nível educacional possam ser menos questionadoras e mais rigorosas no que concerne ao cumprimento das orientações do terapeuta[26]. Tal hipótese não foi corroborada no presente estudo que apresentou perfil variado de escolaridade, indicando que esta, isoladamente, não seja fator relevante para o desfecho do tratamento.

O tipo e a duração dos sintomas da IU, a paridade, o número de partos vaginais e o status hormonal também não foram relacionados ao desfecho do tratamento. Um estudo prévio[26] conduzido em mulheres com IU, observou que aquelas com IUU que curaram após terapia comportamental apresentavam poucos episódios de perda urinária anterior à intervenção. No entanto, a correlação entre o desfecho e o tipo de IU não foi estatisticamente significativa. A duração dos sintomas também não tem sido considerada forte preditor de desfechos de tratamento[25]. Tem-se observado que o tempo decorrido desde o primeiro sintoma de IU até a procura de auxílio relaciona-se à motivação ou interesse da mulher na sua própria condição de saúde. Algumas mulheres procuram tratamento ao menor sinal de disfunção. Outras, porém, procuram auxílio médico somente quando percebem piora dos sintomas. Desta forma, a duração dos sintomas não tem sido considerada um indicador de gravidade da IU ou preditor de sucesso terapêutico. A maioria das participantes deste estudo era multípara e embora a paridade seja conhecida claramente como um fator de risco para IU, não foi destacada como um fator preditor de desfecho como observado em outros estudos[25,26,27]. Analogamente, o número médio de partos vaginais[27] e o status hormonal não influenciaram o desfecho cura.

Não é de nosso conhecimento outro estudo que tenha investigado aspectos de funcionalidade dos MAP como preditivos de desfecho do tratamento fisioterápico. Considerando que a capacidade de contração dos MAP representa a habilidade em acionar o

componente extrínseco de fechamento uretral[31], esta função deve ser investigada como preditivo de desfecho. É comum a observação clínica de que mulheres que apresentam adequada capacidade de contração dos MAP não se beneficiam tanto do tratamento fisioterápico. Os resultados do presente estudo documentaram ausência de relação entre este fator e os desfechos do tratamento fisioterápico. Esta relação foi mencionada em um estudo retrospectivo[27] que abordou o TMAP e os preditores de resposta no tratamento da IU em mulheres com idade média de 60,6 anos. Os pesquisadores observaram que as mulheres com pobre capacidade de contração anterior à intervenção alcançaram maiores reduções dos episódios de IU comparadas àquelas com adequada contração dos MAP. Uma possível explicação é que os MAP com boa capacidade de contração anterior à intervenção têm menos a ganhar com o TMAP. Contudo, esta relação precisa ser melhor investigada[24].

No presente estudo, todas as mulheres que aderiram ao tratamento cursaram com desfecho positivo (cura ou melhora), no entanto, cerca de um terço da amostra investigada abandonou o tratamento. Embora não tenha sido o foco deste estudo, um fator possivelmente associado ao abandono foi a motivação. Diferentes estudos têm abordado a motivação como fator crucial ao sucesso terapêutico[24,25,26]. Diante disso, faz-se importante investigar em estudos futuros os fatores relacionados à motivação das pacientes que aderem ao tratamento conservador e os motivos pelos quais outras não aderem. Considerando que a Fisioterapia é recomendada pela SIC como o tratamento de primeira escolha para mulheres com IU, identificar a melhor abordagem à paciente para garantir motivação e conseqüente adesão e benefícios do tratamento fisioterápico parece ser um aspecto fundamental para uma prática efetiva em Fisioterapia em Uroginecologia. Identificar o perfil das mulheres que respondem positivamente a este tratamento pode ser um importante passo para a efetividade desta intervenção.

Conclui-se a partir dos resultados encontrados neste estudo que as características sociodemográficas e funcional parecem não influenciar o desfecho cura, enquanto dados clínicos apontam que mulheres com menor gravidade da IU e menor impacto na qualidade de vida se beneficiam do tratamento conservador. Seria relevante que estudos futuros utilizando tamanho amostral mais expressivo investigassem se a interação entre variáveis prediz de forma mais eficaz o desfecho do tratamento. A influência da capacidade de contração dos MAP deve, também, ser melhor investigada.

