



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

GABRIELA DE SOUZA NASCIMENTO
SARAH MENDES CUNHA

**PREVALÊNCIA DE CONSTIPAÇÃO
INTESTINAL EM MULHERES IDOSAS COM
SÍNDROME DA BEXIGA HIPERATIVA**

GABRIELA DE SOUZA NASCIMENTO
SARAH MENDES CUNHA

**PREVALÊNCIA DE CONSTIPAÇÃO
INTESTINAL EM MULHERES IDOSAS COM
SÍNDROME DA BEXIGA HIPERATIVA**

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

Orientador (a): Prof.^a Dra. Aline Teixeira
Alves

Coorientador (a): Me. Raquel Henriques
Jácomo

BRASÍLIA
2019

GABRIELA DE SOUZA NASCIMENTO
SARAH MENDES CUNHA

**PREVALÊNCIA DE CONSTIPAÇÃO INTESTINAL EM
MULHERES IDOSAS COM SÍNDROME DA BEXIGA
HIPERATIVA**

Brasília, 04/12/19

COMISSÃO EXAMINADORA

Patrícia A. Garcia

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

Helmorany N. de Araújo

Prof.^a Me. Helmorany Nunes Araujo
Centro Universitário ICESP

Mariana Cecchi Salata

Prof.^a Me. Mariana Cecchi Salata
Faculdade de Ceilândia - Universidade de Brasília-UnB e
Centro Universitário do Planalto Central Aparecido dos Santos
(UNICEPLAC)

Dedicatória

Dedicamos este trabalho aos nossos pais, eles que são responsáveis por nos guiar nessa caminhada que é a vida e por sempre acreditarem no nosso potencial. Aos nossos familiares que sempre nos apoiaram e aos nossos amigos pelo enorme carinho.

AGRADECIMENTOS (Gabriela)

A Deus, fonte de amor e sabedoria, pela força que sempre me impulsionou a seguir em frente, mesmo nos momentos mais difíceis.

Aos meus pais, Paulo Ivan e Zenilda Maria, que sempre me apoiaram e sonharam comigo. Obrigada por abrirem mão de suas realizações pessoais para me acompanharem e investirem em mim. Eu não teria chegado até aqui sem vocês, por isso minha eterna gratidão e o meu mais sincero amor. Agradeço também ao meu irmão Guilherme de Souza por toda ajuda e por sempre torcer pela minha vitória, você é uma das melhores partes de mim.

A minha avó Alda que perdeu várias noites se preocupando e cuidando de mim, eu não tenho palavras pra te agradecer por tanto e espero retribuir mais que o dobro. A minha avó Florisa, que infelizmente não está tão lúcida agora, mas das vezes que se lembra de algo faz meu coração se encher de alegria. A minha família que sempre esteve ao meu lado torcendo por mim, especialmente a minha tia Aparecida Miranda, ao meu tio Paulo Eduardo e Raimundo, aos meus primos Ellen White, Nill Brian, Yuri, Rafael, Lorenzo, Willian e a Dircimeire. Eu amo demais cada um de vocês.

Ao Alves Padilha, meu companheiro, obrigada por toda paciência, apoio incondicional e cuidado. Sem você essa jornada teria sido mais árdua.

A minha dupla e minha irmã de outra mãe Sarah, que Deus colocou no meu caminho desde o curso de pré-vestibular. Muito obrigada por todo companheirismo, amor, alegrias e tristezas compartilhadas. Chegamos juntas até aqui e agora temos o mundo todo para conquistar. Conte sempre comigo. Obrigada ainda por me proporcionar o acolhimento de sua família maravilhosa que fez minha vida ainda mais especial.

A minha amiga Fabiana que sempre acreditou em mim. A todos meus amigos e colegas que fiz durante a graduação, tornando-a assim mais divertida. Especialmente a Sarah Santos e Gabriela Pagidis por terem me emprestado seus ombros e seus ouvidos, rs.

A minha orientadora Aline Teixeira por me aceitar como orientanda e me proporcionar a oportunidade do Programa Institucional de Bolsas de Extensão (Pibex). Foi uma honra aprender tanto com a senhora. A minha querida coorientadora Raquel Jácomo, que tanto me inspira e me fez superar grandes obstáculos no estágio.

A todo corpo docente da Universidade de Brasília pelos sábios conhecimentos compartilhados e por toda inspiração profissional. Especialmente ao professor Sérgio Mateus por toda paciência e atenção dada desde o estágio, o senhor é uma das minhas maiores referências. A professora Mariana por todo suporte e incentivo.

Aos entrevistados, colegas de projeto de extensão, alunos e mestrandos, que contribuíram para a concretização deste estudo. Sem os mesmos, a realização desse trabalho não seria possível.

Agradeço ainda ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico Tecnológico (CNPq) pelo apoio e incentivo financeiro.

Obrigada a todos!

AGRADECIMENTOS (Sarah)

Palavras jamais serão suficientes para expressar o sentimento de gratidão e de alegria que me envolve neste momento tão esperado. Agradeço primeiramente a Deus por sempre me amparar e me trazer conforto nos momentos das adversidades me mostrando sempre os melhores caminhos a serem trilhados, e que com seu infinito amor me concedeu sabedoria, força e coragem nesta jornada que é a vida.

Agradeço especialmente à minha mãe Francisca pelo infinito amor e por ser um grande exemplo de mulher guerreira e batalhadora, que nunca mediu esforços para me proporcionar tudo o que há de melhor, que sempre respeitou minhas decisões e minhas escolhas, saiba que tudo o que sou e o que eu venho alcançando na vida é por mérito seu. Ao meu pai, Adalberon, por todo o companheirismo e cuidado, por me incentivar a realizar os meus sonhos, acreditando no meu melhor, e principalmente, pelo grande amor proporcionado. As minhas duas irmãs Sofia e Júlia que sempre alegam o meu dia tornando-o leve e mais colorido, obrigada pela cumplicidade, por serem amorosas e por me fazer querer a cada dia ser o melhor exemplo de pessoa e de irmã. Agradeço aos meus avós, Raimundo e Antônia, pelo eterno amor e pelo grande exemplo de humildade, honestidade e simplicidade. Ao meu namorado, Gustavo, por toda a compreensão durante os momentos de estresse e ansiedade, por sempre me apoiar e me ajudar sem hesitar, e pela construção de um relacionamento com muito respeito e muito amor. A todos os meus familiares que são extremamente queridos pelo grande apoio que sempre me deram em todos os anos da minha vida, e mesmo que alguns estejam distantes não saem do meu pensamento e do meu coração. Amo todos vocês!

Sou muito grata também às amizades que adquiri ao longo da vida e durante a graduação, em especial a Brunna, Danni e Déborah, sei que posso sempre contar com vocês. Agradeço principalmente a minha quase irmã Gabriela, eu não poderia ter melhor dupla para realizar esse trabalho, obrigada por compartilhar esse momento tão importante comigo dividindo as angústias e compartilhando as ideias, por toda a parceria e companheirismo desde antes da graduação, por toda a paciência, carinho e atenção e mais ainda por me proporcionar fazer parte da sua família, que são pessoas maravilhosas que exalam sentimentos bons por onde passam, sem vocês minha vida não seria a mesma.

Agradeço a todos os que contribuíram em todo o meu processo de formação, aos docentes que compartilharam seus conhecimentos enriquecendo meu desenvolvimento como profissional, especialmente à minha orientadora professora Aline Teixeira, pela oportunidade, apoio e confiança, por me fazer apaixonar pela área da saúde da mulher. À minha coorientadora Raquel Jácomo que desde o estágio me acolheu com um enorme carinho, sendo um grande exemplo de profissional. À Mariana Cecchi por todas as contribuições e pela disponibilidade concedida durante todo o período da elaboração deste estudo, pela motivação e pelo espelho de fazer tudo por amor a profissão.

E a todos que aqui não pude incluir, mas que fizeram parte da minha trajetória, o meu muito obrigada!

Epígrafe

“Nunca deixe que alguém te diga que não pode fazer algo. Nem mesmo eu. Se você tem um sonho, tem que protegê-lo! As pessoas que não podem fazer por si mesmas, dirão que você não consegue. Se quer alguma coisa, vá e lute por ela. Ponto final. ” (À procura da felicidade (livro) – Chris Gardner)

RESUMO

CUNHA, Sarah Mendes; NASCIMENTO, Gabriela de Souza. Prevalência de constipação intestinal em mulheres idosas com síndrome da bexiga hiperativa. 2019. 55f. Monografia (Graduação) - Universidade de Brasília, Graduação em Fisioterapia, Faculdade de Ceilândia. Brasília, 2019.

Introdução: A constipação intestinal é definida como um transtorno caracterizado por uma dificuldade persistente para evacuar. Encontra-se entre as doenças funcionais do intestino acometendo cerca de 20% da população mundial. Os idosos têm mais predisposição à constipação uma vez que há alterações inerentes do processo do envelhecimento como a falta de motilidade intestinal, redução na frequência evacuatória, dieta alimentar e ingestão de líquidos inadequados somados à sedentarismo, doença ou uso de fármacos. A associação entre constipação e distúrbios urinários em idosos são mais frequentes em indivíduos com síndrome da bexiga hiperativa (SBH). Tanto a constipação intestinal como a síndrome da bexiga hiperativa apresentam maior prevalência em mulheres.

Objetivos: Verificar a prevalência de constipação em idosas com Síndrome da Bexiga Hiperativa. **Metodologia:** Trata-se de um estudo transversal descritivo, o qual utilizou-se questionários para avaliação com os dados pessoais, o instrumento de avaliação OAB-V8 para diagnóstico da SBH, o Escore de Constipação de Jorge & Wexner para caracterização clínica da amostra e os Critérios de Roma III como critério diagnóstico para constipação. **Resultados:** Participaram da pesquisa 42 mulheres idosas, dessas 19 (45,2%) apresentaram constipação intestinal e 23 (54,8%) não apresentaram constipação intestinal. **Conclusão:** A prevalência de constipação intestinal em mulheres idosas com SBH foi alta, em comparação a estudos que avaliam tal prevalência na população geral. Mais estudos são necessários para constatar a prevalência e o fator de risco da SBH para constipação intestinal nessa população.

Palavras-chave: Constipação, Bexiga urinária, Idosos, Prevalência.

ABSTRACT

CUNHA, Sarah Mendes; NASCIMENTO, Gabriela de Souza. Prevalence of constipation in elderly women with overactive bladder syndrome. 2019. 55f. Monograph (Undergraduate) - University of Brasilia, Graduate in Physiotherapy, Faculty of Ceilândia. Brasilia, 2019.

Introduction: Constipation is defined as a disorder characterized by persistent difficulty in evacuating. It is among the functional diseases of the intestine affecting about 20% of the world's population. The elderly are more prone to constipation as there are abnormal changes in aging such as lack of intestinal motility, reduction in bowel movements, reduced frequency of bowel movements, diet and inadequate fluid intake, sedentary lifestyle, disease or drug use. The association between constipation and urinary disorders in the elderly are more frequent in individuals with overactive bladder syndrome (SBH). Both intestinal constipation and overactive bladder syndrome are more prevalent in women. **Objectives:** To verify the prevalence of constipation in elderly women with overactive bladder syndrome. **Methodology:** This is a descriptive cross-sectional study, which used questionnaires to assess personal data, the OAB-V8 assessment tool for diagnosis of BHS, the Jorge & Wexner Constipation Score for clinical characterization of the sample and the Criteria of Rome III as a diagnostic criterion for constipation. **Results:** Forty-two elderly women participated in the study, of these 19 (45.2%) had intestinal constipation and 23 (54.8%) had no intestinal constipation. **Conclusion:** The prevalence of intestinal constipation in women with HBS was high compared to studies that evaluate such prevalence in the general population. Further studies are needed to determine the prevalence and risk factor of SBH for constipation in the general population.

Keywords: Constipation, Urinary bladder, Aged, Prevalence.

