

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

CLAUDIA CRISTINA DOS SANTOS FERREIRA

**OCORRÊNCIA DE SÍNDROME DA BEXIGA
HIPERATIVA EM IDOSAS RESIDENTES NA
REGIÃO ADMINISTRATIVA DE CEILÂNDIA,
DISTRITO FEDERAL**

BRASÍLIA
2013

CLAUDIA CRISTINA DOS SANTOS FERREIRA

**OCORRÊNCIA DE SÍNDROME DA BEXIGA
HIPERATIVA EM IDOSAS RESIDENTES NA
REGIÃO ADMINISTRATIVA DE CEILÂNDIA,
DISTRITO FEDERAL**

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. MS. Aline Teixeira Alves

Coorientador (a): ES. Raquel Henriques Jácomo

BRASÍLIA
2013

CLAUDIA CRISTINA DOS SANTOS FERREIRA

**OCORRÊNCIA DE SÍNDROME DA BEXIGA
HIPERATIVA EM IDOSAS RESIDENTES NA
REGIÃO ADMINISTRATIVA DE CEILÂNDIA,
DISTRITO FEDERAL**

Brasília, 03/12/2013

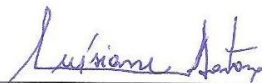
COMISSÃO EXAMINADORA



Prof.^a Dr.^a Liana Barbaresco Gomide
Faculdade de Ceilândia - Universidade de Brasília-UnB
Presidente



Prof.^a Dr.^a Aline Araujo do Carmo
Faculdade de Ceilândia - Universidade de Brasília-UnB



Prof.^a Dr.^a Luisiane de Ávila Santana
Faculdade de Ceilândia - Universidade de Brasília-UnB

Dedicatória

Dedico este trabalho a quem eu amo.

A Deus, pois permitiu a realização deste trabalho.

A Minha família, mãe, irmãos e primos pelo amor incondicional.

Aos meus padrinhos que tanto amo e que sempre estiveram dispostos a ajudar-me.

A minha Tia Maria Geralda que sempre amparou-me em momentos de dificuldade.

Aos meus amigos Laís, Milene, Natan e Vitor, que foram os meus maiores companheiros durante toda esta jornada.

Agradeço-lhes pelo amor, carinho, respeito e confiança.

Amo-os eternamente.

AGRADECIMENTOS

Quero agradecer primeiramente a Deus por me dar força e determinação para superar todos os obstáculos. Em segundo lugar à minha família, em especial à minha mãe, Iracy pelo apoio nos momentos mais difíceis e compreensão diante das várias ausências necessárias para completar os meus estudos. A minha tia Maria Geralda por me ajudar em todos os momentos com paciência, dedicação e entusiasmos a qual foi importante para a concretização de mais uma etapa na minha vida.

A minha orientadora, Aline Teixeira Alves pela a oportunidade de desenvolver este trabalho e pelo interesse, em fazer o melhor. Agradeço ainda a minha co-orientadora Raquel Henriques Jácomo, por todas as orientações e todo empenho para a melhoria do trabalho.

A Professora Dra. Patrícia Garcia que foi essencial para a realização do trabalho, com paciência e cuidado na avaliação e correção do mesmo.

Ao professor Osmair que talvez não saiba o bem que me fez e a importância da sua presença durante a minha graduação.

A professora Marianne, que em um momento dificuldade soube se tornar uma grande amiga, além de me auxiliar com apuro a finalização do trabalho.

A minha grande amiga e companheira Laís Rodrigues, pela sua amizade amor e carinho.

E por fim, agradeço as idosas que optaram participar desta pesquisa, pois tornaram possível a realização deste trabalho

Um tempo para cada coisa

*Para tudo há um tempo, para cada coisa há um momento debaixo
dos céus:*

Tempo para nascer e tempo para morrer;

tempo para plantar e tempo para arrancar o que foi plantado;

Tempo para matar e tempo para sarar.

Tempo para demolir e tempo para construir;

Tempo para chorar e tempo para rir;

tempo para gemer e tempo para dançar;

Tempo para atirar pedras e tempo para ajuntá-las;

tempo para dar abraços e tempo para aparta-se.

Tempo para procurar e tempo para perder;

tempo para guardar, e tempo para jogar fora;

Tempo para rasgar e tempo para costurar;

tempo para calar e tempo para falar;

tempo para amar e tempo para odiar;

tempo para a guerra, e tempo para a paz.

Eclesiastes 3, 1-8

RESUMO

FERREIRA, Claudia Cristina dos Santos. OCORRÊNCIA DE SÍNDROME DA BEXIGA HIPERATIVA EM IDOSAS RESIDENTES NA REGIÃO ADMINISTRATIVA DE CEILÂNDIA, DISTRITO FEDERAL. 2013. 12f. Monografia (Graduação) - Universidade de Brasília, Graduação em Fisioterapia, Faculdade de Ceilândia. Brasília, 2013.

OCORRÊNCIA DE SÍNDROME DA BEXIGA HIPERATIVA EM MULHERES IDOSAS

O objetivo deste estudo foi descrever a ocorrência de síndrome de bexiga hiperativa (SBH) em mulheres idosas com idade igual ou superior a 60 anos na Região Administrativa (RA) Ceilândia e descrever os fatores de risco da SBH por meio da análise do perfil sociodemográfico das participantes. Foram utilizados dois instrumentos: o questionário sócio demográfico e o *Overactive Bladder Awareness Tool* (OAB-V8). O perfil sócio demográfico da amostra estudada teve um percentual 93% de não fumantes, ao que se refere ao estado civil 47% casadas, 26% viúvas; a renda de maior prevalência foi a de 1-2 salários mínimos com 71% seguido por 19% de 3-4 salários mínimos; em relação ao nível de escolaridade a maioria tinha 1º grau incompleto (61%), e analfabetismo (14%). Observou-se que 70% das mulheres apresentavam SBH e apenas 30% não apresentavam. Os principais fatores associados foram o índice de massa corporal (IMC) e o número de abortos. Foi possível identificar uma elevada ocorrência de SBH em mulheres idosas da RA de Ceilândia – Distrito Federal.

Palavras-chave: bexiga hiperativa, fatores de risco, incidência, epidemiologia e prevalência.

ABSTRACT

FERREIRA, Claudia Cristina dos Santos. OCCURRENCE OF OVERACTIVE BLADDER SYNDROME IN ELDERLY WOMEN RESIDENTS IN ADMINISTRATIVE REGION OF CEILÂNDIA, DISTRITO FEDERAL 2013. 12f. Monograph (Graduation) - University of Brasilia, undergraduate course of Physiotherapy, Faculty of Ceilândia. Brasília, 2013.

OCCURRENCE OF OVERACTIVE BLADDER SYNDROME IN ELDERLY WOMEN

The purpose of this study was to describe the occurrence of overactive bladder syndrome (OAB) in elderly women aged 60 years and above in the Administrative Region (RA) of Ceilândia, and describe the risk factors of OAB by analyzing the sociodemographic profile of the participants. Two instruments were used in the study: a demographic questionnaire and the Awareness Tool Overactive Bladder (OAB-V8). The socio-demographic profile of the sample studied had a percentage of 93% non-smokers, referring to marital status 47% married, 26% widowed; income of highest prevalence was 1-2 minimum wages with 71% followed by 19% of 3-4 minimum wages; on the level of education, the most had 1st grade school (61%) and illiteracy (14%). It was observed that 70% of women had OAB and only 30% did not. The main factors related were body mass index (BMI) and the number of abortions. It was possible to identify a high prevalence of OAB in older women of RA Ceilândia - Distrito Federal. Keywords: overactive bladder, risk factors, incidence, epidemiology and prevalence.

Keywords: overactive bladder, risk factors, incidence, epidemiology and prevalence.

RESUMEN

FERREIRA, Cláudia Cristina dos Santos OCURRENCIA DEL SÍNDROME DE VEJIGA HIPERACTIVA EN RESIDENTES ANCIANAS EN REGIÓN ADMINISTRATIVA DE CEILANDIA, DISTRITO FEDERAL. En 2013. 12f. Monografía (Graduación) - Universidad de Brasilia, Fisioterapia Pregrado de la Facultad de Ceilândia. Brasilia, 2013.

