

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

MARINA CASTANHEL RUSCHEL

EVOLUÇÃO CLÍNICA DA HIPERATIVIDADE DETRUSORA EM PACIENTES COM
DISFUNÇÃO ANATÔMICA SUBMETIDAS A TRATAMENTO CIRÚRGICO, NA
REGIÃO OESTE DO PARANÁ

TOLEDO

2021

MARINA CASTANHEL RUSCHEL

GRR20160396

EVOLUÇÃO CLÍNICA DA HIPERATIVIDADE DETRUSORA EM PACIENTES COM
DISFUNÇÃO ANATÔMICA SUBMETIDAS A TRATAMENTO CIRÚRGICO, NA
REGIÃO OESTE DO PARANÁ

Trabalho de curso apresentado ao curso de medicina da Universidade Federal do Paraná - Campus Toledo, como requisito parcial de obtenção do título de Bacharel em medicina.

Orientador: Prof. Me. Eduardo Gomes

TOLEDO

2021

TERMO DE APROVAÇÃO

MARINA CASTANHEL RUSCHEL

EVOLUÇÃO CLÍNICA DA HIPERATIVIDADE DETRUSORA EM PACIENTES COM
DISFUNÇÃO ANATÔMICA SUBMETIDAS A TRATAMENTO CIRÚRGICO, NA
REGIÃO OESTE DO PARANÁ

TC apresentado ao curso de medicina, da Universidade Federal do Paraná-
Campus Toledo, como requisito parcial à obtenção do título de Bacharel em
medicina.

Prof. Me. Eduardo Gomes

Orientador – Setor Toledo, UFPR.

Aos meus pais, que sempre estiveram ao meu lado, me incentivando e me apoiando e que são meus maiores exemplos da vida.

AGRADECIMENTOS

Toda minha gratidão aos meus pais: Elton Eloi Ruschel e Cristina Inês Castanhel Ruschel, que tanto fizeram pela minha educação. Sem eles eu não teria chego até aqui. Eu jamais serei capaz de retribuir todo o incentivo e amor que recebi deles. Agradeço, também, a minha irmã, Lara, que sempre esteve ao meu lado. Vocês são fundamentais para mim.

Sou grata a minha família e aos amigos, que enriqueceram meu processo de aprendizado e muito contribuíram para a realização deste trabalho.

Agradeço ao meu namorado, Gustavo Andrade, por todo o companheirismo, carinho e compressão ao longo deste percurso.

Deixo um agradecimento especial ao meu orientador, Eduardo Gomes. Obrigada pela confiança, suporte e por compartilhar sua experiência, tempo e sabedoria.

Por fim, gostaria de agradecer à Universidade Federal do Paraná – Campus Toledo e a todos os professores do meu curso pela elevada qualidade de ensino. Sou grata, também, ao professor Maurício Bedim dos Santos, por todo o suporte e paciência.

Muito obrigada!

“O que fazemos para nós, morre conosco. O que fazemos pelos outros e pelo mundo, continua e é imortal.”

(Albert Pine)

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	10
2	ARTIGO	14
3	CONSIDERAÇÕES FINAIS	27
4	REFERÊNCIAS	28

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

BH – Bexiga hiperativa.

DP – Desvio padrão.

HD – Hiperatividade detrusora.

IC – Índice de confiança.

IUU – Incontinência urinária de urgência.

POP – Prolapso de órgãos pélvicos.

IUE – Incontinência urinária por esforço.

1 INTRODUÇÃO

A hiperatividade detrusora (HD) refere-se a contrações involuntárias realizadas pelo músculo detrusor da bexiga. (WHITE; IGLESIA, 2016). Esse evento se manifesta clinicamente como bexiga hiperativa (BH), uma síndrome caracterizada por sintomas associados ao trato urinário baixo, como urgência miccional, polaciúria e noctúria, podendo ocorrer ou não perdas urinárias, situação nominada incontinência urinária de urgência (IUU) (PALMER; WILLIS-GRAY, 2017; WHITE; IGLESIA, 2016).