LISTA DE TABELAS E FIGURAS

Gráfico 1. Prevalência de idosas constipadas e não constipadas	17
Tabela 1. Caracterização sociodemográfica de idosas constipadas e não constipadas.....	18
Gráfico 2. Distribuição da frequência de sintomas de idosas constipadas.....	19
Gráfico 3. Distribuição da frequência de sintomas de idosas não constipadas.....	20

LISTA DE ABREVIATURAS

BH- Bexiga Hiperativa

CF - Constipação Funcional

DP - Desvio Padrão

FCE - Faculdade de Ceilândia

OAB-V8: Questionário de Avaliação de Bexiga Hiperativa

UnB - Universidade de Brasília

SBH - Síndrome da Bexiga Hiperativa

TUI - Trato Urinário Inferior

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	13
2. METODOLOGIA	14
3. RESULTADOS	17
4. DISCUSSÃO	20
5. CONCLUSÃO	23
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	24
7. APÊNDICES	26
APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	26
APÊNDICE B – Questionário Geral de Avaliação.....	39
APÊNDICE C – Questionário de Avaliação do Estudo.....	39
8. ANEXOS	41
ANEXO A – Normas da Revista Científica	41
ANEXO B – Parecer do Comitê de Ética	45

1. INTRODUÇÃO

A constipação funcional (CF) é definida, de acordo com o World Gastroenterology Organisation Practice Guideline (1), habitualmente, como um transtorno caracterizado por uma dificuldade persistente para evacuar ou uma sensação de evacuação incompleta e/ou frequência evacuatória (a cada 3–4 dias ou com menor frequência). A constipação intestinal encontra-se entre as doenças funcionais do intestino acometendo cerca de 20% da população mundial apresentando-se como um dos sintomas mais frequentes de procura ao clínico geral e gastroenterologista (2). Há diversos questionários, critérios e escalas que os profissionais utilizam como forma de padronização para diagnosticar constipação funcional, entre eles os mais comumente utilizados são: Escore de Constipação de Wexner e os Critérios de Roma III (3,4).

De acordo com o Ministério da Saúde (5), no Brasil são considerados idosos aqueles indivíduos com idade igual ou superior a 60 anos. Nessa população, as causas comuns de constipação estão ligadas a redução na frequência evacuatória, dieta alimentar, ingestão de líquidos inadequados, sedentarismo, doença ou uso de fármacos e do próprio processo de envelhecimento. As alterações anormais do envelhecimento como a falta de mobilidade devido ao envelhecimento ou lesão medular, está relacionada à redução dos movimentos de massa do cólon e incapacidade de usar os músculos abdominais para auxiliar na defecação (6). A alta prevalência de constipação crônica está associada ao aumento da idade (7).

Além da idade, maiores prevalências de constipação intestinal funcional podem estar associadas ao nível socioeconômico (8). Indivíduos de classes menos favorecidas consomem menos fibras e alimentos saudáveis. Além disso, o uso abusivo de laxantes também está associado à constipação, causando produção de uma resposta anormal à distensão colônica e requerendo progressivamente doses mais altas para obter um movimento intestinal (6).

Durante o desenvolvimento fetal, a bexiga e os intestinos surgem do intestino posterior embriológico, o que demonstra a estreita relação entre a função da bexiga e a função intestinal em vários modelos animais e em estudos clínicos (9). A associação entre constipação funcional e distúrbios urinários, tanto em crianças como em adultos e idosos, são mais frequentes em indivíduos com bexiga hiperativa

(BH) do que naqueles sem esta morbidade (7,9). De acordo com a International Continence Society (2002), a síndrome da bexiga hiperativa (SBH) é definida como urgência miccional, aumento da frequência urinária e noctúria, independentemente da existência de incontinência urinária.

Estima-se que a prevalência da BH na população adulta nos Estados Unidos seja de 16,9% entre mulheres e 16% entre homens, o equivalente a cerca de 34 milhões de americanos (10). Na população idosa a prevalência é maior, de 59,6% (11). No Brasil, foi encontrado uma prevalência de SBH em idosas de 58,9% (12).

As evidências têm demonstrado que tanto a SBH como a constipação ocorrem com maior frequência em mulheres (13,14). Além disso, a constipação intestinal em mulheres têm sido associada a razões como a gravidez e o parto (14). A estimativa era que até 2018, em todo o mundo, 546 milhões de indivíduos iriam sofrer com a SBH, com a prevalência maior em mulheres do que em homens (11,9% vs 10,0%). Os mecanismos dessa diferença de sexo para a síndrome da bexiga hiperativa e constipação intestinal apontam para os hormônios sexuais femininos (15), fatores comportamentais, histórias de abuso sexual, físico e emocional. Desde a infância, meninas têm mais cuidado para utilizar banheiros desconhecidos contribuindo para se tornarem mais propensas a ignorar o reflexo evacuatório normal (8).

A CF é um fator preditor da bexiga hiperativa do subtipo seco, ou seja, sem a presença de incontinência urinária (7). Além disso, é evidenciado que bexiga hiperativa moderada a grave e constipação funcional são condições clínicas comuns em idosos, e ambas com influência adversa na qualidade de vida (16).

Diante disso, nosso objetivo foi analisar a prevalência da constipação intestinal em mulheres idosas com Síndrome da Bexiga Hiperativa, levando em consideração o gênero feminino, a idade e fatores sociodemográficos considerados relevantes para SBH e constipação funcional.

2. METODOLOGIA

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres

Humanos da Faculdade de Medicina da Universidade de Brasília, número do parecer: 1.845.593, número do protocolo CAAE:55919916.9.0000.5558. Todas as participantes incluídas no estudo assinaram duas vias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A), em que, uma via foi entregue a voluntária e a outra via ficou sob domínio do pesquisador.

Trata-se de um estudo transversal descritivo que buscou analisar a prevalência da constipação em idosas com Bexiga Hiperativa. A coleta foi realizada entre março de 2017 e outubro de 2019 por meio de um questionário de avaliação (Apêndice B) no Centro de Saúde 04 de Ceilândia - Distrito Federal. A aplicação do questionário de avaliação foi realizado por meio de entrevista, pela equipe de fisioterapeutas e estudantes de Fisioterapia da Universidade de Brasília (UNB) - Faculdade de Ceilândia (FCE) que participavam do projeto de extensão "Prevenindo e Tratando Distúrbios Miccionais e Evacuatorios". Para o presente estudo, utilizamos apenas os dados sociodemográficos, os Critérios de Roma III, o Escore de Constipação de Jorge & Wexner e o instrumento de avaliação OAB-V8 (Apêndice C). Os demais questionários contidos no Apêndice A foram utilizados por um estudo maior.

Os critérios de inclusão no estudo consistiam em a idosas acima de 60 anos (sexo feminino), diagnosticados com a Síndrome da Bexiga Hiperativa pelo instrumento de avaliação OAB-V8, sem infecção do trato urinário inferior, avaliadas pelo exame de elementos anormais do sedimento (EAS) e urocultura, que não tenha realizado tratamento fisioterapêutico prévio e que concordaram e assinaram o TCLE. Foram excluídos idosas que apresentaram comprometimento neurológico e/ou foram incapazes de responder o questionário na avaliação.

Os dados sociodemográficos referentes a escolaridade, foi considerado uma escala de anos de estudo de 0 a 4, em que 0 significava analfabeta, 1 representa um a quatro anos de estudo, 2 representava cinco a oito anos de estudo, 3 representava segundo grau completo/incompleto e 4 representava ensino superior completo/incompleto.

Já traduzido para a língua portuguesa, o instrumento de avaliação Overactive Bladder Awareness Tool - Version 8 (OAB-V8) é utilizado para identificação de possível disfunção do trato urinário inferior (TUI) por meio de oito perguntas

relacionadas ao aumento da frequência urinária, noctúria, urgência miccional, incontinência urinária, urgeincontinência, enurese e esforço para urinar. A pontuação das respostas varia de 0 (nada de incômodo) a 5 (muitíssimo incômodo), totalizando 40 pontos, sendo considerado positivo para possível disfunção do TUI quando o escore da soma das respostas for igual ou superior a 8 pontos (10). Após diagnosticada com SBH, a paciente deu continuidade à avaliação.

Nós consideramos como diagnóstico para constipação os Critérios de Roma III. Porém, a fim de caracterizar a amostra, também consideramos o Escore de Constipação de Jorge & Wexner. Os critérios de Roma III é um método diagnóstico já validado na língua portuguesa, fidedigno e confiável no qual se divide sintomas em específicos e gerais. Os específicos se referem ao esforço ao evacuar; fezes endurecidas ou fragmentadas; sensação de obstrução ou bloqueio anorretal, manobras manuais para facilitar as evacuações e menos de três evacuações por semana. Já os critérios gerais são: a eliminação de fezes aquosas que raramente deverão se apresentar sem o uso de laxantes, e deve haver insuficiência de critérios para o estabelecimento do diagnóstico de Síndrome do Intestino Irritável. A presença de dois ou mais critérios em pelo menos 25% das evacuações durante no mínimo três meses em um período de seis meses caracterizou a presença de constipação intestinal (4).

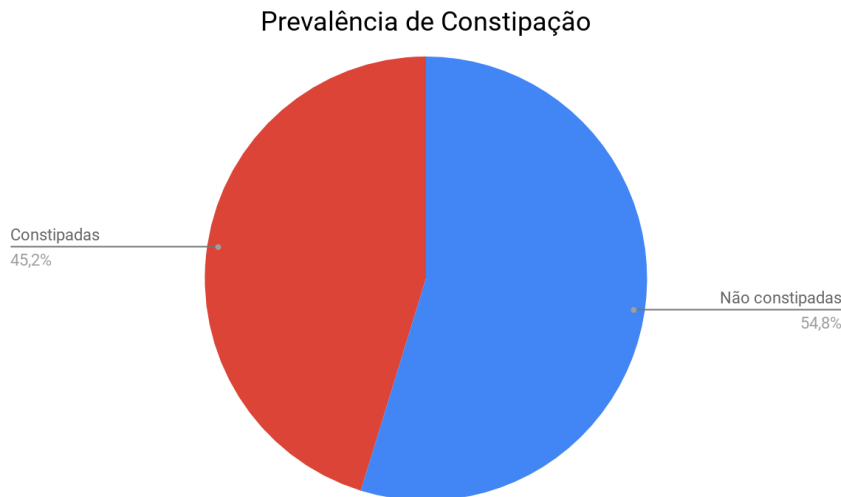
O Escore de Constipação de Jorge & Wexner é composto por variáveis de 0 a 4 de frequência intestinal, dificuldade/esforço evacuatório, sensação evacuatória incompleta, tempo em minutos no lavatório, auxílio para evacuar, tentativas de evacuação mal sucedidas durante 24 horas, duração em anos de constipação e dor abdominal não relacionada à constipação. Um escore total de mais de 15 pontos resultará no quadro de constipação (3).

Após aplicação dos questionários de avaliação, os dados foram tabulados e analisados segundo critérios da estatística descritiva com os resultados expressos em média, desvio-padrão e porcentagem.

3. RESULTADOS

De acordo com a análise dos dados das 42 idosas participantes, 19 apresentaram constipação (45,2%) e 23 não apresentaram constipação (54,8%) (Gráfico 1).

Gráfico 1: Prevalência de idosas constipadas e não constipadas.



No grupo de idosas com SBH e constipação (n=19), a média de idade foi de $73,57 \pm 8,66$ anos, o índice de massa corporal foi de $28,66 \pm 5,03$ kg/m², a média do grau de escolaridade foi de $1,8 \pm 1,37$ anos, a média de gestações foi de $6,42 \pm 3,23$, a média de abortos foi de $0,47 \pm 0,69$, a média de partos vaginais foi de $5,0 \pm 2,82$ e a média de pontuação do questionário OAB-V8 foi de $24,05 \pm 7,86$ (Tabela 1).