OCURRENCIA DEL SÍNDROME DE VEJIGA HIPERACTIVA EN MUJERES ANCIANAS

El objetivo de este estudio fue describir la aparición del síndrome de vejiga hiperactiva (SVH) en mujeres ancianas mayores de 60 años en la Región Administrativa (RA) Ceilândia y describir los factores de riesgo de SVH, analizando el perfil demográfico de participantes. Se utilizaron dos instrumentos: un cuestionario demográfico y *Overactive Bladder Awareness Tool* (OAB-V8). El perfil socio-demográfico de la muestra tuvo un porcentaje de 93% de los no fumadores, que se refiere al estado civil 47% casadas, 26% viudas, los ingresos de la mayor prevalencia fue 1-2 salarios mínimos con 71%, seguido por 19% del salario mínimo 3-4 sobre el nivel de la educación tuvo la escuela primaria más primera (61%) y el analfabetismo (14%). Se verificó que el 70% de las mujeres tenían SVH y sólo el 30% no tenía. Los principales factores fueron El índice de masa corporal (IMC) y el número de abortos. Fue posible identificar una alta prevalencia de vejiga hiperactiva en mujeres ancianas de RA Ceilândia - Distrito Federal.

Descriptores: la vejiga hiperactiva, factores de riesgo, la incidencia, epidemiología y prevalencia.

LISTA DE ABREVIATURA

Companhia do Desenvolvimento do Planalto Central	(CODEPLAN)
Desvio padrão	(DP)
Distrito Federal	(DF)
Elementos anormais e sedimentos	(EAS)
Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde	(FEPECS)
Incontinência urinária	(IU)
Incontinência urinária de esforço	(IUE)
Índice de massa corporal	(IMC)
<i>Overactive Bladder Awareness Tool</i>	(OAB-V8)
Qualidade de vida	(QV)
Região Administrativa	(RA)
Síndrome de bexiga hiperativa	(SBH)
Statistical Package for the Social Sciences	(SPSS)

SUMÁRIO

1 - INTRODUÇÃO.....	12
2 - MÉTODOS.....	14
3 - RESULTADOS.....	16
4 - DISCUSSÃO.....	20
5- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	25
6 - APÊNDICE	29
6.1 - APÊNDICE 1- QUESTIONÁRIO SÓCIO DEMOGRÁFICO.....	29
6.2 - APÊNDICE 2- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO.....	30
7 - ANEXOS.....	32
7.1 - ANEXO 1- QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DE BEXIGA HIPERATIVA– OAB –V8.....	32
7.2 - ANEXO 2- NORMAS DA REVISTA CIENTÍFICA.....	33
7.3 - ANEXO 3- PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA.....	39

1- INTRODUÇÃO

Uma das patologias mais comuns que podem acometer os idosos, refere-se a incontinência urinária (IU). Sendo que esta patologia acometer mais as mulheres do que os homens, onde a incontinência urinária compõe um achado relativo na prevalência variando de 5% em mulheres jovens a cerca de 50% nas idosas ¹. A prevalência da IU no idoso varia de 8 a 34% segundo o critério ou método de avaliação ². Observa-se um aumento da prevalência de IU entre 50 e 60 anos de idade e outro aumento entre 60 e 80 anos, ou seja, durante o período da menopausa e velhice e velhice, na qual são observados picos de ocorrência de IU ³. Aproximadamente 13 milhões de norte americanos são acometidos IU, ao passo que a mesma pode ser comparada a prevalência de outras doenças crônicas como a asma, coronariopatias e úlcera péptica ⁴. Essa variação da ocorrência de incontinência pode ser parcialmente explicada pelos diferentes métodos de avaliação, na qual são utilizados uma variedade de questionários, amostras populacionais distintas, falta da padronização das definições na literatura, ausência de acompanhamento a longo prazo das amostras populacionais estudadas e o desconhecimento da história natural da incontinência urinária ⁵.

A Síndrome de bexiga hiperativa (SBH), também nomeada como síndrome de urgência ou síndrome de urgência-frequência é a segunda maior causa de incontinência urinária (IU). Ela é caracterizada pela presença de urgência miccional, com ou sem urge-incontinência, usualmente acompanhada de noctúria, aumento da frequência urinária diurna e eventualmente pode estar presente com a incontinência urinária de esforço (IUE) ^{6,7} a prevalência desta síndrome fica em torno de 17% em idosos acima de 60 anos ⁸.

As principais causas de IU nos idosos são decorrentes a alterações teciduais que comprometem o funcionamento do trato urinário e do assoalho pélvico, alterações no sistema nervoso central e periférico, alterações nos padrões hormonais, poliúria noturna, problemas psicológicos, hiperplasia prostática benigna e efeitos adversos de medicamentos ⁴ Com o processo de senescência as fibras musculares ficam diminuídas, podendo acarretar um declínio do trofismo ou a substituição das células por tecido adiposo ou células de tecido conjuntivo, levando a redução da capacidade dos músculos

do assoalho pélvico durante a continência, promovendo o aumento da prevalência da IU⁹.

No Brasil, alguns estudos abordam a prevalência de IU, SBH e sobre seus fatores de risco, porém, de uma forma geral as pesquisas demonstram que as mulheres são mais afetadas quando comparadas aos homens e ainda que a IU é relativamente mais freqüente na população idosa¹⁰. Os principais fatores de risco ou associados à IU apontados são idade, trauma do assoalho pélvico causado no durante o parto vaginal, fatores hereditários, raça sendo que a prevalência hiperatividade vesical sobressaiu entre mulheres negras e a IU de esforço entre as hispânicas, asiáticas e brancas; menopausa, obesidade, doenças crônicas como a diabetes e doenças neurológicas; a constipação tem relação com a IU, pois a força realizada durante a evacuação pode lesar a musculatura pélvica; tabagismo, pois fumante freqüentemente apresenta tosse mais intensa podendo levar aumento significativo na pressão vesical; consumo de cafeína, pois leva ao aumento da hiperatividade detrusora; baixa renda e exercícios intensos na região abdominal^{11,12}.

Hoje, essa síndrome é considerada um problema de Saúde Pública, pois afeta milhões de pessoas no mundo comprometendo a qualidade de vida (QV) dos indivíduos que a possuem, levando ao maior risco de comprometimento físico, psicológico, emocional, ocupacional, social, diminuição da produtividade, vergonha, frustração, ansiedade, baixa auto-estima, depressão e o isolamento social.^{13,14}

Sabe-se hoje, que em decorrência do aumento da expectativa de vida e da diminuição da taxa de fecundidade, calcula-se que no Brasil a taxa de idosos nos próximos 10 anos será igual a 13,8% da população⁴. Sabendo do crescimento da população idosa e os efeitos que a SBH pode causar o objetivo do presente estudo foi analisar a ocorrência de síndrome de bexiga hiperativa em mulheres idosas com idade igual ou superior a 60 anos na Região Administrativa (RA) Ceilândia e descrever os fatores de risco da SBH por meio da análise do perfil sócio demográfico das participantes.

2- MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal analítico, na qual a pesquisa foi realizada em locais onde ocorrem programas de atenção a saúde do idoso no âmbito da cidade de Ceilândia, região administrativa de Brasília – Distrito Federal (DF).

O número da amostra foi baseado a partir da base percentual do estudo realizado pela Companhia do Desenvolvimento do Planalto Central (CODEPLAN), sendo que a população idosa da Ceilândia corresponde a 15,8% ¹⁵.

A pesquisa contou com a participação de 150 mulheres, as quais foram incluídas idosas com idade igual ou superior a 60 anos residentes da RA de Ceilândia–DF e que participavam de algum programa de atenção a saúde do idoso. As idosas foram recrutadas por conveniência para que pudessem realizar as avaliações.

O estudo foi dividido em duas etapas. Na primeira etapa foi realizada uma entrevista estruturada, na qual teve como objetivo obter os dados sócios demográficos. Portanto, as entrevistadas responderam perguntas como idade, cor da pele declarada estado civil, ocupação, renda familiar, escolaridade, história obstétrica, fumante ou ex-fumante e quanto tempo deixou de fumar, medicamentos em uso, co-morbidades como diabetes e hipertensão arterial, doença neurológica, constipação intestinal, e se realizavam atividade física.

