

**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CEILÂNDIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS E TECNOLOGIAS EM
SAÚDE**

ALBÊNICA PAULINO DOS SANTOS BONTEMPO

**FATORES ASSOCIADOS À SÍNDROME DA BEXIGA
HIPERATIVA EM IDOSAS DA COMUNIDADE: UM ESTUDO
TRANSVERSAL.**

BRASÍLIA

2017

ALBÊNICA PAULINO DOS SANTOS BONTEMPO

**FATORES ASSOCIADOS À SÍNDROME DA BEXIGA
HIPERATIVA EM IDOSAS DA COMUNIDADE: UM ESTUDO
TRANSVERSAL.**

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Ciências e Tecnologias em Saúde pelo programa de Pós-Graduação em Ciências e Tecnologias em Saúde da Universidade de Brasília.

Orientadora: Profa. Dra. Ruth Losada de Menezes
Co-orientadora: Profa. Dra. Aline Teixeira Alves

BRASÍLIA

2017

Ficha catalográfica elaborada automaticamente,
com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

Bf Bontempo , Albênica Paulino dos Santos
Fatores associados à síndrome da bexiga hiperativa
em idosas da comunidade: um estudo transversal. /
Albênica Paulino dos Santos Bontempo ; orientador
Ruth Losada de Menezes; co-orientador Aline
Teixeira Alves. -- Brasília, 2017.
80 p.

Dissertação (Mestrado - Mestrado em Ciências e
Tecnologias em Saúde) -- Universidade de Brasília,
2017.

1. Bexiga urinária hiperativa. 2. Fatores de
risco. 3. Idoso. 4. Incontinência urinária de
urgência. I. Menezes, Ruth Losada de , orient. II.
Alves, Aline Teixeira , co-orient. III. Título.

ALBÊNICA PAULINO DOS SANTOS BONTEMPO

**FATORES ASSOCIADOS À SÍNDROME DA BEXIGA HIPERATIVA EM
IDOSAS DA COMUNIDADE: UM ESTUDO TRANSVERSAL.**

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Ciências e Tecnologias em Saúde pelo programa de Pós-Graduação em Ciências e Tecnologias em Saúde da Universidade de Brasília.

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Ruth Losada de Menezes (presidente)
Universidade de Brasília (UnB)

Profa. Dra. Liana Barbaresco Gomide
Universidade de Brasília (UnB)

Profa. Dra. Patricia Azevedo Gárcia
Universidade de Brasília (UnB)

Prof. Dr. Leonardo Pétrus Paz (suplente)
Universidade de Brasília (UnB)

DATA: 24/03/2017

DEDICATÓRIA

“Porque dele e por ele, e para ele, são todas as coisas; glória, pois, a ele eternamente. Amém.”

Romanos 11:36

“E tudo quanto fizerdes, fazei-o de todo o coração, como para o Senhor e não para homens.”

Colossenses 3:23

A Deus, o motivo do meu existir. À minha família, o maior e melhor presente que eu poderia receber. Aos meus amigos, que são mais chegados que um irmão. A todos que de alguma forma contribuíram para o meu crescimento, acadêmico e pessoal, eu dedico este trabalho.

AGRADECIMENTOS

“Em tudo dai graças, porque esta é a vontade de Deus em Cristo Jesus para convosco.”

1 Tessalonicenses 5:18

Primeiramente a Deus pela oportunidade de alcançar mais este sonho. Sou grata por tudo o que precisei passar para chegar até aqui e tenho a certeza de que sem Ele nada disso seria possível.

À minha família. Meu amado esposo Murilo e meus pequenos príncipes: Samuel, Daniel e Kalel. Aos meus amados pais, Antenor e Lindalva, e a minha querida irmã Ariane, pelo amor incondicional, por sempre acreditarem em mim, por compreenderem minha ausência em muitos momentos e por torcerem por minhas conquistas. Às idosas que participaram da pesquisa e permitiram a realização deste trabalho.

À Profa. Dra. Ruth Losada de Menezes, existem pessoas que tem o dom de abrir portas e a senhora certamente tem esse dom. Conhecê-la foi um presente, ser sua orientanda, um privilégio.

À Profa. Dra. Aline Teixeira Alves, minha eterna professora, obrigada por me aceitar em sua equipe, mesmo sabendo da minha inexperiência me aceitou e me ensinou a teoria e a prática. Verdadeiramente você fez de mim uma profissional da urogineco. Obrigada por cada aula, cada ensinamento, por ser alguém tão apaixonada pelo que faz e por transmitir essa paixão gerando em nós, seus alunos, o desejo de exercer a profissão. Meu sonho de ser professora teve início quando te conheci, uma mulher inspiradora.

Às amigas Raquel, Patrícia e Gabriela. Vocês me socorreram nas horas em que eu mais precisei, a colaboração de vocês foi essencial na concretização deste trabalho.

Aos membros da banca examinadora que aceitaram participar e contribuir para as melhorias deste trabalho.

A todos minha gratidão e orações!

*Aquieta minh'alma
Faz meu coração ouvir Tua voz
Me chama pra perto
Só assim eu não me sinto só*

*Eu sei que mesmo sem entender Você está no controle
Então, me esconda no Teu coração
Me amarre a Ti pra eu não desistir*

*Eu não quero mais fugir da Tua vontade pra mim
Eu sei que vai ser difícil
Mas, Você estará sempre comigo*

*E mesmo que minh'alma grite e tente me fazer voltar atrás
Eu vou confiar, eu vou descansar
Me lançar no Teu amor
No Teu amor, Senhor*

*O tempo não pode apagar, as muitas águas nunca levarão o amor
Que Você sente por mim, eu sei que tudo vai se cumprir
O tempo não pode apagar, as muitas águas nunca levarão o amor
Que Você sente por mim, eu sei que tudo vai se cumprir*

*Vai ser difícil, eu sei, largar tudo por Você
Mas eu sei que quando eu pensar em desistir
Você estará ao meu lado
Me segurando, me assegurando de que tudo vai ficar bem
Tudo vai ficar bem*

*E se eu cair a Tua mão me levantará
E se eu chorar, toda lágrima Você enxugará
E se eu cair a Tua mão me levantará
E se eu chorar, toda lágrima Você enxugará*

*Então vem
E aquieta minh'alma
Faz meu coração ouvir Tua voz
Me chama pra perto
Só assim eu não me sinto só*

*Porque na verdade eu descobri que tudo que eu preciso está em Ti
Mas o meu coração é teimoso demais pra admitir
Sei que depender é como viver perigosamente
Mas eu preciso acreditar e confiar no que Você me diz*

*Canção: Aquieta minh'alma
Ministério Zoe*

RESUMO

A Síndrome da Bexiga Hiperativa (SBH) é a urgência miccional com ou sem incontinência, polaciúria e noctúria, na ausência de outras patologias locais.