A etiologia dessa afecção não está totalmente elucidada sendo, muitas vezes, caracterizada como idiopática. Porém, acredita-se que seja multifatorial, podendo ser causada ou exacerbada por anormalidades neurológicas e anatômicas do trato urinário baixo (WHITE; IGLESIA, 2016).

Em pleno funcionamento, o armazenamento e a eliminação de urina são controlados por um equilíbrio entre vias neurológicas autonômicas e somáticas e, dessa maneira, o acúmulo de urina ocorre na ausência de desconforto ou escape urinário. Antes de se tornar consciente pelo indivíduo, a sensação de plenitude vesical cresce progressivamente, porém, em pacientes que sofrem de hiperatividade detrusora, a noção quanto à necessidade de esvaziamento está alterada, causando urgência e aumento da frequência e, ocasionalmente, incontinência urinária (PALMER; WILLIS-GRAY, 2017). Essa condição pode ser classificada como bexiga hiperativa “seca” ou bexiga hiperativa “molhada”, sendo nesta, a incontinência urinária sempre presente (WHITE; IGLESIA, 2016).

A suspeita clínica da hiperatividade detrusora fundamenta-se em uma anamnese extremamente detalhada, avaliando os possíveis sinais e sintomas e qual o grau de impacto na qualidade de vida do paciente. Utiliza-se a aplicação de questionários validados sobre sintomas e fatores relacionados à qualidade de vida; exame físico completo, com enfoque no sistema neurológico, principalmente nos segmentos medulares de S2 a S4, os quais estão relacionados com a micção e estruturas pélvicas, observando-se sinais de atrofia e integridade do assoalho pélvico, prolapso de órgãos e anormalidades anatômicas.

No que concerne aos exames laboratoriais, podemos citar o exame completo de urina e, na vigência de sintomas irritativos e hematúria microscópica, citologia oncótica urinária. Caso coexistam sintomas obstrutivos, prolapso de órgão pélvico ou cirurgia prévia de incontinência urinária, é necessário determinar o

volume de urina pós-miccional (valores normais estão abaixo de 150 ml), por meio de exame ultrassonográfico ou cateterismo, para excluir o diagnóstico de incontinência de transbordamento (PALMER; WILLIS-GRAY, 2017; WHITE; IGLESIA, 2016).

O diagnóstico definitivo da hiperatividade detrusora advém da realização do estudo urodinâmico. Este, consiste em duas etapas, sendo a primeira a urofluxometria não instrumentada, a qual realiza a medição da taxa de fluxo e o tempo de micção. A segunda, denominada cistometria, tem como objetivo avaliar a acomodação e a capacidade de armazenamento da bexiga durante seu enchimento, por meio de um cateter duplo lúmen (WHITE; IGLESIA, 2016). A confirmação da hiperatividade detrusora é instituída quando o detrusor gera contrações involuntárias durante a cistometria de enchimento, de forma espontânea ou provocada, em fases ou terminal, resultando em uma onda de duração e amplitude variáveis no cistometrograma (ILLIANO et al., 2019).

A síndrome da bexiga hiperativa pode estar associada a disfunções anatômicas como: o prolapso de órgãos pélvicos (POP) (ILLIANO et al., 2019), definido como a protrusão de uma ou mais das seguintes estruturas: parede vaginal anterior, parede vaginal posterior, útero ou ápice da vagina (este, geralmente, após histerectomia) (IGLESIA; SMITHLING, 2017); e a incontinência urinária por esforço (IUE) (LIANG; HSIEH; HUANG, 2016), constituída por perda involuntária de urina devido a uma alteração no mecanismo de fechamento uretral e perda do suporte anatômico (LUKACZ et al., 2017).