A segunda parte da entrevista consistiu na aplicação do questionário OAB- V8 ¹⁶ O questionário OAB-V8, é usado como um autoteste de diagnóstico para o paciente. A resposta possível para cada uma das oito questões, onde o incomodo causado pelos sintomas varia de “nada” a “muitíssimo” ¹⁷. É um questionário composto por oito perguntas, no qual apresenta as seguintes respostas: nada, quase nada, um pouco, o suficiente, muito ou muitíssimo. As idosas respondem a cada item usando 6 pontos deescala *Likert* que varia de 0 (nada) a 5 (muitíssimo), é considerado provável diagnostico de SBH uma pontuação acima de 8, sendo que quanto maior a pontuação, pior é o prognóstico do paciente.

As entrevistas, tanto na primeira como na segunda fase, foram lidas pelo avaliador e a participante deveria, então, responder oralmente o que lhes foi perguntado. Assim, habitantes de classe econômica menos favorecida e analfabetas puderam

participar do estudo. Habitantes com idade inferior a 60 anos, que apresentavam o cognitivo não preservado e que responderam as questões de forma inadequada como: data de nascimento, nome completo, endereço, cidade e país onde residiam, foram excluídos do estudo. Assim como as idosas que apresentavam algum dos fatores que poderiam influenciar no resultado como: uso de medicação para tratar a SBH nos últimos 6 meses, que tinham alterações neurológicas (acidente vascular encefálico com menos de 1 ano, Alzheimer, esclerose múltipla e outras doenças), infecção urinária confirmada pelo exame de EAS (Elementos anormais e sedimentos) e urocultura, dor supra-púbica (cistite intersticial), hematúria com urina estéril (suspeita de carcinoma in situ de bexiga). As idosas que foram diagnosticadas com a SBH foram encaminhadas ao posto de saúde número 04 de Ceilândia para que fosse possível a realização do tratamento.

Todas as idosas aceitaram participar da pesquisa assinando o termo de consentimento livre e esclarecido. O estudo foi elaborado e executado segundo as diretrizes e normas que regem as pesquisas envolvendo seres humanos (Resolução no. 196/1996 do Conselho Nacional de Saúde). E aprovado pelo Comitê de ética e pesquisa da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (FEPECS) - Número do Parecer: 410.161.

Os dados foram analisados e descritos sob forma de média, mediana e desvios-padrões. Foram utilizados os programas Excel e Statistical Package for the Social Sciences (SPSS). Foram utilizados os testes de *Kolmogorov-Smirnov*, para análise de correlação entre as variáveis, foi aplicado a correlação de *Pearson* e para a análise de correlação do risco o *Mann-Whitney*.

3- RESULTADOS

Em Ceilândia foram entrevistadas 153 idosas em locais onde ocorrem programas de atenção a saúde do idoso. Destas, 150 idosas consentiram participar do estudo e 02 foram excluídas da pesquisa por terem dificuldade de responder os questionários e 01 por ter câncer tido câncer de bexiga. O perfil sócio demográfico da amostra estudada teve um percentual 93% de não fumantes ao que se refere ao estado civil 47% casadas, 26% viúvas, 19% divorciadas e 12% solteiras; A renda de maior prevalência foi a de 1-2 salários mínimos com 71% seguido por 19% de 3-4 salários mínimos e 10% das idosas relataram renda maior que 4 salários mínimos; Em relação ao nível de escolaridade, pode-se dizer que existe uma maior prevalência de 1º grau incompleto (61%), 1º grau completo (11%), 2º grau incompleto (3%), 2º grau completo (8%) ensino superior (3%) e analfabetismo (14%) (Tabela 1).

Tabela 1 - Descrição do perfil sócio demográfico

Variável	n	Total Geral (%)	Variável	N	Total Geral (%)
Tabagismo			Estado Civil		
<i>Sim</i>	10	(7%)	<i>Casada</i>	65	(43%)
			<i>Viúva</i>	39	(26%)
<i>Não</i>	140	(93%)	<i>Divorciada</i>	28	(19%)
			<i>Solteira</i>	18	(12%)
Escolaridade			Renda Familiar		
<i>1º grau incompleto</i>	92	(61%)	<i>1-2 salários mínimos</i>	107	(71%)
<i>1º grau completo</i>	16	(11%)	<i>3-4 salários mínimos</i>	28	(19%)
<i>2º Grau incompleto</i>	4	(3%)	<i>Mais que 4 salários mínimos</i>	15	(10%)
<i>2º Grau completo</i>	12	(8%)			
<i>Ensino superior</i>	4	(3%)			
<i>Analfabetismo</i>	21	(14%)			

Observou-se que 70% (n 105) das mulheres apresentavam SBH e apenas 30% (n 45) não apresentavam SBH. A média de pontuação apresentada pelas idosas que apresentavam SBH pelo OAB-V8 foi de 21,85 (\pm 6,37) na tabela 2.

Tabela 2 - Idosas residentes na Região Administrativa de Ceilândia com/sem sintomas de bexiga hiperativa, (n 150).

Variáveis	Média de pontuação no OAB-V8		
	n	(%)	(DP \pm)
Não tem bexiga hiperativa	45	(30,0)	2,35 (\pm 2,26)
Tem bexiga hiperativa	105	(70,0)	21,85 (\pm 6,37)
Total	150	(100,0)	

OAB-V8 *Overactive Bladder Awareness Tool*; (DP \pm)- desvio padrão

Na tabela 3, encontram-se os fatores de risco para a SBH, quando comparadas as pacientes com e sem SBH. A média de idade das mulheres não acometidas pela SBH foi de 69,86 (\pm 6,36) anos, o índice de massa corporal (IMC) foi de 25,43 (\pm 3,72), média de número de gestações 5,97 (\pm 3,18), sendo uma média de 4,82 (\pm 3,35) partos vaginais e 0,86 (\pm 0,96) média de abortos. Já as idosas acometidas pela SBH representam 70% da amostra, com média de 67,85 (\pm 6,31) anos, IMC de 27,87 (\pm 4,75), média de número de gestações 4,82 (\pm 3,22), sendo uma média de 3,71 (\pm 2,95) partos vaginais e 0,63 (\pm 1,16) média de abortos. A média de pontuação apresentada pelas idosas que apresentavam SBH pelo OAB-V8 foi de 21,85 (\pm 6,37). As idosas apresentaram pontuação inferior a 8 pontos, ou seja, que não foram acometidas pela SBH apresentaram uma pontuação média de 2,35 (\pm 2,26). Quando analisado a diferença entre os grupos, observa-se diferença significativa apenas quando foi comparado o IMC ($p=0,003$) e o número de aborto ($p=0,025$).

Tabela 3 - Descrição das características das idosas com/sem sintomas de bexiga hiperativa.

Variável	Média (DP ±)		Valor de p**
	Não tem bexiga hiperativa n (45)	Tem bexiga hiperativa n (105)	
Idade	69,86 (± 6,36)	67,85 (± 6,31)	0,082
IMC	25,43 (± 3,72)	27,87 (± 4,75)	0,003 **
Gestação	5,97(± 3,18)	4,82 (± 3,22)	0,068
Aborto	0,86(± 0,96)	0,63(±1,16)	0,025 **
Vaginal	4,82(± 3,35)	3,71(± 2,95)	0,066

** valores obtidos pelo teste Mann-whitney; (DP) desvio padrão; IMC- índice de massa corporal

Os achados sobre a influência do número de gestações no desenvolvimento de SBH em mulheres idosas (tabela 4) apresentou que 11% das mulheres não acometidas pela SBH e 21% das idosas acometidas pela BH eram nulíparas. Já as que tiveram múltiplas gestações 88,9% não foram acometidas pela doença e 78,1% foram acometidas pela SBH, em nossos resultados o fator múltipara não foi considerado agravante para o desenvolvimento de síndrome de bexiga hiperativa, quando observado entre idosas acometidas e não acometidas. Em porcentagem geral 18,7% eram nulíparas e 81,3% múltíparas.

Tabela 4 - Influência do número de gestações no desenvolvimento de SBH em mulheres idosas.

Variáveis	Multípara (3 ou mais gestações)		Total
	Nulípara		
Não tem bexiga hiperativa	5 (11,1%)	40 (88,9%)	45* (100,0%)
Tem bexiga hiperativa	23 (21,9%)	82 (78,1%)	105* (100,0%)
Total	28 (18,7%)	122 (81,3%)	150* (100,0%)

*Número da amostra

Os resultados encontrados sobre o número de partos vaginais (tabela 5) apresentam que 88,9% das idosas não acometidas pela SBH tiveram partos vaginais, ao passo que 80,0% das idosas acometidas pela SBH tiveram partos vaginais.