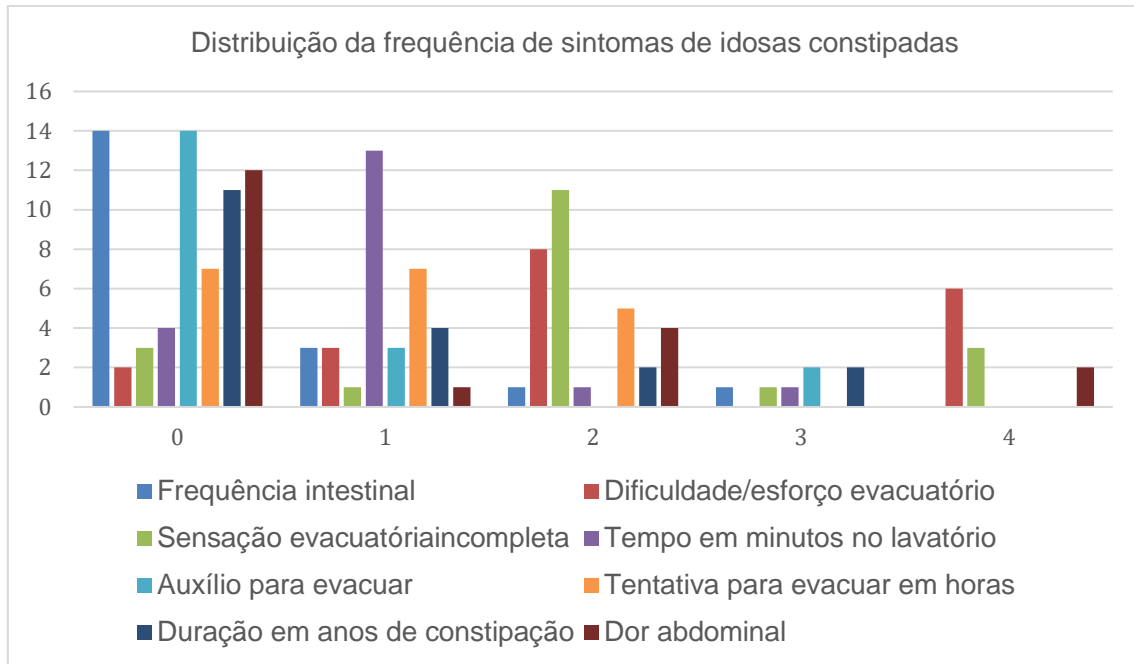
No grupo de idosas com SBH e que não apresentaram constipação (n=23), a média de idade foi de $69,21 \pm 9,24$ anos, o índice de massa corporal foi de $30,61 \pm 5,69$ kg/m², a média do grau de escolaridade foi de $2,40 \pm 1,14$ anos, a média de gestações foi de $5,08 \pm 3,16$, a média de abortos foi de $0,78 \pm 0,99$, a média de partos vaginais foi de $3,60 \pm 2,79$ e a média de pontuação do questionário OAB-V8 foi de $23,86 \pm 6,65$ (Tabela 1).

Tabela 1: Caracterização sociodemográfica de idosas constipadas e não constipadas

Variáveis	Idosas Constipadas (N=19)	Idosas não Constipadas (N=23)
	Média (DP)	Média (DP)
Idade	73,57 (8,66)	69,21 (9,24)
IMC	28,66 (5,03)	30,61 (5,69)
Escolaridade	1,8 (1,37)	2,4 (1,14)
Gestação	6,42 (3,23)	5,08 (3,16)
Aborto	0,47 (0,69)	0,78 (0,99)
Parto Vaginal	5,68 (2,9)	3,6 (2,19)
OAB-V8	23,84 (7,69)	23,86 (6,65)

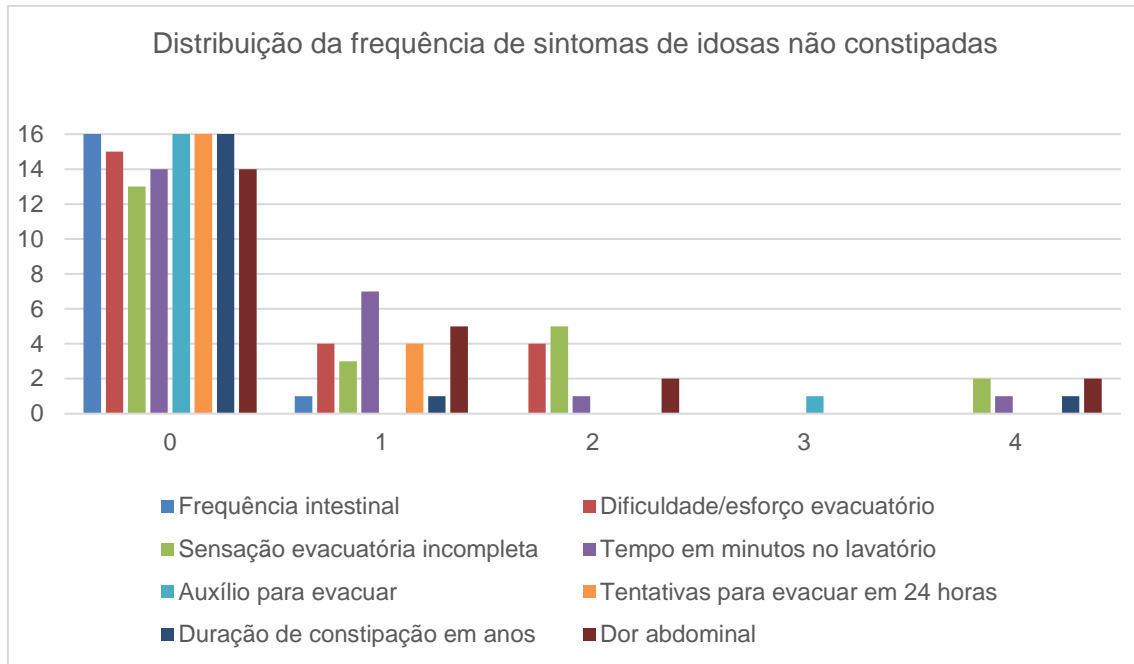
No grupo de idosas com SBH que apresentaram constipação (n=19), a pontuação total do Escore de Constipação de Jorge e Wexner foi de 167 pontos e as médias encontradas foram: $0,42 \pm 0,83$ de frequência intestinal; $2,26 \pm 1,36$ de dificuldade/esforço evacuatório; $2,0 \pm 1,20$ de sensação evacuatória incompleta; $1,42 \pm 2,19$ de tempo no lavatório; $0,47 \pm 0,96$ de auxílio para evacuar; $0,89 \pm 0,80$ de tentativa sem sucesso para evacuar em 24 horas; $0,73 \pm 1,04$ da duração em anos de constipação e $0,89 \pm 1,37$ de dor abdominal. O gráfico 2 representa a distribuição das participantes pela escala de cada um dos sintomas referidos de acordo com o Escore de Constipação de Jorge e Wexner.

Gráfico 2: Caracterização clínica de idosas constipadas



No grupo de idosas com SBH e que não apresentaram constipação (n=23), a pontuação total do Escore de Constipação de Jorge e Wexner foi de 76 pontos e as médias encontradas foram: $0,04 \pm 0,20$ de frequência intestinal; $0,52 \pm 0,79$ de dificuldade/esforço evacuatório; $0,91 \pm 1,27$ de sensação evacuatória incompleta; $0,56 \pm 0,94$ de tempo no lavatório; $0,13 \pm 0,62$ de auxílio para evacuar; $0,17 \pm 0,38$ de tentativa sem sucesso para evacuar em 24 horas; $0,21 \pm 0,85$ da duração em anos de constipação e $0,73 \pm 1,21$ de dor abdominal. O gráfico 3 representa a distribuição das participantes pela escala de cada um dos sintomas referidos de acordo com o Escore de Constipação de Jorge e Wexner.

Gráfico 3: Caracterização clínica de idosas não constipadas



4. DISCUSSÃO

O presente estudo obteve uma prevalência de constipação em mulheres idosas com SBH de 45,2%. Um valor alto considerando a prevalência encontrada entre a população geral que é de aproximadamente 16%, de 4176 indivíduos avaliados nos EUA (17). Muitos estudos de base populacional avaliam a prevalência de constipação, mas os resultados são inconsistentes devido aos diversos critérios para diagnóstico. No entanto, um estudo realizado com adultos e idosos de Pelotas-RS, demonstrou que o nível de concordância entre a definição de constipação intestinal segundo os critérios de Roma III e a informação autorreferida foi considerado bom (8). Estudos que utilizaram os critérios de Roma III encontraram sensação de evacuação incompleta e sensação de obstrução anorretal como os sintomas mais frequentes de constipação funcional (8,18).

Em nosso estudo, de acordo com os sintomas referidos pelo Escore de Constipação de Jorge & Wexner, mulheres idosas constipadas apresentaram médias maiores de dificuldade/esforço evacuatório, sensação de esvaziamento incompleto, tempo no lavatório, auxílio para evacuar, tentativa sem sucesso para evacuar, duração em anos da constipação e dor abdominal quando comparadas a mulheres não constipadas. A pontuação total do Escore de Constipação de Jorge e

Wexner de mulheres idosas constipadas foi de 167 pontos e de não constipadas foi de 76 pontos.

As médias mais significativas foram referentes aos sintomas de dificuldade/esforço evacuatório e sensação de esvaziamento incompleto. No grupo de constipadas encontrou-se uma prevalência de dificuldade/esforço evacuatório de “algumas vezes” de 42,1% e 31,5% de “sempre”, enquanto que nas não constipadas a prevalência foi de 17,3% de “algumas vezes” e 0% de “sempre”. A sensação de esvaziamento incompleto de “algumas vezes” em constipadas teve prevalência de 57,8% e nas não constipadas de 21,7%. A média do tempo no lavatório para evacuar das constipadas foi de 5 a 10 minutos, diferentemente das não constipadas que foi menor que 5 minutos.

O World Gastroenterology Organisation Practice Guidelines (1), em um estudo populacional sueco, encontrou que o conceito mais comum de constipação era a necessidade de ingerir laxantes, para 57% dos que responderam. Não encontramos diferenças significativas sobre o uso de auxílio ou laxantes em mulheres constipadas e não constipadas em nosso estudo, pois apresentaram médias de 0,47 e 0,13, respectivamente, em que ambas significam “sem uso de auxílio”.

Lopes e Victoria (19) demonstrou que a principal queixa dos pacientes avaliados com constipação foi a diminuição da frequência das evacuações. A frequência intestinal é um dado comum para diagnosticar constipação na população idosa. No presente estudo, mulheres idosas com SBH tanto com quadro de constipação quanto sem constipação apresentaram médias de frequência intestinal de 1 a 2 vezes em 1 a 2 dias, não apresentando diferença estatística entre elas. No entanto, a prevalência de frequência intestinal igual ou menor que três dias na semana foi de 26,31% no grupo das constipadas e 4,34% nas não constipadas. Coyne et al., (20) demonstrou que dentre o grupo das mulheres com SBH (442), apenas 33 (7,6%) apresentavam frequência evacuatória menor que três dias na semana. Braz et al., (18) encontrou uma prevalência entre idosos de ambos os sexos de 20% dentre o grupo de constipados com uma frequência evacuatória menor que três dias na semana. Esse dado se assemelha com o que encontramos em nosso estudo com idosas com SBH.

Abrel et al., (7) demonstrou a associação entre a constipação funcional e a gravidade da SBH com a presença ou não de incontinência urinária quanto mais latente for a constipação funcional. No estudo de Coyne et al., (20) foram avaliados 2106 indivíduos com idade maior que 40 anos demonstrando que tanto homens como mulheres com SBH foram significativamente mais propensos a terem constipação crônica (22,3% para homens e 35,9%, para mulheres), do que aqueles sem SBH (5,7% no sexo masculino e 6,7% no sexo feminino). No presente estudo, verificamos que mulheres idosas com SBH constipadas e não constipadas apresentaram uma média do instrumento de avaliação OAB-V8 de 23,84 e 23,86, respectivamente, dessa forma, não encontramos diferenças significantes no instrumento OAB- V8, embora ambos tenham escores consideráveis na gravidade da SBH. Zhang et al., (21) realizaram um estudo na China e relatam que a constipação é um fator de risco de SBH não associada à incontinência urinária, com base em seus achados em 4684 indivíduos com idade maior que 20 anos (21). A maioria dos estudos associam a constipação funcional e a SBH em adultos e não com idosos, entretanto, o mesmo estudo conclui que a prevalência de SBH em mulheres chinesas aumentam com o avançar da idade, isso explica porque mesmo as mulheres não constipadas no presente estudo obtiveram alto índice do instrumento de avaliação OAB-V8 (21). Outros estudos corroboram com essa informação, em que idosos são mais propensos a SBH (11,12).

De acordo com os resultados sobre a caracterização sociodemográfica de mulheres idosas com SBH, as diagnosticadas com constipação apresentaram as médias de idade, gestações e parto vaginal maiores em relação às não constipadas. Visto que a idade é um fator de risco para constipação funcional e SBH, a gestação e o parto vaginal também têm sido apontados na literatura como fatores associados à constipação funcional (14).

Um estudo que avalia o perfil socioeconômico e a constipação, observou que indivíduos com renda mais baixa tiveram taxas significativamente mais altas de constipação do que suas contrapartes mais ricas (22). Também foi demonstrado que 45% da amostra de um estudo de indivíduos constipados referiram ter estudado pelo menos 9 anos completos (8). No presente estudo, foi encontrado uma média de escolaridade menor no grupo de idosas constipadas, dados que não corrobora com o estudo citado anteriormente, em que dessas houve uma prevalência de anos

de estudo de até 9 anos de 73,3% e 54,5% no grupo de idosas não constipadas.

As limitações encontradas foram acerca da escassez de estudos apenas com a população de mulheres idosas, acima de 60 anos, que apresentem tanto a SBH como a CF.