Em relação ao tratamento no POP a abordagem pode ser expectante, baseada em treinamento muscular do assoalho pélvico e uso de pessários, ou intervencionista, por meio de cirurgia de reconstrução pélvica (com ou sem o uso de tela para fixação) ou cirurgia obliterante. Essas têm como finalidade minimizar a progressão da herniação e melhorar os sintomas (LIANG et al., 2016; IGLESIA; SMITHLING, 2017). No que concerne à incontinência urinária de esforço, a abordagem pode ser baseada em modificações no estilo de vida; manejo comportamental, como exercícios musculares pélvicos; uso de medicamentos ou tratamento cirúrgico (LUGO; RIGGS, 2019).

Pesquisas demonstram que a intervenção para correção da IUE, em pacientes com sintomas sugestivos de HD, levou à melhora da maior parte dos sintomas e alterações urodinâmicas (LIANG; HSIEH; HUANG, 2016).

Com base nas informações expostas, surge o questionamento: Qual o percentual de resolução de sintomas da hiperatividade detrusora após o procedimento de reconstrução pélvica e/ou correção de IUE?

A partir disso, tem-se como finalidade testar as seguintes hipóteses: Houve melhora nos sintomas relacionados à urgência miccional após o tratamento cirúrgico? A correção cirúrgica da anatomia pélvica promove melhora na qualidade de vida desses indivíduos?

O objetivo geral da pesquisa é avaliar a evolução clínica da hiperatividade detrusora em mulheres submetidas a procedimento cirúrgico para correção de disfunção anatômica, seja por prolapso de órgãos pélvicos e/ou incontinência urinária de esforço, em seguimento de três meses.

Os objetivos específicos são: Selecionar pacientes que apresentem hiperatividade detrusora em urodinâmica pré-operatória para correção de disfunção anatômica; aplicar questionário com escore de sintomas urinários relacionados à bexiga hiperativa e qualidade de vida no pré e pós-operatório e compará-los estatisticamente; averiguar os possíveis desfechos clínicos no que se refere à incontinência urinária, quando existente; identificar os índices de qualidade de vida pré e pós-tratamento e identificar o surgimento de incontinência urinária pós-operatória, quando ausente no período anterior à cirurgia.

Quanto à relevância dessa pesquisa, é importante ressaltar que a Bexiga Hiperativa constitui uma disfunção que compromete fortemente a qualidade de vida, podendo evoluir com o desenvolvimento de distúrbios psicológicos. Dentre eles: ansiedade, depressão, isolamento social (BROWN; MCGHAN; CHOKROVERTY, 2000) e mudanças nos padrões de sono, principalmente, em relação à noctúria (TELOKEN et al., 2006).

No que diz respeito à questão socioeconômica, os investimentos realizados em função dos tratamentos e produtos, como absorventes, podem tornar-se onerosos tanto à paciente quanto ao sistema público de saúde. Pode também, afetar a situação empregatícia dessas pessoas, visto que muitos deixam de comparecer ao trabalho e podem ser dispensados por isso (PALMER; WILLIS-GRAY, 2017). Ademais, quando presente, a urge incontinência urinária possui uma predisposição significativa para incidentes como quedas, fraturas ósseas e infecções do trato urinário, os quais possuem alto impacto sobre a saúde em geral e são fortes indicadores de morbidade (LUKACZ et al., 2017).

O tratamento clássico da bexiga hiperativa consiste em condutas conservadoras, tais como, orientação comportamental, fisioterapia de assoalho pélvico e medicação para relaxamento do detrusor, por via oral (anticolinérgicos e/ou betadrenérgicos) ou injeções de toxina botulínica aplicadas diretamente no músculo detrusor. O uso farmacológico de anticolinérgicos, a título de exemplo, possui, em muitas situações, baixa resposta clínica e alta incidência de eventos adversos, resultando em baixa aderência ao tratamento e maiores desconfortos ao paciente (PALMER; WILLIS-GRAY, 2017; HSIAO et al., 2019).