Tabela 5 - Influência do número de partos vaginais no desenvolvimento de SBH em mulheres.

Variáveis	nenhum parto vaginal	1 ou mais partos vaginais	Total
	Não tem bexiga hiperativa	5 (11,1%)	
Tem bexiga hiperativa	21 (20,0%)	84 (80,0%)	105* (100,0%)
Total	26 (17,3%)	124 (82,7%)	150* (100,0%)

*Número da amostra

4- DISCUSSÃO

Neste estudo foi encontrada uma ocorrência de 70% de síndrome de bexiga hiperativa nas mulheres idosas residentes na Região Administrativa de Ceilândia. Estudos anteriores apresentaram que a síndrome de bexiga hiperativa tem uma forte relação com a idade, sendo mais prevalente nas mulheres e nos idosos estes apresentam uma prevalência variando de 8 a 34% ^{2,5}. Os resultados do presente estudo apresentaram que a população era composta por indivíduos em sua maioria, casadas (43%), seguido por 26% viúvas, o grau de escolaridade que prevaleceu foi o primeiro grau incompleto e em segundo o analfabetismo, com 61% e 14% respectivamente; a renda familiar em média era de 1-2 salários mínimos, correspondendo a 71% da amostra e 19% com renda média entre 3-4 salários mínimos. Um estudo realizado no Estado de Minas Gerais com 50 mulheres com 40 anos ou mais identificou que 42% das participantes apresentaram queixas urinárias, ao passo que 58%, não tinham queixas. Foi plausível observar que a média de idade foi de 59,50 de uma amostra de 40-81 anos. No que se refere ao estado civil 72,41% eram viúvas e 42% casadas e já o grau de instrução apresentou que 72% tinham o primeiro grau completo ou incompleto. Ainda neste estudo foi possível constatar que 78,94% das participantes tiveram parto vaginal e 21,05% parto cesariano e que 4,46% das participantes tinham diabetes mellitus, 23,08% obesidade com IMC maior ou igual a 30, 69,9% apresentavam queixas de constipação intestinal ¹⁸, ao compararmos nosso estudo, observa-se que o estado civil predominante foi o de participantes viúvas.

Em 2008 Figueiredo *et al.* ¹⁹ realizaram um pesquisa sobre o perfil sócio demográfico e clínico de usuárias da rede pública, obtendo resultados sócio demográficos similares. Apesar da amostra não ser homogênea e semelhante ao nosso estudo, o perfil sócio demográfico encontrado por Figueiredo apresenta semelhanças consideráveis, além de demonstrar que a ocorrência de IU predomina durante a menopausa (40 e 59 anos) e em segundo lugar entre os idosos. O perfil sócio demográfico encontrado por Figueiredo *et al.* Apresentam que 62% das mulheres pesquisadas eram casadas, 19% solteiras, 7% viúvas e 12% divorciadas, e 79% das participantes possuíam grau de instrução fundamental completo ou incompleto. O estudo de Figueiredo ainda descreve que a prevalência de IU aumenta com o passar dos anos variando de acordo com a faixa etária, e o perfil da população estudada, além de a

expectativa de vida do idoso apresenta não somente um aumento da prevalência dos sintomas, mas também potencializa a morbimortalidade relacionada à SBH^{20,21,22}.

Assim como o estudo anterior, foi realizada uma pesquisa no município de Catuípe, Rio Grande do Sul com a amostra composta por 130 mulheres, com idade entre 50 e 65 anos, na qual os resultados obtidos corroboram com a atual pesquisa no campo sócio demográfico, apesar da amostra não ser exclusivamente com idosas. Foi possível observar que 63,8% das participantes eram casadas, 20% viúvas, 7,6% solteiras e 7,6% divorciadas. Quanto ao grau de escolaridade, é complacente o número de mulheres com ensino fundamental incompleto, atingindo um percentual de 69,2%. Já com relação à renda, a maior parte das participantes tem renda entre 1 a 2 salários mínimos²³ e que está de acordo com o presente estudo. Busato e Mendes²⁴ afirmam que a baixa renda pode ser um fator agravante no desenvolvimento da IU, pois esta gera necessidades importantes como, por exemplo, o uso de medicamentos farmacológicos ou adaptação ambiental para facilitar o acesso ao banheiro. Neste estudo a maior parte da amostra é composta por indivíduos que possuíam nível fundamental incompleto o que corrobora com resultados de nossa pesquisa. Segundo Perlini²⁵ o grau de instrução reduzido pode ser um fator que limita a adesão dos indivíduos aos cuidados de saúde, pois a carência de instrução acompanhada por fatores socioculturais e econômicos estabelecem um obstáculo que inibe a conscientização sobre os cuidados com a saúde, dificultando ainda a procura e a adesão ao tratamento adequado. Já segundo Higa *et al*¹¹, este problema tem sido negligenciado, principalmente, pela falta de conhecimento não só da população mas também dos profissionais de saúde, no que diz respeito aos fatores de risco associados à IU e a SBH, limitando o diagnóstico precoce.

Nos Estados Unidos foram realizadas entrevistas telefônicas em uma amostra de 5.204 adultos, ao qual identificou a prevalência da bexiga hiperativa em 16,9% das mulheres e 16% entre homens, acometendo de uma forma geral o 34 milhões de norte americanos²⁶. Em estudo dirigido na França, Alemanha, Itália, Espanha, Suécia e Reino Unido rastreou 16.776 adultos com mais de 40 anos, ao qual foram submetidos à entrevista telefônica sobre o impacto dos sintomas da SBH no bem-estar, sob aspectos socioeconômicos e a sobre as atividades realizadas em casa e no trabalho. Esse estudo foi realizado antes da última da definição da ICS sobre SBH, e que o sintoma mais prevalente aparece isoladamente. Identificou-se uma forte associação entre a prevalência de SBH e idade, na qual 31,3% acometeram as mulheres e 41,9% os

homens na faixa de idade maior que 60 anos ²⁷. Na literatura nacional foram publicados alguns estudos que apresentam a prevalência de SBH em diferentes populações, como por exemplo, o estudo de Carneiros *et al.*,²⁸ realizado no estado do Rio de Janeiro, que teve como base amostral 1042 mulheres acima de 15 anos, direcionando uma prevalência de 15,7% indivíduos acometidos além de apresentar um aumento da prevalência com a idade. Já um estudo realizado em Porto Alegre, apontou que 18,9 %dos indivíduos entrevistados tinham SBH, sendo que as mulheres foram mais acometidas pela doença ²⁹.

Outro estudo da epidemiologia nacional foi realizado em Salvador (2010) teve como amostra indivíduos adulto com incidência e remissão de SBH, sendo que 1350 eram mulheres e 1424 eram homens com idade entre 30 anos ou mais. A amostra de mulheres idosa do estudo correspondia a 20,2%, ao passo que 16,8% correspondiam aos homens. Neste estudo identificaram que a incidência de SBH era de 1,7/100 pessoas-ano no sexo feminino e 1,4/100 pessoas-ano no sexo masculino, na qual incidência aumenta com a idade em ambos os sexos. A incidência por faixa etária apresenta que os idosos com 60 anos ou mais correspondem a 2,5/ pessoas-anos para o sexo feminino. O estudo ainda apresenta que cerca de um milhão de casos novos de SBH ocorrem a cada ano no Brasil, por tanto considerando a SBH como um problema de saúde publica que necessita de diagnostico, tratamento e programas de prevenção ³⁰. Chiarelli *et al* ³¹ evidenciaram uma prevalência de perda urinária entre 36% e 35%, em mulheres de faixa etária de 45 a 50 anos e 70 a 75 anos respectivamente. No entanto Grosse ³² assegura que o fator idade não é decisivo para a manifestação da incontinência urinária, porém pode ser classificado como um agravante da mesma.