5. CONCLUSÃO

Através dos resultados obtidos pelo presente estudo, as mulheres idosas com SBH possuem alta prevalência de constipação intestinal, sendo 45,2%. Idosas com constipação intestinal apresentaram maiores queixas em todos os sintomas contidos no Escore de Constipação de Jorge e Wexner quando comparadas a idosas não constipadas. Em relação ao perfil sociodemográfico, idosas constipadas apresentaram índices maiores de idade, parto vaginal e gestações, e índice menor de escolaridade. Contudo, são necessários mais estudos para constatar a prevalência e os fatores de risco da SBH para constipação intestinal nessa população, sendo necessário realizar uma comparação com o grupo controle (idosas sem bexiga hiperativa).

REFERÊNCIAS

1. Bernstein CN, Fried M, Krabshuis JH, Cohen H, Eliakim R, Fedail S, et al. World Gastroenterology Organization Practice Guidelines for the Diagnosis and Management of IBD in 2010. *Inflammatory Bowel Diseases*. 2010;16(1):112–24.
2. Alves JG. Constipação intestinal. 2013;31–7.
3. Agachan F, Chen T, Pfeifer J, Reissman P, Wexner SD. A Constipation Scoring System to Simplify Evaluation and Management of Constipated Patients. 1996 ;39:681–5.
4. Longstreth GF, Thompson WG, Chey WD, Houghton LA, Mearin F, Spiller RC. Functional Bowel Disorders. 2006;130:1480–91.
5. Pactos Pela Saúde S. Atenção à Saúde da Pessoa Idosa e Envelhecimento Brasília-DF. 2010;12:1–44.
6. Araghizadeh F. Fecal Impaction. *Clinics in Colon and Rectal Surgery*. 2005;18(02):116–9.
7. Abreu GE, Dourado ER, Alves D de N, de ARAUJO MQ, Mendonça NSP, Barroso Junior U. Functional constipation and overactive bladder in women: A population-based study. *Arq Gastroenterol*. 2018;55:35–40.
8. Collete Vanessa Louise; Araújo Luiza Cora; Madruga Samanta Winck. Prevalência e fatores associados à constipação intestinal: um estudo de base populacional em Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. 2010;1391–402.
9. Sampaio C, Sousa AS, Fraga LGA, Veiga ML, Bastos Netto JM, Barroso U. Constipation and Lower Urinary Tract Dysfunction in Children and Adolescents: A Population-Based Study. *Front Pediatr* . 2016
10. Acquadro C, Kopp Z, Coyne KS, Corcos J, Tubaro A, Choo MS. Translating overactive bladder questionnaires in 14 languages. *Urology*. 2006 1;67(3):536–40.
11. Coyne KS, Margolis MK, Kopp ZS, Kaplan SA. Racial differences in the prevalence of overactive bladder in the United States from the Epidemiology of LUTS (EpiLUTS) study. *Urology*. 2012;79(1):95–101.
12. Bontempo AP dos S. Fatores associados à síndrome da bexiga hiperativa em idosas da comunidade: um estudo transversal. 2017.
13. Higgins PD, Johanson JF. Epidemiology of Constipation in North America: A Systematic Review. *Am J Gastroenterol*. 2004;99(4):750–9.

14. Schmidt, Fernanda Mateus Queiroz; Santos, Vera Lúcia Conceição de Gouveia; Domansky, Rita de Cássia; Barros, Elaine; Bandeira, Mariana Alves; Tenório, Mariana Alves de Melo; Jorge JMN. Prevalence of self-reported constipation in adults from the general population. *ReVISTA da Escola de Enfermagem da USP*. 2015;49:440–9.
15. Sanchez MIP, Bercik P. Epidemiology and burden of chronic constipation. *Can J Gastroenterol*. 2011;25 Suppl B(Suppl B):11B-15B.
16. Maeda T, Tomita M, Nakazawa A, Sakai G, Funakoshi S, Komatsuda A, et al. Female Functional Constipation Is Associated with Overactive Bladder Symptoms and Urinary Incontinence. *Biomed Res Int*. 2017;1–5.
17. Lacy BE, Mearin F, Chang L, Chey WD, Lembo AJ, Simren M, et al. Bowel Disorders. *Gastroenterology*. 2016;150(6):1393-1407
18. Braz MM, Kelling BI, Arruda GT de, Stallbaum JH. A constipação intestinal em idosas participantes de um programa de promoção à saúde, em Santa Maria (RS): sua prevalência, sintomas e fatores psicossociais associados. *Revista Kairós : Gerontologia*. 2015;18(3):381–95.
19. Cruz LOPES A, Roberto VICTORIA C. Ingestão de fibra alimentar e tempo de trânsito colônico em pacientes com constipação funcional. *Arq Gastroenterol*. 2008;45(1):58–63.
20. Coyne KS, Cash B, Kopp Z, Gelhorn H, Milsom I, Berriman S, et al. The prevalence of chronic constipation and faecal incontinence among men and women with symptoms of overactive bladder. *BJU Int*. 2011;107(2):254–61.
21. Zhang W, Song Y, He X, Huang H, Xu B, Song J. Prevalence and risk factors of overactive bladder syndrome in Fuzhou Chinese women. *Neurourol Urodyn*. 2006;25(7):717–21.
22. Belsey J, Greenfield S, Candyà D, Geraint M. Systematic review: impact of constipation on quality of life in adults and children. 2010;31:938–49.

APÊNDICES

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

A Senhora está sendo convidada a participar do projeto: **Efeitos do tratamento fisioterapêutico e da eletroestimulação de superfície no tratamento da Síndrome da Bexiga Hiperativa em mulheres idosas.**

Nós temos o objetivo de melhorar os sintomas do xixi de três formas diferentes por meio de eletroestimulação no pé, nas costas ou na vagina. A senhora pode ser escolhida para realizar qualquer um dos tratamentos citados.

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). No primeiro encontro será realizado um exame físico (exame ginecológico) feito por um médico e por um fisioterapeuta. Depois você deverá responder alguns questionários antes e após o tratamento para a gente saber se a senhora melhorou ou não do problema do xixi. Outros questionários como sintomas do cocô e questionários de ansiedade e depressão também deverão ser respondidos. No segundo e demais encontros será feito uma eletroestimulação no pé, nas costas, ou na vagina. O tratamento consiste em 8 encontros, duas vezes por semana. Todos os encontros serão agendados com antecedência e ocorrerão no CS 4 de Ceilândia. É um tratamento indolor, mas se por acaso, a senhora sentir algum incômodo, ou vermelhidão na pele, a senhora será prontamente atendida, o procedimento suspenso, mas você continuará recebendo todos os benefícios do tratamento.

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, ou seja, a senhora continuará sendo

tratada. Sua participação é voluntária, isto é, não há pagamento por sua colaboração.

Os resultados da pesquisa serão divulgados na Universidade de Brasília podendo ser publicados posteriormente. 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 a Senhora tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor telefone para: Dra. Raquel Henriques Jácomo, na instituição Hospital Universitário de Brasília, Unidade de Reabilitação telefone (61)20285000, no horário: 14:00 as 18:00 ou pelo celular (61) 981547263.

Este projeto foi Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina 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) 3107-1918 ou do e-mail cepfm@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 - QUESTIONÁRIO GERAL DE AVALIAÇÃO



Universidade de Brasília – Faculdade de Ceilândia

Projeto de Extensão: “Prevenindo e Tratando os Distúrbios Miccionais e Evacuatórios”

FICHA DE AVALIAÇÃO FEMININA

Nome: _____

Idade: _____

Data de nascimento: ____/____/____ Data da avaliação:
____/____/____

Endereço: _____

Naturalidade: _____

Telefones: _____

Peso atual: _____ Altura: _____

Avaliador: _____

ATENÇÃO AOS CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO!!

- () Marcapasso cardíaco () Doença neurológica (AVC “derrame”, Alzheimer) () ITU
() CA de bexiga prévio () Radioterapia em região pélvica () Medicamentos para bexiga hiperativa

1. DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Cor da pele: (1) Branca (2) Preta (3) Mulata (4) Amarela (5) Outra

Estado civil: (0) Solteira (1) Casada ou amaisada (2) Divorciada (3) Viúva

Anos de estudo: (0) Analfabeta (1) 1-4 anos (2) 5-8 anos (3) 2º completo/incompleto (4) Superior completo/incompleto.

Ocupação: (0) Desempregada (1) Empregada: _____ (2) Aposentada (3) Pensionista

2. HÁBITOS DE VIDA

Fumante: () Sim () Não Ex-fumante: () Sim. Há quanto tempo parou:

Atividade física: () Não () Sim. Modalidade:
_____ Frequência: _____

Diabetes: () Sim () Não Hipertensão: () Sim () Não

Medicamentos de uso contínuo:

Cirurgia abdominal: () Não () Sim.

Qual? _____

3. ANTECEDENTES UROGINECOLÓGICOS

Já realizou tratamento prévio para SBH/IU? (0) Nunca (1) Medicamentoso (2) Cirurgia (4) Fisioterapia (5) Outro

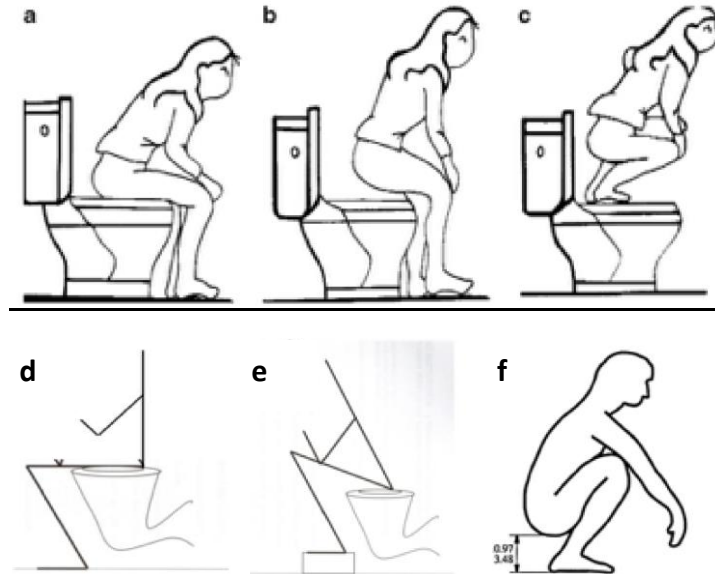
Vida sexual ativa: () Sim () Não Cirurgia uroginecológica: () Sim () Não

Gestações: _____ Partos vaginais: _____ Partos cesáreos: _____ Abortos: _____

4. HÁBITOS MICCIONAIS

Você perde urina quando se exercita, tosse ou espirra?	() Nunca () Às vezes () Na maioria das vezes () Sempre
Você perde urina ao dormir?	() Nunca () Às vezes () Na maioria das vezes () Sempre
Você demora para começar a urinar?	() Nunca () Às vezes () Na maioria das vezes () Sempre
Você se esforça para urinar?	() Nunca () Às vezes () Na maioria das vezes () Sempre
Você sente dor para urinar?	() Nunca () Às vezes () Na maioria das vezes () Sempre
Você sente que não esvaziou plenamente a bexiga após urinar?	() Nunca () Às vezes () Na maioria das vezes () Sempre
Você costuma esvaziar a bexiga antes de sair de casa, mesmo sem desejo de urinar?	() Nunca () Às vezes () Na maioria das vezes () Sempre
Marque a postura que costuma urinar quando está fora de casa:	() a () b () c () d () e () f
Pés completamente apoiados no chão?	() Nunca () Às vezes () Na maioria das vezes () Sempre

Marque a postura que costuma urinar quando está em casa :	() a () b () c () d () e () f
Pés completamente apoiados no chão?	() Nunca () Às vezes () Na maioria das vezes () Sempre



5. INTERNATIONAL CONSULTATION ON INCONTINENCE QUESTIONNAIRE OVERACTIVE BLADDER – ICIQ-OAB

“Agradecemos a sua participação ao responder estas perguntas, para sabermos como tem sido o seu incômodo **durante as últimas 04 semanas.**”

1. Quantas vezes você urina durante o dia?

- (1) 1 a 6 vezes
- (2) 7 a 8 vezes
- (3) 9 a 10 vezes
- (4) 11 a 12 vezes
- (5) 13 vezes ou mais

3. Você precisa de apressar para chegar ao banheiro para urinar?

- (1) Nunca
- (2) Poucas vezes
- (3) Às vezes
- (4) Na maioria das vezes
- (5) Sempre

