UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA-UnB
FACULDADE DE CEILÂNDIA - FCE
CURSO DE FISIOTERAPIA

BRUNA OLIVEIRA DE ALMEIDA MARQUES DA CRUZ

SINTOMAS MICCIONAIS DA SÍNDROME DA BEXIGA HIPERATIVA EM IDOSAS E SUA INTERFERÊNCIA NA QUALIDADE DE VIDA

BRASÍLIA
2014

BRUNA OLIVEIRA DE ALMEIDA MARQUES DA CRUZ

SINTOMAS MICCIONAIS DA BEXIGA HIPERATIVA EM IDOSAS E SUA INTERFERÊNCIA NA QUALIDADE DE VIDA

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Fisioterapia da Universidade de Brasília – UnB – Faculdade de Ceilândia como requisito parcial para obtenção do título de bacharel em Fisioterapia.

Orientadora: Profª Dra. Patrícia Azevedo Garcia

BRASÍLIA
2014

BRUNA OLIVEIRA DE ALMEIDA MARQUES DA CRUZ

SINTOMAS MICCIONAIS DA SÍNDROME DA BEXIGA HIPERATIVA EM IDOSAS E SUA INTERFERÊNCIA NA QUALIDADE DE VIDA

Brasília, 17 / 11 / 2014 .

COMISSÃO EXAMINADORA

Prof.ª Dra. Patrícia Azevedo Garcia
Faculdade de Ceilândia - Universidade de Brasília - UnB
Orientadora

Prof.ª Dra. Aline Teixeira Alves
Faculdade de Ceilândia - Universidade de Brasília - UnB

Prof.ª Ms. Juliana Rocha Rodrigues
Top Sports Assessoria Esportiva – Brasília/DF

Dedicatória

Dedico este trabalho aos meus queridos pais, familiares, amigos e a todos aqueles qve de alguma forma estiveram e estão próximos a mim, fazendo a vida valer cada vez mais a pena.

AGRADECIMENTOS

Sou muito agradecida a todos que me ajudaram e me apoiaram nessa etapa tão importante da minha vida. Primeiramente, agradeço a Deus por me permitir entrar em uma universidade maravilhosa como a UnB, por conhecer professores fantásticos, colegas amáveis e viver momentos inesquecíveis. Chegar até aqui, vencendo tantos obstáculos e momentos de insegurança é uma grande vitória e motivo de muita felicidade. Agradeço a meus pais, José Flávio Queiroz Marques da Cruz e Márcia Cristina Oliveira de Almeida, que sempre me apoiaram, acreditaram nos meus sonhos e na minha escolha para a vida profissional. Obrigada à minha querida irmã e exemplo, que mesmo fazendo mestrado e residência me ajudou sempre que eu precisava, com sua paciência infinita e vontade de ensinar. Agradeço também ao meu namorado pelo companheirismo em ouvir meus desabafos e sempre me acalmar. Aos amigos, por todos os momentos que vivemos desde sala de aula até o estágio, dos momentos de descontração e da palavra de conforto nos momentos que precisei. E claro, não poderia deixar de agradecer a todos os pacientes que me ensinaram a cuidar com carinho, aprender com entusiasmo e ter a certeza de que a Fisioterapia foi melhor escolha que fiz para minha vida.

Agradeço à profª Draª Aline Teixeira Alves, que mesmo à distância aceitou a tarefa de me orientar para este trabalho e que, pela situação atípica, me presenteou com outras duas orientadoras: profª Draª Liana Barbaresco Gomide e Profª Draª Patrícia Azevedo Garcia, dois anjos! Obrigada por terem me acolhido com tanta paciência, dedicação e compromisso. Não poderia deixar de agradecer também à querida Raquel, que além de parceira nas coletas e preceptora de estágio, sempre esteve disposta a me ajudar.

“Conheça todas as teorias, domine todas as técnicas, mas ao tocar uma alma humana, seja apenas outra alma humana.”

(Carl Jung)

RESUMO

CRUZ, Bruna Oliveira de Almeida Marques. Sintomas miccionais da síndrome da bexiga hiperativa em idosas e sua interferência na qualidade de vida. 2014. Monografia (Graduação) - Universidade de Brasília, Graduação em Fisioterapia, Faculdade de Ceilândia. Brasília, 2014.

Objetivos: O objetivo do presente estudo foi investigar o impacto dos sintomas da bexiga hiperativa (BH) na qualidade de vida de idosas e avaliar a associação entre o grau de incômodo dos sintomas com aspectos clínicos. Métodos: Trata-se de um estudo transversal observacional analítico composto por 86 idosas, identificadas com síndrome da bexiga hiperativa (SBH) por meio do questionário *Overactive Bladder Validated 8* (OAB-V8), a fim de investigar a qualidade de vida em relação aos sintomas miccionais da BH utilizando o questionário *International Consultation On Incontinence Questionnaire Overactive Bladder* (ICIQ-OAB). Investigou-se, adicionalmente, o estado nutricional, o histórico gestacional e o tipo de parto. Resultados: A média de idade foi de 68,8 anos. 60,5% das idosas apresentaram excesso de peso, 87,2% relataram histórico gestacional e 96% relataram parto vaginal. A pontuação média no ICIQ-OAB foi de 9,08 pontos indicando moderado comprometimento na qualidade de vida e a urgência miccional foi identificada como o sintoma de maior incômodo na escala de 0 a 10, com média de 7,76. Foi encontrada correlação positiva moderada apenas entre os incômodos da urgência e da noctúria ($r=0,535$; $p<0,001$) e ausência de diferença estatisticamente significativa do grau de incômodo dos sintomas miccionais entre grupos de idosas com BH categorizadas de acordo com o tipo de parto e com o estado nutricional. Conclusão: O presente estudo identificou expressivo incômodo dos sintomas miccionais entre idosas com BH e interferência negativa na qualidade de vida, especialmente decorrente da urgência miccional. Adicionalmente, não se observou diferenças no incômodo dos sintomas miccionais entre grupos de idosas com BH categorizadas de acordo com o tipo de parto e com o estado nutricional.

Palavras-chave: doenças da bexiga urinária, incontinência urinária de urgência, qualidade de vida, idoso.

ABSTRACT

CRUZ, Bruna Oliveira de Almeida Marques.Voiding symptoms of overactive bladder syndrome in the elderly and their influence on quality of life. 2014. Monograph (Graduation) - University of Brasilia, undergraduate course of Physical therapy, Faculty of Ceilândia. Brasília, 2013.

Purpose: The aim of this study was to investigate the impact of the symptoms of overactive bladder (OAB) in the quality of life of elderly and the association between the level of discomfort of symptoms with clinical aspects. Methods: This is an analytical observational cross-sectional study consisting of 86 elderly, identified with overactive bladder syndrome (OAB) through the questionnaire Overactive Bladder Validated 8 (OAB-V8), to investigate the quality of life for symptoms micturition BH using the questionnaire International Consultation On Incontinence questionnaire Overactive Bladder (ICIQ-OAB). Investigated additionally, nutritional status, pregnancy history and the type of delivery. Results: The average age was 68.8 years. 60.5% of the elderly women showed overweight and 96% reported a history of vaginal birth. The average score on the ICIQ-OAB was 9.08 points indicating moderate impairment in quality of life and the urgency was rated as the most discomfort symptom on a scale of 0 to 10, with an average of 7.76. Moderate positive correlation was found only between the discomforts of urgency and nocturia ($r = 0.535$; $p < 0.001$) and no statistically significant difference in the discomfort of voiding symptoms among elderly women groups with OAB categorized in accordance with the type of childbirth and nutritional status. Conclusion: This study identified significant discomfort of voiding symptoms among elderly people with OAB and harmful interference in quality of life, especially resulting from voiding urgency, in addition to not find differences in the discomfort of voiding symptoms among elderly women groups with OAB categorized in accordance with the type of childbirth and nutritional status.

Keywords: urinary bladder diseases, urinary incontinence, urge, quality of life, aged.

LISTA DE TABELAS E FIGURAS

Tabela 1. Características clínicas e demográficas da amostra (n=86) 15

Tabela 2. Correlação entre o grau de incômodo dos sintomas miccionais na amostra (n=86) 17

Tabela 3. Comparação dos sintomas miccionais entre idosas com e sem histórico de parto vaginal. 17

Tabela 4. Comparação dos sintomas miccionais entre idosas de acordo com o IMC (n=86) 18

Figura 1. Comprometimento da qualidade de vida e incômodo dos sintomas miccionais da bexiga hiperativa (0 = nada de incômodo; 10 = muito incômodo) 16

LISTA DE ABREVIATURAS

BH	Bexiga Hiperativa
EAS	Elementos e sedimentos anormais
ICIQ	*International Consultation on Incontinence Questionnaire*
ICIQ-OAB	*International Consultation on Incontinence Questionnaire Overactive Bladder*
ICS	*International Continence Society*
IMC	Índice de massa corporal
IU	Incontinência urinária
IUGA	*International Urogynecological Association*
OAB-V8	*Overactive Bladder Validated 8*
OMS	Organização Mundial da Saúde
SBH	Síndrome da Bexiga Hiperativa
TUI	Trato Urinário Inferior

SUMÁRIO

1 – INTRODUÇÃO 11

2 – MÉTODOS 12

3 – RESULTADOS 15

4 – DISCUSSÃO 18

5 – CONCLUSÃO 22

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 23

APÊNDICES 28

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido 28

APÊNDICE B – Formulário Inicial 30

ANEXOS 31

ANEXO A – Parecer do Comitê de Ética 31

ANEXO B – Questionário OAB-V8 33

ANEXO C – Questionário ICIQ-OAB 34

ANEXO D – Normas da Revista Científica 35

1 – INTRODUÇÃO

O processo de envelhecimento é uma etapa da vida composta por maior vulnerabilidade às limitações físicas, perdas cognitivas e alterações funcionais devido às mudanças fisiológicas nos sistemas e estruturas do corpo[1,2]. Em relação às disfunções nas vias urinárias inferiores, uma das alterações com alta incidência na população de idosos é a síndrome da bexiga hiperativa (SBH)[3,4,5].