O Índice de Massa Corporal (IMC) ou Índice de Quetelet é definido pela Organização Mundial de Saúde (OMS) ³³ por meio do cálculo do peso corporal, em quilogramas, dividido pelo quadrado da altura, em metros quadrados ($IMC = \text{kg/h}^2_{(m)}$). A OMS define que o IMC para idosos é diferente do IMC dos adultos, pois na terceira idade os idosos tendem a perder massa óssea e massa muscular, sendo substituída por tecido adiposo. Considera-se que um IMC entre 22-27 kg/m^2 apresenta peso ideal; 27,1 e 32,0 kg/m^2 esta acima do peso; 32,1 e 37,0 kg/m^2 obesidade leve; 37,1 e 41,9 kg/m^2 obesidade moderada e acima de 42 kg/m^2 obesidade mórbida. Segundo a classificação da OMS as idosas participantes de nosso estudo não acometidas pela SBH foram consideradas com peso ideal (IMC de 25,43 kg/m^2), porém, as idosas com SHB foram

consideradas com sobrepeso (IMC de 27,87 kg/m²). O IMC para esta amostra foi considerado fator de risco para SBH, pois apresentou resultados significativos com (p=0,003). Com isso, nosso estudo corrobora com o estudo de Rasia *et al.* 2007³⁴, na qual pode-se verificar que a incontinência urinária é uma condição que esta diretamente ligada a obesidade. Das participantes pesquisadas com idade média de 58,39 (±3,63) anos e que estavam com excesso de peso, que corresponde ao IMC maior ou igual a 25kg/m², destas 30,7% relataram ter incontinência urinária; dentre as participantes classificadas como obesas grau I (IMC entre 30 e 34,9 kg/m²), 37,5% eram incontinentes; as com obesidade grau II (IMC entre 35 e 39,9 kg/m²), 44,4% apresentaram queixas de incontinência. Ao final do estudo os autores concluíram que o aumento do IMC é proporcional ao aumento da frequência de incontinência urinária, além de estar congregada a instalação de outras co-morbidades como hipertensão arterial sistêmica, diabetes *mellitus*, doença cardiovascular e incontinência urinária. Outros estudos apontam que a associação da IU com a obesidade é decorrente do aumento da pressão intra abdominal, provocada pelo aumento de peso na cintura-quadril, levando ao aumento da pressão intravesical^{35,36,37}.

Haylen BT *et al.*,³⁸ determinaram que a obesidade como fator relacionado à IU, estudo constatou que idosos obesos tinham 1,63 mais chances de apresentarem essa morbidade e que muitas vezes esse tipo de incontinência está associado a IUE, tendo em vista o aumento da dificuldade do controle da continência. Para Brown JS *et al.*,³⁹ dentre todos os fatores de risco que são associados a incontinência urinária, a obesidade é o fator que esta mais associado a perda urinária assim como o aparecimento de sintomas urinários como urgência miccional, aumento da frequência, noctúria e sensação dolorosa na bexiga⁴⁰. Na literatura são encontrados alguns estudos que tiveram o objetivo de verificar a relação entre o grau de obesidade com a severidade dos sintomas da IU, foi constatado nestas pesquisas que não houve uma correlação entre a severidade da IU e ao grau de obesidade. Porém foi encontrado uma relação positiva entre a severidade da IUE com o graus elevados do IMC^{41,42,43}, o que vai contra o estudo de Rasia *et al.*, que apresenta em seus resultados que o IMC é proporcional ao aumento da frequência da IU.

Analisando os fatores de risco que são apresentados na literatura, como idade, trauma do assoalho pélvico, fatores hereditários, raça, menopausa, obesidade, doenças crônicas como a diabetes e doenças neurológicas, a constipação e tabagismo^{11,12}. Pode-

se dizer que em nosso estudo verificou-se que 93% das participantes não eram tabagistas o que exclui este aspecto aos fatores de risco associados à SBH. Quando analisado, o fator gestação, nuliparidade e o número de partos vaginais, foram observados que esses fatores não tiveram relação com a SBH. Estudos prévios apontam que o parto vaginal influencia a prevalência da incontinência urinária quando o mesmo gera lesões do assoalho pélvico, e quando estudado isoladamente não é causador da IU^{12,40,44}. Talvez, essa diferença, pode ser justificava pelo fato, dos outros estudos terem se atentado mais a incontinência urinária de esforço e não a bexiga hiperativa.

De acordo com os resultados obtidos podemos identificar uma ocorrência de 70% de síndrome de bexiga hiperativa nas idosas residentes na Região Administrativa de Ceilândia. Como fatores de risco foram identificados que IMC de 27,87 kg/m² que corresponde ao sobrepeso para os idosos e o número de abortos tiveram um impacto importante na amostra estudada para o desenvolvimento da SBH.

Em síntese, o perfil sócio demográfico apresentado pelas idosas acometidas pela SBH é similar as idosas não acometidas no que diz respeito à escolaridade, tabagismo, estado civil e renda familiar.

Pretende-se com este estudo que as informações obtidas possibilitem discussões sobre a saúde do idoso que reside na RA de Ceilândia. Os profissionais de saúde devem estar atentos a qualidade de vida dos idosos, no que diz respeito ao favorecimento do diagnóstico e tratamento precoce dessa síndrome considerando o impacto que a mesma apresenta na saúde do idoso. Deve-se levar em consideração o grau de escolaridade desses indivíduos, pois é um fator que limita a adesão e a procura de atendimentos. Além disso, enfatizar a importância do controle do excesso de peso para evitar a IU, assim como a SBH entre os idosos.

O presente estudo apresenta limitações que decerto deveriam ser aprimoradas em estudos futuros. Essas limitações também são apresentadas por outros pesquisadores, como por exemplo, a falta de recursos metodológicos padronizados, conceitos, nomenclaturas na literatura e outros trabalhos realizados com o mesmo tipo de amostra. Como este estudo teve como base uma pesquisa transversal analítica, em futuros estudos recomenda-se a realização de pesquisas longitudinais.

5- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Veras RP, Sancho LG, Caldas CP, Ferreira PC, Griebler MI, Mazzei S. Incontinência urinária por bexiga hiperativa em mulheres com mais de 60 anos: alternativas terapêuticas factíveis para uma análise de custo-efetividade no contexto brasileiro. *J Bras Econ Saúde* 2009 (1); 1: 25-36.
2. Holst K, Wilson PD. The prevalence of female urinary incontinence and reasons for not seeking treatment. *N Z Med*, 1988; 9: 756-61.
3. Sandvik H. The epidemiology of female urinary incontinence. 1996. disponível em: < <http://www.uib.no/isf/people/doc/epidem.htm> >. Acesso em : 01 de junho de 2013.
4. Coyne KS, Zhou Z, Thompson T, Versi E I. The impact on health-related quality of life of stress, urge and mixed urinary incontinence. *BJU Int*. 2003; 92: 731-735.
5. Reis, RB; Cologna, AJ; Martins, ACP; Paschoalin, EL; Tucci JS; Suaid, HJ. Incontinência urinária no idoso / Urinary incontinence in the elderly. *Acta Cirurg*, 2003; 18 (5): 47-51.
6. Abrams P, Cardozo, L, Fall, 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 :167-178.
7. Souza EL, Castro EBM, GÉO MS et . al . Intervenção da Fisioterapia na Bexiga Hiperativa In: Palmo, Paulo editor. *Urofisioterapia: Aplicações clínicas das técnicas fisioterapêuticas nas disfunções miccionais e do assoalho pélvico*. Local :Campinas - SP Personal link Comunicações Ltda, 2009; 201-209.
8. McGhan WF . Cost effectiveness and quality of life considerations in the treatment of patients with overactive bladder. *American Journal of Managed Care* 2001; 7 (2): 62-75
9. Danforth KN, Townsend MK, Lifford K, Curhan GC, Resnick NM, Grodstein F. Risk factors for urinary incontinence among middle-aged women. *Am J Obstet Gynecol.*; vl. 194 n. 2 p. 339-45, 2006.
10. Rodrigues, RAP., Mendes MMR. Incontinência urinária em idosos: proposta para a conduta da enfermeira. *Rev.Latino-am. enfermagem – Ribeirão Preto* 1994; 2(2): 5-20.
11. Higa R, Lopes MHB, Reis MJ. Fatores de risco para incontinência urinária na mulher. *Rev Esc Enferm USP* ,2008; 42(1):187-92.
12. Persson J, Hanssen PW , Rydhstroem H. Obstetric risk factors for stress urinary incontinence: a population-based study . *Obstet Gynecol*. 2000;96(3):440-5.
13. Davila GW, Neimark M. The overactive bladder: prevalence and effects on quality of life. *Clin Obstet Gynecol*. 2002; 45(1):173-81.
14. Lazzeri, M. Spinelli M. The challenge of Overactive Bladder Therapy: Alternative to Antimuscarinic Agents. *Int Braz J Urol*, 2006; 32: 620-30.

