

**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.

3. PUBLICAÇÕES

ARTIGO CIENTÍFICO I

Redigido de acordo com as normas de publicação da Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia – Qualis: B3. Fator de impacto: 0,2733.

Fatores de risco associados à síndrome da bexiga hiperativa: uma revisão sistemática.

Risk factors associated with overactive bladder syndrome: a systematic review.

Albênica Paulino dos Santos Bontempo¹, Gabriela de Sousa Martins¹, Raquel
Henriques Jácomo², Danieli Coeli Malschik³, Aline Teixeira Alves⁴,
Ruth Losada de Menezes¹.

1. Programa de pós-graduação em Ciências e Tecnologia em saúde- Universidade de Brasília- UNB/DF – Brasil
2. Programa de pós-graduação em Ciências Médicas pela Universidade de Brasília- UnB/DF – Brasil.
3. Projeto de extensão do Departamento de Fisioterapia da Faculdade de Ceilândia da Universidade de Brasília- UnB/DF – Brasil.
4. Departamento de Fisioterapia da Faculdade de Ceilândia da Universidade de Brasília- UnB/DF – Brasil

RESUMO

Trata-se de uma revisão sistemática que teve por objetivo identificar os fatores de risco associados à ocorrência da síndrome de bexiga hiperativa (SBH) em indivíduos com idade superior a 40 anos. Através do portal da Biblioteca Virtual em Saúde–BVS realizou-se busca nas bases de dados LILACS, SCIELO, MEDLINE, WEB OF SCIENCE, BANCO DE TESES DA CAPES, CINAHL e SCOPUS. Os descritores

utilizados foram “overactive bladder”, “risk factors” e “elderly” (em inglês). Foram encontrados 124 artigos, em seguida utilizaram-se os filtros: tema principal - “bexiga urinária hiperativa”, idiomas - inglês, português e espanhol, período de 2006 a 2016, limite - “meia-idade” e “idoso” reduzindo o número de artigos para 57. Após leitura do título/resumo foram excluídos 43 por associar a SBH a outros assuntos sendo 12 a patologias; 12 ao uso de medicações; 5 a cirurgias, 3 a prolapsos, 1 a menopausa, 1 a bexiga neurogênica e 9 por abordar sintomas, tratamentos e validação de questionários. Após leitura na íntegra, foram excluídos 9 artigos por uma ou mais das seguintes razões: idade inferior a 40 anos ou apresentarem somente homens/mulheres em sua amostra. Assim, 5 artigos foram selecionados, totalizando uma amostra de 15.190 homens e 20.053 mulheres. Esta revisão identificou como fatores de risco para SBH em adultos; idade; sexo feminino; índice de massa corporal alto; raça branca; etilismo; diabetes mellitus e depressão. No entanto, se faz necessário à realização de mais pesquisas, uma vez que, estes achados contrariam resultados de estudos semelhantes.

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

ABSTRACT

This is a systematic review aimed at identifying the risk factors related to the occurrence of hyperactive bladder syndrome (SBH) in individuals over 40 years of age. Through the portal of the Virtual Health Library-VHL, a search was made in the LILACS, SCIELO, MEDLINE, WEB OF SCIENCE, BANCO DE TESES DA CAPES, CINAHL and SCOPUS databases. The descriptors used were "overactive bladder", "risk factors" and "elderly". There were 124 articles, and the following filters were used: main theme - "hyperactive urinary bladder", languages - English, Portuguese and Spanish, from 2006 to 2016, borderline - "middle age" and "elderly", reducing the number of articles to 57. After reading the title / abstract, 43 were excluded because they associate the SBH with other subjects, with 12 being pathologies; Use of medications, 5 surgeries, 3 prolapses,

1 menopause, 1 neurogenic bladder and 9 for addressing symptoms, treatments and validation of questionnaires. After reading in full, 9 articles were excluded for one or more of the following reasons: lower age The age group, the female sex, the mass index, and the number of men and women in the sample, and a total of 15,190 men and 20,053 women were selected. Tall white body; Alcoholism; Diabetes mellitus and depression. However, it is necessary to carry out more research, since these findings contradict the results of similar studies.

Key words: Overactive bladder. Risk factors. Elderly. Urinary incontinence. Review.

INTRODUÇÃO

A incontinência urinária (IU) é considerada um sério problema de saúde por ocasionar grande impacto negativo sobre a qualidade de vida (QV).¹ Esta condição gera adversidades físicas, psicológicas e sexuais devido à sobrecarga emocional e social; concomitantemente, esta disfunção está associada a desordens psíquicas como ansiedade e depressão, principalmente em mulheres.²⁻⁵

A manifestação clínica de urgência miccional, com ou sem urge-incontinência, acompanhada por polaciúria e/ou noctúria com ausência de infecção ou de qualquer outra patologia associada é definida como síndrome da bexiga hiperativa (SBH), segundo a Sociedade Internacional de Continência (ICS).⁶ Esta síndrome é considerada um dos principais temas de estudo na urologia.^{7,8}

A SBH é evidenciada pelo diagnóstico clínico, dispensando, inicialmente, exames complementares invasivos, como estudo urodinâmico ou cistoscopia, devendo-se apenas descartar a presença de infecção. É importante avaliar o impacto dos sintomas por meio de questionários validados de QV, uma vez que, determina um impacto significativo, associando-se a infecções urinárias de repetição, depressão, disfunção sexual e distúrbios do sono.⁹

Esta síndrome onera o orçamento familiar devido aos custos relacionados ao uso de absorventes, fraldas geriátricas, medicamentos e também gera despesas para o sistema de saúde, em decorrência da demanda de consultas para diagnóstico e

internações para tratamentos cirúrgicos. ¹⁰ Nos EUA estima-se que os custos anuais associados com SBH na comunidade sejam equivalentes a US\$ 9 bilhões, incluindo US\$ 2,9 bilhões para diagnóstico e tratamento, US\$ 1,5 bilhão cuidados de rotina, US\$ 3,9 bilhões para consequências relacionadas à saúde e US\$ 841 milhões em perda de produtividade. ¹¹

Embora possa ocorrer em todas as faixas etárias, sua incidência aumenta com o decorrer da idade. ^{12,13} De acordo com uma estimativa mundial para 2018, a previsão é que aproximadamente 546 milhões de indivíduos apresentem este distúrbio. ¹⁴ 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. ⁹ Estudos apontam que no Brasil essa síndrome poderá acometer 18% da população. ¹⁴

A despeito de ser este um tema de grandiosa importância, pouco se sabe sobre suas possíveis causas. Considerando o envelhecimento populacional mundial e sabendo que o número de pessoas que apresentaram estes sintomas cresce proporcionalmente ao aumento do número de idosos, seria possível prevenir ou até mesmo evitar a SBH e assim diminuir seu impacto na QV e na economia conhecendo melhor suas causas. Diante da relevância do tema, o presente estudo tem por objetivo identificar os fatores de risco associados à ocorrência da SBH 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.

MÉTODOS

Estratégia de busca

Trata-se de revisão sistemática da literatura, realizada nas seguintes bases de dados: LILACS, SCIELO, MEDLINE, WEB OF SCIENCE, BANCO DE TESES DA CAPES, CINAHL e SCOPUS, acessadas por meio da Biblioteca Virtual em Saúde – BVS. Os descritores extraídos do Medical Subject Headings (MeSH) utilizados foram:

em português (bexiga hiperativa, fatores de risco e idosos), em inglês “overactive bladder”, “risk factors” e “elderly”. Utilizando o indicador booleano “and”.

Seleção dos estudos

Foram eleitos para este estudo os artigos que atenderam aos seguintes critérios de inclusão: ser original, estar disponível na íntegra, serem publicados entre 2006 a 2016, no idioma inglês, português e espanhol. Apresentar como desfecho os fatores de risco relacionados à “Bexiga Urinária Hiperativa”, ter como amostra pessoas de meia-idade (≥ 40 anos) e idosos de ambos os sexos.

Foram excluídos estudos que associassem a SBH a outros tipos de incontinência urinária tais como: incontinência urinária de esforço; incontinência urinária mista; bexiga neurogênica; prolapso genitais; sintomas da menopausa, ou a outras patologias, como por exemplo, Diabetes Mellitus ou doenças neurológicas (Alzheimer, Parkinson, Acidente vascular cerebral dentre outros); a cirurgias, e ao uso de medicações. Também foram excluídos artigos relacionados a outros aspectos da bexiga hiperativa, mas que não abordavam os fatores de risco, tais como: sintomatologia, tratamento ou validação de questionários.

Após realização da pesquisa eletrônica, procedeu-se a leitura dos títulos para identificar os que se enquadravam nos critérios de elegibilidade. No segundo momento, passou-se a leitura dos resumos dos artigos selecionados previamente, e somente após esta segunda seleção foi realizada a leitura na íntegra dos artigos elegíveis. Os artigos que atenderam aos critérios de elegibilidade foram acessados na íntegra e foram extraídas as seguintes informações para compilação dos resultados: características da amostra estudada; instrumentos utilizados; principais achados e conclusões.

RESULTADOS

Inicialmente identificou-se 124 artigos. Com intuito de aperfeiçoar a pesquisa foi realizado o uso de filtros. Assim, considerou-se apenas os artigos cujo tema principal

fosse “bexiga urinária hiperativa”, publicados nos idiomas inglês, português e espanhol, no período de 2006 a 2016, com o limite “meia-idade” e “idoso” reduzindo o número de artigos para 57. Após a remoção dos artigos duplicados e aplicação dos critérios de exclusão, 14 estudos foram considerados para etapa de análise crítica, mas apenas 5 estavam de acordo com os critérios de elegibilidade proposto por esta revisão. O detalhamento da busca e os motivos da exclusão dos artigos podem ser visualizados no fluxograma representado na figura 1.