Tabela I: Perfil das mulheres com IU de acordo com os desfechos do tratamento fisioterápico.

	Cura (n=101)	Melhora (n=36)	Abandono (n=79)	p
Perfil Sociodemográfico				
Idade (anos), média (SD)	52,91 (11,74)	53,58 (10,70)	50,75 (12,00)	0,352
Escolaridade, número (%)				0,241
Analfabeto	15 (14,9)	8 (22,2)	6 (7,6)	
1 a 8 anos	66 (65,3)	21 (58,3)	50 (63,3)	
> 8 anos	20 (19,8)	7 (19,4)	21 (26,6)	
Estado civil, número (%)				-
Casada	57 (56,4)	20 (55,6)	42 (53,2)	
Solteira	10 (9,9)	4 (11,1)	16 (20,3)	
Divorciada	34 (33,7)	12 (33,3)	8 (10,1)	
Perfil Clínico				
Tipo de IU, número (%)				0,384
IUE	45 (44,6)	15 (41,7)	35 (44,3)	
IUU	17 (16,8)	3 (8,3)	17 (21,5)	
IUM	39 (38,6)	18 (50,0)	27 (34,2)	
Tempo IU (anos), média (SD)	6,14 (5,80)	8,66 (7,48)	7,51 (6,90)	0,200
Frequência de Perda (nº em 24h), média (SD)	1,70 (2,26)	3,25 (2,87)	2,40 (2,75)	0,007
Volume de perda (*g*), média (SD)	16,26 (25,46)	53,3 (68,94)	31,44 (42,62)	0,000

Paridade, número (%)				0,437
Nulípara	7 (6,9)	3(13,9)	8 (10,1)	
Multípara	94 (93,1)	31(86,1)	70(88,6)	
Tipo de parto, média (SD)				-
Cesárea	0,44 (0,81)	0,81 (1,67)	0,76 (1,09)	
Vaginal	3,11(2,78)	3,11 (2,86)	2,51 (2,53)	
Número de partos vaginais (%)				0,575
<3, número	49 (48,5)	19 (52,8)	44 (55,7)	
≥3, número	52 (51,5)	17 (47,2)	34 (43,0)	
Status hormonal, número (%)				-
Menopausa	60 (59,4)	22(61,1)	46 (58,2)	
Rep. Hormonal	3 (3,0)	1(2,8)	5 (6,3)	
Histerectomia	1 (1,0)	1(2,8)	1 (1,3)	
QV (*IQol*) , média (SD)	60,62(21,51)	21,35 (48,20)	52,99 (22,45)	0,010
Número de sessões, média (SD)	12,76 (6,09)	15,86 (7,29)	4,79 (4,97)	0,000
Perfil Funcional				
Capacidade de contração, número (%)				0,600
0-1	17 (16,8)	6 (16,7)	14 (17,7)	
2-3	66 (65,3)	27 (75)	38 (48,1)	
4-5	17 (16,8)	3 (8,3)	10 (12,7)	

Table I: Profile of women with UI in accordance with the outcomes of physiotherapy treatment.

	Cure (n=101)	Improvement (n=36)	Drop out (n=79)	p
Sociodemographic Profile				
Age (years), Mean (SD)	52,91 (11,74)	53,58 (10,70)	50,75 (12,00)	0,352
Scholarity, number (%)				0,241
Unlettered	15 (14,9)	8 (22,2)	6 (7,6)	
1-8 years	66 (65,3)	21 (58,3)	50 (63,3)	
> 8 years	20 (19,8)	7 (19,4)	21 (26,6)	
Marital status, number (%)				-
Married	57 (56,4)	20 (55,6)	42 (53,2)	
Single	10 (9,9)	4 (11,1)	16 (20,3)	
Divorced	34 (33,7)	12 (33,3)	8 (10,1)	
Clinical Profile				
Type of IU, number (%)				0,384
Stress	45 (44,6)	15 (41,7)	35 (44,3)	
Urge	17 (16,8)	3 (8,3)	17 (21,5)	
Mixed	39 (38,6)	18 (50,0)	27 (34,2)	
Duration (years), Mean (SD)	6,14 (5,80)	8,66 (7,48)	7,51 (6,90)	0,200
Frequency of IU (24 hr number), Mean (SD)	1,70 (2,26)	3,25 (2,87)	2,40 (2,75)	0,007
Volume loss (*g*), Mean(SD)	16,26 (25,46)	53,3 (68,94)	31,44 (42,62)	0,000