15. Companhia de Planejamento do Distrito Federal –CODEPLAN. Perfil dos idosos no Distrito federal, segundo As regiões administrativas. Agosto de 2013.
16. Acquadro C, Kopp Z, Coyne KS, Corcos J, Tubaro A, Choo MS, et al. Translating overactive bladder questionnaires in 14 languages. *Urology* março, 2006; 67: 536-540.
17. Almeida, SHM. Diagnóstico da Síndrome da Bexiga Hiperativa In: Palmo, Paulo editor. *Urofisioterapia: Aplicações clínicas das técnicas fisioterapêuticas nas disfunções miccionais e do assoalho pélvico*. Local : Campinas - SP Personal link Comunicações Ltda, 2009 1ª edição: 129-136.
18. Mourão, F A G. Lopes, LN.; Vasconcellos, NPC.; Almeida, MBA. Prevalência de queixas urinárias e o impacto destas na qualidade de vida de mulheres integrantes de grupos de atividade física / Prevalence of urinary complaints and their impact on the quality of life of women that participate in physical activity groups. *Acta fisiátrica*, 2008; 15(3):170-175.
19. Figueiredo EM, Lara JO, Cruz MC, et al. Perfil sócio-demográfico e clínico de usuárias de serviço de Fisioterapia Uroginecológica da rede pública. *Revista brasileira de fisioterapia*, 2008; 12 (2):136-42.
20. Teloken, P.E. Teloken C. Bexiga Hiperativa: Um problema de saúde pública? In: Palmo, Paulo editor. *Urofisioterapia: Aplicações clínicas das técnicas fisioterapêuticas nas disfunções miccionais e do assoalho pélvico*. Local :Campinas - SP Personal link Comunicações Ltda, 2009. 1ª edição: 163-174.
21. Abreu, N.S. Baracho, E.S. Trado, M.G.A., Dias R.C. Qualidade de vida na perspectiva de idosas com incontinência urinária. *Rev Brasileira de Fisiot*, 2007; 11: 429-436.
22. Oliveira KAC, Rodrigues ABC, Paula AB. Técnicas fisioterapêuticas no tratamento e prevenção da incontinência urinária de esforço na mulher. *revista eletrônica*, , 2007Apucarana-PR. 1(1): 31-40.
23. Berlezi, EM. Dal BEM, A. Antonello, C. Leite, MT. Bertolo,EM. Incontinência urinária em mulheres no período pós-menopausa: um problema de saúde pública. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 2009 12 (2): 159:173.
24. Busato Jr WFS, Mendes FM. Incontinência urinária entre idosos institucionalizados: Relação com mobilidade e função cognitiva. *Arq Catarin Med*. 2007; 36(4):49-55
25. Perlini NMG. Cuidar de pessoas incapacitadas por acidente vascular cerebral no domicílio: o fazer do cuidador. [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2000.
26. Stewart WF, Herzog R, Wein AJ, Cundiff G, Norton P, Corey R. Prevalence and impact of overactive bladder in United States. Results from NOBLE program. *Neurourol Urodyn* 2001;20: 403-422.
27. Irwin DE, Milsom I, Kopp Z, Abrams P, Cardozo L. Impact of overactive bladder symptoms on employment, social interactions and emotional well-being in six European countries. *BJU Int* 2006; 97:96-100.

28. Carneiro K, Bruschini H, Srougi M, Errico gf, Almeida JrA. Prevalence of urinary incontinence in unselected brazilian community- living women over fifteen years old by direct approach. International Continence Society 33rd annual meeting. Italy: ICC; 2003. P 138.
29. Teloken C, Caraver F, weber FA, Teloken PE, Moraes JF, Sogari PR, et al. Overactive bladder: prevalence and implications in Brazil. *Eur Urol.* 2006; 49:1087-92.
30. Neves,RCS. Incidence and risk factors of overactive bladder in adults: results from a prospective population-based, Salvador, 2010. 104 p. Tese (doutorado)- Fundação Oswaldo Cruz, Instituto de pesquisas Gonçalo Moniz.
31. Chiarelli P, Brown W, McElduf FP. Leaking urine: prevalence and associated factors in Australian women. *Neurourol Urodyn.* 1999;18(6):567-77.
32. Grosse D, Sengler J. Reeducação Perineal. São Paulo: Manole; 2002.
33. World Health Organization. Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a World Health Organization Consultation. Geneva: World Health Organization, WHO Obesity Technical Report Series, 2000 n. 284 p. 256.
34. Rasia J, Berlezi EM, Bigolin SE, Schneider RH. A relação do sobrepeso e obesidade com desconfortos musculoesqueléticos de mulheres pós-menopausa. *Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento humano* 2007; 4(1):28-38
35. Auwad W, Steglees P. Bombieri L, Waterfield M, Wilkin T, Freeman R. Moderate weight loss in obese women with urinary incontinence: a prospective longitudinal study. *Int urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct.* 2008; 19 (9): 1251-59.
36. Leslee L. ET AL. wheight loss to treat urinary incontinence in overweight and obese women. *N engk med.* 2009. 360:481-90.
37. Minassian VA, Stwar WF, Wood gc. Urinary incontinence in 17. Women: variation in prevalence estimates and risk factors. *Obstet gynecol.* 2008. 111 (2): 324-31.
38. Haylen BT, Ridder D, Freeman RM, Swit SE, Berghmans B, Lee J et al. An International Urogynecological Association (IUGA)/ International Continence Society (ICS) joint report on the terminology for female pelvic floor dysfunction. *Int Urogynecol J.*2010;21(1):5-26
39. Brown JS, Seeley DG, Fong J, Black DM, Ensrud KE, Grady D. 4.Urinary incontinence in older women: who is at risk? Study of Osteoporotic Fractures Research Group. *Obstet Gynecol.* 1996;87(5 Pt1):715-21
40. Moller LM, Lose G, Jorgensen T. Risk factors of lower urinary 16.tract symptoms in women aged 40-60 years. *Ugeskr Laeger.* 2001;163(47):6598-601

41. Richter HE, Burgio KL, Brubaker L, Moalli PA, Markland AD, Mallet V, et al. Factors associated with incontinence frequency in a surgical cohort of stress incontinent women. *Am J Obstet Gynecol.* 2005;193(6):2088-93.
42. 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.
43. Ku JH, Shin JW, Oh SJ, Kim SW, Paick JS. Clinical and urodynamic features according to subjective symptom severity in female urinary incontinence. *Neurourol Urodyn.* 2006;25(3):215-20
44. Butler RN, Maby JI, Montella JM, Young GPH. Urinary incontinence: keys to diagnosis of the older woman. *Geriatrics.* 1999;54(10):22-30.

6- APÊNDICES

6.1-APÊNDICE 1 - QUESTIONÁRIO SÓCIOS DEMOGRÁFICO

QUESTIONÁRIO INICIAL

Nome: _____ Idade: _____

Data de nascimento: ___/___/___ Data de avaliação: ___/___/___

Endereço: _____

Naturalidade: _____

Telefone: _____

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

DADOS SOCIO-DEMOGRÁFICOS

Cor da pele declarada:

- (0) Branca
(1) Preta
(2) Mulata
(3) Amarela
(4) Outra

- (1) Empregada
(2) Aposentada

Renda familiar:

- (0) 1 a 2 salários mínimos
(1) 3 a 4 salários mínimos
(2) + que 4 salários mínimos

Estado Civil:

- (0) Solteira
(1) Casada ou amasiada
(2) Divorciada
(3) Viúva

Escolaridade:

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

Ocupação:

- (0) Desempregada

História obstétrica:

- (PN) Número de partos vaginais ()
(PF) Número de partos forceps ()
(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

Atividade Sexual: () presente () ausente

Freqüência: () semanal () mensal

Grau de Satisfação: () satisfeita () muito satisfeita
() insatisfeita

É fumante: () Sim () Não

Ex-fumante: Qto tempo deixou de fumar:

Utiliza marca-passo cardíaco: () Sim () Não

Possui infecção urinária? () Nunca () Raramente
() Frequentemente () 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 ()
sim Qual? _____

6.2- APÊNDICE 2 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CEILÂNDIA
DEPARTAMENTO DE FISIOTERAPIA

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE

A Senhora está sendo convidada a participar do projeto: “OCORRÊNCIA DE SÍNDROME DE BEXGA HIPERATIVA EM MULHERES IDOSAS DE CEILÂNDIA, DISTRITO FEDERAL”.