1b. 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

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

2. Durante a noite, quantas vezes, em média, você tem que se levantar para urinar?

- (1) Nenhuma vez
- (2) 1 vez
- (3) 2 vezes
- (4) 3 vezes
- (5) 4 vezes ou mais

4. Você perde urina antes de chegar ao banheiro?

- (1) Nunca
- (2) Poucas vezes
- (3) Às vezes
- (4) Na maioria das vezes
- (5) Sempre

2b. 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

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

6. INTERNATIONAL CONSULTATION ON INCONTINENCE QUESTIONNAIRE – SHORT FORM (ICIQ-SF)

1. Com que frequência você perde urina?

- (1) Nunca
- (2) Uma vez por semana ou menos
- (3) Duas ou três vezes por semana
- (4) Uma vez ao dia
- (5) Duas vezes ao dia
- (6) O tempo todo

2. Gostaríamos de saber qual a quantidade de urina que você pensa que perde:

- (0) Nenhuma
- (2) Uma pequena quantidade
- (4) Uma moderada quantidade
- (6) Uma grande quantidade

3. Em geral, quanto que perder urina interfere em sua vida diária? Por favor, circule um número entre 0 (não interfere) e 10 (interfere muito)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

ICIQ Score: soma dos resultados 1+2+3 = _____

4. Quando você perde urina?

(Por favor, assinale todas as alternativas que se aplicam a você)

- () Nunca
- () Perco antes de chegar ao banheiro
- () Perco quando tusso ou espirro
- () Perco quando estou dormindo
- () Perco quando estou fazendo atividade física
- () Perco quando terminei de urinar e estou me vestindo
- () Perco sem razão óbvia

() Perco o tempo todo

7. QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA BEXIGA HIPERATIVA (VERSÃO VALIDADA EM PORTUGUÊS DO INSTRUMENTO OAB-V8™)

As perguntas abaixo são sobre o quanto voce tem sido incomodado(a) por alguns sintomas da bexiga. Faça um "X" no número correspondente à resposta que melhor descreve quando cada sintoma tme incomocado você. Some o valor de todas as suas respostas para obter o resultado.

Quanto você tem se sentido incomodado(a) por...	Nada	Quase nada	Um pouco	O suficiente	Muito	Muitíssimo
1. Urinar frequentemente durante o dia?	0	1	2	3	4	5
2. Uma vontade urgente e desconfortável de urinar?	0	1	2	3	4	5
3. Uma vontade repentina e urgente de urinar, com pouco ou nenhum aviso prévio?	0	1	2	3	4	5
4. Perdas acidentais de pequenas quantidades de urina?	0	1	2	3	4	5
5. Urinar na cama durante a noite?	0	1	2	3	4	5
6. Acordar durante a noite por que teve vontade de urinar?	0	1	2	3	4	5

7. Uma vontade incontrolável e urgente de urinar?	0	1	2	3	4	5
8. Perda de urina associada a forte vontade de urinar?	0	1	2	3	4	5
Você é do sexo masculino?	Se você for do sexo masculino, some mais 2					

Se o resultado for 8 ou mais de 8, você pode ter bexiga hiperativa.

Critérios para diagnóstico de constipação intestinal funcional – ROMA III					
1. Dois ou mais:					
<input type="checkbox"/> Esforço evacuatório durante pelo menos 25% das defecações;					
<input type="checkbox"/> Fezes grumosas ou duras em pelo menos 25% das defecações;					
<input type="checkbox"/> Sensação de evacuação incompleta em pelo menos 25% das defecações;					
<input type="checkbox"/> Sensação de bloqueio/obstrução anorretal das fezes em pelo menos 25% das defecações;					
<input type="checkbox"/> Manobras manuais para facilitar pelo menos 25% das defecações;					
<input type="checkbox"/> Menos de três evacuações por semana.					
2. Fezes moles estão raramente presentes sem o uso de laxantes ()					
3. Critérios insuficientes para SII ()					
Incontinência Fecal de Jorge & Wexner (NETO,2017) Escore mínimo = 0; Escore máximo: 24					
	Nunca	Raramente	Algumas vezes	Geralmente	Sempre
Perda para sólidos	0	1	2	3	4
Perda para líquidos	0	1	2	3	4
Perda para gases	0	1	2	3	4

Uso de forros/fraldas	0	1	2	3	4
Alteração do estilo de vida	0	1	2	3	4
TOTAL					
0: Sem incontinência 1-7: Incontinência leve 8-13: Incontinência moderada 14-20: Incontinência grave					
Escore de Constipação de Jorge & Wexner (NETO, 2017) (Escore mínimo = 0, Escore máximo = 30)					
Frequência intestinal	() 1 a 2x em 1-2 dias 0	() 2x/semana 1	() 1x/semana 2	() <1x/semana 3	() <1x/mês 4
Dificuldade (esforço evacuatório)	() Nunca 0	() Raramente 1	() Algumas vezes 2	() Geralmente 3	() Sempre 4
Sensação evacuatória incompleta	() Nunca 0	() Raramente 1	() Algumas vezes 2	() Geralmente 3	() Sempre 4
Tempo: minutos no lavatório (tentativa para evacuar)	() < 5' 0	() 5- 10' 1	() 10 - 20' 2	() 20 – 30' 3	() >30' 4
Auxílio (tipo de auxílio para evacuar)	() Sem auxílio 0	() Laxantes estimulantes 1		() Auxílio digital, enemas ou ducha 2	
Tentativa para evacuar sem sucesso em 24h	() Nunca 0	() 1-3 1	() 3-6 2	() 6-9 3	() >9 4
Duração da constipação (anos)	() 0 0	() 1-5 1	() 5-10 2	() 10-20 3	() >20 4
Dor abdominal (não relacionada à evacuação)	() Nunca 0	() Raramente 1	() Algumas vezes 2	() Geralmente 3	() Sempre 4
TOTAL					
0: Não tem constipação 1-10: Constipação discreta 11-20: Constipação moderada 21-30 Constipação intensa					

8. VERIFIQUE A ESCALA DE BRISTOL!!

9. ESCALA DE ANSIEDADE DE BECK

Abaixo está uma lista de sintomas comuns de ansiedade. Por favor, leia cuidadosamente cada item da lista. Identifique p quanto você tem sido incomodado por cada sintoma durante a **última semana, incluindo hoje**, colocando um “x” no espaço correspondente, na mesma linha de cada sintoma.

	Absolutamente não	Levemente Não me incomodou muito	Moderadamente Foi muito desagradável, mas pude suportar	Gravemente Difícilmente pude suportar
1. Dormência ou formigamento				
2. Sensação de calor				
3. Tremores nas pernas				
4. Incapaz de relaxar				
5. Medo que aconteça o pior				
6. Atordoado ou tonto				
7. Palpitação ou aceleração do coração				
8. Sem equilíbrio				
9. Aterrorizado				
10. Nervoso				
11. Sensação de sufocação				

12. Tremores nas mãos				
13. Trêmulo				
14. Medo de perder o controle				
15. Dificuldade de respirar				
16. Medo de morrer				
17. Assustado				
18. Indigestão ou desconforto no abdômen				
19. Sensação de desmaio				
20. Rosto afogueado				
21. Suor (não devido ao calor)				

10. ESCALA GERIÁTRICA DE DEPRESSÃO (YESAVAGE, 1983)

1. Você está satisfeito com sua vida? () Sim () Não

2. Abandonou muitos de seus interesses e atividades? () Sim () Não

3. Sente que sua vida está vazia? () Sim () Não

4. Sente-se frequentemente aborrecido? () Sim () Não

5. Você tem muita fé no futuro?	() Sim	() Não
6. Tem pensamentos negativos?	() Sim	() Não
7. Na maioria do tempo, está de bom humor?	() Sim	() Não
8. Tem medo de que algo de mal vá lhe acontecer?	() Sim	() Não
9. Sente-se feliz na maioria do tempo?	() Sim	() Não
10. Sente-se frequentemente desamparado, adoentado?	() Sim	() Não
11. Sente-se frequentemente intranquilo?	() Sim	() Não
12. Prefere ficar em casa em vez de sair?	() Sim	() Não
13. Preocupa-se muito com o futuro?	() Sim	() Não
14. Acha que tem mais problemas de memória que os outros?	() Sim	() Não
15. Acha bom estar vivo?	() Sim	() Não

11. CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE FUNCIONALIDADE

1. Qual a quantidade de líquido que você ingere por dia?

() menos de 1 litro () entre 1 litro e 2 litros () mais de 2 litros

2. Você restringe a quantidade de líquido por conta do seu problema miccional?

() Nunca () As vezes () Na maioria das vezes () Sempre

3. Ingere líquido antes de dormir ou durante o sono?

() Nunca () As vezes () Na maioria das vezes () Sempre

4. Você ingere cafeína em grande quantidade (mais de 2 xícaras de café/dia)?

() Nunca () As vezes () Na maioria das vezes () Sempre
Quantas xícaras? _____

5. Você reduziu sua ingestão hídrica devido aos sintomas miccionais?

() Nunca () As vezes () Na maioria das vezes () Sempre

6. Sua queixa urinária atrapalha o início de um relacionamento com outra pessoa (que não seja de sua família)?

() Nunca () As vezes () Na maioria das vezes () Sempre

7. Sua queixa urinária atrapalha o seu relacionamento com pessoas da sua família?

() Nunca () As vezes () Na maioria das vezes () Sempre

8. O seu problema urinário interfere na execução de trabalhos domésticos ou voluntários?

() Nunca () As vezes () Na maioria das vezes () Sempre

9. A sua queixa urinária te atrapalha na participação de eventos comunitários (viagens, eventos, festas...)?

() Nunca () As vezes () Na maioria das vezes () Sempre

10. A sua queixa urinária te atrapalha a frequentar atividades religiosas?

() Nunca () As vezes () Na maioria das vezes () Sempre

11. Você usa absorventes/protetores em casa?

() Nunca () As vezes () Na maioria das vezes () Sempre

12. Você usa absorventes/protetores quando sai de casa?

() Nunca () As vezes () Na maioria das vezes () Sempre

13. Seus sintomas miccionais pioram com a mudança de temperatura (clima)?

() Nunca () As vezes () Na maioria das vezes () Sempre

14. Você recebe apoio físico e emocional para que seus problemas miccionais não interfiram nas suas atividades diárias?

() Nunca () As vezes () Na maioria das vezes () Sempre

De quem? _____

15. As opiniões (atitudes) das pessoas em relação ao seu problema miccional influenciam o seu comportamento/ação?

() Nunca () As vezes () Na maioria das vezes () Sempre

De quem? _____

16. Você recebe suporte econômico necessário para manter ou iniciar seu tratamento miccional (fraldas, medicamentos)?

() Nunca () As vezes () Na maioria das vezes () Sempre

17. Você está satisfeita com o serviço de saúde (geral, exceto fisioterapia) oferecido para tratar sua queixa miccional?

() Sim () Não

18. Você está satisfeita com o serviço de fisioterapia oferecido para tratar sua queixa miccional?

() Sim () Não

12. EXAME FÍSICO

Observações:

Escala de Oxford Modificada	Prolapsos GRAU
() Grau 0: ausência de contração dos músculos perineais	Cistocele (bexiga): _____
() Grau 1: Esboço de contração muscular não sustentada	Uretrocele (uretra): _____
() Grau 2: Presença de contração de pequena intensidade, mas que se sustenta	Retocele (reto): _____
() Grau 3: Contração sentida com um aumento de pressão intravaginal, que comprime os dedos do examinador, havendo pequena elevação da parede vaginal posterior	Enteroccele (intestino delgado): _____
() Grau 4: Contração satisfatória, que aperta os dedos do examinador, com elevação da parede vaginal posterior em direção à sínfise púbica	Histeroccele (útero): _____

() **Grau 5:** Contração forte, compressão firme dos dedos do examinador com movimento positivo em relação à sínfise púbica

Colpocele (cúpula vaginal):

Marcar paciente para: ____/____/____ às ____:____

APÊNDICE C - QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DO ESTUDO



Universidade de Brasília – Faculdade de Ceilândia

Projeto de Extensão: “Prevenindo e Tratando os Distúrbios Miccionais e Evacuatórios”

FICHA DE AVALIAÇÃO FEMININA

Nome: _____

Idade: _____

Data de nascimento: ____/____/____ Data da avaliação:
____/____/____

Endereço: _____

Naturalidade: _____

Telefones: _____

Peso atual: _____ Altura: _____

Avaliador: _____

ATENÇÃO AOS CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO!!