Parity, number (%)				0,437
Nulliparous	7 (6,9)	3(13,9)	8 (10,1)	
Multiparous	94 (93,1)	31(86,1)	70(88,6)	
Type of child-birth, Mean (SD)				-
Cesarean	0,44 (0,81)	0,81 (1,67)	0,76 (1,09)	
Vaginal	3,11(2,78)	3,11 (2,86)	2,51 (2,53)	
Number of child-birth (%)				0,575
<3, number	49 (48,5)	19 (52,8)	44 (55,7)	
≥3, number	52 (51,5)	17 (47,2)	34 (43,0)	
Menopausal status, number (%)				-
Menopause	60 (59,4)	22 (61,1)	46 (58,2)	
Hormone replacement therapy	3 (3,0)	1 (2,8)	5 (6,3)	
Hysterectomy	1 (1,0)	1 (2,8)	1 (1,3)	
Quality of life (IQol), Mean (SD)	60,62 (21,51)	21,35 (48,20)	52,99 (22,45)	0,010
Number of sessions, Mean (SD)	12,76 (6,09)	15,86 (7,29)	4,79 (4,97)	0,000
Functional Profile				
Contraction ability pelvic floor muscle, number (%)				0,600
0-1	17 (16,8)	6 (16,7)	14 (17,7)	
2-3	66 (65,3)	27 (75)	38 (48,1)	
4-5	17 (16,8)	3 (8,3)	10 (12,7)	

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1- Abrams P, Cardozo L, Fall M, Griffiths D, Rosier P, Ulmsten U, Van Kerrebroeck P, Victor A, Wein A. **The standardization of terminology in lower urinary tract function: report from the Standardization Sub-Committee of the International Continence Society**. Urology. 2003; 61:37–49.

2- Menezes M, Pereira M, Hextall A. **Predictors of female urinary incontinence at midlife and beyond**. Maturitas. 2010; 65:167–171

3- Alewijnse D, Mesters I, Metsemakers J, Borne B. **Predictors of long-term adherence to pelvic floor muscle exercise therapy among women with urinary incontinence**. Health Education Research. 2003; 18:511-524

4- Amaro JL, Macharelli CA, Yamamoto H, Kawano PR, Padovani CR, Agostinho AD. **Prevalence and Risk Factors for Urinary and Fecal Incontinence in Brazilian Women**. International Braz J Urol. 2009; 35(5):592-598

5- Zanetti MR, Castro Rde A, Rotta AL, Santos PD, Sartori M, Girão MJ. **Impact of supervised physiotherapeutic pelvic floor exercises for treating female stress urinary incontinence**. Sao Paulo Med J. 2007 Sep 6; 125(5):265-9

6- Subak L, Van Den Eeden S, Thom D, Creasman JM, Brown JS. **Reproductive Risks for Incontinence Study at Kaiser Research Group. Urinary incontinence in women: Direct costs of routine care**. Am J Obstet Gynecol. 2007 Dec; 197(6):596.e1-9

7- Kocak I, Okyay P, Dundar M, Erol H, Beser E. **Female urinary incontinence in the west of Turkey: prevalence, risk factors and impact on quality of life**. Eur Urol. 2005 Oct; 48(4):634-41

8- Chen GD. **Pelvic Floor Dysfunction In Aging Women**. Taiwan J Obstet Gynecol. 2007; 46(4):374–378

9- Hunskaar S, Lose G, Sykes D, Voss S. **The prevalence of urinary incontinence in women in four European countries**. BJU Int. 2004 Feb; 93(3):324-30

10- Townsend MK, Danforth KN, Lifford KL, Rosner B, Curhan GC, Resnick NM, Grodstein F. **Incidence and remission of urinary incontinence in middleaged women**. Am J Obstet Gynecol. 2007; 197:167.e1-167.e5.