De acordo com a Sociedade Internacional de Continência *(International Continence Society - ICS)*, a SBH é caracterizada por urgência miccional com ou sem incontinência, geralmente acompanhada de aumento da frequência miccional e noctúria, porém sem infecção do trato urinário ou outra condição patológica causal[6]. A prevalência dos sintomas do trato urinário inferior é maior em mulheres do que em homens, assim como a prevalência da SBH[7], devido ao hipoestrogenismo, diminuição da capacidade vesical, alterações do tônus muscular, parto vaginal, índice de massa corporal (IMC) aumentado, realização de cirurgias prévias, como histerectomia, entre outros[7,8]

Os sintomas miccionais provenientes da BH interferem diretamente nos aspectos sociais, psicológicos, físicos e sexuais das mulheres diagnosticadas com a doença, o que leva a uma grande preocupação em torno de sua qualidade de vida[9,10,11]. Neste sentido, a literatura faz referência à tendência de restrição na participação das atividades diárias vivenciada pelos pacientes com SBH, mostrando que esta síndrome apresenta-se não apenas como uma ameaça à autoestima, mas também como fator de isolamento social, ansiedade e depressão[12,13,14]. Estima-se que a SBH acometa mais de 200 milhões de pessoas em todo o mundo e que um número crescente de pessoas apresentarão esses sintomas do trato urinário inferior nos anos futuros[15].

Neste contexto, o presente estudo investigou o comprometimento da qualidade de vida e o grau de incômodo dos sintomas miccionais entre idosas com SBH. Secundariamente, avaliou a associação entre o grau de incômodo dos diferentes sintomas miccionais e, por fim, comparou o grau de incômodo dos sintomas miccionais entre grupos categorizados de acordo com o tipo de parto e o estado nutricional, avaliado por meio do índice de massa corporal (IMC).

2 – MÉTODOS

O presente estudo é do tipo observacional transversal analítico e foi desenvolvido em um centro de saúde localizado na região administrativa de Ceilândia, Distrito Federal.

As voluntárias deste estudo foram recrutadas no programa de promoção de saúde "Escola de Avós", desenvolvido pelo Núcleo de Saúde do Idoso da Subsecretaria de Atenção Primária à Saúde. A amostra foi composta por mulheres idosas a partir de 60 anos, residentes em Ceilândia – DF, avaliadas com os sintomas de BH e com inexistência de infecção do trato urinário inferior, avaliada pelo exame de EAS e urocultura. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), são considerados idosos, em países em desenvolvimento, aqueles indivíduos com idade igual ou superior a 60 anos[16]. A SBH foi avaliada pelo questionário *Overactive Bladder Validated 8* (OAB-V8). Esse é um questionário já traduzido para a língua portuguesa, utilizado para identificar possível disfunção do trato urinário inferior (TUI) por meio de oito perguntas relacionadas ao aumento da frequência urinária, noctúria, urgência miccional, incontinência urinária, urge-incontinência, enurese e esforço para urinar. A pontuação para cada resposta varia de 0 (nada de incômodo) a 5 (muitíssimo incômodo), atingindo um total de 40 pontos, sendo

considerado positivo para possível disfunção do TUI quando o somatório das questões for igual ou superior a 8 pontos[17].

Foram excluídas idosas com histórico de tratamento para SBH e/ou ansiedade nos últimos seis meses, portadoras de doenças neurológicas de base (Esclerose Múltipla, Doença de Alzheimer, Acidente Vascular Encefálico, Doença de Parkinson) e/ou câncer de bexiga (hematúria e/ou relato), com queixa de dor na região de baixo ventre durante a micção por mais de seis meses (indicação de possível cistite intersticial), histórico de radioterapia pélvica e incapacidade para responder os questionários adequadamente.

As pacientes identificadas com possível disfunção do TUI na triagem foram encaminhadas para o Centro de Saúde para a realização da entrevista por uma avaliadora treinada. Para entrevista foi utilizado um formulário inicial contendo questões clínicas e demográficas. Neste formulário foram identificadas estatura e massa corporal para cálculo do IMC, idade, número de gestações e tipo de parto. Os dados do IMC foram utilizados para classificar as idosas de acordo com seu estado nutricional em magreza (IMC < 22kg/m²) eutrofia (IMC 22-27kg/m²) e excesso de peso (IMC >27kg/m²), de acordo com a classificação de Lipschitz[18].

Para avaliação dos sintomas da BH foi utilizado o questionário *International Consultation on Incontinence Questionnaire Overactive Bladder* (ICIQ-OAB). Trata-se de um questionário breve, proveniente da classe ICIQ da ICS, validado para a língua portuguesa e desenvolvido para avaliar especificamente os sintomas miccionais relacionados à SBH em ambos os sexos, por meio de quatro perguntas relacionadas à frequência, noctúria, urgência e incontinência[19]. A frequência representa o número de micções ao longo do dia, sendo em média de oito episódios em condições normais e podendo ultrapassar vinte episódios em pacientes com SBH[6]. Define-se noctúria como a

necessidade de acordar uma ou mais vezes durante a noite para urinar [20]. Urgência é o desejo súbito de urinar, difícil de adiar, geralmente sem aviso prévio, considerado como sintoma primordial no diagnóstico da SBH[21]. A incontinência urinária (IU) é a perda involuntária de urina, sendo associado na SBH à urgência, chamando-se de urge-incontinência[22]. O ICIQ-OAB gera um escore geral de 0 a 16 pontos, a qual reflete o comprometimento da qualidade de vida do paciente. Além disso, cada pergunta do ICIQ-OAB possui uma escala que varia de 0 (nada de incômodo) a 10 (muito incômodo), permitindo a análise do quanto cada sintoma incomoda as pacientes com BH.

Os dados foram apresentados utilizando medidas de tendência central (média e mediana) e de variabilidade (desvio-padrão e amplitude) para as variáveis contínuas, e medidas de frequência e porcentagem para as variáveis categóricas. A distribuição não normal dos dados foi identificada por meio do teste *Kolmogorov-Smirnov*. As idosas do estudo foram divididas em dois grupos de acordo com o tipo de parto: (i) idosas sem histórico de parto vaginal e (ii) idosas com histórico de parto vaginal. Para comparação entre esses dois grupos independentes utilizou-se o teste *Mann-Whitney U*. Posteriormente, as idosas do estudo foram divididas em três grupos de acordo com o estado nutricional: (i) magreza, (ii) eutrofia e (iii) excesso de peso. Para comparação entre esses três grupos independentes utilizou-se o teste *Kruskal Wallis*. Para comparação do grau de incômodo dos sintomas miccionais das idosas utilizou-se o teste *Wilcoxon*. As associações entre as variáveis relacionadas ao incômodo dos sintomas miccionais foram analisadas utilizando o teste de correlação de *Spearman*. Para correlação das variáveis, os valores de coeficiente de 0 a 0,25 representaram ausência de correlação, de 0,26 a 0,49 correlação baixa, de 0,50 a 0,69 correlação moderada, de 0,70 a 0,89 correlação alta e os valores de 0,90 a 1,00

correlação muito alta[23]. Considerou-se nível de significância (α) de 0,05. Utilizou-se o programa *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS), versão 16.0.

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências de Saúde da Universidade de Brasília (410.161 de 30 de setembro de 2013). Todas as voluntárias assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, de acordo com as normas do Conselho Nacional de Saúde.

3 - RESULTADOS

Na Tabela 1 estão apresentadas as características clínicas e demográficas da amostra. Foram incluídas e avaliadas 86 idosas com SBH, com média de idade de 68,8 anos. De acordo com a classificação nutricional e interpretação do IMC, a maioria das idosas apresentou excesso de peso (60,5%). Com relação ao histórico gestacional, a maioria das idosas relatou ao menos uma gestação (87,2%) e histórico de parto vaginal (96%).

Tabela 1. Características clínicas e demográficas da amostra (n=86)

Variável	Frequência (n)	Mediana	Média ± DP (Mín-Máx)	95% IC
Idade	-	68	68,80 ± 6,59 (60 - 85)	67,39 – 70,22
Estado Nutricional		29,97	28,94 ± 4,83 (17,97 – 44,95)	27,90 – 29,97
Magreza	5,8 (5)			
Eutrofia	33,7 (29)			
Excesso de Peso	60,5 (52)			
Gestações		5	5,05 ± 3,30 (0 – 14)	4,34 – 5,75
Nuligestas	12,8 (11)			
Multigestas	87,2 (75)			
Parto Vaginal		4	4,03 ± 2,96 (0 – 13)	3,40 – 4,67
Sem histórico	4,0 (3)			
Com histórico	96,0 (72)			
SBH (OAB-V8)	-	22	21,81 ± 6,45 (9 – 37)	20,43 – 23,20

IMC = Índice de Masssa Corporal. OAB-V8 = *Overactive Bladder Validated 8.*

Com relação ao comprometimento da qualidade de vida em decorrência dos sintomas da BH, observou-se escore geral de 9,08 pontos entre as idosas da amostra. Embora o ICIQ-OAB não forneça uma escala de interpretação da intensidade do escore geral, observou-se que a amostra apresentou escore geral médio acima da pontuação mediana do questionário (8 pontos).