- () Marcapasso cardíaco () Doença neurológica (AVC “derrame”, Alzheimer) () ITU
() CA de bexiga prévio () Radioterapia em região pélvica () Medicamentos para bexiga hiperativa

1. DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Cor da pele: (1) Branca (2) Preta (3) Mulata (4) Amarela (5) Outra

Estado civil: (0) Solteira (1) Casada ou amaisada (2) Divorciada (3) Viúva

Anos de estudo: (0) Analfabeta (1) 1-4 anos (2) 5-8 anos (3) 2º completo/incompleto (4) Superior completo/incompleto.

Ocupação: (0) Desempregada (1) Empregada: _____ (2) Aposentada (3) Pensionista.

Gestações: _____ Partos vaginais: _____ Partos cesáreos: _____ Abortos: _____

2. CRITÉRIOS DE ROMA III

Critérios para diagnóstico de constipação intestinal funcional – ROMA III

4. Dois ou mais:
<input type="checkbox"/> Esforço evacuatório durante pelo menos 25% das defecações;
<input type="checkbox"/> Fezes grumosas ou duras em pelo menos 25% das defecações;
<input type="checkbox"/> Sensação de evacuação incompleta em pelo menos 25% das defecações;
<input type="checkbox"/> Sensação de bloqueio/obstrução anorretal das fezes em pelo menos 25% das defecações;
<input type="checkbox"/> Manobras manuais para facilitar pelo menos 25% das defecações;
<input type="checkbox"/> Menos de três evacuações por semana.
5. Fezes moles estão raramente presentes sem o uso de laxantes ()
6. Critérios insuficientes para SII ()

3. ESCORE DE CONSTIPAÇÃO DE JORGE E WEXNER

Escore de Constipação de Jorge & Wexner (NETO, 2017) (Escore mínimo = 0, Escore máximo = 30)					
Frequência intestinal	<input type="checkbox"/> 1 a 2x em 1-2 dias 0	<input type="checkbox"/> 2x/semana 1	<input type="checkbox"/> 1x/semana 2	<input type="checkbox"/> <1x/semana 3	<input type="checkbox"/> <1x/mês 4
Dificuldade (esforço evacuatório)	<input type="checkbox"/> Nunca 0	<input type="checkbox"/> Raramente 1	<input type="checkbox"/> Algumas vezes 2	<input type="checkbox"/> Geralmente 3	<input type="checkbox"/> Sempre 4
Sensação evacuatória incompleta	<input type="checkbox"/> Nunca 0	<input type="checkbox"/> Raramente 1	<input type="checkbox"/> Algumas vezes 2	<input type="checkbox"/> Geralmente 3	<input type="checkbox"/> Sempre 4
Tempo: minutos no lavatório (tentativa para evacuar)	<input type="checkbox"/> < 5' 0	<input type="checkbox"/> 5- 10' 1	<input type="checkbox"/> 10 - 20' 2	<input type="checkbox"/> 20 – 30' 3	<input type="checkbox"/> >30' 4
Auxílio (tipo de auxílio para evacuar)	<input type="checkbox"/> Sem auxílio 0	<input type="checkbox"/> Laxantes estimulantes 1		<input type="checkbox"/> Auxílio digital, enemas ou ducha 2	
Tentativa para evacuar sem sucesso em 24h	<input type="checkbox"/> Nunca 0	<input type="checkbox"/> 1-3 1	<input type="checkbox"/> 3-6 2	<input type="checkbox"/> 6-9 3	<input type="checkbox"/> >9 4
Duração da constipação (anos)	<input type="checkbox"/> 0 0	<input type="checkbox"/> 1-5 1	<input type="checkbox"/> 5-10 2	<input type="checkbox"/> 10-20 3	<input type="checkbox"/> >20 4
Dor abdominal (não)	<input type="checkbox"/> Nunca 0	<input type="checkbox"/> Raramente 1	<input type="checkbox"/> Algumas vezes 2	<input type="checkbox"/> Geralmente 3	<input type="checkbox"/> Sempre 4

relacionada à evacuação)					
TOTAL					
0: Não tem constipação 1-10: Constipação discreta 11-20: Constipação moderada 21-30 Constipação intensa					

4. QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA BEXIGA HIPERATIVA (VERSÃO VALIDADA EM PORTUGUÊS DO INSTRUMENTO OAB-V8™)

As perguntas abaixo são sobre o quanto voce tem sido incomodado(a) por alguns sintomas da bexiga. Faça um "X" no número correspondente à resposta que melhor descreve quando cada sintoma tme incomocado você. Some o valor de todas as suas respostas para obter o resultado.


Quanto você tem se sentido incomodado(a) por...	Nada	Quase nada	Um pouco	O suficiente	Muito	Muitíssimo
1. Urinar frequentemente durante o dia?	0	1	2	3	4	5
2. Uma vontade urgente e desconfortável de urinar?	0	1	2	3	4	5
3. Uma vontade repentina e urgente de urinar, com pouco ou nenhum aviso prévio?	0	1	2	3	4	5
4. Perdas acidentais de pequenas quantidades de urina?	0	1	2	3	4	5
5. Urinar na cama durante a noite?	0	1	2	3	4	5
6. Acordar durante a noite	0	1	2	3	4	5

por que teve vontade de urinar?						
7. Uma vontade incontrolável e urgente de urinar?	0	1	2	3	4	5
8. Perda de urina associada a forte vontade de urinar?	0	1	2	3	4	5
Você é do sexo masculino?	Se você for do sexo masculino, some mais 2					

Se o resultado for 8 ou mais de 8, você pode ter bexiga hiperativa.

ANEXOS

ANEXO A - NORMAS DA REVISTA CIENTÍFICA



Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia
Brazilian Journal of Geriatrics and Gerontology

UnATI
Universidade Aberta
da terceira idade

UFRJ

Preparação de manuscritos

Os artigos devem ser digitados em extensão .doc, .txt ou .rtf, fonte arial, corpo 12, espaçamento entre linhas 1,5; alinhamento à esquerda, página em tamanho A-4.

Título e Título Curto

O artigo deve conter Título completo e título curto em português e inglês. Para artigos em espanhol, os títulos devem ser escritos em espanhol e inglês. Os artigos submetidos em inglês deverão ter títulos em inglês e português.

Um bom título permite identificar o tema do artigo.

Resumo

Os artigos deverão ser acompanhados de resumo com um mínimo de 150 e máximo de 250 palavras

Os artigos submetidos em inglês deverão ter resumo em português, além do abstract em inglês.

Para os artigos originais, os resumos devem ser estruturados destacando objetivo, método, resultado e conclusão com as informações mais relevantes. Para as demais categorias, o formato dos resumos pode ser o narrativo, mas com as mesmas informações. Não deve conter citações.

Palavras-chave

Indicar, no campo específico, de três e a seis termos que identifiquem o conteúdo do trabalho, utilizando descritores em Ciência da Saúde - DeCS - da Bireme (disponível em <http://www.bireme.br/decs>).

Corpo do artigo

A quantidade de palavras no artigo é de até 4 mil, englobando Introdução; Método; Resultado; Discussão; Conclusão e Agradecimento.

Deve ser digitado em extensão .doc, .txt ou .rtf, fonte arial, corpo 12, espaçamento

entre linhas 1,5; alinhamento à esquerda, página em tamanho A-4.

Introdução

Deve conter o objetivo e a justificativa do trabalho; sua importância, abrangência, lacunas, controvérsias e outros dados considerados relevantes pelo autor. Não deve ser extensa, a não ser em manuscritos submetidos como Artigo de Revisão.

Método

Deve informar a procedência da amostra, o processo de amostragem, dados do instrumento de investigação e estratégia de análise utilizada. Nos estudos envolvendo seres humanos, deve haver referência à existência de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido apresentado aos participantes após aprovação do Comitê de Ética da instituição onde o projeto foi desenvolvido.

Resultados

Devem ser apresentados de forma sintética e clara, e apresentar tabelas ou figuras elaboradas de forma a serem autoexplicativas, informando a significância estatística, quando couber. Evitar repetir dados do texto. O número máximo de tabelas e/ou figuras é 5 (cinco).

Discussão

Deve explorar os resultados, apresentar a interpretação / reflexão do autor fundamentada em observações registradas na literatura atual e as implicações/desdobramentos para o conhecimento sobre o tema. As dificuldades e limitações do estudo podem ser registradas neste item.

Conclusão

Apresentar as conclusões relevantes face aos objetivos do trabalho, e indicar formas de continuidade do estudo.

Agradecimentos

Podem ser registrados agradecimentos a instituições ou indivíduos que prestaram efetiva colaboração para o trabalho, em parágrafo com até cinco linhas.

Financiamento da pesquisa

Os casos de estudos com financiamentos deverão ser indicados na nota de rodapé, na 1ª página do artigo, informando o número do processo e o tipo de subsídio.

Referências

Máximo de 35 referências para artigos originais e de 50 para artigos de revisão.

Solicitamos que ao menos 50% das referências devam ser publicações datadas dos últimos 5 anos e que sejam normalizadas de acordo com o estilo Vancouver. Trata-se de uma norma taxativa da RBGG, passível de exclusão do artigo de nossos sistemas.

A identificação das referências no texto, nas tabelas e nas figuras deve ser feita por número arábico, correspondendo à respectiva numeração na lista de referências. As referências devem ser listadas pela ordem em que forem mencionadas pela primeira vez no texto (e não em ordem alfabética). Esse número deve ser colocado em expoente. Todas as obras citadas no texto devem figurar nas referências.

Os autores são responsáveis pela exatidão das referências, assim como por sua correta citação no texto.

Imagens, figuras, tabelas, quadros ou desenhos devem ter fonte: 10, centralizados, espaçamento entre linhas: simples, com informação do local do evento/coleta e Ano do evento. O número máximo do conjunto de tabelas e figuras é de cinco. O tamanho máximo da tabela é de uma página.

Gráficos devem ter fonte: 11, centralizados, indicando em seu título o fenômeno estudado, as variáveis teóricas usadas, a informação do local do evento/coleta, ano do evento. No corpo do texto, não devem haver repetição de valores que já constam nos gráficos/tabelas.

Devem ser encaminhados e produzidos no formato Excel ou Word porém de forma editável, em tons de cinza ou preto, com respectivas legendas e numeração.

Trabalhos feitos em outros softwares de estatística (como SPSS, BioStat, Stata, Statistica, R, Mplus etc.), serão aceitos, porém, deverão ser editados posteriormente de acordo com as solicitações do parecer final e, traduzidos para o inglês.

Pedimos aos autores que utilizem o Chelist abaixo, de acordo com o tipo de estudo feito:

> CONSORT – para ensaios clínicos controlados e randomizados (<http://www.consort-statement.org/checklists/view/32-consort/66-title>)

> CONSORT CLUSTER – extensão para ensaios clínicos com conglomerados (<http://www.consort-statement.org/extensions?ContentWidgetId=554>)

> TREND – avaliação não aleatorizada; o artigo deve tratar sobre saúde pública (<http://www.cdc.gov/trendstatement/>)

> STARD – para estudos de precisão diagnóstica (http://www.stard-statement.org/checklist_maintext.htm)

- > REMARK – para estudos de precisão prognóstica (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3362085/>)
- > STROBE – para estudos epidemiológicos observacionais (estudo de coorte, caso controle ou transversal) (<http://www.strobe-statement.org/>)
- > MOOSE – para metanálise de estudos epidemiológicos observacionais (<http://www.consort-statement.org/checklists/view/32-consort/66-title>)
- > PRISMA – para revisões sistemáticas e metanálises (<http://www.prisma-statement.org/statement.htm>)
- > CASP – para revisões integrativas (<http://www.casp-uk.net/casp-tools-checklists>)
- > COREQ – para estudos qualitativos (<http://www.equator-network.org/reporting-guidelines/coreq/>)

Pesquisas envolvendo seres humanos: deverão incluir a informação referente à **aprovação por comitê de ética** em pesquisa com seres humanos, conforme a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. Na parte “Método”, constituir o último parágrafo com clara afirmação deste cumprimento. O manuscrito deve ser acompanhado de cópia de aprovação do parecer do Comitê de Ética.

Ensaio clínico: a RBGG apoia as políticas para registro de ensaios clínicos da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), reconhecendo a importância dessas iniciativas para o registro e divulgação internacional de informação sobre estudos clínicos, em acesso aberto. Sendo assim, somente serão aceitos para publicação os artigos de pesquisas clínicas que tenham recebido um número de identificação em um dos Registros de Ensaio Clínico validados pelos critérios estabelecidos pela OMS, ICMJE e WHO. O número de identificação deverá ser registrado ao final do resumo.