O objetivo desta pesquisa é: Identificar se mulheres idosas com idade igual ou superior a 60 anos tem maior ocorrência de síndrome de 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-la.

A sua participação será através de dois questionários que serão aplicados pela pesquisadora. Não existe obrigatoriamente, um tempo pré-determinado, para responder os questionários durante a entrevista. Será respeitado o tempo de cada um para respondê-lo. Informamos que a Senhora pode se recusar a responder qualquer questão que lhe traga constrangimento, podendo desistir de participar da pesquisa em qualquer momento sem nenhum prejuízo para a senhora.

Os resultados da pesquisa serão divulgados na Instituição UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA- UnB, FACULDADE DE CEILÂNDIA- FCe, podendo ser publicados posteriormente em eventos e periódicos científicos,

preservando a integridade física e psicossociológica, mantendo todas as informações re as identidade em rigoroso sigilo. Os dados e materiais utilizados na pesquisa ficarão sobre a guarda do pesquisador.

Se a Senhora tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor, telefone para: Dr^a ALINE TEIXEIRA ALVES na instituição UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA- UnB, FACULDADE DE CEILÂNDIA- FCe, pelo telefone: (61) 3339-0739 no horário: 08:00 às 18:00. A Senhora também poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa –Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde – FEPECS, no endereço SMHN Quadra 03, conjunto A, Bloco 1 Edifício Fepecs -

Este projeto foi Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da SES/DF. As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do sujeito da pesquisa podem ser obtidos através do telefone: (61) 3325-4955.

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 _____

7.2 - ANEXO 2- NORMAS DA REVISTA CIENTÍFICA

Cadernos de Saúde Pública/Reports in Public Health (CSP) publica artigos originais com elevado mérito científico que contribuam ao estudo da saúde pública em geral e disciplinas afins.

Recomendamos aos autores a leitura atenta das instruções abaixo antes de submeterem seus artigos a Cadernos de Saúde Pública.

1. CSP aceita trabalhos para as seguintes seções:

1.1 Revisão - revisão crítica da literatura sobre temas pertinentes à saúde pública (máximo de 8.000 palavras);

1.2 Artigos - resultado de pesquisa de natureza empírica, experimental ou conceitual (máximo de 6.000 palavras);

1.3 Notas - nota prévia, relatando resultados parciais ou preliminares de pesquisa (máximo de 1.700 palavras);

1.4 Resenhas - resenha crítica de livro relacionado ao campo temático de CSP, publicado nos últimos dois anos (máximo de 1.200 palavras);

1.5 Cartas - crítica a artigo publicado em fascículo anterior de CSP (máximo de 1.200 palavras);

1.6 Debate - artigo teórico que se faz acompanhar de cartas críticas assinadas por autores de diferentes instituições, convidados pelo Editor, seguidas de resposta do autor do artigo principal (máximo de 6.000 palavras);

1.7 Fórum - seção destinada à publicação de 2 a 3 artigos coordenados entre si, de diferentes autores, e versando sobre tema de interesse atual (máximo de 12.000 palavras no total). Os interessados em submeter trabalhos para essa seção devem consultar o Conselho Editorial.

2. Normas para envio de artigos

2.1 CSP publica somente artigos inéditos e originais, e que não estejam em avaliação em nenhum outro periódico simultaneamente. Os autores devem declarar essas condições no processo de submissão. Caso seja identificada a publicação ou submissão simultânea em outro periódico o artigo será desconsiderado. A submissão simultânea de um artigo científico a mais de um periódico constitui grave falta de ética do autor.

2.2 Serão aceitas contribuições em português, espanhol ou inglês.

3. Publicação de ensaios clínicos

3.1 Artigos que apresentem resultados parciais ou integrais de ensaios clínicos devem obrigatoriamente ser acompanhados do número e entidade de registro do ensaio clínico.

3.2 Essa exigência está de acordo com a recomendação da BIREME/OPAS/OMS sobre o Registro de Ensaios Clínicos a serem publicados a partir de orientações da Organização Mundial da Saúde - OMS, do International Committee of Medical Journal

Editors (www.icmje.org) e do Workshop ICTPR.

3.3 As entidades que registram ensaios clínicos segundo os critérios do ICMJE são:

*Australian New Zealand Clinical Trials Registry (ANZCTR)

*ClinicalTrials.gov

*International Standard Randomised Controlled Trial Number (ISRCTN)

*Netherlands Trial Register (NTR)

*UMIN Clinical Trials Registry (UMIN-CTR)

* WHO International Clinical Trials Registry Platform (ICTRP)

4. Fontes de financiamento

4.1 Os autores devem declarar todas as fontes de financiamento ou suporte, institucional ou privado, para a realização do estudo.

4.2 Fornecedores de materiais ou equipamentos, gratuitos ou com descontos, também devem ser descritos como fontes de financiamento, incluindo a origem (cidade, estado e país).

4.3 No caso de estudos realizados sem recursos financeiros institucionais e/ou privados, os autores devem declarar que a pesquisa não recebeu financiamento para a sua realização.

5. Conflito de interesses

5.1 Os autores devem informar qualquer potencial conflito de interesse, incluindo interesses políticos e/ou financeiros associados a patentes ou propriedade, provisão de materiais e/ou insumos e equipamentos utilizados no estudo pelos fabricantes.

6. Colaboradores

6.1 Devem ser especificadas quais foram as contribuições individuais de cada autor na elaboração do artigo.

6.2 Lembramos que os critérios de autoria devem basear-se nas deliberações do International Committee of Medical Journal Editors, que determina o seguinte: o reconhecimento da autoria deve estar baseado em contribuição substancial relacionada aos seguintes aspectos: 1. Concepção e projeto ou análise e interpretação dos dados; 2. Redação do artigo ou revisão crítica relevante do conteúdo intelectual; 3. Aprovação final da versão a ser publicada. Essas três condições devem ser integralmente atendidas.

7. Agradecimentos

7.1 Possíveis menções em agradecimentos incluem instituições que de alguma forma possibilitaram a realização da pesquisa e/ou pessoas que colaboraram com o estudo mas que não preencheram os critérios para serem co-autores.

8. Referências

8.1 As referências devem ser numeradas de forma consecutiva de acordo com a ordem em que forem sendo citadas no texto. Devem ser identificadas por números arábicos sobrescritos (Ex.: Silva 1). As referências citadas somente em tabelas e figuras devem ser numeradas a partir do número da última referência citada no texto. As referências citadas deverão ser listadas ao final do artigo, em ordem numérica, seguindo as normas gerais dos Requisitos Uniformes para Manuscritos Apresentados a Periódicos Biomédicos (<http://www.nlm.nih.gov/citingmedicine/>).

8.2 Todas as referências devem ser apresentadas de modo correto e completo. A veracidade das informações contidas na lista de referências é de responsabilidade do(s) autor(es).

9. Nomenclatura

9.1 Devem ser observadas as regras de nomenclatura zoológica e botânica, assim como abreviaturas e convenções adotadas em disciplinas especializadas.

10. Ética em pesquisas envolvendo seres humanos

10.1 A publicação de artigos que trazem resultados de pesquisas envolvendo seres humanos está condicionada ao cumprimento dos princípios éticos contidos na Declaração de Helsinki (1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1996 e 2000), da World Medical Association.

10.2 Além disso, deve ser observado o atendimento a legislações específicas (quando houver) do país no qual a pesquisa foi realizada.

10.3 Artigos que apresentem resultados de pesquisas envolvendo seres humanos deverão conter uma clara afirmação deste cumprimento (tal afirmação deverá constituir o último parágrafo da seção Metodologia do artigo).

10.4 Após a aceitação do trabalho para publicação, todos os autores deverão assinar um formulário, a ser fornecido pela Secretaria Editorial de CSP, indicando o cumprimento integral de princípios éticos e legislações específicas.

10.5 O Conselho Editorial de CSP se reserva o direito de solicitar informações adicionais sobre os procedimentos éticos executados na pesquisa.

11. Processo de submissão online

11.1 Os artigos devem ser submetidos eletronicamente por meio do sítio do Sistema de Avaliação e Gerenciamento de Artigos (SAGAS), disponível em: <http://www.ensp.fiocruz.br/csp/index.html>.