11- Trowbridge ER, Wei JT, Fenner DE, Ashton-Miller JA, DeLancey JOL. **Effects of Aging on Lower Urinary Tract and Pelvic Floor Function in Nulliparous Women**. Obstet Gynecol. 2007; 109:715-720

12– Waetjen LE, Ye J, Feng WY, Johnson WO, Greendale GA, Sampselle CM, Sternfield B, Harlow SD, Gold EB. **Association Between Menopausal Transition Stages and Developing Urinary Incontinence**. Obstet Gynecol. 2009; 114:989-998

13– Townsend MK, Curhan GC, Resnick NM, Grodstein F. **Postmenopausal hormone therapy and incident urinary incontinence in middle-aged women**. Am J Obstet Gynecol. 2009; 200:86.e1-86.e5

14- Miller JJR, Botros SM, Beaumont JL, Aschkenazi SO, Gamble T, Sand PK, Goldberg RP. **Impact of hysterectomy on stress urinary incontinence: an identical twin study**. Am J Obstet Gynecol. 2008; 198:565.e1-565. e4

15– Townsend MK, Danforth KN, Rosner B, Curhan GC, Neil M. Resnick NM, Grodstein F. **Body Mass Index, Weight Gain, and Incident Urinary Incontinence in Middle-Aged Women**. Obstet Gynecol. 2007; 110:346–53

16– Mishra GD, Hardy R, Cardozo L, Kuh D. **Body weight through adult life and risk of urinary incontinence in middle-aged women: results from a British prospective cohort**. Int J Obes. 2008; 32:1415–1422

17– Lukacz ES, Lawrence JM, Richard Contreras R, Nager CW, Luber KM. **Parity, Mode of Delivery, and Pelvic Floor Disorders**. Obstet Gynecol. 2006; 107:1253-1260

18- Wesnes SL, Hunskaar S, BØ K, Rortveit G. **The effect of urinary incontinence status during pregnancy and delivery mode on incontinence postpartum. A cohort study**. BJOG. 2009;116:500-707

19- Press JZ, MD, Klein MC, Kaczorowski J, Liston RM, von Dadelszen P. **Does Cesarean Section Reduce Postpartum Urinary Incontinence? A Systematic Review**. Birth. 2007; 34(3):228-237

20- Hendriks EJM, Kessels AGH, Vet HCW, Bernards ATM, Bie RA**. Prognostic Indicators of Poor Short-Term Outcome of Physiotherapy Intervention in Women with Stress Urinary Incontinence**. Neurourol Urodyn. 2010; 29(3):336-43

21- Hay-Smith EJ, BØ Kari, Berghmans B, Hendriks E, de Bie R, van Waalwijk van Doorn ED. **Pelvic floor muscle training for urinary incontinence in women**. Cochrane Database Syst Rev 2008; 3: CD 001407

22- BØ K. **Is There Still a Place for Physiotherapy in the Treatment of Female Incontinence?** EAU Update Series. 2003; 145–153

23– BØ K. **Pelvic floor muscle training is effective in treatment of female stress urinary incontinence, but how does it work?** Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct. 2004; 15: 76–84

24- Truijen G, Wyndaele JJ, Weyler J. **Treatment of Stress Urinary Incontinence in Women: Who will Benefit?** Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct. 2001; 12(6):386-90

25- Cammu H, Van Nylen M, Blockeel C, Kaufman L, Amy JJ. **Who will benefit from pelvic floor muscle training for stress urinary incontinence?** Am J Obstet Gynecol. 2004 Oct; 191(4):1152-7

26- Burgio KL, Goode PS, Locher JL, Richter HE, Roth DL, Wright KC, Varner RE. **Predictors of Outcome in the Behavioral Treatment of Urinary Incontinence in Women**. Obstet Gynecol. 2003 Nov; 102(5 Pt 1):940-7

27- Theofrastous JP, Wyman JF, Bump RC, McClish DK, Elser DM, Bland DR, Fantl JA. **Effects of Pelvic Floor Muscle Training on Strength and Predictors of Response in the Treatment of Urinary Incontinence**. Neurourol Urodyn. 2002; 21(5):486-90

28- Staskin D, Kelleher C, Bosch R, Coyne K, Cotterill N, Emmanuel A, Yoshida M, Kopp Z. Initial Assessment Of Urinary And Faecal Incontinence In Adult Male and Female Patients. In: Abrams P, Cardozo L, Khoury S, Wein A, editors. **4th International Consultation on Incontinence**; 2009. 337-362p

29- Gontijo RR, Vaz CT, Mazier CLM, Figueiredo EM, Monteiro CVM, Baracho E, Filho SLA. **Valor do Pad Test 24 horas em mulheres continentes residentes no Brasil.** In: II Intercobraf - Congresso Brasileiro de Fisioterapia, 4., 2008, Curitiba. Anais... São Paulo: Fisioterapia e Pesquisa, 2008. v. 15.