Assim, faz-se necessário, uma linha de pesquisa que determine e compreenda a atuação do procedimento cirúrgico de reestruturação da anatomia pélvica na resolução da hiperatividade detrusora, com o propósito de oferecer uma opção cirúrgica que propicie melhora da qualidade de vida para esses indivíduos.

1.1

2 ARTIGO

O presente estudo foi realizado em formato de artigo conforme deliberação da Comissão de Trabalho de Curso da UFPR – Campus Toledo e será submetido à *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia* (conforme as normas expostas no anexo 1) com o título: Evolução clínica da hiperatividade detrusora em pacientes com disfunção anatômica submetidas a tratamento cirúrgico, na região oeste do Paraná.

Evolução clínica da hiperatividade detrusora em pacientes com disfunção anatômica submetidas a tratamento cirúrgico, na região oeste do paraná

Marina Castanhel Ruschel^a e Eduardo Gomes^b

^aDiscente da Universidade Federal do Paraná (UFPR), Campus Toledo, Brasil.

^bDocente na disciplina de Urologia da Universidade Federal do Paraná, Campus Toledo, Brasil.

RESUMO

Objetivo: Avaliar a evolução clínica da hiperatividade detrusora em mulheres submetidas a procedimento cirúrgico para correção de disfunção anatômica, seja por prolapso de órgãos pélvicos e/ou incontinência urinária de esforço (IUE), em seguimento de três meses.

Métodos: Foram avaliadas, em estudo longitudinal, exploratório, prospectivo, de abordagem direta, pacientes com hiperatividade detrusora comprovada por teste urodinâmico e prolapso de órgãos pélvicos e/ou incontinência urinária de esforço, submetidas à correção cirúrgica da disfunção anatômica. A coleta de dados foi realizada por meio do questionário validado em português ICIQ-OAB (anexo 2), aplicado antes e 3 meses após o procedimento cirúrgico. Após a tabulação de dados, comparou-se os escores obtidos e a taxa de melhora clínica.

Resultados: Foram incluídas 19 pacientes no estudo. Um total de 17 (89,47%) pacientes adquiriram melhora do escore de sintomas da BH após o tratamento cirúrgico, enquanto 1 (5,26%) não obteve melhora e apenas 1 (5,26%) teve piora. O valor médio do escore pré-cirúrgico foi de 7,37 (\pm 2,31), enquanto a média do escore pós-cirúrgico foi de 2,42 (\pm 1,43) ($p = 0,0000003665$).

Conclusão: Nesse estudo demonstrou-se que o procedimento cirúrgico para correção de disfunção anatômica em mulheres, seja por prolapso de órgãos pélvicos e/ou incontinência urinária de esforço é um método efetivo para melhora dos sintomas relacionados à hiperatividade detrusora.

Palavras-chave: Hiperatividade detrusora, bexiga hiperativa, disfunção anatômica.

INTRODUÇÃO

A bexiga hiperativa (BH) refere-se a uma síndrome multifatorial em que o músculo detrusor da bexiga urinária executa contrações involuntárias. Pode ocorrer na ausência de patologias subjacentes e as manifestações clínicas estão associadas ao trato urinário baixo, como urgência miccional, polaciúria e noctúria, podendo estar presente a incontinência urinária de urgência (IUU).^[1] Encontra-se maior prevalência em mulheres e maior predomínio de manifestações clínicas conforme o aumento da idade, afetando 54,5% das mulheres entre 66 e 75 anos, e 63,6% entre 76 e 85 anos.^[2]

A premissa básica para o diagnóstico da Bexiga Hiperativa é a existência de Hiperatividade Detrusora (HD) e sua comprovação advém da realização do estudo urodinâmico.^[3] É confirmatório quando o músculo detrusor gera contrações involuntárias, de forma espontânea ou provocada, em fases ou terminal, durante a fase de cistometria da avaliação urodinâmica.^[4]