Na análise dos sintomas miccionais isolados, identificou-se que o sintoma que gerou o maior grau de incômodo na amostra foi a urgência, seguido da urge-incontinência, noctúria e frequência (Figura 1). Entretanto, apenas o grau de incômodo referente ao sintoma de urgência mostrou-se significativamente maior do que o grau de incômodo relacionado à frequência e à noctúria (Figura 1).

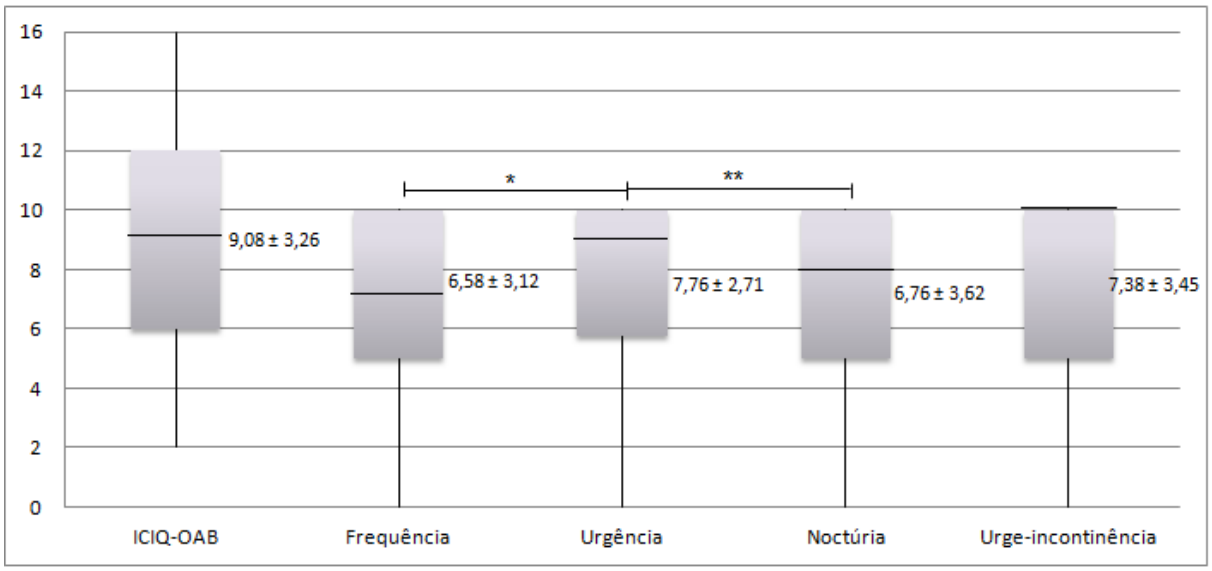

Figura 1. Comprometimento da qualidade de vida e grau de incômodo dos sintomas miccionais da SBH (0 = nada de incômodo; 10 = muito incômodo). Teste de *Wilcoxon*. *p=0,001. **p=0,005.

Ao correlacionar o grau de incômodo dos quatro sintomas miccionais decorrentes da SBH, observou-se correlação positiva moderada apenas entre os graus de incômodo da

urgência e da noctúria (r = 0,535; p<0,001). Os demais sintomas apresentaram correlações significativas baixas (Tabela 2).

Tabela 2. Correlação entre o grau de incômodo dos sintomas miccionais na amostra (n=86)

	Frequência	**Noctúria**	**Urgência**	**Urge-incontinência**
Frequência	1	0,429 (p<0,001)	0,352 (p=0,001)	0,330 (p=0,002)
Noctúria		1	0,535 (p<0,001)	0,301 (p=0,005)
Urgência			1	0,459 (p<0,001)
Urge-incontinência				1

Os dados representam o coeficiente de correlação de *Spearman* (r).

Na comparação do comprometimento da qualidade de vida (escore geral) e do grau de incômodo dos sintomas da BH nos subgrupos de estudo, não houve diferença estatisticamente significativa entre idosas com e sem histórico de parto vaginal e entre os diferentes subgrupos classificados de acordo com o estado nutricional (Tabelas 3 e 4).

Tabela 3. Comparação dos sintomas miccionais entre idosas com e sem histórico de parto vaginal. (n=86)

Variável	**Idosas sem histórico de parto vaginal (n = 14)**	**Idosas com histórico de parto vaginal (n= 72)**	**p-valor (95% IC)**
Qualidade de Vida	9,43 ±3,204	9,01 ± 3,291	0,791 (0,783-0,799)
Frequência	6,29 ± 3,561	6,64 ± 3,050	0,747 (0,738-0,755)
Noctúria	6,64 ± 3,815	6,78 ± 3,604	0,986 (0,984-0,989)
Urgência	8,43 ± 1,869	7,62 ± 2,836	0,409 (0,400-0,419)
Urge-incontinência	8,14 ± 3,060	7,24 ± 3,519	0,315 (0,306-0,324)

Teste *Mann-Whitney U*. ICIQ-OAB = *International Consultation on Incontinence Questionnaire Overactive Bladder*.

Tabela 4. Comparação dos sintomas miccionais entre idosas de acordo com a classificação do estado nutricional (n=86)

Variável	Magreza (n=5)	Eutrófico (n=29)	Excesso de Peso (n=52)	p-valor (95% IC)
Qualidade de Vida	8,2 ± 3,033	8,90 ± 3,244	9,27 ± 3,332	0,754 (0,746-0,763)
Frequência	6,4 ± 2,702	6,45 ± 3,158	6,67± 3,185	0,887 (0,881-0,893)
Noctúria	3,4 ± 3,435	7,14 ± 3,292	6,87 ± 3,705	0,085 (0,079-0,090)
Urgência	6,0 ± 3,674	7,45 ± 2,627	8,10 ± 2,629	0,182 (0,174-0,190)
Urge-incontinência	6,4 ± 4,615	7,00 ± 3,713	7,69 ± 3,209	0,729 (0,720-0,737)

Teste *Kruskal Wallis*. ICIQ-OAB = *International Consultation on Incontinence Questionnaire Overactive Bladder.* IMC = Índice de Massa Corporal.

4 – DISCUSSÃO

O interesse em disfunções que envolvam o trato urinário inferior tem aumentado nos últimos anos motivado pela prevalência relativamente alta de sintomas urinários em adultos e idosos de ambos os sexos e maior conhecimento do seu impacto negativo sobre a saúde e a qualidade de vida[7,13]. Neste sentido, o presente estudo investigou o comprometimento da qualidade de vida e o grau de incômodo dos sintomas miccionais entre idosas com BH. Observou-se que os graus de incômodo dos sintomas miccionais apresentaram-se associados, perturbando expressivamente a qualidade de vida das idosas, especialmente a urgência miccional.

O escore geral obtido no ICIQ-OAB permitiu observar importante comprometimento na qualidade de vida das idosas, que obtiveram pontuação acima de oito, ou seja, 50% maior que a pontuação total. Souto *et al*[24]., em 2014, randomizaram 75 mulheres com SBH em três grupos nos quais foram realizadas diferentes intervenções terapêuticas em um total de 12 semanas. O ICIQ-OAB foi aplicado em diferentes

momentos do estudo para avaliar a eficácia dos tratamentos realizados. Esses autores observaram escores gerais próximos aos do presente estudo: 10,3; 11,8 e 11 pontos.

Entre os sintomas miccionais relatados por pacientes com SBH no presente estudo, a urgência foi o sintoma de maior incômodo quando comparada aos outros sintomas miccionais. Esse achado corrobora achados de estudos anteriores[7,25]. No trabalho desenvolvido por Moreira *et al.*[7], foi avaliada a prevalência dos sintomas do TUI e o incômodo específico de cada sintoma miccional em uma amostra de base populacional composta por homens e mulheres com idade a partir de 30 anos. A prevalência dos sintomas do TUI foi elevada e aumentou com a idade em ambos os sexos, sendo 81% em homens e 84% em mulheres e a urgência foi classificada como o sintoma miccional de maior incômodo em ambos os sexos. Gotoh, Kobayashi e Sogabe[25], em 2014, avaliaram de forma quantitativa o incômodo e o impacto na qualidade de vida causado pelos sintomas miccionais da SBH em mulheres entre 50 e 80 anos. Esses autores também mostraram que a urgência foi o sintoma com maior pontuação nos grupos de 50, 60 e 70 anos.

A urge-incontinência foi relatada como o segundo sintoma de maior incômodo às idosas no presente estudo. Na literatura, tanto a urgência quanto a urge-incontinência foram identificadas pelas pacientes como os sintomas da SBH que causam maior incômodo[7,10,26]. Schimpf *et al.*[26], em 2009, aplicaram três questionários relacionados aos sintomas do trato urinário inferior e avaliaram sua interferência na qualidade de vida em uma amostra de 465 idosas, as quais foram divididas em três grupos de acordo com o tipo de incontinência urinária, além de um grupo controle. Foram encontrados baixos índices de qualidade de vida no grupo de mulheres com urge-incontinência e, na comparação entre os grupos, as mulheres com urge-incontinência também possuíam os menores índices.