Links: <http://www.who.int/ictrp/network/primary/en/> e <http://www.icmje.org/>

ANEXO B - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

UNB - FACULDADE DE
MEDICINA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: EFEITOS DO TRATAMENTO FISIOTERAPEUTICO E DA ELETROESTIMULAÇÃO DE SUPERFÍCIE NO TRATAMENTO BEXIGA HIPERATIVA EM MULHERES

Pesquisador: Raquel Henriques Jácomo

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 55919916.9.0000.5558

Instituição Proponente: Faculdade de Medicina da Universidade de Brasília - UNB

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.845.593

Apresentação do Projeto:

A incontinência urinária (IU) é uma das principais queixas dos pacientes idosos afetando entre 15% a 30% deles, um terço dos quais necessitam de cuidados especiais. Uma causa típica de IU nos idosos é a Incontinência Urinária de Urgência (IUU) ou Síndrome da Bexiga Hiperativa (SBH), caracterizada por urgência miccional associada ou não a urge-incontinência, polaciúria e noctúria. As pessoas idosas podem ser mais suscetíveis devido aos efeitos colaterais dos medicamentos, à falta de suporte social ou médico necessário, ou a interação de várias doenças que podem conduzir à hiperatividade funcional. A Síndrome da Bexiga Hiperativa é condição crônica, que impacta a qualidade de vida, a produtividade no trabalho, as relações sociais, sexualidade e a atividade física. Varias comorbidades são associadas com a SBH como fraturas, infecção do trato urinário inferior e depressão. Além disso, requer mudança no estilo de vida do paciente.

O tratamento conservador inclui dieta controlada, ingestão de líquido programada, fármacos, treinamento da bexiga, "biofeedback", exercício do assoalho pélvico e eletroestimulação transcutânea. Em 2014, a Associação americana de medicina definiu a eletroestimulação como segunda escolha no tratamento da Síndrome da Bexiga Hiperativa. A primeira escolha é composta por treinamento vesical ou orientações comportamentais (também chamada de uroterapia). Estudo

Endereço: Universidade de Brasília, Campus Universitário Darcy Ribeiro - Faculdade de Medicina
Bairro: Asa Norte **CEP:** 70.910-900
UF: DF **Município:** BRASILIA
Telefone: (61)3107-1918 **E-mail:** fmd@unb.br

**UNB - FACULDADE DE
MEDICINA**

Continuação do Parecer: 1.845.593

randomizado controlado comparou pacientes que se submeteram à neuromodulação transcutânea parassacral enquanto que o controle se submeteu a uroterapia padrão: 31% do grupo que recebeu eletroestimulação obteve melhora dos sintomas e nenhum paciente do grupo controle apresentou resolução completa dos sintomas.

A estimulação elétrica periférica tem sido largamente usada para o tratamento de desordens urinárias, entre elas a eletroestimulação transcutânea do nervo tibial posterior, a eletroestimulação transcutânea parassacral e a eletroestimulação transvaginal. Sabe-se que a estimulação elétrica das raízes sacrais, assim como do nervo tibial posterior ativa reflexos inibitórios por meio dos estímulos aferentes do nervo pudendo, onde ocorre ativação das fibras simpáticas nos gânglios pélvicos e no músculo detrusor. Também gera inibição central de eferentes motores para a bexiga e de aferentes pélvicos e pudendos provenientes da bexiga. Assim, os efeitos são decorrentes do estabelecimento de mecanismos inibitórios, com normalização do equilíbrio entre os neurotransmissores adrenérgicos e colinérgicos.

Os métodos a serem utilizados são os mesmos empregados na maioria dos estudos: eletroestimulação do nervo tibial posterior; eletroestimulação transcutânea parassacral e eletroestimulação transvaginal. Mas não existe nenhum estudo que compare as três modalidades de tratamento com um grupo controle.

A hipótese dos pesquisadores é de que há diferença de efeitos entre os métodos de eletroestimulação usados no tratamento da Síndrome de Bexiga Hiperativa.

MÉTODOS**Tipo de estudo:**

Ensaio clínico randomizado no qual as pacientes serão alocadas em quatro grupos. O tipo de randomização não é explicitado no projeto enviado. O primeiro grupo receberá o tratamento de eletroestimulação do nervo tibial posterior mais orientações (uroterapia); o segundo grupo receberá o tratamento de eletroestimulação parassacral mais uroterapia; o terceiro grupo receberá eletroestimulação transvaginal mais uroterapia e o quarto e último grupo receberá apenas uroterapia. Os grupos serão comparados em relação à melhora dos sintomas da Síndrome da Bexiga Hiperativa por meio de questionários específicos.

Endereço: Universidade de Brasília, Campus Universitário Darcy Ribeiro - Faculdade de Medicina
Bairro: Asa Norte **CEP:** 70.910-900
UF: DF **Município:** BRASILIA
Telefone: (61)3107-1918 **E-mail:** fmd@unb.br

UNB - FACULDADE DE
MEDICINA



Continuação do Parecer: 1.845.593

Participantes da pesquisa:

Cento e vinte mulheres entre 60 e 80 anos de idade, atendidas no Posto de Saúde Nº 4, localizado em Ceilândia-DF, provenientes do Programa de Saúde dos Idosos do Corpo de Bombeiros da Ceilândia-DF.

CrITÉRIOS de inclusÃO:

Serão incluídas todas as mulheres de 60 a 80 anos atendidas no Posto de Saúde Nº 4, localizado em Ceilândia-DF, que aceitarem a participar do projeto. Nesta versão do projeto (a terceira), o número mínimo de pacientes foi diminuído para 90 (noventa), embora também continue sendo mencionado o número de 120 participantes. As pacientes encaminhadas a esse Posto de Saúde serão examinadas conforme o protocolo de atendimento do grupo de pesquisa. Caso preencham os critérios de inclusão, serão convidadas a participar do estudo e, caso aceitem, assinarão o termo de consentimento livre e esclarecido.

CrITÉRIOS de exclusÃO:

Serão excluídas as pacientes que apresentarem: incontinência urinária de esforço; uso de medicamentos para tratar a bexiga hiperativa nos últimos seis meses; alguma doença neurológica prévia; as portadoras de marcapasso cardíaco; pacientes com infecção do trato urinário inferior; infecção vaginal; corrimento vaginal ou qualquer tipo de vermelhidão vaginal que caracterize infecção ou dermatite pré-existente; as que apresentem dor ao urinar e/ou dor suprapúbica; as que apresentem hematúria com urina estéril (suspeita de carcinoma in situ de bexiga).

Procedimento:

O período de estudo, na versão atual do projeto que consta do formulário padrão da Plataforma Brasil, será de fevereiro de 2016 a março de 2018. De acordo com o cronograma apresentado, a coleta de dados seria iniciada em maio de 2016. Entretanto, no projeto de doutorado apresentado à Faculdade de Medicina/UnB, há um período que se estende de dezembro de 2015 a janeiro de 2019.

Para diagnosticar e avaliar os sintomas da Síndrome da Bexiga Hiperativa será aplicado questionário específico, o ICIQ-OAB (International Consultation on Incontinence Questionnaire)

Endereço: Universidade de Brasília, Campus Universitário Darcy Ribeiro - Faculdade de Medicina
Bairro: Asa Norte **CEP:** 70.910-900
UF: DF **Município:** BRASILIA
Telefone: (61)3107-1918 **E-mail:** fmd@unb.br

**UNB - FACULDADE DE
MEDICINA**

Continuação do Parecer: 1.845.593

Overactive Bladder). O ICIQ-OAB é um questionário breve e com alta capacidade psicométrica para avaliar especificamente a bexiga hiperativa, capaz de fornecer uma medida para avaliar o impacto dos sintomas de frequência urinária, urgência, noctúria e incontinência.

Serão coletados dados demográficos e clínicos, feito um diário miccional e aplicado o ICIQ-OAB. No diário miccional, a paciente deverá observar a frequência miccional, os episódios de urgência, os episódios de urge-incontinência e a noctúria por três dias consecutivos; a paciente deverá preencher o diário antes e após o tratamento. Também será avaliada a escala de conforto da corrente elétrica: a paciente deverá selecionar o nível de desconforto em uma escala visual analógica (0-10), sendo 0 significando que não há desconforto e 10 como desconfortável.

Serão avaliadas as perdas urinárias por meio de Pad-test que é um exame não invasivo que quantifica as perdas urinárias. Será utilizado o seguinte protocolo já descrito na literatura: "a) pesar o absorvente por meio de uma balança de alta precisão; b) pedir para a paciente tomar 500 ml de água; c) pedir para ela ficar sentada por 30 minutos; d) pedir para ela andar por 10 minutos; e) pedir para ela sentar e levantar de uma cadeira comum por 10 vezes; f) pedir para ela tossir por 10 vezes; e) pedir para ela correr /trotar no mesmo lugar por um minuto; g) pedir para ela pegar objeto do chão por cinco vezes; h) pedir para ela lavar a mão por um minuto. Em seguida, o absorvente será pesado novamente e o resultado da perda de urina dado em gramas".

Aplicação do "Questionário de Ansiedade de Beck" (Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. An inventory for measuring depression. Arch. Gen. Psychiatry. 1961; 4: 561–71.) e da "Escala de Depressão Geriátrica" proposta originalmente por Sheikh e Yesavage em 1986 e validada no Brasil (Paradela EMP, Lourenço RA, Veras RP. Validação da escala de depressão geriátrica em um ambulatório geral. Revista de Saúde Pública 2005; 39:918-23.).

Avaliação dos hábitos evacuatórios, constipação e incontinência por meio dos questionários de constipação e de incontinência fecal de Wexner (Jorge JMN, Wexner SD. Etiology and management of fecal incontinence. Dis Colon Rectum 1993;36:77-97.).

Avaliação bidigital e avaliação eletromiográfica do assoalho pélvico

Após investigação das queixas, será feita avaliação funcional dos músculos do assoalho pélvico. A

Endereço: Universidade de Brasília, Campus Universitário Darcy Ribeiro - Faculdade de Medicina
Bairro: Asa Norte **CEP:** 70.910-900
UF: DF **Município:** BRASILIA
Telefone: (61)3107-1918 **E-mail:** fmd@unb.br

UNB - FACULDADE DE
MEDICINA



Continuação do Parecer: 1.845.593

avaliação do assoalho pélvico é feita de forma bidigital, por um avaliador fisioterapeuta, especialista em Reabilitação do assoalho pélvico, por meio da escala Oxford que gradua a função perineal em 6 graus: 0: ausência de resposta muscular dos músculos perineais; 1: esboço de contração muscular não sustentada; 2: presença de contração de pequena intensidade, mas que se sustenta; 3: contração moderada, sentida como aumento de pressão intravaginal que comprime os dedos do examinador com pequena elevação cranial da parede da vagina; 4: contração satisfatória, que aperta os dedos do examinador com elevação da parede vaginal em direção à sínfise púbica; 5 contração forte: compressão firme dos dedos do examinador com movimento positivo em direção à sínfise púbica.

A avaliação eletromiográfica segue a mesma ideia da avaliação funcional do assoalho pélvico. Porém será usado um eletrodo de superfície (Medcare) no centro tendíneo do Períneo.

Todas as pacientes receberão orientações comportamentais quanto à Síndrome da Bexiga Hiperativa:

- Atitude correta ao vaso sanitário: sempre sentada, com pernas afastadas, corpo para frente, cotovelo apoiados no joelho e uso de um suporte para os pés a fim de manter o quadril fletido acima de 90 graus.
- Micção programada: as pacientes deverão tentar postergar a micção ao máximo, tentando chegar a intervalo de 2/2 horas.
- Evitar ingestão de alimentos e bebidas irritativas para a bexiga como cafeína, frutas cítricas, pimenta.

Na versão atual do projeto no formulário padrão da Plataforma Brasil não há menção ao exame ginecológico das participantes. Entretanto, no projeto de doutorado apresentado à Faculdade de Medicina/UnB, há referência a uma avaliação uroginecológica que será feita por médica uroginecologista (como consta no referido projeto).

Tratamento:

- 1) A eletroestimulação transcutânea no nervo tibial posterior será feita por meio do aparelho DUALPEX 961® – marca Quark. Os eletrodos de superfície serão posicionados com gel, um na região posterior ao maléolo medial e o outro 10 cm acima. A correta posição do eletrodo do

Endereço: Universidade de Brasília, Campus Universitário Darcy Ribeiro - Faculdade de Medicina
Bairro: Asa Norte **CEP:** 70.910-900
UF: DF **Município:** BRASILIA
Telefone: (61)3107-1918 **E-mail:** fmd@unb.br

UNB - FACULDADE DE
MEDICINA



Continuação do Parecer: 1.845.593

maléolo medial será determinada pela visualização de flexões rítmicas dos dedos dos pés durante estimulação com frequência de 1 Hz e largura de pulso de 200 s. Após a observação da flexão dos dedos, a frequência será aumentada para 10 Hz.