Objetivo: Identificar os fatores associados à SBH. **Métodos:** Foram realizados dois estudos. Uma revisão sistemática da literatura, cujo objetivo foi identificar os fatores associados à ocorrência da SBH em indivíduos com idade ≥ 40 anos, por meio da busca de artigos nas principais bases de dados em ciências da saúde. E um estudo transversal, realizado com idosas (≥ 60 anos) da comunidade de Ceilândia-DF/Brasil, avaliadas por meio de entrevistas e questionários. **Resultados:** Para a revisão, os descritores utilizados foram “overactive bladder”, “risk factors” e “elderly” (em inglês). Encontrou-se 124 artigos, após o uso de filtros: tema principal - “bexiga urinária hiperativa”, idiomas - inglês, português e espanhol, período de 2006/2016, limite - “meia-idade” e “idoso” reduzindo este número para 57. Após leitura do título/resumo foram excluídos 43. Após leitura na íntegra, foram excluídos 9 artigos. Assim, 5 artigos foram selecionados, totalizando uma amostra de 15.190 homens e 20.053 mulheres. Para o segundo estudo, foram elegíveis 292 idosas, destas, 172 eram grupo caso (58,9%) e 120 (41,1%) grupo controle. Observou-se alta prevalência de SBH na população estudada. A análise multivariada apontou que vida sexual ativa reduz em 70,8% a chance de ter SBH; e cirurgias uroginecológicas aumentam em 3,098 vezes esse risco. **Conclusão:** A literatura apresenta como fatores associados à SBH a idade avançada; sexo feminino; o elevado IMC; a raça (afro-americano e hispânico para homens); etilismo; Diabetes Mellitus, sintomas miccionais e depressão para pessoas de meia-idade e idosos. Já no estudo transversal identificou-se como fator associado à SBH a cirurgia uroginecológica. Em contra partida, apresentar diagnóstico de diabetes e manter vida sexual ativa foram fatores protetores em mulheres idosas da comunidade de Ceilândia-DF.

Palavras-chave: Bexiga urinária hiperativa. Fatores de risco. Idoso. Incontinência urinária de urgência.

ABSTRACT

Hyperactive Bladder Syndrome (SBH) is the urinary urgency with or without incontinence, polaciuria and nocturia, in the absence of other local pathologies.

Objective: To identify the factors associated with SBH. **Methods:** Two studies were carried out. A systematic review of the literature, whose objective was to identify the factors associated with the occurrence of SBH in individuals aged > 40 years, through the search of articles in the main databases in health sciences. A cross-sectional study was conducted with elderly women (> 60 years) from the community of Ceilândia-DF / Brazil, evaluated through interviews and questionnaires. **RESULTS:** For the review, the descriptors used were "overactive bladder", "risk factors" and "elderly". There were 124 articles, after the use of filters: main theme - "overactive urinary bladder", languages - English, Portuguese and Spanish, period 2006/2016, limit "middle age" and "old", reducing this number to 57. After reading the title / abstract, 43 were excluded. After reading the entire article, 9 articles were excluded. For the second study, 292 elderly women were eligible, of which 172 were case group (58.9%) and 120 (41.1%) were the control group. The multivariate analysis showed that active sexual life reduces the chance of having SBH by 70.8%, and urogynecological surgeries increase by 3,098 times this risk **Conclusion:** The literature presents as associated factors SBH the old age; Female, high BMI, race (African American and Hispanic for men); Alcoholism; Diabetes Mellitus, voiding symptoms and depression for middle-aged and elderly people. In the cross-sectional study, urogynecological surgery was identified as a factor associated with SBH. In contrast, presenting a diagnosis of diabetes and maintaining active sexual life were protective factors in elderly women from the community of Ceilândia-DF.

Key words: Overactive bladder. Risk factors. Elderly. Urge urinary incontinence.

LISTA DE FIGURAS

Artigo I	Figura 1. Fluxograma do processo de seleção dos estudos e motivos da exclusão.	21
Artigo II	Figura 1. Fluxograma do recrutamento das voluntárias, motivos de exclusão e divisão dos grupos.	41

LISTA DE TABELAS

Artigo I

Tabela 1. Caracterização do delineamento dos estudos científicos analisados por meio de leitura na íntegra e classificação quanto à inclusão e exclusão. 22

Tabela 2. Identificação dos fatores de riscos associados à SBH e instrumentos de avaliação. 24

Artigo II

Tabela 1. Comparação das características demográficas e clínicas nos grupos de estudo. 43

Tabela 2. Regressão logística univariada para verificar os fatores de risco associados à síndrome de bexiga hiperativa. 45

Tabela 3. Regressão logística multivariada para verificar os fatores de risco associados à síndrome de bexiga hiperativa. 46

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

BA	Bahia
BE	Bélgica,
BH	Bexiga Hiperativa
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CINAHL	Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature
CHN	China
DF	Distrito Federal
DM	Diabetes Mellitus
EAB	Escala de Ansiedade de Back
EGD	Escala geriátrica de depressão
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
ICS	International Continence Society
IUE	Incontinência urinária de esforço
IMC	Índice de Massa Corporal
IU	Incontinência Urinária
JPN	Japão
KOR	Coréia do sul
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
LUTS	Lower Urinary Tract Symptoms
MEDLINE	Medical Literature Analysis and Retrieval System Online
MESH	Medical Subject Headings
OAB-V8	Overactive Bladder Awerenees Tool
OABSS	Overactive Bladder Symptom Score
POR	Portugal
QV	Qualidade de Vida
SCIELO	Scientific Electronic Library Online
STROBE	Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology
SWE	Suécia
UK	Reino Unido

SUMÁRIO

1.	Introdução Geral	12
2.	Objetivos	
2.1	Objetivo Geral	15
2.2	Objetivos Específicos	15
3.	Publicações	
3.1	Artigo I- Fatores de risco associados à síndrome de bexiga hiperativa: uma breve revisão da literatura.	16
3.2	Artigo II- Fatores de risco relacionados à síndrome da bexiga hiperativa em mulheres idosas da comunidade: um estudo caso-controlado.	35
4.	Conclusões	57
5.	Considerações Finais	58
6.	Referências	59
7.	Apêndices	
	Apêndice 1 -Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE	62
	Apêndice 2 - Ficha de Avaliação do projeto de pesquisa	63
8.	Anexos	
	Anexo 1 – Parecer do comitê de ética	68
	Anexo 2- Normas de Publicação	70
	Anexo 3 - Comprovantes de submissão dos manuscritos	80

1. INTRODUÇÃO GERAL

A síndrome da bexiga hiperativa (SBH) é um distúrbio caracterizado pela urgência miccional, com ou sem urge-incontinência, cujo diagnóstico é essencialmente clínico e deve incluir obrigatoriamente a queixa de urgência urinária, sendo este o sintoma chave da síndrome que tem como sinônimos: síndrome da urgência ou síndrome da urge-frequência¹. Este diagnóstico requer um estudo completo e detalhado da história clínica do paciente, sendo dispensados, inicialmente, exames complementares invasivos, como estudo urodinâmico ou cistoscopia, devendo-se apenas descartar a presença de infecção².