No presente estudo observou-se menor incômodo em relação aos sintomas de noctúria e frequência quando comparado aos demais sintomas miccionais. Estudos anteriores[7,10,27] apontaram que esses sintomas, apesar de altamente frequentes em mulheres com SBH, não incomodam essas mulheres com a mesma intensidade da urgência e da urge-incontinência. Entretanto, a noctúria tem sido apontada como a causa mais comum de distúrbios do sono, falta de energia, sonolência durante o dia, piora do estado geral de saúde e diminuição da qualidade de vida[3,20,28] e, portanto, esse sintoma não pode ser ignorado na abordagem clínica do paciente. Além disso, o risco de queda e possíveis fraturas em idosos se relacionam com episódios de noctúria, devido à maior chance que os idosos vivenciam em escorregar ou tropeçar durante a ida noturna ao banheiro[29,30].

Ao correlacionar o grau de incômodo dos quatro sintomas miccionais decorrentes da SBH, à medida que havia um aumento no grau de incômodo da urgência, observou-se também um aumento no grau de incômodo da noctúria, seguido da urge-incontinência e da frequência, indicando certa influencia de um sintoma na percepção do outro. Pesquisas recentes sugerem que a urgência miccional influencia no aumento da existência dos outros sintomas miccionais, além de interferir negativamente na qualidade de vida do paciente por interferir na mobilidade e gerar situações de constrangimento e receio devido, por exemplo, a possibilidade de difícil acesso aos banheiros[3,21,31]. Por medo de micções frequentes e episódios de urgência e urge-incontinência, as mulheres com SBH adotam uma série de medidas comportamentais visando reduzir o impacto dos sintomas em seu cotidiano, como o uso constante de protetores absorventes, redução da ingestão hídrica, limitação de atividades físicas e isolamento social[32]. Outros estudos também verificaram a interferência dos sintomas da SBH na qualidade de vida em idosos, além de evidenciar que os indivíduos com incontinência experimentam sentimentos de solidão, tristeza e depressão de forma

mais expressiva em relação àqueles sem incontinência[7,27]. A ansiedade e mau cheiro também causam desconforto, repercutindo inclusive na vida sexual desses pacientes. A SBH tem um efeito muito prejudicial nas mulheres e, embora não seja fatal, é uma importante causa de morbidade e redução da qualidade de vida das mesmas[5,12,33].

É estabelecido na literatura que características clínicas como o estado nutricional e o tipo de parto são fatores de risco para o desenvolvimento da SBH[7,15,34]. O presente estudo vai ao encontro da literatura, uma vez que 96% das idosas da amostra com SBH relataram histórico de parto vaginal e 60,5% apresentaram excesso de peso. Entretanto, observou-se que os diferentes sintomas miccionais da SBH provocaram graus de incômodo semelhantes independentemente do tipo de parto ou da classificação do estado nutricional das idosas. Esses dados corroboram achados de estudos recentes[35,36,37] que não encontraram relação entre a severidade dos sintomas urinários e a obesidade. Quanto à relação entre tipo de parto e incômodo dos sintomas miccionais, a literatura é escassa. Não foi encontrado nenhum artigo recente que tivesse utilizado o mesmo questionário ou que tivesse objetivo similar, o que limita a discussão desse achado.

Sabe-se que a SBH é uma condição que afeta diretamente a qualidade de vida dos pacientes nos aspectos físicos, emocionais, econômicos e sexuais, o que justifica a importância de se saber mais sobre o assunto e sobre a influência da sintomatologia, no sentido de atender às necessidades e expectativas individuais, favorecendo o direcionamento da intervenção terapêutica. Além disso, com o ganho notável da expectativa de vida, é crucial entender a interferência desta condição clínica na qualidade de vida das mulheres, principalmente idosas.

5 - CONCLUSÃO

O presente estudo identificou importante comprometimento da qualidade de vida de idosas com SBH além de expressivo grau de incômodo dos sintomas miccionais decorrentes da BH, especialmente o incômodo causado pela urgência miccional. Verificou-se correlação moderada entre o grau de incômodo decorrente da urgência miccional com a noctúria. Além disso, não foram observadas diferenças significativas quanto ao grau de incômodo dos sintomas miccionais entre grupos de idosas com BH categorizadas de acordo com o tipo de parto e com o estado nutricional. Essas informações contribuem para o reconhecimento de que os sintomas miccionais da BH interferem negativamente na qualidade de vida das idosas, direcionando orientações para minimizar esses incômodos.

.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Trindade APNT, Barboza MA, Oliveira FBD, Borges APO. Repercussão do declínio cognitivo na capacidade funcional em idosos institucionalizados e não institucionalizados. Rev Fisioter Mov 2013;26(2):281-289.

2. Pitangui ACR, Silva RG, Araujo RC. Prevalência e impacto da incontinência urinária na qualidade de vida de idosas institucionalizadas. Rev Bras Geriatri e Gerontol 2012;15(4):619-626.

3. Tavares DMS, Bolina AF, Dias FA, Santos NMF. Qualidade de vida de idosos com incontinência urinária. Rev Bras Enf 2011;13(4):695-702.

4. Honorio MO, Santos SMA. Incontinência urinária e envelhecimento: impacto no cotidiano e na qualidade de vida. Rev Bras Enferm 2009;62(1):51-56.

5. Lazari ICF, Lojudice DC, Marota AG. Avaliação da qualidade de vida de idosas com incontinência urinária: idosas institucionalizadas em uma instituição de longa permanência. Rev Bras Geriatr Gerontol 2009;12(1):103-112.

6. Abrams P, Cardozo L, Fall M, Griffiths D, Rosier P, Ulmsten U, et al.. The standardisation of terminology of lower urinary tract function: report from the Standardisation Sub-committee of the International Continence Society. Neurourol Urodyn. 2002;21(2):167-78.

7. Moreira ED, Neves RCS, Neto AF, Duarte FG, Moreira TL, Lobo CFL, Glasser DB. A Population-based survey of lower urinary tract symptoms (LUTS) and symptom-specific bother: results from the Brazilian LUTS epidemiology study (BLUES). World J Urol

2013;31(6):1451-8.

8. Kirss F, Lang K, Toompere K, Veerus P. Prevalence and risk factors of urinary incontinence among Estonian postmenopausal women. Springerplus 2013;2(524):1-7

9. Fischer-Sgrott, FO, Manffra EF, Busato Junior WF. Qualidade de vida de mulheres com bexiga hiperativa refratária tratadas com estimulação elétrica do nervo tibial posterior. Rev Bras Fisioter 2009;13(6):480-486.

10. Cheung W, Khan NH, Choi KK, Bluth MH, Vincent MT. Prevalence, evaluation and management of overactive bladder in primary care. BMC Family Practice 2009;10(8):1-7.

11. OH S, KU J. Impact of stress urinary incontinence and overactive bladder on micturition patterns and health-related quality of life. Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct 2007;18(1):65-71.

12. Alves AT, Jácomo RH, Gomide LB, Garcia PA, Bontempo APS, Karnikoskwi MGO. Relationship between anxiety and overactive bladder syndrome in older women. Rev Bras Ginecol Obstet 2014; 36(7):310-314.

13. Bonfim IQM, Soutinho SRS, Araújo EN. Comparação da Qualidade de Vida das Mulheres com Incontinência Urinária Atendidas no Sistema de Saúde Público e Privado. UNOPAR Cient Ciênc Biol Saúde 2014;16(1):19-24.

14. Abreu NS, Baracho ES, Tirado MGA, Dias RC. Qualidade de vida na perspectiva de idosas com incontinência urinária. Rev bras Fisioter 2007;11(6):429-436.

15. Correia S, Dinis P, Rolo FL. Prevalence, treatment and known risk factors of urinary incontinence and overactive bladder in the non-institutionalized Portuguese population. Int

Urogynecol J 2009; 20(12):1481-9.

16. Envelhecimento ativo: uma política de saúde / World Health Organization; tradução Suzana Gontijo. – Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005.

17. Acquadro C, Kopp Z, Coyne KS, Corcos J, Tubaro A, Choo MS, et al. Translating overactive bladder questionnaires in 14 languages. Urology 2005;67(3):536-40.

18. Lipschitz DA. Screening for nutritional status in the elderly.1994;21(1).

19. Pereira S, Thiel RRC, Riccetto C, Silva JM, Pereira LC, Herrmann V, Palma P . Validação do International Consultation on Incontinence Questionnaire Overactive Bladder (ICIQ-OAB) para a língua portuguesa. Rev Bras Ginecol Obstet 2010;32(6):273-278.

20. Wyndaele J. Nocturia and Quality of Life. European Urology 2012;61(1):85-87.

21. Chapple CR, Drake MJ, Van Kerrebroeck P. Total urgency and frequency score as a measure of urgency and frequency in overactive bladder and storage lower urinary tract symptoms. BJU International 2014;113(5):696–703.

22. Palma P. (2009). “Bexiga Hiperativa: Um problema de saúde pública?”, In “Urofisioterapia – Aplicações Clínicas das Técnicas Fisioterapêuticas nas Disfunções Miccionais e Assoalho Pélvico.” Editora Personal Link Comunicações, São Paulo, p. 163-174.