30- Richter HE, Burgio KL, Chai TC, Kraus SR, Xu Y, Nyberg L, Brubaker L. **Predictors of outcomes in the treatment of urge urinary incontinence in women**. Int Urogynecol J. 2009; 20:489–497

ANEXO ÚNICO

NORMAS EDITORIAIS DA REVISTA BRASILEIRA DE FISIOTERAPIA

I. FORMA E PREPARAÇÃO DOS MANUSCRITOS

Os manuscritos devem ser submetidos por via eletrônica pelo site http://www.ufscar.br/rbfisio/, preferencialmente em inglês, e devem ser digitados em espaço duplo, tamanho 12, fonte *Times New Roman* com amplas margens (superior e inferior = 3 cm, laterais = 2,5 cm), não ultrapassando 21 (vinte e uma) páginas (incluindo referências, figuras, tabelas e anexos). *Estudos de Caso* não devem ultrapassar 10 (dez) páginas digitadas em sua extensão total, incluindo referências, figuras, tabelas e anexos. (Adicionar números de linha no arquivo).

Ao submeter um manuscrito para publicação, os autores devem enviar[1].

1. Carta de encaminhamento do material, contendo as seguintes informações:

a. Nomes completos dos autores e titulação de cada um;

b. Tipo e área principal do artigo[2];

c. Número e nome da Instituição que emitiu o parecer do Comitê de Ética para pesquisas em seres humanos e para os experimentos em animais. Para as pesquisas em seres humanos, incluir também uma declaração de que foi obtido o Termo de Consentimento dos pacientes participantes do estudo;

d. Número de identificação em um dos Registros de Ensaios Clínicos validados pelos critérios estabelecidos pela OMS e ICMJE, cujos endereços estão disponíveis no site do ICMJE: http://www.icmje.org/faq.pdf. O número de identificação deverá ser registrado no final do resumo;

2. Declaração de responsabilidade de conflitos de interesse. Os autores devem declarar a existência ou não de eventuais conflitos de interesse (profissionais, financeiros e benefícios diretos e indiretos) que possam influenciar os resultados da pesquisa;

3. Declaração assinada por todos os autores com o número de CPF indicando a responsabilidade do(s) autor(es) pelo conteúdo do manuscrito e transferência de direitos autorais (copyright) para a *Revista Brasileira de Fisioterapia/Brazilian Journal of Physical Therapy*, caso o artigo venha a ser aceito pelos Editores.

Os modelos da carta de encaminhamento e das declarações encontram-se disponíveis no *site* da *Revista Brasileira de Fisioterapia/Brazilian Journal of Physical Therapy* http://www.ufscar.br/rbfisio/.

Os manuscritos publicados são de propriedade da Revista Brasileira de Fisioterapia/*Brazilian Journal of Physical Therapy*, e é vedada tanto a reprodução, mesmo que parcial em outros periódicos, como a tradução para outro idioma sem a autorização dos Editores.

As datas de recebimento e aceite dos artigos serão publicadas. Se o artigo for encaminhado aos autores para revisão e não retornar à RBF/BJPT dentro de 6 (seis) semanas, o processo de revisão será considerado encerrado. Caso o mesmo artigo seja reencaminhado, um novo processo será iniciado, com data atualizada. A data do aceite será registrada quando os autores retornarem o manuscrito, após a correção final aceita pelos Editores.

As provas finais serão enviadas por e-mail aos autores somente para correção de possíveis erros de impressão, não sendo permitidas quaisquer outras alterações. Manuscritos em prova final não devolvidos em dois dias terão sua publicação postergada para um próximo número.

A versão corrigida, após o aceite dos editores, deve ser enviada usando o programa Word em qualquer versão, padrão PC. As figuras, tabelas e anexos devem ser colocadas em folhas separadas no final do texto.