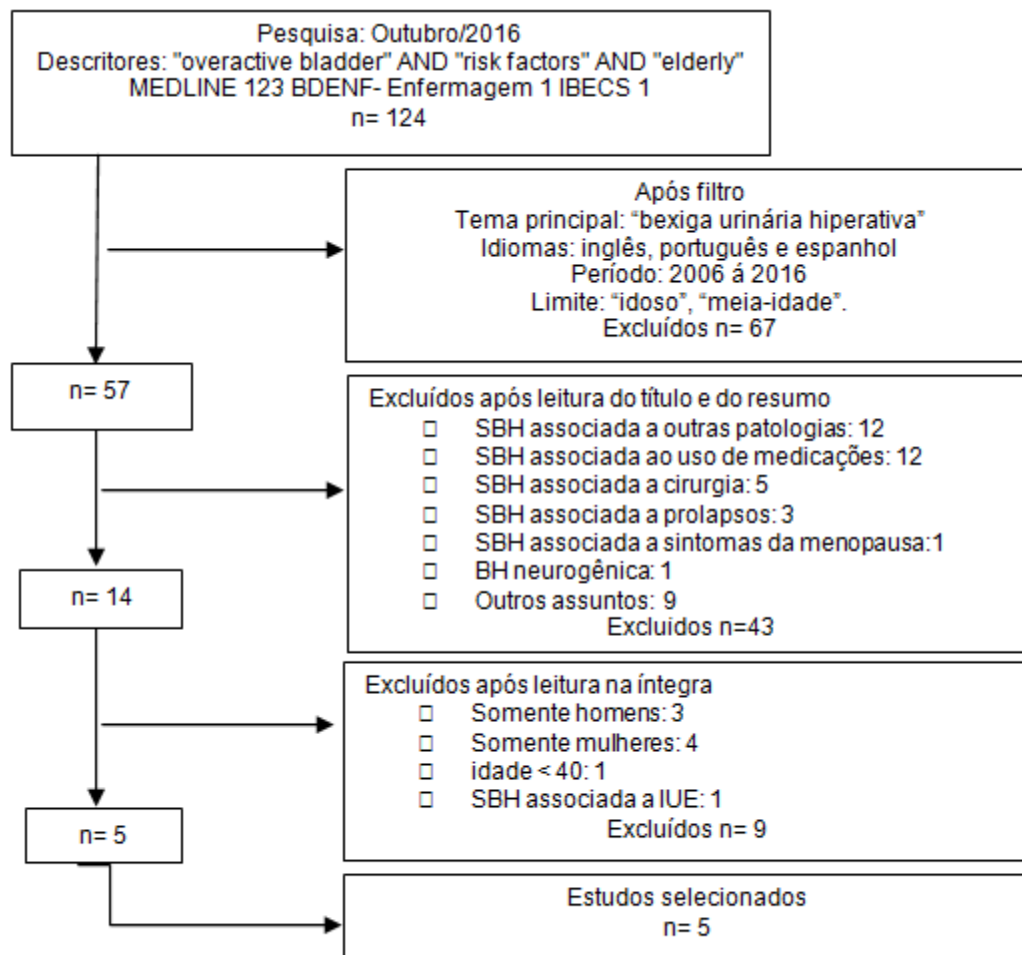


Figura 1. Fluxograma do processo de seleção dos estudos e motivos da exclusão.

Na Tabela 1 é possível observar o delineamento dos estudos com base no desenho, descrição da amostra, idade da população estudada e local onde foi

realizado. Apenas dois foram realizados exclusivamente com idosos (maiores de 60 anos), os demais consideraram meia-idade (≥ 40 anos) e idosos.

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

| Autores | Desenho do estudo | Amostra | Idade (anos) | Local | Situação |
|-------------------------------------|------------------------------|--------------------------------|---------------------|--------------|---|
| Zhang et al. 2006 ¹⁵ | Estudo de coorte transversal | 4.684 mulheres | ≥ 20 | CHN | Exclusão, somente mulheres, idade e IUE |
| Choo et al. 2007 ¹⁶ | Estudo transversal | 1.000 homens / 1.005 mulheres | ≥ 40 | KOR | Inclusão |
| Correia et al. 2009 ¹⁷ | Estudo transversal | 1.483 mulheres / 451 homens | ≥ 40 | POR | Exclusão IUE |
| Whitcomb et al. 2009 ¹⁸ | Estudo epidemiológico | 3.050 mulheres | ≥ 25 | EUA | Exclusão, somente mulheres, idade e IUE |
| Cheung et al. 2010 ¹⁹ | Estudo de coorte prospectivo | 1.086 homens | ≥ 59 | EUA | Exclusão somente homens |
| Wang et al. 2011 ²⁰ | Estudo transversal | 7.359 homens / 7.485 mulheres | ≥ 18 | CHN | Exclusão Idade < 40 |
| Ikeda et al. 2011 ²¹ | Estudo transversal | 414 homens e 419 mulheres | ≥ 70 | JPN | Inclusão |
| Coyne et al. 2012 ²² | Estudo transversal | 9.237 homens / 10.407 mulheres | ≥ 40 | EUA, UK, SWE | Inclusão |
| Minassian et al. 2012 ²³ | Estudo de coorte | 4,064 mulheres | ≥ 40 | EUA | Exclusão, somente mulheres e IUE |
| Hirayama et al. 2012 ²⁴ | Estudo transversal | 1.410 homens / 1.546 mulheres | ≥ 65 | JPN | Inclusão |
| Coyne et al. 2013 ²⁵ | Estudo transversal | 192 homens | ≥ 40 | KOR | Exclusão somente homens |
| Kim et al. 2013 ²⁶ | Estudo transversal | 1.267 homens | ≥ 40 | KOR | Exclusão somente homens |
| Ridder et al. 2013 ²⁷ | Estudo epidemiológico | 7.139 mulheres | ≥ 40 | BE | Exclusão, somente mulheres e IUE |
| Wen et al. 2013 ²⁸ | Estudo transversal | 3.129 homens / 6.676 mulheres | ≥ 40 | CHN | Inclusão |

*CHN = China, USA= Estados Unidos da América, KOR= Coreia do sul, BE= Bélgica, JPN= Japão, UK= Reino Unido, SWE= Suécia, POR= Portugal. IUE= Incontinência urinária de esforço.

Foram excluídos 9 artigos por uma ou mais das seguintes razões: 1 por apresentar faixa etária inferior a estabelecida para o presente estudo, 3 por apresentarem somente homens em sua amostra e 4 por ter somente mulheres. O estudo realizado por Correia et al. (2009) ¹⁷ considerou, além dos sintomas de bexiga hiperativa, a incontinência urinária de esforço; sendo por este motivo igualmente excluído. Ao final, apenas cinco estudos foram incluídos na etapa de apreciação crítica (16, 21, 22, 24, 28) totalizando uma amostra de 15.190 homens e 20.053 mulheres.

Realizou-se uma síntese das informações de cada estudo em um quadro contendo os seguintes tópicos: autores, objetivos, instrumentos, resultados, conclusões e fatores de risco observados. Com intuito de verificar os possíveis sinais e sintomas de SBH evidenciou-se que os estudos aplicaram instrumentos de avaliação tais como: questionários elaborados pelos autores, questionário de sintomas de bexiga hiperativa (OABSS) e questionário sobre os sintomas do trato urinário inferior (LUTS). E assim os principais fatores de risco para o desenvolvimento da SBH foram listados e serão apresentados na tabela 2.

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

| Autores | Objetivo | Instrumentos | Resultados | Conclusões | FRO |
|------------------------------------|---|---|--|--|---|
| Choo et al. 2007 ¹⁶ | Avaliar a prevalência da SBH em adultos. | Pesquisa realizada por telefone. Questionário desenvolvido pelos autores. | A prevalência dos sintomas aumentou com a idade em ambos os sexos, foi mais comum em mulheres com idade <70 anos. Os sintomas de urgência, noctúria e incontinência foram os mais comuns. | A análise multivariada indicou que sexo, idade e IMC foram associados com SBH e houve impacto negativo na qualidade de vida. | Sexo feminino, idade e IMC |
| Ikeda et al. 2011 ²¹ | Mensurar a prevalência e os fatores de risco para a SBH em idosos. | Questionário autoadministrado. Avaliação de estilo de vida, EGD, Exame do Estado Mini - Mental e história médica. | Prevalência média de 17,6% nos homens e 19,1% nas mulheres. Idade média 75,4 (4,5) anos. A análise multivariada mostrou que o risco é significativamente maior em indivíduos com sintomas depressivos, com hábitos etilistas, e indivíduos com sobrepeso. | Existe associação entre SBH e os sintomas depressivos e ingestão de álcool em idosos. | Sintomas depressivos; Etilismo; Prevalência > em mulheres, sobrepeso. |
| Coyne et al. 2012 ²² | Estimar a prevalência de SBH em homens e mulheres nos EUA para determinar a existência de diferenças raciais. | Questionários (Epidemiology of Lower Urinary Tract Symptoms) respondido através da internete. | A prevalência variou de 26-33% para homens e 27-46% para as mulheres. Variou de 26% em homens asiáticos a 33% em homens afro-americanos. A prevalência foi menor em mulheres asiáticas (27%) e maior em afro-americanos (46%). A raça era preditiva de SBH em homens, mas não para mulheres. | A prevalência foi maior nas mulheres e nos homens de raça afro-americanas, os quais apresentaram maior chance de desenvolver a SBH. A raça afro-americana e a hispânica foi preditiva de SBH para homens, mas não para mulheres. | Sexo feminino; Raça afro-americana e hispânica para homens. |
| Hirayama et al. 2012 ²⁴ | Avaliar a incidência e taxa de remissão da SBH e os fatores de risco para novos casos em idosos. | Questionário autoadministrado | A taxa de incidência e remissão em 1 ano foi de 11,9% e 29,8%, respectivamente. A relação referente aos sintomas urinários com o consumo de álcool e tabagismo, hipertensão, e estado depressivo em indivíduos com SBH de início recente, foram significativamente maiores do que os indivíduos sem SBH. | Os resultados demonstraram que o sexo masculino, a soma dos sintomas miccionais e depressão foram fatores independentes para SBH. | Sexo masculino, sintomas miccionais e depressão. |
| Wen et al. 2013 ²⁸ | Avaliar a prevalência de fatores de risco associados à SBH | Questionário de sintomas de bexiga hiperativa (OABSS) Realizado mediante site. | A prevalência global foi de 2,1%. Sendo mais comum em homens do que em mulheres >60 anos (4,6% vs. 2,6%, P <0,05). Também foi maior em indivíduos com DM e em indivíduos com um IMC acima de 29. | A prevalência aumentou com a idade em ambos os sexos, mas foi maior para os homens com mais de 60 anos de idade. Diabéticos com IMC ≥ 25 e pessoas que sofrem de obesidade são mais propensos a desenvolver. | Idade; Sexo masculino; Diabetes Mellitus; Obesidade. |

*SBH= síndrome de bexiga hiperativa. *FRO= fatores de risco observados. *IMC = índice de massa corpórea; %porcentagem. *DM = diabetes mellitus. *EGD = Escala Geriátrica de Depressão.

Conforme os achados desta revisão literária, os fatores de risco mais frequentemente observados nos estudos para SBH em adultos (\geq a 40 anos) foram: idade avançada; sexo feminino (maior prevalência); IMC elevado; raça (afro-americano e hispânico para homens); etilismo; Diabetes Mellitus, sintomas micionais e depressão.

DISCUSSÃO

Esse trabalho se propôs a realizar uma revisão sistemática a respeito dos principais fatores de risco associado à SBH em pessoas de meia-idade e idosos, por considerar ser este um problema de saúde pública ainda pouco explorado em trabalhos científicos.²⁹ Optou-se por buscar artigos relacionados à meia idade e idosos, tendo por base o estudo epidemiológico realizado nos EUA que sugere que 1 em cada 6 adultos devem sofrer por este distúrbio e que a prevalência estimada é semelhante entre homens e mulheres, entretanto entre as mulheres, a prevalência da SBH pode variar de 2% a 19%, com aumento acentuado após os 44 anos.³⁰

Assim, os estudos que foram considerados elegíveis para a presente revisão e apresentaram como desenho o modelo de estudo transversal. Não houve consenso/padrão entre as metodologias empregadas pelos artigos, uma vez que utilizaram questionários e modos de aplicação diferentes, sendo alguns enviados por meio de e-mails, outros aplicados através de sites e outros por entrevista telefônica. Os países onde foram realizados estes estudos são: Coréia,¹⁶ Japão,^{21,24} Estados Unidos da América,²² Suécia,²² Reino Unido²² e China²⁸.