A síndrome da bexiga hiperativa pode estar associada a disfunções anatômicas, como o prolapso de órgãos pélvicos (POP)^[4, 5], ou seja, protrusão de uma ou mais das seguintes estruturas: parede vaginal anterior, parede vaginal posterior, útero ou ápice da vagina;^[6] e à incontinência urinária por esforço (IUE)^[7], definida por perda involuntária de urina devido a uma alteração no mecanismo de fechamento uretral e perda do suporte anatômico.^[8]

Estudos demonstram que mulheres com POP podem experimentar melhora dos sintomas relacionados à BH após tratamento cirúrgico.^[9] Em relação à IUE, pesquisas demonstram que a tratamento de pacientes com sintomas sugestivos da síndrome levou à melhora da maior parte dos sintomas e de alterações urodinâmicas.^[7]

A BH compromete fortemente a qualidade de vida, podendo evoluir com o desenvolvimento de distúrbios psicológicos como ansiedade, depressão, isolamento social^[10] e mudanças nos padrões de sono, principalmente, devido à noctúria.^[11] Além disso, pode interferir no vínculo empregatício tanto quanto em fatores socioeconômicos, devido aos investimentos em tratamentos e produtos, que podem tornar-se onerosos à paciente e ao sistema público de saúde.^[2] Quando presente, a urge incontinência urinária, possui uma predisposição significativa para incidentes como: quedas, fraturas ósseas e infecções do trato urinário, os quais possuem alto impacto sobre a saúde em geral e são fortes indicadores de morbidade.^[8]

O tratamento abrange tanto condutas conservadoras como opções cirúrgicas. [3] Assim, faz-se necessário, uma linha de pesquisa que determine e compreenda a atuação do procedimento cirúrgico de reestruturação da anatomia pélvica na resolução da BH, com o propósito de oferecer uma opção que propicie melhora da qualidade de vida para esses indivíduos.

Desse modo, o presente estudo tem por objetivo avaliar a evolução clínica da hiperatividade detrusora em mulheres submetidas a procedimento cirúrgico para correção de disfunção anatômica, seja por prolapso de órgãos pélvicos e/ou incontinência urinária de esforço, em seguimento de três meses.

MÉTODOS

O presente trabalho se caracteriza como um estudo longitudinal, de caráter exploratório e prospectivo, por meio de uma abordagem direta. Foi realizado em uma clínica privada, no município de Toledo, Paraná, e os dados foram coletados entre novembro de 2019 e novembro de 2020.

Amostra

A amostra do estudo incluiu 19 mulheres com hiperatividade detrusora comprovada por teste urodinâmico e prolapso de órgãos pélvicos e/ou incontinência urinária de esforço (IUE), submetidas à correção cirúrgica da disfunção anatômica. Os critérios de exclusão foram: qualquer indivíduo que não seja do sexo feminino; ausência de hiperatividade detrusora comprovada por teste urodinâmico e ausência de indicação de correção cirúrgica para disfunção anatômica seja por prolapso de órgãos pélvicos e/ou incontinência urinária de esforço; uso de fármacos antimuscarínicos; não preenchimento do TCLE; interrupção do acompanhamento clínico e não preenchimento dos questionários antes e após tratamento cirúrgico.

Coleta de dados

A coleta de dados foi iniciada após aprovação do projeto pelo colegiado do Curso de Medicina do campus Toledo da UFPR e, posteriormente, pelo Comitê de Ética em Pesquisa no Setor Saúde da UFPR, sob o parecer 3.671.860. As participantes foram recrutadas por meio do pesquisador principal, em consulta médica e os dados foram obtidos por meio da aplicação do questionário validado em português ICIQ-OAB (anexo 2), antes e 3 meses após procedimento cirúrgico, sendo

preenchido pela paciente. O primeiro questionário foi aplicado logo após a realização e confirmação do estudo urodinâmico.