Após publicação do artigo ou processo de revisão encerrado, toda documentação referente ao processo de revisão será incinerada.

II. FORMATO DO MANUSCRITO

O manuscrito deve ser elaborado na seqüência abaixo, com todas as páginas numeradas consecutivamente na margem superior direita, com início na página de título[3].

Página de título e Identificação (1ª. página)

A página de identificação deve conter os seguintes dados:

a. *Título do manuscrito* em letras maiúsculas;

b. *Autor*: nome e sobrenome de cada autor, em letras maiúsculas, sem titulação, seguido por número sobrescrito (expoente), identificando a afiliação institucional/vínculo (Unidade/Instituição/Cidade/Estado); Para mais que um autor, separar por vírgula;

c. Nome e endereço completo (incluindo número de telefone e e-mail do autor para envio de correspondência). É de responsabilidade do autor correspondente manter atualizado o endereço e email para contatos.

ATENÇÃO: A RBF/BJPT aceita somente a inclusão de, no máximo, 6 (seis) autores em um artigo. Outras pessoas que contribuíram para o trabalho podem ser incluídas no item "Agradecimentos";

d. *Título para as páginas do artigo*: indicar um título curto para ser usado no cabeçalho das páginas do artigo (língua portuguesa e inglesa), não excedendo 60 caracteres;

e. *Palavras-chave*: uma lista de termos de indexação ou palavras-chave (máximo seis) deve ser incluída (versões em português e inglês). A RBF/BJPT recomenda o uso do DeCS – Descritores em Ciências da Saúde para consulta aos termos de indexação (palavras-chave) a serem utilizados no artigo (http://decs.bvs.br/).

Resumo (2ª. página)

Para autores brasileiros, o resumo deve ser escrito em língua portuguesa e língua inglesa. Para os demais países, apenas em língua inglesa. Uma exposição concisa, que não exceda 250 palavras em um único parágrafo digitado em espaço duplo, deve ser escrita em folha separada e colocada logo após a página de título. O resumo deve ser apresentado em formato estruturado, incluindo os seguintes itens separadamente: *Contextualização* (opcional), O*bjetivos, Método, Resultados* e *Conclusões*.

Notas de rodapé e abreviações não definidas não devem ser usadas. Se for preciso citar uma referência, a citação completa deve ser feita dentro do resumo, uma vez que os resumos são publicados separadamente pelos Serviços de Informação, Catalogação e Indexação Bibliográficas e eles devem conter dados suficientemente sólidos para serem apreciados por um leitor que não teve acesso ao artigo como um todo.

Abstract (3ª. página)

Em caso de submissão em língua portuguesa, o *título*, o *título curto*, o *resumo estruturado* e as *palavras-chave* do artigo devem ser traduzidos para o inglês sem alteração do conteúdo.

Após o *Resumo* e o *Abstract*, incluir, em itens destacados, a *Introdução*, *Materiais e Métodos*, *Resultados* e a *Discussão:*

• Introdução - deve informar sobre o objeto investigado e conter os objetivos da investigação, suas relações com outros trabalhos da área e os motivos que levaram o(s) autor(es) a empreender a pesquisa;

• Materiais e Métodos - descrever de modo a permitir que o trabalho possa ser inteiramente repetido por outros pesquisadores. Incluir todas as informações necessárias – ou fazer referências a artigos publicados em outras revistas científicas – para permitir a replicabilidade dos dados coletados. Recomenda-se fortemente que estudos de intervenção apresentem grupo controle e, quando possível, aleatorização da amostra.

• Resultados - devem ser apresentados de forma breve e concisa. Tabelas, figuras e anexos podem ser incluídos quando necessários (indicar onde devem ser incluídos e anexar no final) para garantir melhor e mais efetiva compreensão dos dados, desde que não ultrapassem o número de páginas permitido.

• Discussão - o objetivo da discussão é interpretar os resultados e relacioná-los aos conhecimentos já existentes e disponíveis, principalmente àqueles que foram indicados na Introdução do trabalho. As informações dadas anteriormente no texto (na Introdução, Materiais e Métodos e Resultados) podem ser citadas, mas não devem ser repetidas em detalhes na discussão.