Não foram encontrados trabalhos referentes à população brasileira que estivessem de acordo com os critérios de elegibilidade deste estudo. Entretanto, Moreira et al. (2013)¹³ afirmam ter realizado o maior levantamento sobre SBH no Brasil por meio de um estudo transversal com base na população da cidade de Salvador-BA; com uma amostra de 1.500 homens e 1.500 mulheres com idade \geq 30 anos. Os autores observaram uma prevalência de 5,1% sintomas referentes à SBH nos homens e 10% nas mulheres e essa prevalência aumentou com a idade em ambos os sexos.¹³

Estes resultados colaboram com os encontrados nos estudos que fizeram parte desta revisão que, por sua vez, demonstraram uma alta prevalência de SBH crescente com o avançar da idade, ^{16,19,28} o que também foi demonstrado no estudo de Ikeda et al. (2015).³¹ Alguns artigos relataram que os sintomas estão associados ao sexo feminino, ^{16,21,22}, provavelmente devido ao número de partos como explicam Wen et al. (2013)²⁸ e ainda Moreira et al. (2013)¹³ relataram em seu estudo que o número de partos naturais estava diretamente associado ao risco de apresentar SBH.¹³ Em contra partida, houve uma frequência maior no sexo masculino nos estudos de Hirayama et al. (2012)²⁴ e do próprio Wen et al. (2013).²⁸

A associação entre envelhecimento e sintomas miccionais, principalmente sintomas irritativos, como urgência e urge-incontinência, pode ser parcialmente explicada por alterações estruturais no músculo detrusor, tais como, o desenvolvimento de fibrose e hipersensibilidade à noradrenalina, levando ao desenvolvimento de hiperatividade detrusora. ^{32,33} Contudo, o envelhecimento por si só não é considerado uma causa da IU e sim as mudanças relacionadas a este processo, como as alterações hormonais, por exemplo, que têm o potencial de afetar o trato urinário baixo e provocar sintomas que podem aparecer sem patologia aparente. ³⁴

A obesidade também foi citada como fator de risco para SBH por três autores, Choo et al. (2007)¹⁶, Ikeda et al. (2011)²¹ e Wen et al. (2014)²⁸. Este fato já havia sido relatado em 1999 por Must et al. (1999) ³⁵ que apresentavam a obesidade como fator de risco para IU, assim como outros autores, também relataram que o sobrepeso e a obesidade colaboram para o desenvolvimento de alterações miccionais.^{5,33,36,37,38} Segundo Brown et al. (1996) ³⁶, a obesidade, quando comparada com outros fatores de risco, é a que mais está relacionada com a perda urinária, assim como o surgimento de sintomas urinários, tais como: a urgência miccional, a polaciúria e a noctúria.³⁶ No entanto, outros estudos mostram dados conflitantes, como os resultados apresentados por Ku et al. (2006),³⁹ Oliveira et al. (2010)⁴⁰ e Cheung et al. (2010)¹⁹, que afirmam não ter encontrado associação entre os sintomas da IU e o IMC. Ainda assim, o excesso de peso constitui-se uma hipótese plausível para a perda urinária devido ao fato de aumentar a pressão intra-abdominal e promover a elevação da pressão vesical e maior mobilidade uretral e do colo vesical durante as atividades de vida diária. ⁴⁰

A raça foi citada por Coyne et al. (2012)²², contudo os próprios autores afirmam existir poucas evidências sobre o papel da raça na prevalência da SBH. A maioria dos estudos realizados acerca de IU foram conduzidos em populações brancas; mas existem dados comparativos que sugerem que mulheres brancas têm maior susceptibilidade em desenvolver incontinência do que as negras.⁴¹ Segundo Coyne et al. (2012)²², a prevalência entre os homens foi de 26,3% nos brancos, 33,3% nos afro-americanos, 27,0% nos asiáticos e 28,0% nos hispânicos. Já entre as mulheres foi de 43,4% nas brancas, 45,9% nas afro-americanas, 26,6% nas asiáticas e 42,0% nas hispânicas. Estes dados são referentes a uma amostra de 20.000 adultos residentes nos EUA. Os autores apresentaram como conclusão que a raça afro-americana e hispânica é preditiva de SBH para homens, mas não para mulheres.

Finkelstein et al. (2008)⁴² realizaram um estudo semelhante ao de Coyne et al. (2012)²², com o objetivo de avaliar a prevalência de SBH em mulheres de diferentes raças residentes nos EUA. Para isso utilizaram um questionário específico voltado para detecção de SBH. Participaram deste estudo 947 mulheres com idade ≥ 18 anos que foram atendidas em consultórios particulares de ginecologia e obstetrícia. A amostra foi composta por negras (82%), brancas (10%) e hispânicas (4%). Segundo os autores, a prevalência de SBH foi semelhante entre as diferentes raças. Os sintomas estavam presentes em 35% das mulheres negras, 36% das hispânicas e 30% das mulheres brancas.⁴² Cheung et al. (2010)¹⁹, da mesma forma, não observaram diferença entre as raças quanto aos sintomas de BH em seu estudo realizado com homens também residentes nos EUA.¹⁹

No Japão, Ikeda et al. (2011)²¹ observaram que indivíduos com sintomas depressivos, etilistas e com sobrepeso apresentaram um risco significativamente maior de desenvolver SBH.²¹ Este foi o único artigo, dos elegíveis para a presente revisão, o qual citou o etilismo como um fator de risco, no entanto, os próprios autores afirmam que o resultado de tal associação ainda é inconsistente por haver poucas evidências sobre o tema. Hannestad et al. (2003)⁴³ realizaram um estudo transversal com base na população da Noruega, com mulheres ≥ 20 anos, buscando associação entre a IU (de todos os tipos) e o tabagismo, a obesidade e o consumo de bebidas alcoólicas ou cafeinadas. Segundo os autores, o tabagismo e o aumento do IMC foram fatores

associados à IU, entretanto não foram encontradas associações importantes com a ingestão de álcool ou café.⁴³

Ikeda et al. (2011)²¹ e Hirayama et al. (2012)²⁴ apresentaram a depressão como fator de risco para SBH. De acordo com essa literatura, a depressão é um problema de saúde mental comum entre os idosos e é ainda mais comum entre as mulheres.³ Muitos estudos sugerem associação entre SBH e a depressão. Alguns afirmam que aproximadamente metade das mulheres irão apresentar sintomas de perdas urinárias e alguns episódios de depressão no decorrer de suas vidas, de modo que aquelas que apresentarem ambos os transtornos terão sua capacidade funcional e QV com maior comprometimento que aquelas que apresentarem apenas um destes.^{3,44,45,46}

Estes fatos corroboram com os resultados apresentados por Ikeda et al. (2011)²¹ no estudo composto por 833 indivíduos, dos quais 18,4% foram diagnosticados com SBH; destes, 17,6% eram homens e 19,1% mulheres. A fim de avaliar os sintomas depressivos, os autores fizeram uso da escala de depressão geriátrica (EGD) e os indivíduos com uma pontuação ≥ 11 foram incluídos no grupo com sintomas depressivos; esse grupo foi composto por 213 sujeitos (25,6%), incluindo 76 homens (18,4%) e 137 mulheres (32,7%). Desse modo, os resultados mostraram que a prevalência de SBH foi maior nos participantes com sintomas depressivos. Esta associação também foi alvo da pesquisa de Asplund et al. (2004)⁴⁷ que conseguiram observar relação entre o aumento da noctúria e os sintomas depressivos. Estes autores acreditam que tal alteração se dê por meio de possíveis mecanismos patogênicos que promovem uma maior diurese noturna, devido a um ritmo perturbado de secreção de hormônios diuréticos, como também a diminuição da capacidade de armazenamento noturna da bexiga através de um efeito serotoninérgico de origem central e/ou periférico.⁴⁷ Perry et al. (2006)⁴⁸ em um estudo longitudinal prospectivo, que contou com a participação de mulheres com idade ≥ 40 anos, conseguiram demonstrar a influência de fatores emocionais na manutenção da incontinência de urgência ao observar associação significativa; uma vez que 37,6% das mulheres que apresentavam queixa de urge-incontinência também apresentaram sintomas de depressão.

Por fim, a diabetes mellitus, que foi citada por um único artigo, o de Wen et al. (2014)²⁸. Estudos recentes também apresentaram a diabetes mellitus como um fator de

risco para SBH^{31,48,49}, como é possível observar no trabalho realizado por Ikeda et al. (2015)³¹, no Japão, com 652 pacientes diabéticos do tipo 1 ou 2. A idade média da amostra foi 64,5 anos (desvio padrão de 12,5 anos), sendo excluídos pacientes com distúrbios neurológicos. Os participantes responderam a questionários que abordavam sintomas de SBH, assim sua prevalência foi de 24,2% na amostra, segundo os autores, esta foi uma prevalência 2 vezes maior do que a da população geral japonesa.

É importante ressaltar que a ausência de um padrão ou protocolo específico entre as formas de avaliação dos fatores de risco, devido a diversidade dos instrumentos utilizados, tenha sido um fator limitante para este trabalho. Também se deve considerar o número limitado de trabalhos que abordam esse tema, tornando necessário mais estudos; uma vez que estes achados contrariam resultados de estudos semelhantes, como o realizado por Cheung et al. (2010)¹⁹, com 1.086 homens, pacientes do ambulatório de urologia de um determinado hospital nos EUA, o qual afirma não ter encontrado associação entre os sintomas de BH com o IMC, o tabagismo, a raça ea diabetes, na amostra estudada.

CONCLUSÃO

Considerando os estudos disponíveis, até o presente momento e que foram elegíveis para esta revisão da literatura, infere-se que: idade avançada; sexo feminino (por apresentar maior prevalência); IMC elevado; raça (afro-americano e hispânico para homens); etilismo; Diabetes Mellitus, sintomas miccionais e depressão podem ser considerados como fatores de risco para o desenvolvimento de Síndrome de Bexiga Hiperativa para pessoas de meia-idade e idosos. As razões para essas correlações permanecem incertas. Faz-se necessário a realização de mais estudos sobre este tema a fim de identificar os fatores de risco específicos para população brasileira.

REFERÊNCIAS

1. Faria CA, Maria A, Menezes N De. Incontinência urinária e noctúria : prevalência e impacto sobre qualidade de vida em idosas numa Unidade Básica de Saúde. Rev Bras Geriatr e Gerontol. 2014;17(1):17–25.