A sensação de urgência possui grande variabilidade individual; e em diferentes circunstâncias, diminui o tempo entre as micções aumentando a frequência urinária e diminuindo o volume urinário. Qualquer aumento da frequência miccional referido pelo indivíduo deve ser valorizado. O número de micções médias considerada normal em 24 horas é 8, porém podem haver variações de acordo com o clima, ingestão hídrica e até mesmo certas emoções podem provocar alterações deste número^{1,3}.

É necessário identificar adequadamente a urgência patológica, caracterizada como uma sensação vesical repentina e associada com um desejo imperioso de urinar. Essa sensação é diferente da urgência miccional normal que ocorre em todos os indivíduos durante o contínuo enchimento vesical e que progressivamente se torna mais intensa. Os portadores da SBH frequentemente relatam frases do tipo: “quando vem a vontade de urinar, tenho que ir imediatamente”, “tenho que correr para não urinar na roupa”; estas por sua vez caracterizam a presença de urgência patológica³.

A SBH é um sério problema de saúde, que causa adversidades físicas, psicológicas e sexuais, gerando sobrecarga emocional e social, que pode ocasionar distúrbios psíquicos^{4,5}. Está associada a elevados custos econômicos relacionados ao uso de absorventes e fraldas geriátricas, além de medicamentos, tendo impacto significativo sobre o orçamento familiar. Além de onerar também o sistema de saúde, devido à demanda de consultas para diagnóstico e internações para tratamento cirúrgico⁶.

A SBH não é uma doença endêmica a uma cultura particular e tem sido alvo de pesquisas em diversos países⁷⁻¹⁶. No ano de 2008, 455 milhões de indivíduos apresentavam diagnóstico de SBH. De acordo com uma estimativa mundial para 2018, a previsão é que aproximadamente 546 milhões de pessoas apresentem este distúrbio¹⁷. Estima-se sua prevalência em 16% da população, de acordo com dados epidemiológicos norte-americanos, sendo semelhante, à proporção de homens e mulheres afetados. No entanto, a prevalência de incontinência associada à urgência é maior entre as mulheres (51,3% versus 29,3%) e aumenta com o decorrer da idade².

Embora sejam elevados e assustadores, estes percentuais podem não expressar a realidade. Estudos revelam que ainda é relativamente baixo o número de indivíduos que buscam tratamento para disfunções miccionais, como a SBH, até mesmo por considerarem, equivocadamente, que estes sintomas fazem parte do processo natural do envelhecimento^{18,19}. Todavia o envelhecimento não é considerado causa da incontinência urinária (IU), mas as mudanças relacionadas a este processo²⁰.

Uma possível causa para alguns dos distúrbios urinários em mulheres mais idosas seria a diminuição da capacidade da bexiga, que passa de 500 a 600 ml para 250 a 300 ml, o que pode ocasionar o aumento da frequência urinária e da noctúria²¹. Além disso, os idosos também podem apresentar distúrbios urinários devido a uma ampla variedade de fatores, como alterações cognitivas, físicas, motivacionais, funcionais, bem como, a presença de comorbidades e uso de múltiplas medicações²².

A prevalência e os fatores de risco associados aos sintomas geniturinários em mulheres têm sido bastante estudados, tais como: idade, índice de massa corpórea, paridade, prática de atividade física, tabagismo, etilismo, dentre outras. As diferenças de prevalência são identificadas nos diversos grupos etários e em diferentes populações. Todavia, no Brasil, são poucos os estudos sobre esta prevalência ou até mesmo sobre seus fatores de risco, como por exemplo, em mulheres idosas⁷⁻¹⁶. Observa-se, inclusive, que os resultados destes estudos são bastante conflitantes²³.

Por ser este um distúrbio com repercussões multidimensionais, que acomete tantas mulheres e principalmente na velhice, comprometendo de tal maneira a qualidade de vida (QV), é de suma relevância que mais estudos que abordem essa temática sejam realizados, a fim de elucidar as questões conflitantes existentes na

literatura. Sendo importante pesquisar, em especial, os fatores de risco relacionados a essa síndrome de modo que atitudes preventivas possam ser tomadas. Embora muitos trabalhos tenham sido realizados com o objetivo de identificar tais fatores, poucos foram realizados especificamente com mulheres idosas. Desta forma o presente estudo tem por objetivo identificar os fatores relacionados à ocorrência da SBH em mulheres idosas.

2. OBJETIVOS

2.1- Geral

Identificar os fatores de risco associados à ocorrência da síndrome da bexiga hiperativa em idosas.

2.2- Específicos

* Identificar os fatores de risco associados à ocorrência da síndrome da bexiga hiperativa em pessoas, de ambos os sexos, com idade superior a 40 anos, por meio de uma revisão sistemática da literatura e busca de artigos nas principais bases de dados na área de ciências da saúde.

* Identificar alguns fatores associados à ocorrência da síndrome da bexiga hiperativa em idosas da comunidade.

4. CONCLUSÕES

1. A literatura aponta como fatores associados à síndrome da bexiga hiperativa a idade avançada; sexo feminino (por apresentar maior prevalência); o elevado índice de massa corpórea; a raça (afro-americano e hispânico para homens); etilismo; Diabetes Mellitus, sintomas miccionais e depressão para pessoas de meia-idade e idosos.
2. Em mulheres idosas da comunidade de Ceilândia-DF, identificou-se como fator associado à síndrome da bexiga hiperativa a cirurgia uroginecológica. Em contra partida, apresentar diagnóstico de diabetes e manter vida sexual ativa foram fatores protetores.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

De acordo com os resultados apresentados neste estudo, foi possível observar a alta prevalência de SBH na amostra estudada e a relação desta síndrome com um elevado IMC, HAS, ansiedade e depressão. Desse modo, se faz necessário que trabalhos focados na conscientização e prevenção sejam realizados. As mulheres precisam ser orientadas quanto aos riscos do desenvolvimento de SBH para que desenvolvam a prática de hábitos saudáveis de vida, com intuito de reduzir a prevalência de novos casos. Nesse sentido, torna-se indispensável a intervenção e o bom acompanhamento de uma equipe multidisciplinar.

Por fim, está claro na literatura o impacto negativo que a SBH pode causar a QV dos indivíduos que são por ela acometidos e ainda há muito mais a ser pesquisado como o presente estudo apresentou. No entanto, é preciso ressaltar a importância de trabalhos realizados por pessoas simples da comunidade, como professores acadêmicos que abrem as portas de uma via de mão dupla a qual alunos e pacientes podem ser beneficiado;, os alunos com o conhecimento e os pacientes com o tratamento. E foi exatamente neste cenário de aprendizagem mútua que o projeto base deste estudo foi executado.

Este trabalho faz parte de um projeto mais amplo, na qual cada profissional e aluno de doutorado, mestrado ou da graduação respeitam e valorizam a queixa da paciente; e observam, em poucas sessões, os resultados fantásticos que ocorrem na melhora da QV destas mulheres. Fatos simples como o ato de conseguir dormir uma noite inteira, que representam as idosas uma grande conquista e que muitas vezes só precisava de uma simples orientação. Os dados deste projeto tem contribuído para outras dissertações de mestrado, tese de doutorado, além de trabalhos de conclusão de curso e de iniciativa científica. Portanto, temos visto na prática assistencial a contribuição da pesquisa científica no cotidiano da sociedade.