O questionário utilizado continha 6 questões e as variáveis presentes eram: Data de nascimento, sexo, frequência urinária, noctúria, urgência urinária e incontinência urinária. As perguntas referentes aos sintomas miccionais (3a, 4a, 5a, 6a) são avaliadas em uma escala de 0 a 4 (sendo o maior valor associado a maior disfunção) e fazem relação com o comprometimento da qualidade de vida (questões 3b, 4b, 5b, 6b), em que o valor “0” está relacionado com a ausência de incômodo e “10” com incômodo intenso. O escore final é calculado por meio das respostas obtidas nas perguntas 3a, 4a, 5a e 6a, com valor total de 0 a 16 pontos, sendo o valor final proporcional à afecção miccional, ou seja, quanto maior o valor, maior o comprometimento.^[12]

No que concerne a definição dos sintomas miccionais, utilizou-se o trabalho de Haylen et. al (2009), em que: a frequência urinária diária corresponde à quantidade de vezes que o indivíduo urina durante o dia (tradicionalmente, considera-se como o limite superior da normalidade 7 episódios e, acima desse valor, usa-se o termo “polaciúria”); a noctúria refere-se ao número de vezes em que o sono é interrompido pela necessidade de micção, a urgência miccional, ao desejo súbito e repentino de urinar e a incontinência urinária à perda involuntária de urina.^[1]

Métodos estatísticos

A análise de dados foi realizada no programa LibreOffice Calc e no Software Rstudio. As variáveis quantitativas foram expostas por meio de porcentagem, média, desvio padrão e/ou frequência, enquanto na análise descritiva fez-se uso de tabelas e gráficos. Para a comparação das amostras, o Teste T pareado foi o recurso de escolha (nível de significância de 5%).

RESULTADOS

Participaram da pesquisa 19 pacientes do sexo feminino, com hiperatividade detrusora confirmada em teste urodinâmico, submetidas à correção cirúrgica de disfunção anatômica, seja por prolapso de órgãos pélvicos e/ou incontinência urinária de esforço. A média de idade foi de 60,74 anos (\pm 10,85).

Comparando-se o escore pré-cirúrgico com a idade das participantes do estudo, com Índice de Confiança (IC) de 95%, observou-se que não há correlação entre essas duas informações (valor de $p = 0,602$).

Em relação aos sintomas miccionais, IC de 95%, observou-se que a frequência miccional diária esteve acima do limite superior da normalidade em 13 (68,42%) pacientes no questionário pré-cirúrgico e em 3 (15,79%) no pós-cirúrgico ($p = 0,0003$). A noctúria esteve presente em 18 (94,74%) pacientes na análise pré-cirúrgica e em 17 (89,47%) pacientes na análise pós-cirúrgica ($p = 0,0003$).

A urgência miccional foi classificada como “na maioria das vezes” em 10 (52,63%) pacientes no questionário pré-cirúrgico. Já no questionário pós-cirúrgico, a maior parte das participantes, 8 mulheres (42,11%), afirmaram que a urgência miccional ocorreu “poucas vezes” ($p = 0,000002$).

Referente à incontinência urinária, encontrou-se em 15 (78,95%) pacientes no pré-operatório, enquanto na análise pós-cirúrgica, observou-se em apenas 2 (10,52%) pacientes ($p = 0,00007$).

A percepção das pacientes em relação aos sintomas urinários antes e após o procedimento cirúrgico está exposta na Tabela 1.