Após a Introdução, Materiais e Métodos, Resultados e Discussão, incluir:

a. Agradecimentos

Quando apropriados, os agradecimentos poderão ser incluídos, de forma concisa, no final do texto, antes das Referências Bibliográficas, especificando: assistências técnicas, subvenções para a pesquisa e bolsa de estudo e colaboração de pessoas que merecem reconhecimento (aconselhamento e assistência). Os autores são responsáveis pela obtenção da permissão, por escrito, das pessoas cujos nomes constam dos *Agradecimentos*.

b. Referências Bibliográficas

O número recomendado é de no mínimo: 50 (cinqüenta) referências bibliográficas para Artigos de Revisão, Metanálise e Revisão Sistemática; 30 (trinta) referências bibliográficas para Artigos Científicos e Metodológicos e 10 (dez) referências bibliográficas para Estudos de Caso. As referências bibliográficas devem ser organizadas em seqüência numérica, de acordo com a ordem em que forem mencionadas pela primeira vez no texto, seguindo os Requisitos

Uniformizados para Manuscritos Submetidos a Jornais Biomédicos, elaborado pelo Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas (International Committee of Medical Journal Editors – ICMJE – http://www.icmje.org/index.html). Ver exemplos no endereço http://www.ufscar.br/rbfisio/. Os títulos de periódicos devem ser referidos de forma abreviada, de acordo com a *List of Journals* do *Index Medicus (http://www.index-medicus.com)*. As revistas não indexadas não deverão ter seus nomes abreviados. As citações devem ser mencionadas no texto em números sobrescritos (expoente), sem datas. A exatidão das referências bibliográficas constantes no manuscrito e a correta citação no texto são de responsabilidade do(s) autor(es) do manuscrito.

c. Notas de Rodapé

As notas de rodapé do texto, se imprescindíveis, devem ser numeradas consecutivamente em sobrescrito no manuscrito e escritas em uma folha separada, colocada no final do material após as referências.

d. Tabelas e Figuras

Tabelas. Todas as tabelas devem ser citadas no texto em ordem numérica. Cada tabela deve ser digitada em espaço duplo, em página separada. As tabelas devem ser numeradas, consecutivamente, com algarismos arábicos e inseridas no final. Um título descritivo e legendas devem tornar as tabelas compreensíveis, sem necessidade de consulta ao texto do artigo.

As tabelas não devem ser formatadas com marcadores horizontais nem verticais, apenas necessitam de linhas horizontais para a separação de suas sessões principais. Usar parágrafos ou recuos e espaços verticais e horizontais para agrupar os dados.

Figuras. Digitar todas as legendas em espaço duplo. Explicar todos os símbolos e abreviações. As legendas devem tornar as figuras compreensíveis, sem necessidade de consulta ao texto. Todas as figuras devem ser citadas no texto, em ordem numérica e identificadas.

Figuras - Arte Final. Todas as figuras devem ter aparência profissional. Figuras de baixa qualidade podem resultar em atrasos na aceitação e publicação do artigo. Usar letras em caixa-alta (A, B, C, etc.) para identificar as partes individuais de figuras múltiplas. Se possível, todos os símbolos devem aparecer nas legendas. Entretanto, símbolos para

identificação de curvas em um gráfico podem ser incluídos no corpo de uma figura, desde que isso não dificulte a análise dos dados. Cada figura deve estar claramente identificada. As figuras devem ser numeradas, consecutivamente, em arábico, na ordem em que aparecem no texto. Não agrupar diferentes figuras em uma única página.

e. Tabelas, Figuras e Anexos - inglês

Um conjunto adicional com legendas em inglês deve ser anexado para artigos submetidos em língua portuguesa.

III. OUTRAS CONSIDERAÇÕES

Unidades. Usar o Sistema Internacional (SI) de unidades métricas para as medidas e abreviações das unidades.

Artigos de Revisão Sistemática e Metanálises. Devem incluir uma seção que descreva os métodos empregados para localizar, selecionar, obter, classificar e sintetizar as informações. *Estudos de Caso*. Devem ser restritos a condições de saúde ou métodos/procedimentos incomuns, sobre os quais o desenvolvimento de artigo científico seja impraticável. Dessa forma, os relatos de casos clínicos não precisam necessariamente seguir a estrutura canônica dos artigos científicos, mas devem apresentar um delineamento metodológico que permita a reprodutibilidade das intervenções ou procedimentos relatados. Recomenda-se muito cuidado ao propor generalizações de resultados a partir desses estudos. É recomendado que não ultrapassem 10 (dez) referências bibliográficas. Desenhos experimentais de caso único serão tratados como artigos científicos e devem seguir as normas estabelecidas pela *Revista Brasileira de Fisioterapia/Brazilian Journal of Physical Therapy*.