6. REFERÊNCIAS

1. Pearce MM, Zilliox MJ, Rosenfeld AB, Thomas-White KJ, Richter HE, Nager CW, et al. The female urinary microbiome in urgency urinary incontinence. *Am J Obstet Gynecol*. 2015;213(3):347e1-347e11.
2. Moroni RM, Magnani PS, Rodrigues HLP, Barrilari SEG, Reis FJCD BL. Treatment of idiopathic refractory overactive bladder syndrome. *Feminina*. 2013;41:147–54.
3. Mesquita LA, César PM, Monteiro MV de C, Silva Filho AL da. Terapia comportamental na abordagem primária da hiperatividade do detrusor. *Femina [Internet]*. 2010;38(1).
4. Kafri R, Kodesh A, Shames J, Golomb J, Melzer I. Depressive symptoms and treatment of women with urgency urinary incontinence. *Int Urogynecol J [Internet]*. 2013;24(11):1953–9.
5. Alves AT, Jácomo RH, e Silva RCM, Gomide LB, Bontempo AP dos S, Garcia PA. Association Between Overactive Bladder Syndrome and Depression Among Older Women. *Top Geriatr Rehabil [Internet]*. 2016;32(4):258–63.
6. Tang DH, Colayco DC, Khalaf KM, Piercy J, Patel V, Globe D, et al. Impact of urinary incontinence on healthcare resource utilization, health-related quality of life and productivity in patients with overactive bladder. *BJU Int*. 2014;113(3):484–91.
7. 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 [Internet]*. 2006;25(7):717–21.
8. Acquadro C, Kopp Z, Coyne KS, Corcos J, Tubaro A, Choo MS. Translating overactive bladder questionnaires in 14 languages. *Urology*. 2006;67(3):536–40.
9. Cheung WW, Blank W, Borawski D, Tran W, Bluth MH. Prevalence of overactive bladder, its under-diagnosis, and risk factors in a male urologic veterans

- population. *Int J Med Sci.* 2010;7(6):391–4.
10. Ikeda Y, Nakagawa H, Ohmori-Matsuda K, Hozawa A, Masamune Y, Nishino Y, et al. Risk factors for overactive bladder in the elderly population: A community-based study with face-to-face interview. *Int J Urol.* 2011;18(3):212–8.
 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 [Internet]. Elsevier Inc.;* 2012;79(1):95–101.
 12. Minassian VA, Yan X, Lichtenfeld MJ, Sun H, Stewart WF. Predictors of care seeking in women with urinary incontinence. *Neurourol Urodyn.* 2012;31(4):470–4.
 13. Karin S. Coyne, Chris C. Sexton, Jill A. Bell, Christine L. Thompson, Roger Dmochowski, Tamara Bavendam, Chieh-I Chen JQC. The prevalence of lower urinary tract symptoms (LUTS) and overactive bladder (OAB) by racial/ethnic group and age: Results from OAB-POL. *Neurourol Urodyn.* 2013;32(3):230–237.
 14. Kim, J. H., Ham, B. K., Shim, S. R., Lee, W. J., Kim, H. J., Kwon, S.-S. Bae JH. The association between the self-perception period of overactive bladder symptoms and overactive bladder symptom scores in a non-treated population and related sociodemographic and lifestyle factors. *Int J Clin Pract.* 2013;67(8):795–800.
 15. De Ridder D, Roumeguère T, Kaufman L. Overactive bladder symptoms, stress urinary incontinence and associated bother in women aged 40 and above; A Belgian epidemiological survey. *Int J Clin Pract.* 2013;67(3):198–204.
 16. L. W, J.G. W, X.P. S, Z.M. W, G.J. Q, J. H, et al. Multiple risk factors analysis of nocturia in chinese people older than 40 years old [Internet]. Vol. 32, *Neurourology and Urodynamics.* 2013. p. 902–3.
 17. Irwin D, Kopp Z, Agatep B, Milsom I, Abrams P. Worldwide prevalence estimates of lower urinary tract symptoms, overactive bladder, urinary incontinence and bladder outlet obstruction. *BJU Int [Internet].* 2011;108(7):1132–9.

18. Lopes MH, Higa R. Restrições causadas pela incontinência urinária a vida da mulher. *Rev da Esc Enferm da U S P*. 2006;40(1):34–41.
19. Milsom I, Coyne KS, Nicholson S, Kvasz M, Chen CI, Wein AJ. Global prevalence and economic burden of urgency urinary incontinence: A systematic review. *Eur Urol [Internet]*. European Association of Urology; 2014;65(1):79–95.
20. Jerez-roig J, Leandro D, Souza B De, Lima KC. Incontinência urinária em idosos institucionalizados no Brasil. *Rev Bras Geriatr e Gerontologia*. 2013;16(4):865–79.
21. Higa R, de Moraes Lopes MHB, dos Reis MJ. Fatores de risco para incontinência urinária na mulher. Vol. 42, *Revista da Escola de Enfermagem*. 2008. p. 187–92.
22. Abreu Da Silva V, D 'elboux MJ. Fatores associados à incontinência urinária em idosos com critérios de fragilidade. *Factors Associated With Urinary Incontinence in Elderly Individuals Who Meet Frailty Criteria*. Abr-Jun. 2012;21(2):338–47.
23. Oliveira E, Zuliani LMM, Ishicava J, Silva SV, Albuquerque SSR, Souza AMB De, et al. Avaliação dos fatores relacionados à ocorrência da incontinência urinária feminina. *Rev Assoc Med Bras*. 2010;56(6):688–90.

7. APÊNDICES

Apêndice 1

Termo de consentimento Livre e Esclarecido – TCLE

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

O objetivo desta pesquisa é: Avaliar o efeito da estimulação elétrica transcutânea no nervo tibial posterior nos sintomas de BH em idosas.

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 uma avaliação inicial no qual será avaliada a gravidade da incontinência urinária de urgência por meio de questionários previamente validados, assim como uma avaliação uroginecológica que avaliará a força dos músculos do assoalho pélvico e se a senhora apresenta ou não a bexiga caída. Avaliaremos o comportamento da sua bexiga por 5 semanas para avaliar a melhora em relação ao tempo. **O tratamento consiste em 8 sessões de eletroterapia de apenas 30 minutos, duas vezes por semana.** Após o tratamento, será realizada novamente uma avaliação (reavaliação) para saber como a bexiga da senhora está se comportando. **Todo o tratamento como as avaliações serão feitas todas as quartas e sextas no Centro de Saúde número 04 de Ceilândia/DF.** Informamos que a senhora pode recusar a responder (ou participar de qualquer procedimento) qualquer questão que lhe traga constrangimento, podendo desistir de participar da pesquisa, em qualquer momento, sem nenhum prejuízo para a senhora. Sua participação é voluntária, isto é, não há pagamento por sua colaboração.