2. Kwon BE, Kim GY, Son YJ, Roh YS, You MA. Quality of life of women with urinary incontinence: A systematic literature review. Vol. 14, *International Neurourology Journal*. 2010. p. 133–8.
3. 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.
4. Pinto JM, Neri AL. Factors associated with low life life satisfaction in community-dwelling elderly: FIBRA Study. *Cad Saude Publica*. 2013;29(12):2447–58.
5. Alves AT, Jácomo RH, Gomide LB, Garcia PA, Bontempo AP dos S, Karnikoskwi MG de O. Relationship between anxiety and overactive bladder syndrome in older women. *Rev Bras Ginecol e Obs* [Internet]. Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia; 2014 Jul [cited 2016 Jul 3];36(7):310–4.
6. Haylen BT, Freeman RM, Swift SE, Cosson M, Davila GW, Deprest J, et al. An International Urogynecological Association (IUGA)/International Continence Society (ICS) joint terminology and classification of the complications related directly to the insertion of prostheses (meshes, implants, tapes) and grafts in female pelvic flo. *Neurourol Urodyn* [Internet]. 2011 Jan;30(1):2–12.
7. Bartoli S, Aguzzi G, Tarricone R. Impact on Quality of Life of Urinary Incontinence and Overactive Bladder: A Systematic Literature Review. Vol. 75, *Urology*. 2010. p. 491–500.
8. Gonçalves MLC, Fernandes SFF, Almeida RM de, Diaz FAF, Oliveira PG de, Sousa JB de. Avaliação manométrica anorretal de mulheres adultas com diagnóstico clínico e urodinâmico de bexiga hiperativa. *Arq Bras Cir Dig* [Internet]. 2013; 26(4):280–5.
9. Moroni RM, Magnani PS, Rodrigues HLP, Barrilari SEG, Reis FJCD BL. Treatment of idiopathic refractory overactive bladder syndrome. *FEMININA*. 2013;41:147–54.
10. 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.
11. Hu TW, Wagner TH. Health-related consequences of overactive bladder: An

- economic perspective. *BJU Int.* 2005;96(SUPPL. 1):43–5.
12. Bem AD, Antonello C, Leite MT. Incontinência urinária em mulheres no período pós-menopausa: um problema de saúde pública. *Rev Bras Enferm.* 2008;8(1):159–74.
 13. Moreira ED, Neves RCS, Neto AF, Duarte FG, Moreira TL, Lobo CFL, et al. A Population-based survey of lower urinary tract symptoms (LUTS) and symptom-specific bother: Results from the Brazilian LUTS epidemiology study (BLUES). *World J Urol.* 2013;31(6):1451–8.
 14. 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.
 15. 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.
 16. Choo MS, Ku JH, Lee JB, Lee DH, Kim JC, Kim HJ, et al. Cross-cultural differences for adapting overactive bladder symptoms: Results of an epidemiologic survey in Korea. *World J Urol.* 2007;25(5):505–11.
 17. Correia S, Dinis P, Rolo F, Lunet N. Prevalence, treatment and known risk factors of urinary incontinence and overactive bladder in the non-institutionalized Portuguese population. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct.* 2009;20(12):1481–9.
 18. 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.
 19. 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.
 20. Wang, Y., Xu, K., Hu, H., Zhang, X., Wang, X., Na, Y. Kang X. Prevalence, risk factors, and impact on health related quality of life of overactive bladder in China. *Neurourol Urodyn.* 2011;30(8):1448–1455.
 21. 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.
22. 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.
 23. 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.
 24. Hirayama A, Torimoto K, Mastusita C, Okamoto N, Morikawa M, Tanaka N, et al. Risk factors for new-onset overactive bladder in older subjects: Results of the Fujiwara-kyo study. *Urology*. 2012;80(1):71–6.
 25. Coyne KS, Sexton CC, Bell JA, Thompson CL, Dmochowski R, Bavendam T, et al. The prevalence of lower urinary tract symptoms (LUTS) and overactive bladder (OAB) by racial/ethnic group and age: results from OAB-POLL. *Neurourol Urodyn [Internet]*. 2013 Mar;32(3):230–7.
 26. 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.
 27. 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.
 28. Wen JG, Li JS, Wang ZM, Huang CX, Shang XP, Su ZQ, et al. The prevalence and risk factors of OAB in middle-aged and old people in China. *Neurourol Urodyn*. 2014;33(4):387–91.
 29. 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.
 30. Stewart WF, Van Rooyen JB, Cundiff GW, Abrams P, Herzog AR, Corey R, et al. Prevalence and burden of overactive bladder in the United States. *World J Urol*. 2003;20(6):327–36.

31. Ikeda M, Nozawa K. Prevalence of overactive bladder and its related factors in Japanese patients with diabetes mellitus. *Endocr J* [Internet]. 2015;62(9):847–54.
32. Zhu L, Cheng X, Sun J, Lv S, Mei S, Chen X, et al. Association between menopausal symptoms and overactive bladder: A cross-sectional questionnaire survey in China. *PLoS One*. 2015;10(10).
33. Siegel S, Noblett K, Mangel J, Giebling T, Sutherland SE, Bird ET. Results of a prospective, randomized , multicenter study evaluating sacral neuromodulation with Interstim therapy compared to standard medical therapy at 6 monts in subjects with mild symptoms of overactive bladder. *Neurourol Urodyn*. 2015;34(3):224–30.
34. 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.
35. Must a, Spadano J, Coakley EH, Field a E, Colditz G, Dietz WH. The disease burden associated with overweight and obesity. *JAMA*. 1999;282(16):1523–9.
36. Brown JS, Seeley DG, Fong J, Black DM, Ensrud KE, Grady D. Urinary incontinence in older women: who is at risk? Study of Osteoporotic Fractures Research Group. *Obstet Gynecol* [Internet]. 1996 May;87(5 Pt 1):715–21.
37. Feitosa SM, Yuaso DR, Andrade G, Gracio M, Sartori F, Castro RA. Qual o índice de massa corporal de mulheres com disfunções dos músculos do assoalho pélvico que procuram tratamento fisioterapêutico? *Fisioter e Pesqui*. 2012;19(4):309–13.
38. Ramalingam K, Monga A. Obesity and pelvic floor dysfunction. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* [Internet]. 2015;(0).
39. Ku JH, Shin JW, Oh S-J, Kim SW, Paick J-S. Clinical and urodynamic features according to subjective symptom severity in female urinary incontinence. *Neurourol Urodyn* [Internet]. 2006;25(3):215–20.
40. Oliveira E, Lozinsky AC, Palos CC, Ribeiro DDM, Souza AMB de, Barbosa CP. Influência do índice de massa corporal na incontinência urinária feminina. *Rev Bras Ginecol e Obs* [Internet]. Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia; 2010 Sep [cited 2016 Dec 29];32(9):454–8.

41. Hunskar S, Arnold EP, Burgio K, Diokno AC, Herzog AR, Mallett VT. Epidemiology and natural history of urinary incontinence. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* [Internet]. 2000;11(5):301–19.
42. Finkelstein K, Glosner S, Sanchez RJ, Uddin N. Prevalence of probable overactive bladder in a private obstetrics and gynecology group practice. *Curr Med Res Opin*. 2008;24(4):1083–90.
43. Hannestad YS, Rortveit G, Daltveit AK, Hunskar S. Are smoking and other lifestyle factors associated with female urinary incontinence? The Norwegian EPINCONT Study. *BJOG An Int J Obstet Gynaecol*. 2003;110(3):247–54.
44. Melville JL, Delaney K, Newton K, Katon W. Incontinence severity and major depression in incontinent women. *Obstet Gynecol*. 2005;106(3):585–92.
45. Vigod SN, Stewart DE. Major depression in female urinary incontinence. *Psychosomatics* [Internet]. 2006;47(2):147–51.
46. Kinsey D, Pretorius S, Glover L, Alexander T. The psychological impact of overactive bladder: A systematic review. *J Health Psychol* [Internet]. 2016; 21(1):69–81.
47. Perry S, McGrother CW, Turner K. An investigation of the relationship between anxiety and depression and urge incontinence in women: development of a psychological model. *Br J Health Psychol*. 2006;11 :463–82.
48. 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.
49. Bang WJ, Lee JY, Koo KC, Hah YS, Lee DH, Cho KS. Is type-2 diabetes mellitus associated with overactive bladder symptoms in men with lower urinary tract symptoms? *Urology* [Internet]. Elsevier Inc.; 2014; 84(3): 670–4.

ARTIGO CIENTÍFICO II

Redigido de acordo com as normas de publicação da Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia – Qualis B3. Fator de impacto: 0,2733.

Fatores associados à síndrome da bexiga hiperativa em idosas da comunidade: um estudo transversal.

Factors associated with overactive bladder syndrome in the elderly community: a cross-sectional study.

Albênica Paulino dos Santos Bontempo¹, Aline Teixeira Alves⁴, Raquel Henriques Jácomo², Danieli Coeli Malschik³, Gabriela de Sousa Martins¹, Ruth Losada de Menezes¹.

1. Programa de pós-graduação em Ciências e Tecnologia em saúde- Universidade de Brasília- UNB/DF – Brasil
2. Programa de pós-graduação em Ciências Médicas pela Universidade de Brasília- UnB/DF – Brasil.
3. Projeto de extensão do Departamento de Fisioterapia da Faculdade de Ceilândia da Universidade de Brasília- UnB/DF – Brasil.
4. Departamento de Fisioterapia da Faculdade de Ceilândia da Universidade de Brasília- UnB/DF – Brasil

RESUMO

A Síndrome da Bexiga Hiperativa (SBH) é a urgência miccional com ou sem incontinência, polaciúria e noctúria, na ausência de outras patologias locais. A qual tem impacto negativo na qualidade de vida, sendo considerada um sério problema de saúde que afeta principalmente mulheres idosas. **Objetivo:** Identificar os fatores clínicos e sociodemográficos associados à SBH. **Métodos:** Estudo transversal, realizado com idosas (≥ 60 anos) da comunidade de Ceilândia-DF/Brasil; avaliadas por meio de

entrevistas e questionários. As variáveis clínicas e sociodemográficas analisadas foram: idade; índice de massa corpórea (IMC); paridade, escolaridade, cirurgias abdominais e uroginecológicas prévias, prática de atividade física, tabagismo, constipação, hipertensão arterial sistêmica (HAS), diabetes mellitus; depressão e ansiedade. Os questionários aplicados foram *Overactive Bladder Awareness Tool* (OAB-V8), Escala de Depressão Geriátrica e Escala de Ansiedade de Beck. **Resultados:** Recrutou-se 372 voluntárias, sendo elegíveis 292, destas, 172 eram grupo caso (58,9%) e 120 (41,1%) eram grupo controle. Observou-se alta prevalência de SBH na população estudada, além de diferenças significativas para as variáveis: presença de HAS; ter realizado cirurgia abdominal ou cirurgia pélvica, sendo que o grupo caso apresentou maior frequência destes eventos. Na análise multivariada, observou-se que vida sexual ativa reduz em 70,8% a chance de ter SBH, e cirurgias uroginecológicas aumentam em 3,098 vezes esse risco. **Conclusão:** Na análise de regressão logística univariada, o IMC, a HAS, a história prévia de cirurgia abdominal e uroginecológica, quantidade de abortos, presença de sintomas de depressão e ansiedade, apresentaram-se como fatores associados à SBH.