23. Munro BH Statitstical Methods for health care research. 5a. 3d. Lippincott Williams & Wilkins, 2005.

24. Souto SC, Reis LO, Palma T, Palma P, Denardi F. Prospective and randomized

comparison of electrical stimulation of the posterior tibial nerve versus oxybutynin versus their combination for treatment of women with overactive bladder syndrome. World J Urol 2014;32:179–184

25. Gotoh M, Kobayashi T, Sogabe K. Characterization of symptom bother and health-related quality of life in Japanese female patients with overactive bladder. Neurourol Urodyn 2014;10(10):1-6.

26. Schimpf M, Patel M, O'sullivan D, Tulikangas P. Difference in quality of life in women with urge urinary incontinence compared to women with stress urinary incontinence. Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct 2009;20(7):781-6.

27. Gemelli SC, Battisti BZ, Secco VL, Polese JC. Avaliação da qualidade de vida de portadores de incontinência urinária. RBCEH 2009;6(1) 34-41.

28. Araujo AB, Yaggi HK, Yang M, McVary KT, Fang SC, Bliwise DL. Sleep Related Problems and Urological Symptoms: Testing the Hypothesis of Bidirectionality in a Longitudinal, Population Based Study. The Journal Of Urology 2014;191(1):100-106.

29. Hunter KF, Voaklander D, Hsu ZY, Moore KN. Lower urinary tract symptoms and falls risk among older women receiving home support: a prospective cohort study. BMC Geriatrics 2013;13(46)50:1-9.30.

30. Antes DL, D'orsi E, Benedetti TRB. Circunstâncias e consequências das quedas em idosos de Florianópolis. Epi Floripa Idoso. Rev bras epidemiol 2013;16(2) :469-481

31. Homma Y. OAB symptoms: assessment and discriminator for etiopathology. Curr Opin Urol 2014;24(4):345-51.

32. Peter J, Guidi H, Ribeiro R, Baracat EC, Haddad JM. Aspectos atuais no tratamento da bexiga hiperativa. Femina 2009; 37(9):505-510.

33. Renganathan A, Robinson D, Cardozo L, Srikrishna S, Cartwright R. Do women with overactive bladder have realistic expectations for therapy?. International Urogynecology Journal 2010;21(4):409-414.

34. Palma T, Raimondi m. Souto S, Fozzati C, Palma P, Riccetto C. Correlation between body mass index and overactive bladder symptoms in pre-menopausal women. Rev Assoc Med Bras 2014;60(2):111-117.

35. Oliveira E, Lozinsky AC, Palos CC, Ribeiro DDM, Souza AMB, Barbosa CP. Influência do índice de massa corporal na incontinência urinária feminina. Rev Bras Ginecol Obstet 2010;32(9):454-8.

36. Whitcomb EL, Lukacz ES, Lawrence JM, Nager CW, Luber KM. Prevalence and degree of bother from pelvic floor disorders in obese women. Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct 2009;20(3):289-94.

37. Lopes DBM, Praça NS. Prevalência de incontinência urinária autorreferida no pós-parto e fatores relacionados. Acta Paul Enferm 2012;25(4):574-580.

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Universidade de Brasília - UnB

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE

A senhora está sendo convidada a participar do projeto "**Resposta motora e sensitiva apos estimulação em nervo tibial posterior em idosas com síndrome da bexiga hiperativa"**.

O objetivo desta pesquisa é: avaliar o efeito e investigar a resposta da estimulação elétrica transcutânea, nos limiares, sensitivo e motor, no nervo tibial posterior em mulheres idosas com síndrome da bexiga hiperativa.

A senhora receberá todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer da pesquisa e lhe asseguramos que seu nome não aparecerá sendo mantido o mais rigoroso sigilo através da omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-lo(a)

A sua participação será através de uma avaliação inicial no qual será avaliada a gravidade da incontinência urinária de urgência por meio de questionários previamente validados, assim como uma avaliação uroginecológica que avaliará a força dos músculos do assoalho pélvico e se a senhora apresenta ou não bexiga caída, além da avaliação entre a relação dos sintomas miccionais e a qualidade de vida através de um questionário. **O tratamento consiste em 8 sessões de apenas 30 minutos, duas vezes por semana.** Após o tratamento, será realizado novamente uma avaliação (reavaliação) para saber se a senhora teve melhora ou não com o tratamento. **Todo o tratamento como as avaliações serão feitas todas as quartas e sextas no Centro de Saúde número 4 da Ceilândia/DF**. Informamos que a Senhora pode se recusar a responder (ou participar de qualquer procedimento) qualquer questão que lhe traga constrangimento, podendo desistir de participar da pesquisa, em qualquer momento, sem nenhum prejuízo para a senhora. Sua participação é voluntária, isto é, não há pagamento por sua colaboração.

Os resultados da pesquisa serão divulgados na Universidade de Brasília por meio da Tese de Doutorado de Aline Teixeira Alves podendo ser publicados posteriormente. Seu nome não aparecerá em qualquer momento do estudo, pois você será identificada como número para zelo de sua privacidade. Os dados e materiais utilizados na pesquisa ficarão sob a guarda do pesquisador por um período de no mínimo cinco anos, após isso serão destruídos ou mantidos na instituição.

Se o(a) Senhor(a) tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor telefone para: Dra. Aline Teixeira, na Universidade de Brasília/FCE, Departamento de fisioterapia, telefone: 8116-0161 no horário: segunda a sexta-feira das 8:00-12:00 e das 14:00 as 18:00hrs.

Este projeto foi Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília. As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do sujeito da pesquisa podem ser obtidos através do telefone: (61) 3107-1947 ou do e-mail cepfs@unb.br.

Este documento foi elaborado em duas vias, uma ficará com o pesquisador responsável e a outra com o sujeito da pesquisa.

_____

Nome / assinatura

_____

Pesquisador Responsável

Nome e assinatura

Brasília, ___ de _____de _____

APÊNDICE B – Formulário Inicial

QUESTIONÁRIO INICIAL

Nome:_____ Idade: _____

Data de nascimento: ___/___/_____ Data de avaliação: ____/_____/_____

Endereço:_____

Naturalidade:_____

Telefone:_____

Peso atual:_____ Estatura:_____ Índice de Massa Corpórea: _____

DADOS SÓCIO-DEMOGRÁFICOS

Cor da pele declarada:
(0) Branca
(1) Preta
(2) Mulata
(3) Amarela
(4) Outra

Estado Civil:
(0) Solteira
(1) Casada ou amasiada
(2) Divorciada
(3) Viúva

Ocupação:
(0) Desempregada
(1) Empregada
(2) Aposentada

Renda familiar:
(0) 1 a 2 salários mínimos
(1) 3 a 4 salários mínimos
(2) + que 4 salários mínimos

Escolaridade:
(0) Analfabeta
(1) Primeiro grau completo ou incompleto
(2) Segundo grau completo ou incompleto
(3) Superior completo ou incompleto

História obstétrica:
(PN) Número de partos vaginais ( ) de 9 d
Atividade Sexual: ( ) presente ( ) ausente
Freqüência: ( ) semanal ( )mensal
Grau de Satisfação: ( ) satisfeita ( ) muito satisfeita sim Q
( ) insatisfeita
É fumante: ( ) Sim ( ) Não
Ex-fumante: Qto tempo deixou de fumar:
_____
Utiliza marca-passo cardíaco: ( )Sim ( ) Não
Possui infecção urinária? ( ) Nunca ( )Raramente
( ) Freqüentemente ( )Sempre
Sente dor para urinar? ( )Sim ( ) Não ( ) As vezes
Sente dor na região de baixo ventre durante a micção?
( ) Sim ( ) Não
Apresenta sangue na urina? ( ) Sim ( ) Não
Sensação de esvaziamento vesical incompleto? ( )
Sim ( ) Não

Há quanto tempo apresenta os sintomas? ( ) menos
de 9 meses ( ) mais de 9 meses
Produz muita urina? ( ) sim ( ) não ( ) Normal
Possui alguma restrição de mobilidade? ( ) não ( )
qual? _____
(PF) Número de partos fórceps ( )
(PC) Número de partos cesariana ( )
(A) Número de abortos ( )
(G) Número total de gestações ( )

Tratamento para incontinência urinária:
(0) nunca realizado
(1) realiza/realizou tratamento medicamentoso
(2) realiza/realizou tratamento cirúrgico
(3) realiza/realizou tratamento fisioterapêutico.

ANEXO A – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA - CEP/FS-UNB

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: RESPOSTA MOTORA E SENSITIVA APÓS ESTIMULAÇÃO EM NERVO TIBIAL POSTERIOR EM IDOSAS COM SÍNDROME DA BEXIGA HIPERATIVA

Pesquisador: Aline Teixeira Alves

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 08970713.8.0000.0030

Instituição Proponente: Faculdade de Ceilândia - FUNDACAO UNIVERSIDADE DE BRASILIA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 410.161

Data da Relatoria: 11/09/2013

Apresentação do Projeto:

Idem ao anterior.

Objetivo da Pesquisa:

Idem ao anterior.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Idem ao anterior.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Idem ao anterior.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foi anexada em substituição a declaração de interesse nas ações propostas assinado pelo chefe de enfermagem do Centro de Saúde 4, o Termo de Concordância, assinado pela Diretora do Centro de Saúde 4.