Os resultados da pesquisa serão divulgados na Universidade de Brasília por meio da Tese de Doutorado de Aline Teixeira Alves podendo ser publicados posteriormente. Seu nome não aparecerá em qualquer momento no estudo, pois você será identificada como número para zelo de sua privacidade. Os dados e matérias utilizados na pesquisa ficarão sob a guarda do pesquisador por no período de no mínimo 5 anos, após isso serão destruídos ou mantidos na instituição.

Se a senhora tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor, telefone para: Dra. Aline Teixeira, na Universidade de Brasília/FCE, Departamento de fisioterapia, telefone: 98116-0161 no horário de segunda a sexta-feira das 8:00 às 12:00 e das 14:00-18:00 h.

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

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

Nome / assinatura

Pesquisador responsável
Nome / assinatura

Brasília, _____ de _____ de _____.

Apêndice 2

Avaliação Feminina Escola de Avós

Nome: _____ Idade: _____

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

Endereço: _____

Naturalidade: _____

Telefones: _____

Peso atual: _____ Altura: _____ Avaliador: _____

Cor da pele:	Estado Civil:
(1) Branca	(0) Solteira
(2) Preta	(1) Casada ou amasiada
(3) Mulata	(2) Divorciada
(4) Amarela	(4) Viúva
(5) Outra	

Ocupação:	História Obstétrica
(0) Desempregada	() Gestações (G)
(1) Empregada:	() Partos Vaginais (PV)
_____	() Partos Cesariana (PC)
(2) Aposentada	() Aborto (A)
(3) Pensionista	

Anos de Estudo:	Tratamento prévio
(0) Analfabeta	(0) Nunca
(1) 1 - 4 anos	(1) Medicamentoso
(2) 5 - 8 anos	(2) Cirurgia
(3) 2o grau incompleto/completo	(4) Fisioterapia
(5) Nível superior incompleto/completo	(5) Outro

Vida sexual ativa:	() Sim () Não
Fumante:	() Sim () Não
Ex-fumante:	Qto tempo parou de fumar: _____
Marca-passo cardíaco:	() Sim () Não
Infecção urinária:	() Sim () Não
Dor para urinar:	() Sim () Não
Sensação de esvaziamento vesical incompleto	() Sim () Não

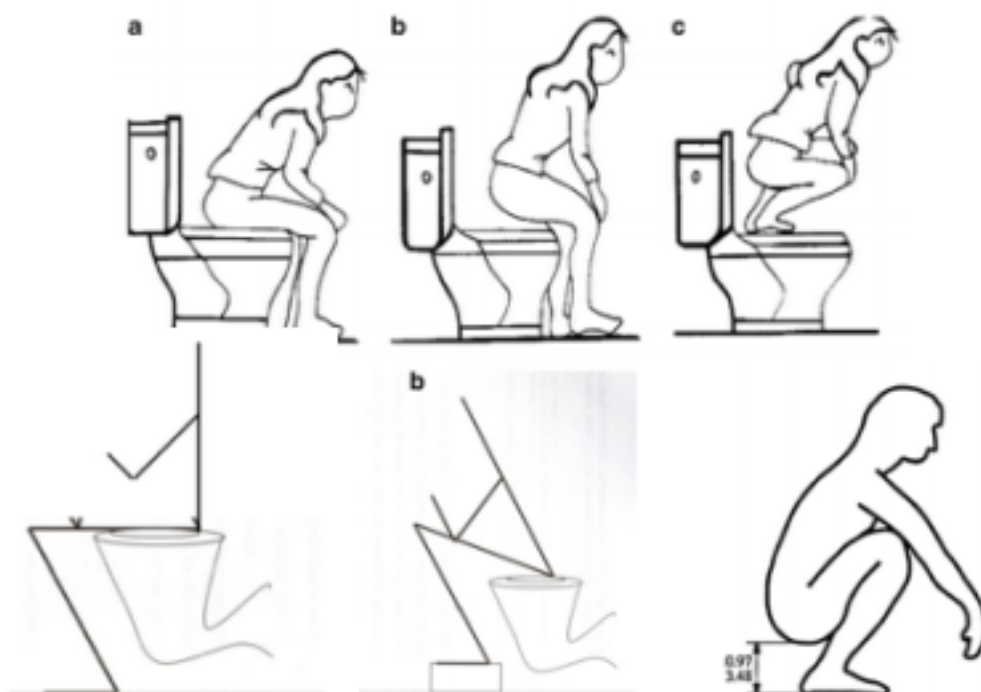
Atividade física:	() Sim () Não
Frequência:	_____
Modalidade:	_____
Cirurgia Abdominal	() Sim () Não
Qual?	_____
Cirurgia Uroginecológica	() Sim () Não
Qual?	_____

Perda de fezes:	() Sim () Não
Hábito intestinal	() > 3 x/sem () < 3 x/sem
Diabetes	() Sim () Não
Hipertensão	() Sim () Não
Doença neurológica	() Sim () Não

Medicamentos que utiliza atualmente	_____

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 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



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

3b. O quanto isso incomoda você?

Circule um número de 0 (não incomoda) a 10 (incomoda muito).

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
 Nada Muito

4a. Durante a noite, quantas vezes, em média, você tem que se levantar para urinar?

- nenhuma vez 0
 1 vez 1
 2 vezes 2
 3 vezes 3
 4 vezes ou mais 4

4b. O quanto isso incomoda você?

Circule um número de 0 (não incomoda) a 10 (incomoda muito).

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
 Nada Muito

5a. Você precisa se apressar para chegar ao banheiro para urinar?

- nunca 0
 poucas vezes 1
 às vezes 2
 na maioria das vezes 3
 sempre 4

5b. O quanto isso incomoda você?

Circule um número de 0 (não incomoda) a 10 (incomoda muito).

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
 Nada Muito

6a. Você perde urina antes de chegar ao banheiro?

- nunca 0
 poucas vezes 1
 às vezes 2
 na maioria das vezes 3
 sempre 4

6b. O quanto isso incomoda você?

Circule um número de 0 (não incomoda) a 10 (incomoda muito).

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
 Nada Muito

ESCALA DE ANSIEDADE DE BECK

Abaixo está uma lista de sintomas comuns de ansiedade. Por favor, leia cuidadosamente cada item da lista. Identifique o 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 e Não me incomodou muito	Moderadamente Foi muito desagradável mas pude suportar	Gravemente Dificilmente pode 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)				

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 problema de memória que os outros? () Sim () Não
15. Acha bom estar vivo? () Sim () Não

Questionário de Avaliação de Bexiga Hiperativa – OAB V8

Nome : _____ Data : ____/____/____

	Nas últimas 4 semanas o quanto você tem sido incomodado(a) por...	Nada	Quase nada	Um pouco	O suficiente	Muito	Muitíssimo
1.	Urinar frequentemente durante o dia?						
2.	Sente vontade urgente e desconfortável de urinar?						
3.	Sente vontade repentina e urgente de urinar, com pouco ou nenhum aviso prévio?						
4.	Perdas acidentais de pequenas quantidades de urina?						
5.	Urina na cama durante a noite?						
6.	Acorda durante a noite porque teve que urinar?						
7.	Tem vontade incontrolável e urgente de urinar?						
8.	Tem perda de urina associada a forte vontade de urinar?						