Cartas ao Editor. Críticas a matérias publicadas, de maneira construtiva, objetiva e educativa, consultas às situações clínicas e discussões de assuntos específicos à Fisioterapia serão publicados a critério dos editores. Quando a carta se referir a comentários técnicos (réplicas) aos artigos publicados na RBF/BJPT, esta será publicada junto com a tréplica dos autores do artigo objeto de análise e/ou crítica.

Conflitos de Interesse. Não é recomendável a utilização de nomes comerciais de equipamentos e drogas (marcas registradas). Quando sua utilização for imperativa, os nomes dos produtos e de seus fabricantes deverão vir entre parênteses, após o nome genérico do tipo de equipamento ou da droga utilizada.

Considerações Éticas e Legais. Evitar o uso de iniciais, nomes ou números de registros hospitalares dos pacientes. Um paciente não poderá ser identificado em fotografias, exceto com consentimento expresso, por escrito, acompanhando o trabalho original. As tabelas e/ou figuras publicadas em outras revistas ou livros devem conter as respectivas referências e o consentimento, por escrito, do autor ou editores.

Estudos realizados em humanos devem estar de acordo com os padrões éticos e com o devido consentimento livre e esclarecido dos participantes (reporte-se à Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, que trata do Código de Ética para Pesquisa em Seres Humanos).

Para as pesquisas em humanos, deve-se incluir o número do Parecer da aprovação das mesmas pela Comissão de Ética em Pesquisa, que deve ser devidamente registrada no Conselho Nacional de Saúde do Hospital ou Universidade ou o mais próximo da localização de sua região.

Para os experimentos em animais, considerar as diretrizes internacionais (por exemplo, a do *Committee for Research and Ethical Issues of the International Association for the Study of Pain*, publicada em PAIN, 16: 109-110, 1983).

A *Revista Brasileira de Fisioterapia/Brazilian Journal of Physical Therapy* reserva-se o direito de não publicar trabalhos que não obedeçam às normas legais e éticas para pesquisas em seres humanos e para os experimentos em animais.

É recomendável que estudos relatando resultados eletromiográficos sigam os "Standards for Reporting EMG Data" recomendados pela ISEK.

IV. CONSIDERAÇÕES FINAIS

É de responsabilidade dos autores a eliminação de todas as informações (exceto na página do título e identificação) que possam identificar a origem ou autoria do artigo. Como exemplo, deve-se mencionar o número do parecer, mas o nome do Comitê de Ética deve ser mencionado de forma genérica, sem incluir a Instituição ou Laboratório, bem como outros dados. Esse cuidado é necessário para que os assessores que avaliarão o manuscrito não tenham acesso à identificação do(s) autor(es). Os dados completos sobre o Parecer do Comitê de Ética devem ser incluídos na versão final em caso de aceite do manuscrito.

Notas de Rodapé

1. Enviar por correio uma cópia do artigo com o número da submissão, carta de encaminhamento e declarações assinadas;

2. Fundamentos e História da Fisioterapia; Anatomia, Fisiologia, Cinesiologia e Biomecânica; Controle Motor, Comportamento e Motricidade; Recursos Terapêuticos Físicos e Naturais; Recursos Terapêuticos Manuais; Cinesioterapia; Prevenção em Fisioterapia/Ergonomia; Fisioterapia nas Condições Musculoesqueléticas; Fisioterapia nas Condições Neurológicas; Fisioterapia nas Condições Cardiovasculares e Respiratórias; Fisioterapia nas Condições Uroginecológicas e Obstétricas; Ensino em Fisioterapia; Administração, Ética e Deontologia; Registro/Análise do Movimento; Fisioterapia nas Condições Geriátricas e Medidas em Fisioterapia.

3. Para informações adicionais consultar "Uniform Requirements for Manuscripts (URM) submitted to Biomedical Journals" (http:www.icmje.org).