Recomendações:

Não se aplica.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Os projetos (pesquisa e da plataforma) foram reformulados e compatibilizados. Foi apresentado

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro
Bairro: Asa Norte **CEP:** 70.910-900
UF: DF **Município:** BRASILIA
Telefone: (61)3107-1947 **Fax:** (61)3307-3799 **E-mail:** cepfs@unb.br

FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA - CEP/FS-UNB

Continuação do Parecer: 410.161

esclarecimentos sobre os critérios de exclusão. O TCLE foi reformulado de acordo com modelo do CEP-FS e atende a resolução CNS 466/12. Foi apresentado esclarecimentos sobre o início da coleta de dados, no que se refere a frase no tempo passado, e informado que foi retirada do texto e ainda que o projeto semelhante foi aprovado em 2008 pela FEPECS. Foi esclarecido que o projeto de extensão associada a essa pesquisa não foi contemplado com nenhum recurso, portanto, o financiamento é próprio e ainda que se trata de um projeto de doutorado orientado pela Profa. Dra. Margô Gomes de Oliveira Karnikoski, e que a Profa. Ruth Lousada de Menezes não está na co-orientação.
Todas as pendências foram atendidas.

Situação do Parecer:
Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:
Não

Considerações Finais a critério do CEP:

BRASILIA, 30 de Setembro de 2013

Assinador por:
Natan Monsores de Sá
(Coordenador)

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro
Bairro: Asa Norte **CEP:** 70.910-900
UF: DF **Município:** BRASILIA
Telefone: (61)3107-1947 **Fax:** (61)3307-3799 **E-mail:** cepfs@unb.br

ANEXO B – OAB-V8

QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DE BEXIGA HIPERATIVA - OAB -V8						
Durante as últimas 4 semanas, o quanto você tem sido incomodado(a) por...	**Nada**	**Quase nada**	**Um pouco**	**O suficiente**	**Muito**	**Muitíssimo**
1) Urinar frequentemente durante o dia?						
2) Uma vontade urgente e desconfortável de urinar?						
3) Uma vontade repentina e urgente de urinar, com pouco ou nehunm aviso prévio?						
4) Perdas incidentais de pequenas quantidades de urina?						
5) Urinar na cama durante à noite?						
6) Acordar durante à noite porque teve de urinar?						
7) Uma vontade incontrolável e urgente de urinar?						
8) Perda de urina associada a forte vontade de urinar?						

ANEXO C – ICIQ – OAB

International Consultation on Incontinence Questionnaire Overactive Bladder
ICIQ-OAB (Brazilian Portuguese)

Nome: _____ Data:____/_____/_____

Muitas pessoas sofrem eventualmente de sintomas urinários. Estamos tentando descobrir quantas pessoas têm sintomas urinários, e quanto isso incomoda. Agradecemos a sua participação ao responder estas perguntas, para sabermos como tem sido o seu incômodo **durante as últimas 04 semanas**.

1. **Informe a sua data de nascimento _____/_____/_____**
2. **Informe seu sexo: Masculino ( ) Feminino ( )**

3. **Quantas vezes você urina durante o dia?**

( ) 1 a 6 vezes 0
( ) 7 a 8 vezes 1
( ) 9 a 10 vezes 2
( ) 11 a 12vezes 3
( ) 13 vezes ou mais 4

3b. O quanto isso incomoda você?
Circule um número de 0 (não incomoda) a 10 (incomoda muito).
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Nada Muito

4a. Durante a noite, quantas vezes, em média, você têm que se levantar para urinar?
( ) nenhuma vez 0
( ) 1 vez 1
( ) 2 vezes 2
( ) 3 vezes 3
( ) 4 vezes ou mais 4

4b. O quanto isso incomoda você?
Circule um número de 0 (não incomoda) a 10 (incomoda muito).
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Nada Muito

5a. Você precisa se apressar para chegar ao banheiro para urinar?
( ) nunca 0
( ) poucas vezes 1
( ) às vezes 2
( ) na maioria das vezes 3
( ) sempre 4

5b. O quanto isso incomoda você?
Circule um número de 0 (não incomoda) a 10 (incomoda muito).
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Nada Muito

6a. Você perde urina antes de chegar ao banheiro?
( ) nunca 0
( ) poucas vezes 1
( ) às vezes 2
( ) na maioria das vezes 3
( ) sempre 4

6b. O quanto isso incomoda você?
Circule um número de 0 (não incomoda) a 10 (incomoda muito).
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Nada Muito

"Muito obrigado por ter respondido este questionário"

ANEXO D – Normas da Revista Científica

RBGO
REVISTA BRASILEIRA DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA

ISSN 0100-7203 ***versão impressa***

ISSN 1806-9339 ***versão on-line***

INSTRUÇÕES AOS AUTORES

- Escopo e política
- Forma e preparação de manuscritos
- Envio de manuscritos
- Envio dos manuscritos
- Itens para a conferência do manuscrito

Escopo e política

A Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia (Rev Bras Gincecol Obstet., ISSN 0100 7203), publicação mensal de divulgação científica da Federação das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo), é dirigida a obstetras, ginecologistas e profissionais de áreas afins, com o propósito de publicar contribuições originais sobre temas relevantes no campo da Ginecologia, Obstetrícia e áreas correlatas. É aberta a contribuições nacionais e internacionais. A revista aceita e publica trabalhos em português, inglês e espanhol.

O material enviado para análise não pode ter sido submetido simultaneamente à publicação em outras revistas nem publicado anteriormente. Na seleção dos manuscritos para publicação, são avaliadas originalidade, relevância do tema e qualidade da metodologia utilizada, além da adequação às normas editoriais adotadas pela revista. O material publicado passa a ser propriedade da Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia e da Febrasgo, só podendo ser reproduzido, total ou parcialmente, com a anuência dessas entidades.

Os manuscritos submetidos à revista são analisados por pareceristas e o sigilo sobre a autoria e a identidade dos revisores é garantido durante todo o processo de edição. Os pareceres dos revisores e as instruções do editor serão enviados para os autores para que eles tomem conhecimento das alterações a serem introduzidas. Os autores devem reenviar o texto com as modificações solicitadas assim que possível, devendo justificar, na carta de encaminhamento, se for o caso, o motivo do não atendimento de alguma sugestão para modificação. Não havendo retorno do trabalho após três meses, presume-se que os autores não têm mais interesse na publicação. Os autores podem solicitar em qualquer ponto do processo de análise e edição do texto a sustação do processo e a retirada do trabalho. Os conceitos e as declarações contidos nos artigos são de responsabilidade dos autores.

A revista publica contribuições nas seguintes categorias:

1. Artigos Originais, trabalhos completos prospectivos, experimentais ou retrospectivos. Manuscritos contendo resultados de pesquisa clínica ou experimental original têm prioridade para publicação.

2. Relatos de Casos, de grande interesse e bem documentados, do ponto de vista clínico e laboratorial. Os autores deverão indicar na carta de encaminhamento os aspectos novos ou inesperados em relação aos casos já publicados. O texto das seções Introdução e Discussão deve ser baseado em revisão bibliográfica atualizada. O número de referências pode ser igual ao dos trabalhos completos.
3. Técnicas e Equipamentos, para apresentação de inovações em diagnóstico, técnicas cirúrgicas e tratamentos, desde que não sejam, clara ou veladamente, propaganda de drogas ou outros produtos. Valem para essa categoria todas as normas aplicadas para trabalhos completos.
4. Artigos de Revisão, incluindo avaliação crítica e sistematizada da literatura, meta-análises ou revisões sistemáticas. A seleção dos temas e o convite aos autores têm como base planejamento estabelecido pela editoria. Contribuições espontâneas podem ser aceitas. Nesse caso, devem ser enviados inicialmente um resumo ou roteiro do texto, a lista de autores e as respectivas publicações sobre o tema. Se houver interesse da revista, será enviado convite para apresentação do texto definitivo. Todos os autores devem ter publicações em periódicos regulares, indexados sobre o tema da revisão. O número de autores é limitado a quatro, dependendo do tipo de texto e da metodologia empregada. Devem ser descritos os métodos e procedimentos adotados para a obtenção do texto, que deve ter como base referências recentes, inclusive do ano em curso. Tratando-se de tema ainda sujeito a controvérsias, a revisão deve discutir as tendências e as linhas de investigação em curso. Apresentar, além do texto da revisão, resumo, abstract e conclusões. Ver a seção "Preparo do manuscrito" para informações quanto ao texto principal, página de rosto, resumo e abstract;
5. Comentários Editoriais, solicitados pelo editor;
6. Resumos de Teses apresentadas e aprovadas nos últimos 12 meses, contados da data de envio do resumo. Devem conter, aproximadamente, 300 palavras e, para serem aceitos, devem seguir as normas da revista quanto à estruturação, à forma e ao conteúdo. Incluir título em português e inglês e, no mínimo, três palavras ou expressões-chave. Não há revisão do texto dos Resumos de Teses. No arquivo enviado, informar: nome completo do autor e do orientador; membros da banca; data de apresentação e a identificação do serviço ou departamento onde a tese foi desenvolvida e apresentada. Lembramos que a publicação do resumo não impede a posterior publicação do trabalho completo em qualquer periódico.

Cartas dos Leitores para o Editor, versando sobre matéria editorial ou não, mas com apresentação de informações relevantes ao leitor. As cartas podem ser resumidas pela editoria, mas com manutenção dos pontos principais. No caso de críticas a trabalhos publicados, a carta é enviada aos autores para que sua resposta possa ser publicada simultaneamente.