Total:

8. ANEXOS

Anexo 1 – Parecer do comitê de ética



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

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

Pesquisador: Aline Teixeira Alves

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 08970713.8.0000.0030

Instituição Proponente: Faculdade de Ceilândia - FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 410.161

Data da Relatoria: 11/09/2013

Apresentação do Projeto:

Idem ao anterior.

Objetivo da Pesquisa:

Idem ao anterior.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Idem ao anterior.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Idem ao anterior.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

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

Recomendações:

Não se aplica.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

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

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



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



Continuação do Parecer: 410.161

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

Todas as pendências foram atendidas.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

BRASILIA, 30 de Setembro de 2013

Assinador por:
Natan Monsore de Sá
(Coordenador)

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

Anexo 2 – Normas de Publicação

A Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia é a extensão da revista *Textos sobre Envelhecimento*, lançada em 1998. A RBGG é uma revista especializada que publica textos científicos sobre Geriatria e Geriatria Gerontologia com o objetivo de contribuir para o estudo posterior do envelhecimento humano. A revista é publicada bimestralmente e está aberta a contribuições das comunidades científicas nacionais e internacionais.

RBGG é publicado em português / espanhol e inglês.

Os manuscritos podem ser enviados em português, espanhol e inglês.

A Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia adota o sistema Plagium para identificar o plágio.

CATEGORIAS DE MANUSCRITOS

Artigos originais: devem ser trabalhos de pesquisa originais que visem publicar novos resultados de pesquisas relativas a áreas de estudo relevantes para a área de estudo. Embora outras estruturas possam ser aceitas, em geral, os trabalhos devem aderir à seguinte estrutura: Introdução, Metodologia, Resultados, Discussão e Conclusões.

Os trabalhos podem conter um máximo de 4.000 palavras, excluindo o resumo, referências bibliográficas, tabelas e figuras. Máximo 35 referências e 5 tabelas e figuras. O número de identificação do registro do ensaio será solicitado para a aceitação de estudos originais que contenham ensaios clínicos randomizados e dados de ensaios clínicos.

Artigos temáticos: estes trabalhos devem conter resultados de pesquisas empíricas, experimentais ou conceituais e / ou revisões da área pesquisada. Os trabalhos podem conter um máximo de 4.000 palavras, excluindo o resumo, referências bibliográficas, tabelas e figuras. Máximo 35 referências e 5 tabelas e figuras.

Revisões:

a) **Revisão sistemática** - um tipo de revisão que visa resolver uma questão **específica** que é o foco da revisão. É realizada através de uma síntese dos resultados dos estudos originais quantitativos ou qualitativos e descreve a metodologia adotada na pesquisa dos estudos, os critérios que foram utilizados para selecionar os estudos que foram incluídos na revisão e os procedimentos que foram implementados para resumir os resultados obtidos.

b) **Revisão integrativa** - um método amplo de revisão que permite a inclusão de literatura teórica e empírica, além de estudos que adotam abordagens metodológicas alternativas (quantitativos e qualitativos). Os estudos incluídos na revisão devem ser analisados sistematicamente com relação aos objetivos, metodologias e materiais utilizados.

Máximo de 4.000 palavras, excluindo as referências abstratas e bibliográficas. Máximo de 50 referências e 5 tabelas e figuras.

Estudos de caso: devem ser preferencialmente constituídos por relatos significativos de relevância multidisciplinar e / ou práticas relacionadas ao contexto geral da revista.

Máximo de 3.000 palavras, excluindo as referências abstratas e bibliográficas. Máximo 25 referências e 3 tabelas e figuras.

Atualizações: Papéis descritivos e interpretativos que são baseado no estado atual geral do assunto que está sendo estudado ou que podem sofrer investigação.

Máximo de 3.000 palavras, excluindo as referências abstratas e bibliográficas. Máximo 25 referências e 3 tabelas e figuras.

Relatórios de pesquisa: resumos de trabalhos que abordam pesquisa ou experiência profissional fornecendo evidências metodologicamente adequadas. Relatórios que descrevem nova metodologia ou técnicas também devem ser considerados.

Máximo de 1.500 palavras, excluindo as referências abstratas e bibliográficas. Número máximo de referências: 10 e uma tabela / figura.

Carta ao editor: Máximo de 600 palavras, excluindo as referências bibliográficas e abstratas. Número máximo de referências: 08.

PREPARAÇÃO DE MANUSCRITOS

São aceitos manuscritos em português, espanhol e inglês.

Os manuscritos devem ser digitados e submetidos em formato .doc, .txt ou .rtf, em fonte Arial 12 em papel de tamanho padrão A-4 , espaçamento de 1,5 linhas; alinhamento à esquerda.

As páginas não devem ser numeradas.

Folha de rosto:

A) Título completo do artigo, em português ou espanhol e em inglês, incluindo um título abreviado para cada página. Um bom título permite que o sujeito do artigo seja identificado.

B) Autores: Os nomes completos dos autores devem ser listados, juntamente com seus endereços de e-mail, e as instituições associadas (incluindo universidade, faculdade, departamento, cidade e país). As contribuições individuais de cada autor no desenvolvimento do artigo devem ser listadas, bem como o autor que pode ser contactado para inquéritos. A informação de autoria deve ser listada em um arquivo separado e anexado de acordo com a Etapa 6, em um texto individual não contido no próprio estudo cego.

O conceito de autoria baseia-se na contribuição de cada autor para a concepção e planeamento do projeto de investigação, recolha ou análise a interpretação de dados, redação e revisão crítica. O material que não pode ser classificado por estes critérios deve ser listado em "Agradecimentos". Os autores são responsáveis por obter autorização por escrito das pessoas que estão listadas nos agradecimentos, uma vez que as opiniões desses indivíduos sustentam o conteúdo do trabalho.

C) Financiamento da pesquisa: se o estudo foi subsidiado, o tipo de subsídio deve ser indicado, bem como o nome da instituição de financiamento e o número de registro do estudo na instituição.

Resumo: os trabalhos devem incluir um resumo que contenha um mínimo de 150 e um máximo de 250 palavras. Além de um resumo em inglês, os trabalhos submetidos em inglês devem ter um resumo em português.

Os resumos de artigos originais devem indicar os aspectos mais salientes dos objetivos, metodologia, resultados e conclusões do artigo. Para outros tipos de artigos, o formato dos resumos também deve ser narrativo, porém devem incluir a mesma informação. Os resumos não devem conter citações.

Palavras-chave: indicam, no campo específico, de três a seis termos que identificam o assunto do estudo utilizando os descritores de Ciências da Saúde - DeCS - de Bireme (disponível em <http://www.bireme.br/decs>).