Outras formas de submissão não serão aceitas. As instruções completas para a submissão são apresentadas a seguir. No caso de dúvidas, entre em contato com o suporte sistema SAGAS pelo e-mail: csp-artigos@ensp.fiocruz.br.

11.2 Inicialmente o autor deve entrar no sistema SAGAS. Em seguida, inserir o nome do usuário e senha para ir à área restrita de gerenciamento de artigos. Novos usuários do sistema SAGAS devem realizar o cadastro em "Cadastre-se" na página inicial. Em caso de esquecimento de sua senha, solicite o envio automático da mesma em "Esqueceu sua senha? Clique aqui".

11.3 Para novos usuários do sistema SAGAS. Após clicar em "Cadastre-se" você será

direcionado para o cadastro no sistema SAGAS. Digite seu nome, endereço, e-mail, telefone, instituição.

12. Envio do artigo

12.1 A submissão online é feita na área restrita de gerenciamento de artigos <http://www.ensp.fiocruz.br/csp/index.html>. O autor deve acessar a "Central de Autor" e selecionar o link "Submeta um novo artigo".

12.2 A primeira etapa do processo de submissão consiste na verificação às normas de publicação de CSP.

O artigo somente será avaliado pela Secretaria Editorial de CSP se cumprir todas as normas de publicação.

12.3 Na segunda etapa são inseridos os dados referentes ao artigo: título, título corrido, área de concentração, palavras-chave, informações sobre financiamento e conflito de interesses, resumo, abstract e agradecimentos, quando necessário. Se desejar, o autor pode sugerir potenciais consultores (nome, e-mail e instituição) que ele julgue capaz de avaliar o artigo.

12.4 O título completo (no idioma original e em inglês) deve ser conciso e informativo, com no máximo 150 caracteres com espaços.

12.5 O título corrido poderá ter máximo de 70 caracteres com espaços.

12.6 As palavras-chave (mínimo de 3 e máximo de 5 no idioma original do artigo) devem constar na base da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), disponível: <http://decs.bvs.br/>.

12.7 Resumo. Com exceção das contribuições enviadas às seções Resenha ou Cartas, todos os artigos submetidos em português ou espanhol deverão ter resumo na língua principal e em inglês. Os artigos submetidos em inglês deverão vir acompanhados de resumo em português ou em espanhol, além do abstract em inglês. O resumo pode ter no máximo 1100 caracteres com espaço.

12.8 Agradecimentos. Possíveis agradecimentos às instituições e/ou pessoas poderão ter no máximo 500 caracteres com espaço.

12.9 Na terceira etapa são incluídos o(s) nome(s) do(s) autor(es) do artigo, respectiva(s) instituição(ões) por extenso, com endereço completo, telefone e e-mail, bem como a colaboração de cada um. O autor que cadastrar o artigo automaticamente será incluído como autor de artigo. A ordem dos nomes dos autores deve ser a mesma da publicação.

12.10 Na quarta etapa é feita a transferência do arquivo com o corpo do texto e as referências.

12.11 O arquivo com o texto do artigo deve estar nos formatos DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format) ou ODT (Open Document Text) e não deve ultrapassar 1 MB.

12.12 O texto deve ser apresentado em espaço 1,5cm, fonte Times New Roman, tamanho 12.

12.13 O arquivo com o texto deve conter somente o corpo do artigo e as referências bibliográficas. Os seguintes itens deverão ser inseridos em campos à parte durante o processo de submissão: resumo e abstract; nome(s) do(s) autor(es), afiliação ou qualquer outra informação que identifique o(s) autor(es); agradecimentos e colaborações; ilustrações (fotografias, fluxogramas, mapas, gráficos e tabelas).

12.14 Na quinta etapa são transferidos os arquivos das ilustrações do artigo (fotografias,

fluxogramas, mapas, gráficos e tabelas), quando necessário. Cada ilustração deve ser enviada em arquivo separado clicando em "Transferir".

12.15 Ilustrações. O número de ilustrações deve ser mantido ao mínimo, sendo aceito o máximo de cinco (fotografias, fluxogramas, mapas, gráficos e tabelas).

12.16 Os autores deverão arcar com os custos referentes ao material ilustrativo que ultrapasse esse limite e também com os custos adicionais para publicação de figuras em cores.

12.17 Os autores devem obter autorização, por escrito, dos detentores dos direitos de reprodução de ilustrações que já tenham sido publicadas anteriormente.

12.18 Tabelas. As tabelas podem ter 17cm de largura, considerando fonte de tamanho 9. Devem ser submetidas em arquivo de texto: DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format) ou ODT (Open Document Text). As tabelas devem ser numeradas (números arábicos) de acordo com a ordem em que aparecem no texto.

12.19 Figuras. Os seguintes tipos de figuras serão aceitos por CSP: Mapas, Gráficos, Imagens de satélite, Fotografias e Organogramas, e Fluxogramas.

12.20 Os mapas devem ser submetidos em formato vetorial e são aceitos nos seguintes tipos de arquivo: WMF (Windows MetaFile), EPS (Encapsuled PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics). Nota: os mapas gerados originalmente em formato de imagem e depois exportados para o formato vetorial não serão aceitos.

12.21 Os gráficos devem ser submetidos em formato vetorial e serão aceitos nos seguintes tipos de arquivo: XLS (Microsoft Excel), ODS (Open Document Spreadsheet), WMF (Windows MetaFile), EPS (Encapsuled PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics).

12.22 As imagens de satélite e fotografias devem ser submetidas nos seguintes tipos de arquivo: TIFF (Tagged Image File Format) ou BMP (Bitmap). A resolução mínima deve ser de 300dpi (pontos por polegada), com tamanho mínimo de 17,5cm de largura.

12.23 Os organogramas e fluxogramas devem ser submetidos em arquivo de texto ou em formato vetorial e são aceitos nos seguintes tipos de arquivo: DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format), ODT (Open Document Text), WMF (Windows MetaFile), EPS (Encapsuled PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics).

12.24 As figuras devem ser numeradas (números arábicos) de acordo com a ordem em que aparecem no texto.

12.25 Títulos e legendas de figuras devem ser apresentados em arquivo de texto separado dos arquivos das figuras.

12.26 Formato vetorial. O desenho vetorial é originado a partir de descrições geométricas de formas e normalmente é composto por curvas, elipses, polígonos, texto, entre outros elementos, isto é, utilizam vetores matemáticos para sua descrição.

12.27 Finalização da submissão. Ao concluir o processo de transferência de todos os arquivos, clique em "Finalizar Submissão".

12.28 Confirmação da submissão. Após a finalização da submissão o autor receberá uma mensagem por e-mail confirmando o recebimento do artigo pelos CSP. Caso não receba o e-mail de confirmação dentro de 24 horas, entre em contato com a secretaria editorial de CSP por meio do e-mail: csp-artigos@ensp.fiocruz.br.

13. Acompanhamento do processo de avaliação do artigo

13.1 O autor poderá acompanhar o fluxo editorial do artigo pelo sistema SAGAS. As decisões sobre o artigo serão comunicadas por e-mail e disponibilizadas no sistema SAGAS.

14. Envio de novas versões do artigo

14.1 Novas versões do artigo devem ser encaminhadas usando-se a área restrita de gerenciamento de artigos <http://www.ensp.fiocruz.br/csp/index.html> do sistema SAGAS, acessando o artigo e utilizando o link "Submeter nova versão".

15. Prova de prelo

15.1 Após a aprovação do artigo, a prova de prelo será enviada para o autor de correspondência por e-mail. Para visualizar a prova do artigo será necessário o programa Adobe Reader. Esse programa pode ser instalado gratuitamente pelo site: <http://www.adobe.com/products/acrobat/readstep2.html>.

15.2 A prova de prelo revisada e as declarações devidamente assinadas deverão ser encaminhadas para a secretaria editorial de CSP por e-mail (cadernos@ensp.fiocruz.br) ou por fax +55(21)2598-2514 dentro do prazo de 72 horas após seu recebimento pelo autor de correspondência.

Cadernos de Saúde Pública

Rua Leopoldo Bulhões 1480

Rio de Janeiro RJ 21041-210 Brasil

cadernos@ensp.fiocruz.br

© 2009 Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz.

7.3. ANEXO 3- PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



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)