Forma e preparação de manuscritos

Informações gerais

1. A revista não aceita material editorial com objetivos comerciais.
2. Conflito de interesses: devem ser mencionadas as situações que podem influenciar de forma inadequada o desenvolvimento ou as conclusões do trabalho. Entre essas situações, menciona-se a participação societária nas empresas produtoras das drogas ou dos

equipamentos citados ou utilizados no trabalho, assim como em concorrentes da mesma. São também consideradas fontes de conflito os auxílios recebidos, as relações de subordinação no trabalho, as consultorias etc.

3. No texto, deve ser mencionada a submissão e a aprovação do estudo por um Comitê de Ética em Pesquisa reconhecido pelo Comitê Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP).
4. Artigo que trate de pesquisa clínica com seres humanos deve incluir a declaração, na seção Métodos, de que os sujeitos do estudo assinaram o termo de consentimento livre e informado. Os autores devem informar, também, que a pesquisa foi conduzida de acordo com a Declaração de Helsinque revisada em 2008.
5. No caso de trabalhos envolvendo experimentação animal, os autores devem indicar na seção Métodos que foram seguidas as normas contidas no CIOMS (Council for International Organization of Medical Sciences) Ethical Code for Animal Experimentation (WHO Chronicle 1985; 39(2):51-6) e os preceitos do Colégio Brasileiro de Experimentação Animal - COBEA (www.cobea.org.br).
6. Todos os ensaios controlados aleatórios (randomized controlled trials) e clínicos (clinical trials) submetidos à publicação devem ter o registro em uma base de dados de ensaios clínicos. Essa é uma orientação da Plataforma Internacional para Registros de Ensaios Clínicos (ICTRP) da Organização Mundial da Saúde (OMS), e do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE). As instruções para o registro estão disponíveis no endereço eletrônico do ICMJE (http://www.icmje.org/clin_trialup.htm) e o registro pode ser feito na base de dados de ensaios clínicos da National Library of Medicine, disponível em http://clinicaltrials.gov/ct/gui.
7. O número de autores de trabalhos completos e relatos de casos é limitado a sete. Trabalhos de autoria coletiva (institucionais) devem ter os responsáveis especificados. Trabalhos e estudos multicêntricos podem ter número de autores compatível com o número de centros (cada situação será avaliada pela editoria e pelos revisores). Os investigadores responsáveis pelos protocolos aplicados devem ser especificados. Todos os autores devem ter conhecimento do texto enviado para a revista.
8. O conceito de coautoria é baseado na contribuição de cada um, para a concepção e planejamento do trabalho, análise e interpretação dos dados, para a redação ou revisão crítica do texto. A inclusão de nomes cuja contribuição não se enquadre nos critérios citados ou que tenham fornecido apenas suporte material não é justificável.
9. Os autores serão informados, por correspondência eletrônica, do recebimento dos trabalhos. Os trabalhos que estiverem de acordo com as Instruções aos Autores e se enquadram na política editorial da revista serão enviados para análise por revisores indicados pelo editor. Os originais em desacordo com os objetivos da revista ou com essas instruções são devolvidos aos autores para as adaptações necessárias antes da avaliação pelo Conselho Editorial ou recusados sem análise por revisores.
10. Junto dos arquivos originais, deve ser enviada uma carta de encaminhamento, na qual deve ficar explícita a concordância com as normas editoriais, com o processo de revisão e com a transferência de copyright para a revista.
11. Para manuscritos originais, não ultrapassar 25 páginas de texto digitado ou aproximadamente 30.000 caracteres. Limitar o número de tabelas e figuras ao necessário para apresentação dos resultados que são discutidos (como norma geral, limitar a cinco). Para manuscritos do tipo Relato de Caso, não ultrapassar 15 páginas de texto ou 18.000 caracteres (ver "Preparo do manuscrito", "Resultados").

12. O trabalho deve ser enviado pelo sistema de submissão online no portal SciELO. O endereço eletrônico de todos os autores deve ser fornecido. Desta forma, os coautores receberão informação sobre a submissão do trabalho e, assim, não será necessária a assinatura de todos na carta de encaminhamento. O endereço eletrônico para correspondência com a revista é rbgo@fmrp.usp.br. O arquivo correspondente ao trabalho deve ser único e deve conter texto, referências, tabelas e figuras.

Preparo dos manuscritos

As normas que seguem foram baseadas no formato proposto pelo ICMJE e publicado no artigo "Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals", atualizado em Outubro de 2008 e disponível no endereço eletrônico: http://www.icmje.org/.

Apresentação do texto

1. Os trabalhos devem ser digitados em espaço 2 em todas as seções, da página de rosto às referências bibliográficas, tabelas e legendas. Cada página deve conter aproximadamente 25 linhas em uma coluna. Usar preferencialmente o processador de texto Microsoft Word® e a fonte Times New Roman 12. Não dar destaque a trechos do texto: não sublinhar ou usar negrito. Numerar todas as páginas, iniciando pela de rosto.
2. Não usar maiúsculas nos nomes próprios (a não ser a primeira letra) no texto ou nas referências bibliográficas. Não utilizar pontos nas siglas (DPP em vez de D.P.P.). Quando usar siglas ou abreviaturas, descrevê-las por extenso na primeira vez que mencionadas no texto. Iniciar cada seção em uma nova página: página de rosto; resumo e palavras ou expressões-chave; abstract e keywords; texto; agradecimentos; referências; tabelas individuais e legendas das figuras.

Página de rosto

Apresentar o título do trabalho em português e em inglês; nomes completos dos autores sem abreviaturas; endereços eletrônicos válidos de todos os autores (opcional, em substituição à carta de encaminhamento); nome da instituição onde o trabalho foi desenvolvido; afiliação institucional dos autores; informações sobre auxílios recebidos sob forma de bolsas de estudos, financiamento, fornecimento de drogas, reagentes ou equipamentos. Obrigatoriamente deve ser fornecido o endereço da instituição onde o trabalho foi desenvolvido, o qual é publicado na página inicial do trabalho. Devem ser indicados nome, endereço, telefone/fax e e-mail do autor para o qual a correspondência deve ser enviada. Essas informações pessoais são empregadas apenas para correspondência com a revista e somente são publicadas se houver pedido do(s) autor(es).

Resumo

O resumo do trabalho deve aparecer na segunda página. Para trabalhos completos, redigir um resumo estruturado, que deve ser dividido em seções identificadas: objetivo, métodos, resultados e conclusões. Deve ter aproximadamente 300 palavras. O resumo deve conter as informações relevantes, permitindo que o leitor tenha uma ideia geral do trabalho. Deve incluir descrição

resumida de todos os métodos empregados e da análise estatística efetuada. Expor os resultados numéricos mais relevantes, e não apenas indicação de significância estatística. As conclusões devem ser baseadas nos resultados do trabalho e não da literatura. Evitar o uso de abreviações e símbolos. Não citar referências bibliográficas no resumo.

Abaixo do texto do resumo indicar o número de registro e/ou identificação para os ensaios controlados aleatórios e ensaios clínicos (ver item 5 das "Informações Gerais").

Na mesma página do resumo, citar pelo menos três palavras ou expressões-chave que serão empregadas para compor o índice anual da revista. Devem ser baseadas nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) publicado pela Bireme, que é uma tradução do Medical Subject Headings (MeSH) da National Library of Medicine e está disponível no endereço eletrônico:http://decs.bvs.br.

O abstract deve ser versão fiel do texto do resumo estruturado (purpose, methods, results e conclusions). Deve ser também acompanhado da versão para o inglês das palavras ou expressões-chave (keywords). O resumo e o abstract dos Relatos de Casos e dos Artigos de Revisão e de Atualização não devem ser estruturados e são limitados a 150 palavras.

Introdução

Repetir, na primeira página da introdução, o título completo em português e inglês. Nessa seção, mostre a situação atual dos conhecimentos sobre o tópico em estudo, divergências e lacunas que possam eventualmente justificar o desenvolvimento do trabalho, mas sem revisão extensa da literatura. Para Relatos de Casos, apresentar um resumo dos casos já publicados, epidemiologia da condição relatada e uma justificativa para a apresentação como caso isolado. Expor claramente os objetivos do trabalho.

Métodos

Iniciar essa seção indicando o planejamento do trabalho: se prospectivo ou retrospectivo; ensaio clínico ou experimental; se a distribuição dos casos foi aleatória ou não etc. Descrever os critérios para seleção das pacientes ou Grupo Experimental, inclusive dos Controles. Identificar os equipamentos e reagentes empregados (fabricante, cidade e país). Se a metodologia aplicada já tiver sido empregada, indicar as referências, além da descrição resumida do método. Descrever também os métodos estatísticos empregados e as comparações para as quais cada teste foi empregado.
Os trabalhos que apresentam como objetivo a avaliação da eficácia ou a tolerabilidade de tratamentos ou drogas devem, necessariamente, incluir Grupo Controle adequado. Para informações adicionais sobre o desenho de trabalhos desse tipo, consultar ICH Harmonized Tripartite Guideline - Choice of Control Group and Related Issues in Clinical Trials (http://www.hc-sc.gc.ca/hpfb-dgpsa/tpd-dpt/e10_e.html). Ver também itens 4 e 5 das "Informações Gerais".