Corpo do artigo: trabalhos que descrevem pesquisa ou estudos devem aderir ao formato: introdução, metodologia, resultados, discussão e conclusões. Os manuscritos devem ser digitados e submetidos em formato .doc, .txt ou .rtf, em fonte Arial 12 em papel de tamanho padrão A-4, espaçamento de 1,5 linhas; alinhamento à esquerda.

Introdução: deve conter a finalidade e a justificativa do estudo; sua importância, escopo, limitações, controvérsias e outras informações que o autor julgue relevantes. Deve ser breve, exceto para manuscritos que são submetidos como Artigos de Revisão. Metodologia: esta seção deve descrever como a amostra foi originada e o processo de amostragem, além de apresentar dados sobre as métricas de pesquisa e a estratégia de análise utilizada. Para os estudos que envolvam seres humanos, o projeto deve incluir o uso de um Formulário de Consentimento Livre e Esclarecido, que é apresentado aos participantes do estudo após a aprovação pelo Comitê de Ética da instituição onde o projeto foi realizado. Resultados: resultados um deve ser apresentada de uma forma clara e concisa. As tabelas e as figuras devem ser apresentadas de forma a serem autoexplicativas e devem mencionar significância estatística, quando relevante. Deve-se evitar repetir dados que aparecem no corpo do papel. O número máximo de tabelas e / ou figuras é 5 (cinco). Discussão: esta seção deve analisar os resultados, apresentar a interpretação / avaliação dos autores com base em observações que aparecem na literatura atual e as implicações / ramificações que estão implícitas no conhecimento sobre o assunto. Os desafios e limitações do estudo devem ser mencionados nesta seção. Conclusão: esta seção deve apresentar as conclusões que foram elaboradas que são relevantes para o objetivo do projeto e indicar orientações futuras para o qual a pesquisa poderia progredir. E deve, ainda, mencionar significância estatística, quando relevante. Deve-se evitar repetir dados que aparecem

no corpo do papel. O número máximo de tabelas e / ou figuras é 5 (cinco). Discussão: esta seção deve analisar os resultados, apresentar a interpretação / avaliação dos autores com base em observações que aparecem na literatura atual e as implicações / ramificações que estão implícitas no conhecimento sobre o assunto. Os desafios e limitações do estudo devem ser mencionados nesta seção. Conclusão: esta seção deve apresentar as conclusões que foram elaboradas que são relevantes para o objetivo do projeto e indicar orientações futuras para o qual a pesquisa poderia progredir. E deve mencionar significância estatística, quando relevante. Deve-se evitar repetir dados que aparecem no corpo do papel. O número máximo de tabelas e / ou figuras é 5 (cinco). Discussão: esta seção deve analisar os resultados, apresentar a interpretação / avaliação dos autores com base em observações que aparecem na literatura atual e as implicações / ramificações que estão implícitas no conhecimento sobre o assunto. Os desafios e limitações do estudo devem ser mencionados nesta seção. Conclusão: esta seção deve apresentar as conclusões que foram elaboradas que são relevantes para o objetivo do projeto e indicar orientações futuras para o qual a pesquisa poderia progredir. Deve-se evitar repetir dados que aparecem no corpo do papel. O número máximo de tabelas e / ou figuras é 5 (cinco). Discussão: esta seção deve analisar os resultados, apresentar a interpretação / avaliação dos autores com base em observações que aparecem na literatura atual e as implicações / ramificações que estão implícitas no conhecimento sobre o assunto. Os desafios e limitações do estudo devem ser mencionados nesta seção. Conclusão: esta seção deve apresentar as conclusões que foram elaboradas que são relevantes para o objetivo do projeto e indicar orientações futuras para o qual a pesquisa poderia progredir. Deve-se evitar repetir dados que aparecem no corpo do papel. O número máximo de tabelas e / ou figuras é 5 (cinco). Discussão: esta seção deve analisar os resultados, apresentar a interpretação / avaliação dos autores com base em observações que aparecem na literatura atual e as implicações / ramificações que estão implícitas no conhecimento sobre o assunto. Os desafios e limitações do estudo devem ser mencionados nesta seção. Conclusão: esta seção deve apresentar as conclusões que foram elaboradas que são relevantes para o objetivo do projeto e indicar orientações futuras para o qual a pesquisa poderia progredir. Deve-se evitar repetir dados que aparecem no corpo do papel. O número máximo de tabelas e / ou figuras é 5 (cinco). Discussão: esta seção deve analisar os resultados, apresentar a interpretação / avaliação dos autores com base em observações que aparecem na literatura atual e as implicações / ramificações que estão implícitas no conhecimento sobre o assunto. Os desafios e limitações do estudo devem ser mencionados nesta seção. Conclusão: esta seção deve apresentar as conclusões que foram elaboradas que são relevantes para o objetivo do projeto e indicar orientações futuras para o qual a pesquisa poderia progredir. Apresentar a interpretação / avaliação dos autores com

base em observações que aparecem na literatura atual e as implicações / ramificações que estão implícitas no conhecimento sobre o assunto. Os desafios e limitações do estudo devem ser mencionados nesta seção. Conclusão: esta seção deve apresentar as conclusões que foram elaboradas que são relevantes para o objetivo do projeto e indicar orientações futuras para o qual a pesquisa poderia progredir. Apresentar a interpretação / avaliação dos autores com base em observações que aparecem na literatura atual e as implicações / ramificações que estão implícitas no conhecimento sobre o assunto. Os desafios e limitações do estudo devem ser mencionados nesta seção. Conclusão: esta seção deve apresentar as conclusões que foram elaboradas que são relevantes para o objetivo do projeto e indicar orientações futuras para o qual a pesquisa poderia progredir.

Agradecimentos: reconhecimento de instituições ou indivíduos que efetivamente colaboraram com o trabalho pode ser declarado nesta seção em um parágrafo de até cinco linhas.

Referências: as referências devem ser padronizadas de acordo com o estilo Vancouver . Referências no texto, tabelas e figuras devem ser identificadas com algarismos arábicos que correspondam aos respectivos números na lista de referências. As referências devem ser listadas na ordem em que aparecem pela primeira vez no texto (não em ordem alfabética). Esse número deve aparecer no corpo do papel em sobrescrito. Cada uma das obras citadas no texto deve aparecer nas referências. Os autores são responsáveis pela precisão das referências , bem como sua adequada citação dentro do corpo do papel.

Notas de rodapé: devem ser limitadas àquelas que são absolutamente necessárias; uma nota final não deve ser incluída.

As imagens, figuras, tabelas, gráficos ou desenhos devem ser encaminhados ou produzidos em formato Excel ou Word e devem ser editáveis e em escala de cinza ou preto. Trabalho desenvolvido usando outro software estatístico (como SPSS, BioStat, Stata, Statistica, R , Mplus etc.) serão aceitos, porém, devem ser editados posteriormente de acordo com os pedidos da declaração normativa final e traduzidos para o inglês. Todas as ilustrações devem ser submetidas em arquivos separados . As ilustrações serão inseridas no sistema durante a sexta etapa de submissão, indicada

como " imagem ", " figura " ou " tabela ", com suas respectivas legendas e numeração. O texto do artigo deve incluir uma indicação de onde cada um desses itens deve ser inserido. O número máximo do conjunto de tabelas e figuras é cinco. Tabelas devem ser tamanho da página no máximo.