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. It has a negative impact on the quality of life, being considered a serious health problem, which affects mainly elderly women. **Objective:** To identify risk factors related to SBH. **Methods:** A Cross-sectional study with elderly women (> 60 years) from the community of Ceilândia-DF / Brazil, with or without symptoms of SBH, evaluated through interviews and questionnaires. The clinical and sociodemographic variables analyzed were: age; Body mass index (BMI); Parity, schooling, previous abdominal and urogynecologic surgeries, physical activity, smoking, constipation, systemic arterial hypertension (SAH), diabetes mellitus; Depression and anxiety. The questionnaires applied were the

Overactive Bladder Awareness Tool (OAB-V8), the Geriatric Depression Scale and the Beck Anxiety Scale. **Results:** A total of 372 volunteers were recruited, 292 of whom were eligible, 172 were case group (58.9%) and 120 (41.1%) were control subjects. The groups were homogeneous among themselves. There was a high prevalence of SBH in the study population and significant differences for the variables: presence of SAH, abdominal surgery, pelvic surgery, and the case group presented a higher frequency of these events. In the multivariate analysis, it was observed that active sexual life reduces in 70.8% the chance of having SBH, and urogynecologic surgeries increase in 3,098 times this risk. **Conclusion:** In the univariate logistic regression analysis, BMI, SAH, previous history of abdominal and urogynecologic surgery, number of abortions, presence of symptoms of depression and anxiety, were presented as factors associated with SBH.

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

Introdução

A Síndrome da Bexiga Hiperativa (SBH) é caracterizada por urgência miccional com ou sem incontinência, polaciúria e noctúria, na ausência de outras patologias locais¹. Seu diagnóstico é clínico, comprovado pela presença dos sintomas que a definem, dispensando a utilização de exames invasivos². Esta síndrome apresenta um impacto negativo na qualidade de vida (QV)³ e está associada a elevados custos econômicos⁴. É responsável por causar adversidades de ordem social, psicológica, emocional, física e sexual, sendo considerada um sério problema de saúde que afeta, principalmente, mulheres idosas^{5,6}.

Estima-se que até 2018, em todo o mundo, haverá mais de 500 milhões de indivíduos sofrendo com este distúrbio⁷. Dados epidemiológicos norte-americanos apontam uma prevalência de 16% em sua população⁸, enquanto que para o Brasil a estimativa é de 18%⁷. No entanto, pouco se sabe sobre os fatores associados à SBH e sua prevalência em mulheres idosas brasileiras⁹.

Em diversos países foram realizados estudos de base populacional com o

objetivo de estimar a prevalência e os fatores de risco referentes à SBH, no entanto, há dificuldades para comparar seus resultados devido a diversidade metodológica empregada e o conflito em seus achados¹⁰⁻¹³. Logo, um conhecimento mais apurado sobre o tema em questão se faz necessário, sendo importante para delimitar de forma eficiente, os grupos de riscos.

Diante do exposto, o presente estudo tem por objetivo identificar alguns fatores associados à ocorrência da SBH em mulheres idosas, da comunidade, a fim de possibilitar a criação de políticas públicas, de modo a prevenir a SBH. O desenho desse estudo seguiu as recomendações Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE).

MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal, aprovado pelo Comitê de ética da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, pelo parecer nº 410.161, de 30 de setembro de 2013, realizado no período de setembro de 2013 a dezembro de 2016. A amostra foi recrutada durante as atividades do programa de promoção de saúde “Escola de Avós”, desenvolvido pelo Núcleo de Saúde do Idoso, da Subsecretaria de Atenção Primária à Saúde, que acontece em uma unidade do corpo de bombeiros situada na cidade satélite de Ceilândia-DF/Brasil.

Os critérios de elegibilidade foram: participantes do sexo feminino, idade igual ou superior a 60 anos, e que apresentassem ou não sintomas de bexiga hiperativa, tais como: urgência; e/ou urge-incontinência; e/ou polaciúria; e/ou noctúria; os quais foram avaliados por meio de questionários. Foram excluídas as idosas com histórico de doenças neurológicas (Esclerose Múltipla, Doença de Alzheimer, Acidente Vascular Encefálico, Doença de Parkinson e/ou lesão medular); câncer de bexiga; perturbações psíquicas ou incapacidade para responder aos questionários e aquelas cuja entrevista apresentou dados faltantes.

As idosas foram submetidas a uma entrevista para obtenção das variáveis

clínicas e sociodemográficas. Foram coletadas as informações: idade; índice de massa corpórea (IMC); paridade (gestações, partos vaginais, partos cesáreos e abortos), escolaridade, cirurgias abdominais e uroginecológicas prévias, prática de atividade física, tabagismo, constipação, hipertensão arterial sistêmica (HAS), diabetes mellitus; depressão e ansiedade.

Em seguida, foram divididas em dois grupos: caso e controle. A divisão dos grupos foi realizada por meio do questionário *Overactive Bladder Awareness Tool* (OAB-V8) que é um instrumento desenvolvido para avaliar os sintomas de BH. Composto por 8 questões relacionadas ao aumento da frequência urinária, noctúria, urgência miccional, incontinência urinária, urge-incontinência e enurese, com domínios de 0 a 5, em que o número 0 é nada, 1 quase nada, 2 um pouco, 3 o suficiente, 4 muito e 5 muitíssimo. Se o resultado referente ao somatório das respostas for igual ou maior que 8 pontos existe o provável diagnóstico de SBH¹⁴.

Assim, após a entrevista e o devido preenchimento dos questionários foi realizado o somatório dos pontos do questionário com a finalidade de dividir a amostra em dois grupos: um de idosas com SBH e outro de idosas sem SBH, de acordo com a identificação de disfunção do trato urinário inferior pelo OAB-V8. Considerou-se que as mulheres que apresentaram pontuação <8 no resultado final do OAB-V8 foram classificadas como grupo controle, enquanto que pontuação acima deste valor direcionou a participante ao grupo caso. Para identificação de sintomas depressivos na amostra utilizou-se a Escala de Depressão Geriátrica, em versão reduzida de Yesavage, (EGD-15)¹⁵. Os sintomas de ansiedade foram avaliados por meio da Escala de Ansiedade de Beck (EAB)¹⁶.

Os entrevistadores receberam treinamento de modo que cada entrevistador deveria, caso fosse necessário, repetir a pergunta no máximo três vezes, sem explicações extras durante a administração do questionário que pudessem interferir na interpretação da participante. Todos os dados, de cada participante, foram coletados em um único encontro com duração média de 30 minutos. Optou-se pela utilização de questionários por ser uma estratégia que proporciona acesso à visão subjetiva dos

indivíduos sobre sua condição, além do fato de ser de baixo custo e não ser um método invasivo.

Os dados foram analisados descritivamente utilizando medidas de tendência central (média) e de variabilidade (desvio-padrão) para os dados contínuos e medidas de frequência e porcentagem para os dados categóricos. A distribuição não normal dos dados foi confirmada utilizando o teste Kolmogorov-Smirnov. As diferenças entre os subgrupos de estudo definidos segundo a presença de bexiga hiperativa na amostra (idosos com bexiga hiperativa versus idosos sem bexiga hiperativa) dos dados contínuos foram analisadas utilizando o teste Mann Whitney U para amostras independentes; e para a dos dados categóricos utilizou-se o teste Qui-quadrado (X^2). Foram calculados os intervalos de confiança para a média da diferença dos dados contínuos entre os grupos.

A análise de regressão logística binária foi utilizada para avaliar as associações significativas entre as variáveis independentes e o desfecho de interesse (SBH). Primeiramente, foi empregada análise de regressão logística univariada para determinar associação entre cada variável independente e a variável dependente “presença de bexiga hiperativa”, e, desta forma, verificar os fatores que contribuíram para ocorrência dessa síndrome. As odds ratios (OR) foram calculadas para cada variável independente (explicativa) com intervalos de 95% de confiança.

Posteriormente, as variáveis que apresentaram associação com p-valor menor que 0,20 na análise de regressão univariada foram incluídas na análise de regressão logística multivariada para investigar o efeito independente, quando em conjunto, dessas variáveis para explicar “SBH”. A seleção do melhor modelo foi realizada por meio do procedimento de redução de variáveis com base no método forward stepwise pelo critério de máxima verossimilhança (ou Likelihood Ratio – LR), o qual adiciona as variáveis com base na significância verificada nos escores estatísticos (5%) e as remove nos testes conforme a estatística de máxima verossimilhança (10%) obtida pelo conjunto de dados. O valor de b-weights (coeficiente de regressão) associado a cada variável independente foi utilizado para determinar a probabilidade de a idosa ter

síndrome da bexiga hiperativa. Na regressão logística multivariada verificou-se a inexistência de colinearidade entre as variáveis independentes (explicativas) por meio da análise de tolerância ($>0,1$) e do Fator de Inflação da Variância (VIF) (<10). O nível de significância de 5% foi considerado. Todas as análises foram realizadas pelo software Statistical Package for Social Sciences (SPSS), versão 16.0.

RESULTADOS

Foram recrutadas 372 voluntárias, sendo elegíveis ao estudo um total de 292 idosas, destas 172 pertencentes ao grupo caso e 120 ao grupo controle. Os motivos da exclusão e a divisão dos grupos podem ser observados na Figura 1.

Figura 1.

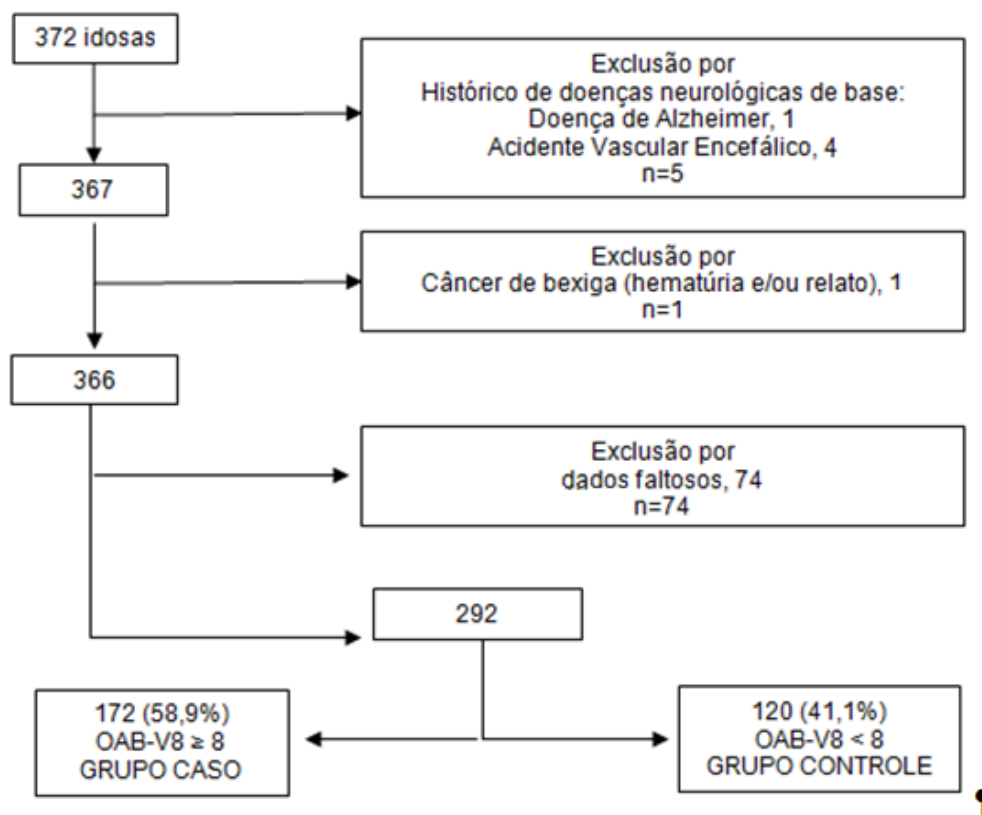


Figura 1. Fluxograma do recrutamento das voluntárias, motivos de exclusão e divisão dos grupos de acordo com a pontuação do OAB-V8.