2) A eletroestimulação parassacral transcutânea será feita por meio do aparelho DUALPEX 961® – marca Quark. Os eletrodos de superfície serão posicionados com gel, de forma simétrica na região parassacral, sob as espinhas ilíacas póstero-superiores. Será utilizada a frequência de 10 Hz e largura de pulso de 700 s. O nível da intensidade será adequado ao limiar sensitivo da paciente. A paciente não deverá sentir nenhuma dor ou desconforto durante a estimulação.

3) A eletroestimulação transvaginal será feita por meio do aparelho DUALPEX 961® – marca Quark. Os eletrodos de superfície serão posicionados dentro da vagina da paciente. Será utilizada a frequência de 10 Hz e largura de pulso de 200 s. O nível da intensidade será adequado ao limiar sensitivo da paciente. A paciente não deverá sentir nenhuma dor ou desconforto durante a estimulação.

A intensidade se tornará um parâmetro individual e poderá variar a cada sessão. O tempo de sessão será de 30 minutos e a frequência será de duas vezes por semana por quatro semanas, com intervalo de pelo menos 24 horas entre as sessões, com um total de oito sessões.

4) Uroterapia.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo geral:

Analisar as eletroestimulações transcutânea do nervo tibial posterior, transcutânea parassacral e transvaginal no tratamento da Síndrome da Bexiga Hiperativa por meio de questionário de qualidade de vida, questionários de sintomas e diário miccional.

Objetivos secundários:

- Avaliar os aspectos sociodemográficos da população estudada;
- Correlacionar os sintomas com a qualidade de vida por meio do ICIQ-SF;
- Analisar comparativamente se ocorrerá redução dos sinais e sintomas miccionais (polaciúria, noctúria, urgência miccional e urge-incontinência) pelo diário miccional.

Endereço: Universidade de Brasília, Campus Universitário Darcy Ribeiro - Faculdade de Medicina
Bairro: Asa Norte **CEP:** 70.910-900
UF: DF **Município:** BRASILIA
Telefone: (61)3107-1918 **E-mail:** fmd@unb.br

UNB - FACULDADE DE MEDICINA



Continuação do Parecer: 1.845.593

- Analisar a função dos músculos do assoalho pélvico por meio da avaliação funcional do assoalho pélvico bidigital e eletromiográfica.
- Analisar os hábitos miccionais.
- Analisar hábitos evacuatórios por meio de questionários específicos.
- Analisar as perdas urinárias por meio de Pad-test.
- Comparar os três tipos de protocolo e a uroterapia.
- Analisar estado de ansiedade e depressão das pacientes antes e após o tratamento.
- Reavaliação dos pacientes em longo prazo (um ano após o tratamento).
- Saber o nível de conforto de cada tipo de corrente em uma escala analógica de 0-10.
- Analisar a função dos músculos do assoalho pélvico por meio da avaliação funcional do assoalho pélvico bidigital e eletromiográfico.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Segundo os autores há riscos controlados decorrentes da eletroestimulação. Há riscos controlados sobre a eletroestimulação do nervo tibial posterior. A corrente elétrica pode causar uma hiperemia fisiológica na pele. A intensidade da corrente é colocada no limiar sensitivo do paciente, sem dor. Mas por algum motivo, a paciente sentir algum incômodo, a terapia é suspensa sem nenhum prejuízo do tratamento.

Benefícios:

Segundo os pesquisadores, a paciente terá o tratamento gratuito da síndrome da bexiga hiperativa.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Na segunda versão foram acrescentados o "Pad-test de uma hora" e a "avaliação bidigital e eletromiográfica do assoalho pélvico" que não constavam da versão inicial.

Nesta terceira versão foram incluídos como critérios de exclusão: infecção vaginal, corrimento vaginal ou qualquer tipo de vermelhidão vaginal que caracterize infecção ou dermatite pré-existente.

O título está adequado, embora haja duas versões diferentes.

Endereço: Universidade de Brasília, Campus Universitário Darcy Ribeiro - Faculdade de Medicina
Bairro: Asa Norte **CEP:** 70.910-900
UF: DF **Município:** BRASÍLIA
Telefone: (61)3107-1918 **E-mail:** fmd@unb.br

UNB - FACULDADE DE
MEDICINA



Continuação do Parecer: 1.845.593

No formulário da Plataforma Brasil: ANÁLISE COMPARATIVA NO TRATAMENTO DA SÍNDROME DA BEXIGA HIPERATIVA POR MEIO DA APLICAÇÃO DE TRÊS PROTOCOLOS DE ELETROESTIMULAÇÃO EM MULHERES IDOSAS: ENSAIO CLÍNICO RANDOMIZADO.

No projeto de doutorado: ANÁLISE COMPARATIVA DE TRÊS PROTOCOLOS DE ELETROESTIMULAÇÃO NO TRATAMENTO DA SÍNDROME DA BEXIGA HIPERATIVA EM MULHERES IDOSAS: ENSAIO CLÍNICO RANDOMIZADO

Os pesquisadores são qualificados para desenvolverem a pesquisa. Trata-se da fisioterapeuta Raquel Henriques Jácomo, especialista em tratamento da incontinência urinária e reabilitação do assoalho pélvico em ginecologia pela UNIFESP e mestre em ciências médicas pela UnB; seu orientador, Prof. Dr. João Batista de Sousa, médico e professor associado da UnB e sua co-orientadora, Profª Drª Aline Teixeira Alves, fisioterapeuta e professora adjunta do curso de fisioterapia da UnB (Campus Ceilândia). A pesquisa corresponde ao doutorado em andamento da pesquisadora principal no Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas da FM-UnB.

No item "Riscos" há menção à eletroestimulação do nervo tibial posterior e ao fato de que a corrente elétrica pode causar uma hiperemia fisiológica na pele. Também é referido que a intensidade da corrente é colocada no limiar sensitivo do paciente, sem dor e que se, por algum motivo, a paciente sentir algum incômodo, a terapia será suspensa sem nenhum prejuízo do tratamento.

No texto do projeto não há referências às citações encontradas na literatura de que o método pode ser incômodo, podendo gerar sensação de latejar ou arder e irritação com sensação de queimação e ardência. Entretanto, no TCLE há menção a incômodo durante a eletroestimulação ou vermelhidão na pele.

A solicitação quanto ao acompanhamento dessas pacientes por médico ginecologista foi atendida. Assim as pacientes serão examinadas por médico ginecologista antes do início da pesquisa, embora esta informação conste apenas na versão encaminhada à Faculdade de Medicina/UnB.

Na versão atual do projeto, na versão entregue à Faculdade de Medicina/UnB, voltou a constar o "Termo de Consentimento Livre e Esclarecido" (TCLE) apresentado na 1ª versão. Entretanto, há um

Endereço: Universidade de Brasília, Campus Universitário Darcy Ribeiro - Faculdade de Medicina
Bairro: Asa Norte **CEP:** 70.910-900
UF: DF **Município:** BRASÍLIA
Telefone: (61)3107-1918 **E-mail:** fmd@unb.br

UNB - FACULDADE DE MEDICINA



Continuação do Parecer: 1.845.593

outro TCLE em anexo encaminhado à parte do projeto e neste o termo de consentimento está adequado.

O cronograma deve ser ajustado.

O orçamento da pesquisa é de R\$ 2.740,00. A pesquisadora principal informa que o material usado na pesquisa é de sua propriedade e que não haverá ônus para os locais onde a pesquisa será conduzida, nem para a Universidade de Brasília.

O trabalho será desenvolvido no mesmo centro de saúde em que as participantes da pesquisa serão recrutadas e nesta nova versão do projeto é dada a garantia de que todas as avaliações serão feitas em lugar reservado, um consultório, de forma individual, sendo garantida a privacidade das pacientes.

Há um termo de concordância, em papel não timbrado, em que a diretora do Centro de Saúde número 04 de Ceilândia-DF autoriza a realização da pesquisa.

A vice-diretora da FM-UnB assina a folha de rosto, na qualidade de instituição proponente.

Embora não interfira na avaliação ética, sugerimos uma revisão do texto quanto à ortografia e às concordâncias de número e gênero, para maior clareza do mesmo.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O projeto inclui a carta de encaminhamento, a folha de rosto, o termo de concordância, a declaração de responsabilidade, o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE), o resumo e o projeto de pesquisa com introdução, objetivos, método, avaliação de riscos e benefícios, cronograma, orçamento, referências bibliográficas e os currículos dos pesquisadores.

Considerações sobre o TCLE:

A análise se refere ao TCLE enviado no anexo ao projeto.

Endereço: Universidade de Brasília, Campus Universitário Darcy Ribeiro - Faculdade de Medicina
Bairro: Asa Norte **CEP:** 70.910-900
UF: DF **Município:** BRASÍLIA
Telefone: (61)3107-1918 **E-mail:** fmd@unb.br

UNB - FACULDADE DE MEDICINA



Continuação do Parecer: 1.845.593

Está redigido em forma de convite.

É garantida a confidencialidade dos dados obtidos na pesquisa e que os mesmos ficarão sob a guarda do pesquisador por um período mínimo de cinco anos.

Está explícito que não haverá remuneração financeira aos participantes da pesquisa.

A linguagem foi adaptada ao entendimento de pessoas leigas e feita a referência de que a participante poderá ser incluída ao acaso em qualquer um dos grupos de estudo.

O procedimento é descrito em termos acessíveis.

Menciona agora que a paciente poderá sentir algum incômodo durante a eletroestimulação e que nesse caso será prontamente atendida e continuará recebendo todos os benefícios do tratamento.

Recomendações:

- 1) Definir qual será o título definitivo do trabalho.
- 2) Definir o número mínimo de participantes: 90 ou 120.
- 3) Tendo em vista a participação de médico ginecologista na pesquisa, sugerimos a inclusão de seu nome na relação de pesquisadores e, portanto, de seu Currículo Lattes.
- 4) Adequar o cronograma.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O projeto é pertinente e poderá trazer subsídios quanto ao tratamento da síndrome da bexiga hiperativa em mulheres idosas.

Considerando que o projeto já está em sua terceira versão, que as pendências foram resolvidas e que as recomendações são de fácil atendimento, recomendamos a aprovação do projeto em questão.

Considerações Finais a critério do CEP:

Projeto de pesquisa analisado pelo relator, submetido a apreciação dos Conselheiros do CEP na 10ª Reunião Ordinária de 30/11/2016. Após apreciação e discussão foi aprovado por unanimidade.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Endereço: Universidade de Brasília, Campus Universitário Darcy Ribeiro - Faculdade de Medicina
Bairro: Asa Norte **CEP:** 70.910-900
UF: DF **Município:** BRASILIA
Telefone: (61)3107-1918 **E-mail:** fmd@unb.br

UNB - FACULDADE DE
MEDICINA



Continuação do Parecer: 1.845.593

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_661821.pdf	23/10/2016 18:38:11		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TERMO_DE_CONSENTIMENTO23102016.pdf	23/10/2016 18:37:45	Raquel Henriques Jácomo	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	preprojetoDOUTORADO020102016.docx	23/10/2016 18:36:34	Raquel Henriques Jácomo	Aceito
Outros	lattes_joao.pdf	20/04/2016 06:37:38	Raquel Henriques Jácomo	Aceito
Outros	lattes_aline.pdf	20/04/2016 06:36:44	Raquel Henriques Jácomo	Aceito
Outros	lattes.pdf	18/03/2016 13:10:56	Raquel Henriques Jácomo	Aceito
Outros	carta_de_encaminhamento.pdf	18/03/2016 13:06:28	Raquel Henriques Jácomo	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	centro_de_saude_concordancia.pdf	18/03/2016 12:58:57	Raquel Henriques Jácomo	Aceito
Declaração de Pesquisadores	termo_de_responsabilidade.pdf	18/03/2016 12:54:05	Raquel Henriques Jácomo	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto.pdf	18/03/2016 12:49:50	Raquel Henriques Jácomo	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BRASILIA, 01 de Dezembro de 2016

Assinado por:

Florêncio Figueiredo Cavalcanti Neto
(Coordenador)

Endereço: Universidade de Brasília, Campus Universitário Darcy Ribeiro - Faculdade de Medicina
Bairro: Asa Norte **CEP:** 70.910-900
UF: DF **Município:** BRASILIA
Telefone: (61)3107-1918 **E-mail:** fmd@unb.br