Resultados

Apresentar os resultados em sequência lógica, no texto, nas tabelas e nas figuras. Expor os resultados relevantes para o objetivo do trabalho e que são discutidos. Não repetir no texto dessa seção todos os dados das tabelas e figuras, mas descrever e enfatizar os mais importantes, sem interpretação dos mesmos (ver também "Tabelas"). Nos Relatos de Casos, as seções "Métodos" e "Resultados" são substituídas pela "Descrição do caso", mantendo-se as demais.

Discussão

Devem ser realçadas as informações novas e originais obtidas na investigação. Não repetir dados e informações já mencionados nas seções "Introdução" e "Resultados". Evitar citação de tabelas e figuras. Ressaltar a adequação dos métodos empregados na investigação. Comparar e relacionar suas observações com as de outros autores, comentando e explicando as diferenças. Explicar as implicações dos achados, suas limitações e fazer as recomendações decorrentes. Para Relatos de Casos, basear a discussão em ampla e atualizada revisão da literatura. As informações sobre os casos já publicados podem ser tabuladas e exibidas nessa seção para comparações.

Agradecimentos

Dirigidos a pessoas que tenham colaborado intelectualmente, mas cuja contribuição não justifica coautoria, ou para aquelas que tenham provido apoio material.

Referências

Todos os autores e trabalhos citados no texto devem constar dessa seção e vice-versa. Numerar as referências bibliográficas por ordem de entrada no trabalho e usar esses números para as citações no texto. Evitar número excessivo de referências, selecionando as mais relevantes para cada afirmação e dando preferência para os trabalhos mais recentes. Não empregar citações de difícil acesso, como resumos de trabalhos apresentados em congressos, teses ou publicações de circulação restrita (não indexados). Não empregar referências do tipo "observações não publicadas" e "comunicação pessoal". Artigos aceitos para publicação podem ser citados acompanhados da expressão: "aceito e aguardando publicação" ou "in press", indicando-se periódico, volume e ano. Trabalhos aceitos por periódicos que estejam disponíveis online, mas sem indicação de fascículos e páginas, devem ser citados como "ahead of print". Outras publicações dos autores (autocitação) devem ser empregadas apenas se houver necessidade clara e forem relacionadas ao tema. Nesse caso, incluir entre as referências bibliográficas apenas trabalhos originais publicados em periódicos regulares (não citar capítulos ou revisões).

O número de referências bibliográficas deve ser aproximadamente 35. Os autores são responsáveis pela exatidão dos dados constantes das referências bibliográficas.

Para todas as referências, citar os autores até o sexto. Se houver mais de seis autores, citar os seis primeiros, seguidos da expressão et al., conforme os seguintes modelos:

Formato impresso

- Artigos em revistas

  Ceccarelli F, Barberi S, Pontesilli A, Zancla S, Ranieri E. Ovarian carcinoma presenting with axillary lymph node metastasis: a case report. Eur J Gynaecol Oncol. 2011;32(2):237-9.

  Jiang Y, Brassard P, Severini A, Goleski V, Santos M, Leamon A, et al. Type-specific prevalence of Human Papillomavirus infection among women in the Northwest Territories, Canada. J Infect Public Health. 2011;4(5-6):219-27.

- Artigos com título em inglês e texto em português ou outra língua

  Utilizar o titulo em inglês, entre colchetes e no final da referência, indicar a língua na qual o artigo foi publicado.

  Prado DS, Santos DL. [Contraception in users of the public and private sectors of health]. Rev Bras Ginecol Obstet. 2011;33(7)143-9. Portuguese.

  Taketani Y, Mizuno M. [Application of anti-progesterone agents for contraception]. Rinsho Fujinka Sanka. 1988;42(11):997-1000. Japanese.

- Livro

  Baggish MS, Karram MM. Atlas of pelvic anatomy and gynecologic surgery. 2nd ed. Philadelphia: WB Saunders; 2006.

- Capítulos de livro

  Picciano MF. Pregnancy and lactation. In: Ziegler EE, Filer LJ, editors. Present knowledge in nutrition. Washington (DC): ILSI Press; 1996. p. 384-95.

Formato eletrônico

Apenas para informações estatísticas oficiais e citação de referências de periódicos não impressos. Para estatísticas oficiais, indicar a entidade responsável, o endereço eletrônico, o nome do arquivo ou entrada. Incluir o número de tela, data e hora do acesso. Termos como "serial", "periódico", "homepage" e "monography", por exemplo, não são mais utilizados. Todos os documentos devem ser indicados apenas como [Internet]. Para documentos eletrônicos com o identificador DOI (Digital Object Identifier), este deve ser mencionado no final da referência, além das informações que seguem:

Brasil. Ministério da Saúde. DATASUS [Internet]. Informações de Saúde. Estatísticas vitais. Mortalidade e nascidos vivos: nascidos vivos desde 1994. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2008. [citado 2007 Fev 7]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sinasc/cnv/nvuf.def>.

- Monograph on the Internet or e-book

  Foley KM, Gelband H, editors. Improving palliative care for cancer [Internet]. Washington: National Academy Press; 2001 [cited 2002 Jul 9]. Available at: http://www.nap.edu/books/0309074029/html/.

Tabelas

Apresentar as tabelas em páginas separadas, com espaço duplo e preferencialmente fonte Arial 8. A numeração deve ser sequencial, em algarismos arábicos, na ordem em que foram citadas no texto. Todas as tabelas devem ter título e todas as colunas da tabela devem ser identificadas com um cabeçalho. A legenda deve conter informações que permitam ao leitor entender o conteúdo das tabelas e figuras, mesmo sem a leitura do texto do trabalho. As linhas horizontais devem ser simples e limitadas a duas no topo e uma no final da tabela. Não empregar linhas verticais. Não usar funções de criação de tabelas, comandos de justificação, tabulações decimais ou centralizadas. Utilizar comandos de tabulação (tab) e não o espaçador para separar as colunas e, para nova linha, a tecla enter. No rodapé da tabela, deve constar legenda para abreviaturas e testes estatísticos utilizados.

Figuras (gráficos, fotografias e ilustrações)

As figuras devem ser apresentadas em páginas separadas e numeradas sequencialmente, em algarismos arábicos, conforme a ordem de aparecimento no texto. Todas as figuras devem ter qualidade gráfica adequada e apresentar título e legenda. Para evitar problemas que comprometam o padrão da revista, o processo de digitalização de imagens (scan) deve obedecer aos seguintes parâmetros: para gráficos ou esquemas, usar 300 dpi/bitmap para traço; para ilustrações e fotos (preto e branco), usar 300 dpi/RGB ou grayscale. Em todos os casos, os arquivos devem ter extensão .tif e/ou .jpg. Também são aceitos arquivos com extensão .xls (Excel), .eps, .psd para ilustrações em curva (gráficos, desenhos e esquemas). São aceitas, no máximo, cinco figuras. Se as figuras já tiverem sido publicadas, devem vir acompanhadas de autorização por escrito do autor/editor e constando a fonte na legenda da ilustração.

Legendas

Digitar as legendas usando espaço duplo, acompanhando as respectivas figuras (gráficos, fotografias e ilustrações). Cada legenda deve ser numerada em algarismos arábicos, correspondendo a cada figura, e na ordem em que foram citadas no trabalho.

Abreviaturas e siglas

Devem ser precedidas do nome completo quando citadas pela primeira vez no texto. Nas legendas das tabelas e figuras, devem ser acompanhadas de seu nome por extenso. As abreviaturas e as siglas não devem ser usadas no título dos artigos e nem no resumo.

Envio dos manuscritos

O trabalho deve ser enviado pelo sistema de submissão online no portal SciELO http://submission.scielo.br/index.php/rbgo/login.

Outras correspondências deverão ser enviadas para:

Jurandyr Moreira de Andrade

Editor

Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia - Editoria - Avenida Bandeirantes, 3.900, 8º andar - Campus Universitário - CEP 14049-900 - Ribeirão Preto (SP) - Fone: (16) 3602-2803 - Fax: (16) 3633-0946 - E-mail: rbgo@fmrp.usp.br.

Itens para a conferência do manuscrito

Antes de enviar o manuscrito, conferir se as Instruções aos Autores foram seguidas e verificar o atendimento dos itens listados a seguir:

1. carta de encaminhamento assinada por todos os autores (escaneada e anexada como documento suplementar ou enviada pelo correio) ou informação dos endereços eletrônicos válidos de todos os autores na página de rosto;
2. citação da aprovação do projeto do trabalho por Comissão de Ética em Pesquisa, assinatura do termo de consentimento livre e informado (na seção "Métodos") e informação sobre o atendimento das exigências para pesquisa em animais;
3. número ou código do registro do estudo, se necessário, na página de rosto (item 5 das "Informações Gerais");
4. conflito de interesses: informar se há ou não. Se houver, explicar sem omissão de informações relevantes;
5. página de rosto com todas as informações solicitadas;
6. resumo e abstract estruturados e compatíveis com o texto do trabalho;
7. três ou mais palavras-chave relacionadas ao texto e respectivas keywords baseadas no Decs;
8. verificar se todas as tabelas e figuras estão corretamente citadas no texto e numeradas, e se as legendas permitem o entendimento das mesmas; referências bibliográficas: numeradas na ordem de aparecimento e corretamente digitadas. Verificar se todos os trabalhos citados estão na lista de referências e se todos os listados estão citados no texto.