Dentre os fatores sócio-demográficos e clínicos investigados, observou-se maior frequência de hipertensão, de histórico de cirurgias abdominais e uroginecológicas no grupo caso. As demais características mostraram-se homogêneas.

Tabela 1. Comparação das características demográficas e clínicas nos dois grupos de estudo, grupo caso e grupo controle de idosas da comunidade de Ceilândia-DF, 2016 (n= 292).

| Variáveis | Grupo caso (n=172) | | Grupo controle (n=120) | | Média da diferença [95% IC] | p-valor |
|---|-----------------------|------------|---------------------------|-----------|--------------------------------|---------|
| | MÉDIA (DP) | n (%) | MÉDIA (DP) | n (%) | | |
| Idade [‡] | 68,67 (6,12) | | 69,71 (6,75) | | -1,04 [-2,53 a 0,45] | 0,184 |
| IMC [‡] | 28,07 (5,03) | | 26,76 (4,21) | | 1,31 [0,21 a 2,42] | 0,05 |
| Anos de estudo [‡] | 1,31 (1,00) | | 1,36 (0,90) | | -0,04 [-0,27 a 0,18] | 0,476 |
| Cor da pele [‡] | | | | | | 0,447 |
| Branca | | 56 (32,6) | | 47 (39,2) | | |
| Preta | | 18 (10,5) | | 10 (8,3) | | |
| Mulata | | 23 (13,4) | | 21 (17,5) | | |
| Amarela | | 22 (12,8) | | 10 (8,3) | | |
| Outra | | 53 (30,8) | | 32 (26,7) | | |
| Estado Civil [‡] | | | | | | 0,913 |
| Solteira | | 20 (11,6) | | 17 (14,2) | | |
| Casada ou amasiada | | 66 (38,4) | | 45 (37,5) | | |
| Divorciada | | 32(18,6) | | 20 (16,7) | | |
| Viúva | | 54 (31,4) | | 38 (31,7) | | |
| Gestação [‡] | 5,42 (3,69) | | 5,45 (3,34) | | -0,026 [-0,86 a 0,81] | 0,750 |
| Partos vaginais [‡] | 4,15 (3,16) | | 4,43 (3,24) | | -0,27 [-1,02 a 0,47] | 0,432 |
| Partos cesárias [‡] | 0,42 (0,70) | | 0,48 (0,73) | | -0,06 [-0,23 a 0,11] | 0,510 |
| Abortos [‡] | 0,85 (1,42) | | 0,55 (0,92) | | 0,30 [0,03 a 0,57] | 0,081 |
| Atividade física (sim) [†] | | 101 (58,7) | | 62 (51,7) | | 0,141 |
| Atividade sexual (sim) [†] | | 6 (12) | | 28 (23,3) | | 0,067 |
| Fumante (sim) [†] | | 7 (4,1) | | 5 (4,2) | | 0,595 |
| Constipação (sim) | | 36 (20,9) | | 24 (20,2) | | 0,874 |
| Diabetes (sim) [†] | | 30 (17,4) | | 29 (24,2) | | 0,183 |
| HAS (sim) [†] | | 125 (72,7) | | 62 (51,7) | | 0,000* |
| Cirurgia abdominal (sim) [†] | | 127 (73,8) | | 73 (60,8) | | 0,013* |
| Cirurgia uroginecológica (sim) [†] | | 77 (44,8) | | 30 (25) | | 0,000* |
| EGD-15 [‡] | 5,47(2,89) | | 4,28 (2,81) | | 1,18 [0,51 a 1,85] | 0,000* |
| EAB [‡] | 17,26(10,54) | | 10,51(9,64) | | 6,75 [4,36 a 9,13] | 0,000* |
| OAB-V8 [‡] | 22,31 (6,49) | | 2,61 (2,34) | | 19,71 [18,64 a 20,77] | 0,000* |

[‡]medidas de média (DP) comparadas utilizando o teste Mann Whitney U. [†]Medidas de frequência (porcentagem) * comparadas

utilizando o teste qui-quadrado. * $p < 0,05$. IMC= índice de massa corporal. HAS= Hipertensão arterial sistêmica. *EGD= Escala geriátrica de depressão. *EAB= Escala de ansiedade de Back.* Overactive Bladder Awareness Tool.

Comparando os grupos quanto as variáveis analisadas, observaram-se diferenças significativas para: presença de HAS ter realizado cirurgia abdominal e cirurgia pélvica prévia, sendo que o grupo caso apresentou uma maior frequência destes eventos. É possível observar também que o grupo caso obteve maior pontuação nos questionários EGD-15 e EAB e que a diferença entre os grupos foi significativa.

A análise de regressão logística univariada apontou que o IMC, o diagnóstico de HAS, a história prévia de cirurgia abdominal e cirurgia uroginecológica, quantidade de abortos, maior pontuação no questionário EGD-15 e EAB apresentaram-se como fatores associados à SBH quando analisados de forma isolada, conforme tabela 2. Todas as demais variáveis analisadas não tiveram associação com a SBH.

Tabela 2. Regressão logística univariada para verificar os fatores associados à síndrome de bexiga hiperativa. Ceilândia, DF, 2016.

| Variáveis | Análise Univariada | | | |
|-------------------------------------|--------------------|-------|---------------|---------|
| | <i>b-weights</i> | OR | 95% IC | p-valor |
| Idade | -0,025 | 0,975 | 0,940 – 1,011 | 0,172 |
| IMC | 0,060 | 1,062 | 1,007 – 1,121 | 0,027 |
| Anos de estudo | -0,048 | 0,953 | 0,747 – 1,215 | 0,696 |
| Cor da pele | | | | |
| Branca | -0,329 | 0,719 | 0,401 - 1,292 | 0,270 |
| Preta | 0,083 | 1,087 | 0,447 - 2,643 | 0,854 |
| Mulata | -0,414 | 0,661 | 0,317 – 1,381 | 0,271 |
| Amarela | 0,284 | 1,328 | 0,558 – 3,160 | 0,521 |
| Outra | - | - | - | - |
| Estado Civil (vivem sem conjuge) | -0,037 | 0,964 | 0,596 – 1,558 | 0,880 |
| Gestação | -0,002 | 0,998 | 0,934 – 1,066 | 0,952 |
| Partos vaginais | -0,027 | 0,974 | 0,905 – 1,047 | 0,471 |
| Partos cesárias | -0,115 | 0,891 | 0,644 – 1,233 | 0,488 |
| Abortos | 0,217 | 1,242 | 1,001 – 1,540 | 0,048 |
| Atividade física (sim) | 0,286 | 1,331 | 0,832 – 2,128 | 0,233 |
| Atividade sexual (sim) | -0,803 | 0,448 | 0,173 – 1,161 | 0,098 |
| Fumante (sim) | -0,025 | 0,976 | 0,302 – 3,150 | 0,967 |
| Constipação (sim) | -0,047 | 0,954 | 0,535 – 1,703 | 0,874 |
| Diabetes (sim) | -0,411 | 0,663 | 0,373 – 1,177 | 0,161 |
| HAS (sim) | 0,911 | 2,488 | 1,523 – 4,063 | 0,000 |
| Cirurgia abdominal (sim) | 0,597 | 1,817 | 1,102 – 2,996 | 0,019 |
| Cirurgia uroginecológica (sim) | 0,889 | 2,432 | 1,459 – 4,053 | 0,001 |
| EGD-15 | 0,149 | 1,160 | 1,064 – 1,266 | 0,001 |
| EAB | 0,068 | 1,070 | 1,042 – 1,098 | 0,000 |

*OR= odds ratios,*IC= Intervalo de confiança,*HAS= Hipertensão arterial sistêmica, *IMC= índice de massa corporal, *EGD= Escala geriátrica de depressão, *EAB= Escala de ansiedade de Beck.

Na análise de regressão logística multivariada, utilizou-se as 10 variáveis que apresentaram como resultado um p-valor menor que 0,20 na análise univariada. Assim, mantiveram-se, no modelo final, como variáveis associadas independentes à SBH

apenas o diagnóstico de diabetes, o histórico de cirurgia uroginecológica e a manutenção de vida sexual ativa (tabela 3).

Tabela 3. Regressão logística multivariada para verificar os fatores de risco associados à síndrome de bexiga hiperativa. Ceilândia, DF, 2016.

| Variáveis | Análise Multivariada | | | |
|--------------------------------|----------------------|-------|---------------|---------|
| | <i>b-weights</i> | OR | 95% CI | p-valor |
| Idade | -0,038 | 0,963 | 0,900 – 1,030 | 0,267 |
| IMC | 0,057 | 1,059 | 0,972 – 1,152 | 0,189 |
| Abortos | 0,200 | 1,221 | 0,861 – 1,731 | 0,262 |
| Atividade sexual (sim) | -1,233 | 0,292 | 0,089 – 0,954 | 0,041 |
| Diabetes (sim) | -1,057 | 0,348 | 0,122 – 0,993 | 0,048 |
| HAS (sim) | 0,737 | 2,090 | 0,824 – 5,300 | 0,120 |
| Cirurgia abdominal (sim) | 0,623 | 1,864 | 0,751 – 4,628 | 0,179 |
| Cirurgia uroginecológica (sim) | 1,131 | 3,098 | 1,372 – 6,999 | 0,007 |
| EGD-15 | 0,089 | 1,094 | 0,932 – 1,282 | 0,271 |
| EAB | 0,045 | 1,046 | 1,000 – 1,094 | 0,050 |

*OR= odds ratios,*IC= Intervalo de confiança,*HAS= Hipertensão arterial sistêmica,*IMC= índice de massa corporal, *EGD= Escala geriátrica de depressão,*EAB= Escala de ansiedade de Beck.

Estes resultados apontam que manter vida sexual ativa e o diagnóstico de diabetes reduzem em 70,8% e 65,2% as chances de ter SBH, respectivamente, enquanto que apresentar histórico de cirurgia uroginecológica aumenta em 3,098 vezes mais o risco de ter SBH.

DISCUSSÃO

O presente estudo se propôs a avaliar os fatores de risco relacionados à ocorrência da SBH em mulheres idosas. A relevância do tema se dá por haver poucos estudos referentes ao assunto em questão, mesmo sendo este considerado como um problema

de saúde pública¹⁷. Optou-se por estudar especificamente esta população, uma vez que a literatura descreve que a ocorrência de disfunções miccionais é maior na população feminina e na velhice^{10,18,19}.