Estudos envolvendo participantes humanos: devem incluir informações sobre a aprovação do comitê de ética para pesquisas envolvendo seres humanos, de acordo com a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. O último parágrafo da seção "Metodologia" deve indicar claramente o cumprimento da Resolução 466. O manuscrito deve incluir uma cópia da autorização da declaração normativa do Comitê de Ética.

Ensaio clínico: a Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia (RBGG) apoia as políticas da Organização Mundial de Saúde (OMS) e do Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas (ICMJE) para o registro de ensaios clínicos e reconhece a importância dessas iniciativas para o registro e Divulgação pública internacional de informações sobre estudos clínicos. Como resultado, a partir de 2007, os únicos trabalhos de pesquisa clínica que serão aceitos para publicação são aqueles que receberam um número de identificação de um dos Registros de Ensaios Clínicos certificados de acordo com os critérios estabelecidos pela OMS e ICMJE - <http://www.who.int/ictrp/network/primary/en>, cujos endereços de e-mail estão disponíveis no site do ICMJE - <http://www.icmje.org>.

O autor deve consultar as seguintes listas de verificação:

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

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

TREND - "avaliação não randomizada sobre saúde pública"
(<http://www.cdc.gov/trendstatement/>)

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

REMARK - para testes de precisão prognóstica
(<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3362085/>)

STROBE - para estudos epidemiológicos observacionais
(<http://www.strobe-statement.org/>)

MOOSE - para meta-análise de estudos epidemiológicos observacionais
(<http://www.consort-statement.org/checklists/view/32-consort/66-title>)

PRISMA - para revisões sistemáticas e meta-análises
(<http://www.prisma-statement.org/statement.htm>)

ENVIO DE MANUSCRITOS - ON – LINE

Os manuscritos devem ser enviados somente através do site da RBGG - www.rbgg.com.br - onde o autor deve acessar o link "submissão de artigos".

Uma vez submetido um manuscrito, a Comissão Editorial da Revista verificará se cada um dos pré-requisitos da submissão foi cumprido; o processo de publicação começará então, desde que cada pré-requisito tenha sido cumprido.

Os manuscritos devem ser originais, dirigidos exclusivamente à Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia (RBGG) e não poderão ser submetidos a outros periódicos para avaliação simultânea.

O texto não deve incluir qualquer informação que permita identificar o autor; as informações de contato dos autores devem ser informadas apenas nos campos específicos encontrados no formulário de submissão.

Itens que são solicitados após a submissão:

Como parte do processo de submissão, os autores devem verificar os itens que são exigidos após a apresentação, de acordo com o seguinte:

1. Declaração de Responsabilidade e Transferência de Direitos de Autor, incluindo o endereço e a assinatura de cada autor. Este documento deve ser inserido no sistema como um "arquivo não para revisão".
2. • Declaração assinada pelo primeiro autor do manuscrito sobre o consentimento das pessoas mencionadas na seção Reconhecimentos.
3. Documento comprovativo da aprovação do estudo por um comitê de ética, quando aplicável.
4. Autorização dos editores para a reprodução de figuras ou tabelas já publicadas.

5. A declaração de autoria deve ser assinada pelos autores, digitalizada e incluída na sexta etapa do processo de submissão. Deve ser identificado como um "dossiê suplementar não para revisão", para que os avaliadores não disponham de meios para identificar o (s) autor (es) do trabalho;
6. Autorização para a reprodução de tabelas e figuras - Se o manuscrito contiver tabelas e / ou figuras que foram extraídas de outro trabalho previamente publicado, os autores devem solicitar autorização por escrito para sua reprodução. Este documento deve ser introduzido no sistema como um "arquivo não para revisão";
7. Quanto aos estudos envolvendo participantes humanos, o documento de aprovação do Comitê de Ética também deve ser encaminhado.

AVALIAÇÃO DE MANUSCRITOS

Os manuscritos que cumpram os requisitos de normalização devem ser encaminhados para as fases de avaliação. Para ser publicado, o manuscrito deve ser aprovado nas seguintes fases:

1. Pré-análise: a avaliação do manuscrito é realizada pelos Editores Científicos, que baseiam sua avaliação na originalidade do trabalho, qualidade acadêmica e relevância para os campos de Geriatria e Gerontologia.
2. Exame de pares externos: os manuscritos que são selecionados durante a fase de pré-análise são submetidos para avaliação por especialistas que se especializam no assunto do artigo. Seus relatórios são analisados pelos editores, que, em seguida, decidem sobre a aprovação ou não do manuscrito. A decisão final sobre a publicação do manuscrito está com os editores.
3. Análise final: a fase em que o autor faz os ajustes necessários para a publicação do manuscrito. Durante este processo de edição e padronização, a RBGG se reserva o direito de fazer alterações de formatação e ortografia e gramática no texto antes de enviá-lo para publicação.

O anonimato é garantido durante todo o processo de submissão.

Conflitos de interesse

Caso algum conflito de interesse seja detectado entre os revisores, o manuscrito deve ser encaminhado a um revisor ad hoc diferente.

TAXA DE PUBLICAÇÃO

Esta taxa existe para fornecer recursos para a publicação da RBGG. Como tal, o autor deve pagar RBGG uma taxa de publicação. Esta taxa permite à RBGG assegurar a qualidade da revisão dos textos em português e a tradução dos textos científicos para o inglês.

A taxa de publicação é de R \$ 1.100,00 (mil e cem reais) por documento aprovado, ou seja, o autor não paga a taxa mediante a apresentação de seu trabalho; a taxa só é paga quando o papel foi aprovado para publicação.

Não há taxas para a submissão e avaliação de artigos.

Assim que o trabalho for publicado, qualquer leitor poderá ter acesso gratuito à revista on-line em nosso site www.rbgg.com.br e também no site SciELO.

Anexo 3 Comprovantes de submissão dos manuscritos

Submission Confirmation

[Print](#)

Thank you for your submission

Submitted to Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia

Manuscript ID RBGG-2017-0009

Title FATORES DE RISCO ASSOCIADOS A SÍNDROME DE BEXIGA HIPERATIVA: UMA BREVE REVISÃO DA LITERATURA

Authors Bontempo, Albênica
Martins, Gabriela
Jácomo, Raquel
Malschik, Danieli
Alves, Aline
Menezes, Ruth

Date Submitted 31-Jan-2017

Submission Confirmation

[Print](#)

Thank you for your submission

Submitted to
Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia

Manuscript ID
RBGG-2017-0030

Title
Fatores de risco relacionados à síndrome da bexiga hiperativa em mulheres idosas da comunidade: um estudo caso-controlado

Authors
Bontempo, Albênica
Alves, Aline
Jácomo, Raquel
Malschik, Danieli
Martins, Gabriela
Menezes, Ruth

Date Submitted
07-Mar-2017