Foi realizado estudo transversal que incluiu 372 mulheres idosas, no entanto, apenas 292 estavam de acordo com os critérios de elegibilidade. O presente estudo encontrou uma alta prevalência de SBH em idosas da comunidade estudada (58,9%), assim como outros autores¹⁸⁻²⁰. Os fatores de risco avaliados foram: idade; índice de massa corpórea; paridade (gestações, partos vaginais, partos cesáreos e abortos), escolaridade, cirurgias abdominais e uroginecológicas prévias, prática de atividade física, tabagismo, hipertensão, depressão, ansiedade, diabetes mellitus e constipação.

O presente estudo observou que o grupo caso apresentou IMC superior em relação ao grupo controle, todavia, essa diferença não foi significativa ($p=0,05$). Muitos estudos afirmam que o IMC elevado é um fator associado à SBH^{10,13,18}. Brown et al.(1996)²² afirmaram que a obesidade está diretamente associada com a IU e com sintomas urinários como a urgência miccional, polaciúria e noctúria, fato este que também foi observado por outros autores^{23,24}. No entanto, no presente estudo, ao comparar o grupo de idosas com SBH e as idosas sem SBH, não houve diferença significativa, apesar da análise de regressão logística univariada apresentar associação entre o IMC e a SBH, separadamente. A relação entre SBH e IMC não está bem definida na literatura, uma vez que autores como Oliveira et al. (2010)⁹ e Cheung et al. (2010)²⁵ afirmaram não terem observado tal associação, assim faz-se necessário mais estudos sobre o assunto.

O diagnóstico de HAS foi mais frequente entre as idosas do grupo caso e a análise de regressão logística univariada, do presente estudo, apontou que este diagnóstico seria um fator associado à SBH. O mesmo foi observado no estudo de Hirayama et al. (2012)¹² realizado no Japão, com 1.410 homens e 1.546 mulheres, maiores de 65 anos, em que o diagnóstico de HAS foi igualmente e significativamente maior nos indivíduos que apresentavam sintomas de SBH. Ekundayo et al.(2009)²⁶ realizaram uma revisão considerando SBH em pacientes hipertensos e observaram que

houve associação entre o uso de diuréticos e ao aumento da frequência e urgência urinária, mas não com a IU. Estes autores afirmam que alterações miccionais podem estar relacionadas com tratamentos para HAS, uma vez que medicações anti-hipertensivas e os diuréticos aumentam o débito urinário o que agrava os sintomas em pacientes com disfunções miccionais. Reis et al.(2003)²⁷ citam em seu estudo que alguns medicamentos, dentre eles, os diuréticos e outros utilizados no tratamento da HAS, são possíveis causadores de IU em idosos. No entanto, Jardim et al.(2011)²⁸ realizaram uma revisão integrativa sobre HAS e IU nos idosos e não encontraram evidências da relação entre eles.

Conforme os resultados aqui apresentados, observou-se que o grupo caso obteve pontuação maior no questionário EGD, o que sugere que este grupo, possivelmente, apresente mais sintomas depressivos que o grupo controle. Este resultado também foi observado por outros autores como Ikeda et al. (2011)¹⁸ que realizaram um estudo no Japão, com 414 homens e 419 mulheres, idosos, cujo objetivo era mensurar a prevalência e os fatores de risco para a SBH em idosos por meio de questionários. Os autores relataram prevalência média de SBH em 17,6% dos homens e 19,1% das mulheres. Estes autores afirmaram em seus estudos que o risco para desenvolver SBH foi significativamente maior em indivíduos com sintomas depressivos, com hábitos etilistas e em indivíduos com sobrepeso. Alves et al. (2016)⁶, realizaram um estudo no Brasil, com 161 idosas e avaliaram a associação entre a SBH e depressão. Os autores observaram uma alta prevalência de SBH (76,3%), e entre os casos, 42,6% apresentaram depressão leve ou grave, de modo que houve uma correlação significativa entre a SBH e a depressão.

Hirayama et al. (2012)¹² realizaram um estudo semelhante a esse, no Japão, com 1.410 homens e 1.546 mulheres. Seu objetivo foi avaliar a incidência e taxa de remissão da SBH e seus fatores de risco para novos casos em idosos. Os autores observaram que a taxa de incidência e remissão em 1 ano foi 11,9% e 29,8%, respectivamente. Observaram também relação referente aos sintomas urinários, consumo de álcool e tabagismo, hipertensão, e estado depressivo em indivíduos com SBH de início recente, que foram significativamente maiores do que nos indivíduos sem

SBH.

Comparando os grupos quanto aos resultados da EAB, a pontuação geral média do grupo caso foi maior, o que sugere um maior nível de ansiedade. Este resultado condiz ao descrito pela literatura. Estudos comprovam que os sintomas de ansiedade são comuns em idosos e em grande parte das pacientes que apresentam sintomas de SBH^{23,29}. Knight et al. (2012)³⁰ realizaram um estudo comparando a eletromiografia dos músculos do assoalho pélvico de mulheres com sintomas de SBH e a pontuação da EAB com mulheres que não apresentavam queixas urinárias. Os autores relataram não ter encontrado diferença na comparação da eletromiografia entre os grupos, no entanto, o grupo com sintomas de SBH apresentou escores de ansiedade significativamente maiores.

Lai et al. (2016)²⁹ estudaram a relação entre a ansiedade e SBH. Esses autores observaram que 48% dos indivíduos com sintomas de SBH apresentavam sintomas de ansiedade, destes, 24% apresentavam ansiedade moderada a grave. Os autores afirmam que os escores de ansiedade dos indivíduos com SBH foram significativamente mais elevados em comparação aos resultados do controle. Alves et al. (2014)²³ também investigaram esta relação e de igual modo puderam observar correlação entre elas ($r = 0,345$).

As idosas do grupo caso apresentaram diferenças significativas quanto à história prévia de cirurgia abdominal, cirurgia uroginecológica e quantidade de abortos, de modo que estas variáveis se apresentaram como fatores associados à SBH, quando analisados de forma isolada. Essa relação ainda não está totalmente esclarecida na literatura, são poucos os estudos que abordam especificamente estes temas. Desta forma, são necessários estudos adicionais para comprovar tais resultados e um acompanhamento de longo prazo.

Considerando as cirurgias, a análise multivariada do presente estudo apontou que cirurgias uroginecológicas aumentam em 3,098 vezes o risco de desenvolver SBH. Abraham e Vasavada (2014)³¹ realizaram uma revisão sobre a urgência após cirurgia de sling. Os autores relataram uma taxa estimativa de 40% de urgência após-

operatória, podendo ser devido a infecção do trato urinário (7,4-17,4%), obstrução da saída da bexiga (1,9-19,7%), perfuração do tracto urinário (0,5-5%) e/ou urgência idiopática (0-28%). Duru et al.(2012)³² realizaram uma revisão sistemática a fim de analisar os desfechos urodinâmicos antes e após a histerectomia total para condições benignas e relatar se a função urinária foi alterada após a histerectomia. Os autores observaram que o diagnóstico urodinâmico da hiperatividade do detrusor e os sintomas de IU foram significativamente reduzidos após a histerectomia. Assim os autores concluíram que a histerectomia não afeta adversamente os resultados urodinâmicos nem aumenta o risco de sintomas urinários adversos e pode até mesmo melhorar alguma função urinária.

No presente estudo observou-se que manter vida sexual ativa reduz a chance de desenvolver SBH, todavia, não foi encontrado na literatura artigos que comprovassem o mesmo, sendo este um excelente tema para futuras pesquisas. É possível encontrar na literatura trabalhos como o realizado por Coyne et al.(2011)³³, um estudo transversal, que avaliou os sintomas da SBH e a atividade sexual de homens e mulheres através de questionários na internet realizado no Reino Unido, Suécia e Estados Unidos. Os autores observaram uma pior saúde sexual nos indivíduos que apresentavam SBH em comparação aos que não apresentavam e alertaram sobre a importância de avaliar a saúde sexual de homens e mulheres que apresentem SBH.

Chen et al.(2013)³⁴ realizaram uma revisão literária que observou a relação entre os sintomas urinários e a disfunção sexual feminina. Os autores observaram que os problemas sexuais e urinários são frequentemente comórbidos e têm sido associados com uma ampla gama de deficiências na resposta sexual, incluindo declínios no desejo, excitação, lubrificação, orgasmo, satisfação sexual geral e aumento da dor sexual quando comparado às mulheres sem sintomas urinários. Os autores afirmaram que dar atenção aos problemas urinários pode melhorar a qualidade de vida sexual das mulheres.

Neste trabalho, ter diabetes se mostrou como fator de proteção para SBH, fato este que vai contra os resultados encontrados na literatura, como são os citados no

estudo de Wen et al. (2014)¹³ e Ikeda et al. (2015)¹¹. Wen et al. (2014)¹³ avaliaram a prevalência de fatores de risco associados a SBH, na China, com 3.129 homens e 6.676 mulheres maiores de 40 anos. Observaram que a prevalência aumentou com a idade em ambos os sexos e também foi maior em indivíduos com diabetes e com IMC acima de 29. Da mesma forma, no estudo realizado no Japão, por Ikeda et al. (2015)¹¹, os autores aplicaram questionários sobre a presença de sintomas de SBH a 652 pacientes diabéticos e observaram uma prevalência de 24,2% de casos na população estudada. Os autores afirmaram que esta prevalência foi 2 vezes maior do que a da população geral japonesa. Estes resultados apontam para a necessidade de realizar mais estudos com amostras maiores e mais representativas.

Como limitação deste trabalho, é possível citar a dificuldade em encontrar estudos que fazem referência a fatores associados à SBH, principalmente realizado com idosos. O que se tornou um incentivo a novas pesquisas por haver ainda muitas questões a serem respondidas. Outro fator limitador foi o alto número de exclusões devido a dados faltosos nos questionários, o que limitou a amostra.

Um provável viés que deve ser considerado no presente estudo é o uso de questionários por meio de entrevista. Os questionários são instrumentos importantes na coleta de dados, tanto para o diagnóstico quanto para estudos epidemiológicos, todavia, não há um consenso sobre a melhor maneira de utilizá-los. Não é possível prever como o paciente recebe/percebe os questionamentos ou como irá respondê-los. Dessa forma, a rotina empregada durante o preenchimento deste instrumento implica diretamente na qualidade dos dados coletados. Bowling (2005)³⁵, após realizar uma revisão sistemática, afirmou que diferentes maneiras de aplicação dos questionários afetam a qualidade dos dados coletados. Este autor afirma não haver um padrão ouro para o uso deste instrumento e que todas as formas apresentam vantagens e vieses. Contudo, apesar da possibilidade do viés de método empregado, é pouco provável que o uso de outra técnica possa alterar de modo significativo a qualidade e os resultados aqui apresentados.

CONCLUSÃO

O presente estudo identificou a cirurgia uroginecológica como fator associado à síndrome de bexiga hiperativa. Em contra partida, apresentar diagnóstico de diabetes e manter vida sexual ativa foram fatores protetores em mulheres idosas da comunidade estudada. No entanto, são necessários estudos adicionais para comprovar estes resultados.

REFERÊNCIAS

1. Haylen BT, Freeman RM, Swift SE, Cosson M, Davila GW, Deprest J, et al. An International Urogynecological Association (IUGA)/International Continence Society (ICS) joint terminology and classification of the complications related directly to the insertion of prostheses (meshes, implants, tapes) and grafts in female pelvic flo. *Neurourol Urodyn* [Internet]. 2011 Jan;30(1):2–12.
2. Bartoli S, Aguzzi G, Tarricone R. Impact on Quality of Life of Urinary Incontinence and Overactive Bladder: A Systematic Literature Review. Vol. 75, *Urology*. 2010. p. 491–500.
3. Coyne KS, Sexton CC, Kopp ZS, Ebel-Bitoun C, Milsom I, Chapple C. The impact of overactive bladder on mental health, work productivity and health-related quality of life in the UK and Sweden: Results from EpiLUTS. *BJU Int*. 2011;108(9):1459–71.
4. 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.
5. Kwon BE, Kim GY, Son YJ, Roh YS, You MA. Quality of life of women with urinary incontinence: A systematic literature review. Vol. 14, *International Neurourology Journal*. 2010. p. 133–8.
6. 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.

7. 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.
8. Moroni RM, Magnani PS, Rodrigues HLP, Barrilari SEG, Reis FJCD BL. Treatment of idiopathic refractory overactive bladder syndrome. *Feminina*. 2013;41:147–54.
9. 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.
10. Choo MS, Ku JH, Lee JB, Lee DH, Kim JC, Kim HJ, et al. Cross-cultural differences for adapting overactive bladder symptoms: Results of an epidemiologic survey in Korea. *World J Urol*. 2007;25(5):505–11.
11. Ikeda M, Nozawa K. Prevalence of overactive bladder and its related factors in Japanese patients with diabetes mellitus. *Endocr J* [Internet]. 2015;62(9):847–54.
12. Hirayama A, Torimoto K, Mastusita C, Okamoto N, Morikawa M, Tanaka N, et al. Risk factors for new-onset overactive bladder in older subjects: Results of the Fujiwara-kyo study. *Urology*. 2012;80(1):71–6.
13. Wen JG, Li JS, Wang ZM, Huang CX, Shang XP, Su ZQ, et al. The prevalence and risk factors of OAB in middle-aged and old people in China. *Neurourol Urodyn*. 2014;33(4):387–91.
14. 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.
15. Almeida OP, Almeida SA. Reliability of the Brazilian version of the geriatric depression scale (GDS) short form. *Arq Neuropsiquiatr*. 1999;57(2 B):421–6.

16. Wolitzky-Taylor KB, Castriotta N, Lenze EJ, Stanley MA, Craske MG. Anxiety disorders in older adults: A comprehensive review. *Depress Anxiety*. 2010;27(2):190–211.
17. Franco MDM, Souza FDO, Cristine E, Mateus L. Avaliação da qualidade de vida e da perda urinária de mulheres com bexiga hiperativa tratadas com eletroestimulação transvaginal ou do nervo tibial. 2011;18(2):145–50.
18. 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.
19. 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.
20. Lingping Zhu, Xiaoxia Cheng, Jiabin Sun, Shiyi Lv, Suzhen Mei, Xing Chen, Sisi Xi, Jin Zhang, Mukun Yang, Wenpei Bai XY. Association between Menopausal Symptoms and Overactive Bladder: A Cross-Sectional Questionnaire Survey in China. *PLoS One*. 2015;10(10):e0139599.
21. Lipschitz DA. Screening for nutritional status in the elderly. *Prim Care [Internet]*. 1994 Mar;21(1):55–67.
22. Brown JS, Seeley DG, Fong J, Black DM, Ensrud KE, Grady D. Urinary incontinence in older women: who is at risk? Study of Osteoporotic Fractures Research Group. *Obstet Gynecol [Internet]*. 1996 May;87(5 Pt 1):715–21.
23. Alves AT, Jácomo RH, Gomide LB, Garcia PA, Bontempo AP dos S, Karnikoskwi MG de O. Relationship between anxiety and overactive bladder syndrome in older women. *Rev Bras Ginecol e Obs [Internet]*. Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia; 2014 Jul [cited 2016 Jul 3];36(7):310–4.
24. Siegel S, Noblett K, Mangel J, Giebling T, Sutherland SE, Bird ET. Results of a prospective, randomized , multicenter study evaluating sacral neuromodulation

with Interstim therapy compared to standard medical therapy at 6 months in subjects with mild symptoms of overactive bladder. *Neurourol Urodyn*. 2015;34(3):224–30.

25. 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.
26. Ekundayo OJ. The association between overactive bladder and diuretic use in the elderly. Vol. 10, *Current Urology Reports*. 2009. p. 434–40.
27. Reis RB Dos, Cologna AJ, Martins ACP, Paschoalin EL, Tucci Jr S, Suaid HJ. Incontinência urinária no idoso. *Acta Cir Bras*. 2003;18(Supl 5):47–51.
28. Jardim ADI, Mazzo A, Girão FB, Sonobe HM, Souza MC. Hipertensão arterial e incontinência urinária no idoso: revisão integrativa da literatura. *Cuid Enferm*. 2011;5(1):38–43.
29. Lai HH, Rawal A, Shen B, Vetter J. The Relationship Between Anxiety and Overactive Bladder or Urinary Incontinence Symptoms in the Clinical Population. *Urology [Internet]*. 2016 Dec;98:50–7.
30. Knight S, Luft J, Nakagawa S, Katzman WB. Comparisons of pelvic floor muscle performance, anxiety, quality of life and life stress in women with dry overactive bladder compared with asymptomatic women. *BJU Int*. 2012;109(11):1685–9.
31. Abraham N, Vasavada S. Urgency After a Sling: Review of the Management. *Curr Urol Rep [Internet]*. 2014;15(4):400.
32. Duru C, Jha S, Lashen H. Urodynamic Outcomes After Hysterectomy for Benign Conditions. *Obstet Gynecol Surv [Internet]*. 2012 Jan;67(1):45–54.
33. Coyne KS, Sexton CC, Thompson C, Kopp ZS, Milsom I, Kaplan SA. The impact of OAB on sexual health in men and women: results from EpiLUTS. *J Sex Med [Internet]*. 2011 Jun;8(6):1603–15.

34. Chen J, Sweet G, Shindel A. Urinary disorders and female sexual function. *Curr Urol Rep.* 2013;14(4):298–308.
35. Bowling A. Mode of questionnaire administration can have serious effects on data quality. *J Public Health (Bangkok).* 2005;27(3):281–91.

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 contrapartida, 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 |

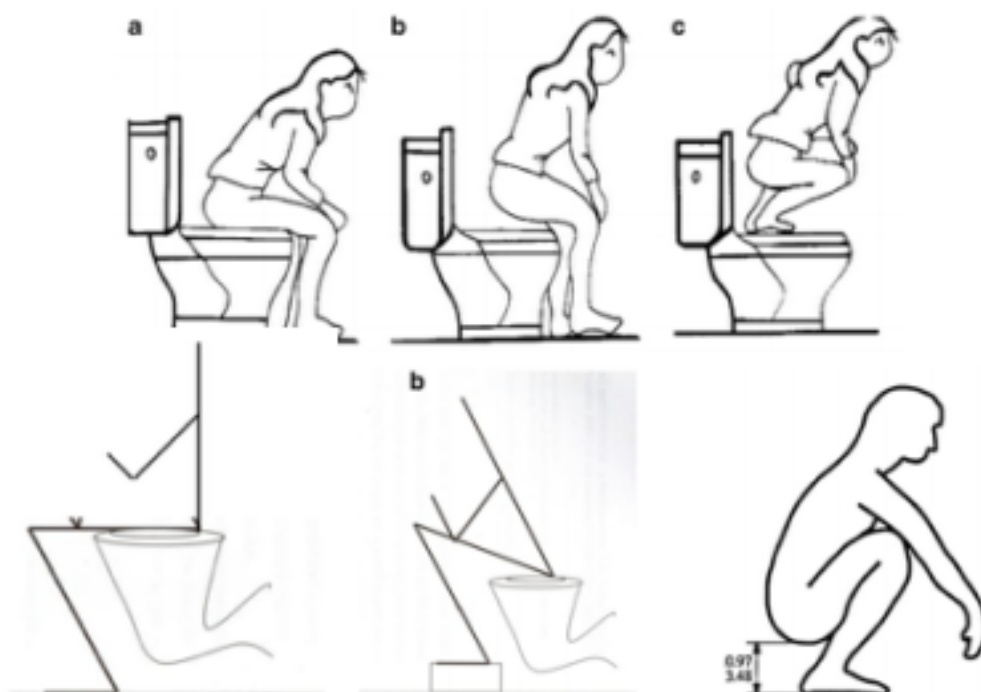
| | |
|---|------------------------------------|
| Vida sexual ativa: | () Sim () Não |
| Fumante: | () Sim () Não |
| Ex-fumante: | Qto tempo parou de fumar: _____ |
| Marca-passo cardíaco: | () Sim () Não |
| Infecção urinária: | () Sim () Não |
| Dor para urinar: | () Sim () Não |
| Sensação de esvaziamento 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? | <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Às vezes <input type="checkbox"/> Na maioria das vezes <input type="checkbox"/> Sempre |
| Você perde urina ao dormir? | <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Às vezes <input type="checkbox"/> Na maioria das vezes <input type="checkbox"/> Sempre |

| | |
|---|---|
| Você demora para começar a urinar? | <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Às vezes <input type="checkbox"/> Na maioria das vezes <input type="checkbox"/> Sempre |
| Você se esforça para urinar? | <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Às vezes <input type="checkbox"/> Na maioria das vezes <input type="checkbox"/> Sempre |
| Você sente que não esvaziou plenamente a bexiga após urinar? | <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Às vezes <input type="checkbox"/> Na maioria das vezes <input type="checkbox"/> Sempre |
| Você costuma esvaziar a bexiga antes de sair de casa mesmo sem desejo de urinar? | <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Às vezes <input type="checkbox"/> Na maioria das vezes <input type="checkbox"/> Sempre |
| Marque a postura que costuma urinar quando está fora de casa: | <input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> d <input type="checkbox"/> e <input type="checkbox"/> f |
| Pés, completamente, apoiados no chão? | <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Às vezes <input type="checkbox"/> Na maioria das vezes <input type="checkbox"/> Sempre |
| Marque a postura que costuma urinar quando está em casa: | <input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> d <input type="checkbox"/> e <input type="checkbox"/> f |
| Pés, completamente, apoiados no chão? | <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Às vezes <input type="checkbox"/> Na maioria das vezes <input type="checkbox"/> 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



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



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

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

Pesquisador: Aline Teixeira Alves

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 08970713.8.0000.0030

Instituição Proponente: Faculdade de Ceilândia - 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 Monsores de Sá
(Coordenador)

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

Anexo 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-controle

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

Date Submitted
07-Mar-2017