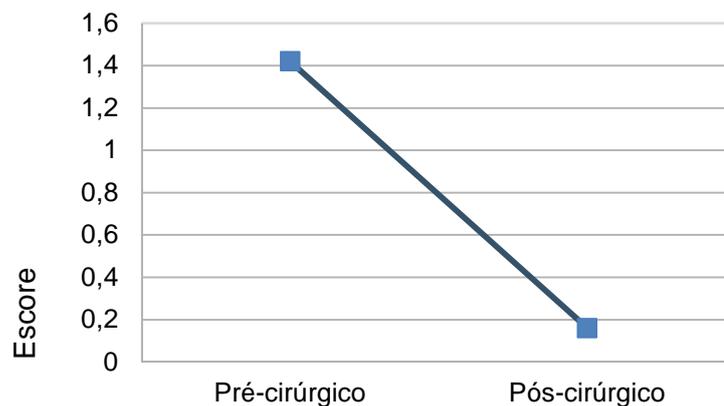
Tabela 1. Comparação dos sintomas miccionais entre o questionário pré-cirúrgico e questionário pós-cirúrgico.

Questão	Pré-cirúrgico	Pós-Cirúrgico	
	n (%)		
3a. Frequência miccional diária	1 a 6 vezes	6 (31,58%)	16 (84,21%)
	7 a 8 vezes	5 (26,32%)	3 (15,79%)
	9 a 10 vezes	5 (26,32%)	-
	11 a 12 vezes	3 (15,79%)	-
	13 vezes ou mais	-	-
4a. Noctúria	Nenhuma	1 (5,26%)	2 (10,53%)
	1 vez	6 (31,58%)	11 (57,89%)
	2 vezes	5 (26,32%)	6 (31,58%)
	3 vezes	4 (21,05%)	-
	4 vezes ou mais	3 (15,79%)	-
5a. Urgência miccional	Nunca	-	7 (36,84%)
	Poucas vezes	1 (5,26%)	8 (42,11%)
	Às vezes	7 (36,84%)	3 (15,79%)
	Na maioria das vezes	10 (52,63%)	1 (5,26%)
	Sempre	1 (5,26%)	-
6a. Incontinência urinária	Nunca	4 (21,05%)	17 (89,47%)
	Poucas vezes	6 (31,58%)	1 (5,26%)
	Às vezes	6 (31,58%)	1 (5,26%)
	Na maioria das vezes	3 (15,79%)	-
	Sempre	-	-

Fonte: Autores.

Ao se analisar, individualmente, a pontuação referente a cada sintoma urinário (máximo de 4 pontos) em ambos os questionários, observou-se que a média pré-cirúrgica para a frequência miccional diária foi de 1,26 ($\pm 1,1$) e a média pós-cirúrgica de 0,16 ($\pm 0,37$) ($p = 0,0003$). No caso da noctúria a média pré-cirúrgica foi de 2,11 ($\pm 1,2$) e a pós-cirúrgica de 1,21 ($\pm 0,63$) ($p = 0,0003$). A pontuação média para a urgência miccional foi de 2,58 ($\pm 0,69$) no pré-cirúrgico e 0,89 ($\pm 0,88$) no pós-cirúrgico ($p = 0,000002$). Em relação à incontinência urinária (Gráfico 1), a média foi de 1,42 ($\pm 1,02$) no pré-cirúrgico e de 0,16 ($\pm 0,5$) no pós-cirúrgico ($p = 0,00007$).

Gráfico 1. Comparação do escore para incontinência urinária entre o questionário pré-cirúrgico e o questionário pós-cirúrgico.



Fonte: Autores.

Os dados relativos à média do grau de incômodo (em consequência dos sintomas urinários) estão expostos na tabela 2. Por meio do Teste-T pareado e IC de 95%, verificou-se que os achados sugerem existir relação entre a frequência miccional diária, urgência miccional e incontinência urinária com o grau de incômodo ($p < 0,0001$).

Tabela 2. Comparação do grau de incômodo entre o Questionário pré-cirúrgico e Questionário pós-cirúrgico.

Grau de incômodo	Pré-cirúrgico	Pós-Cirúrgico	Valor de p
	Média (DP)		

Frequência miccional diária	4,63 (3,15)	0,58 (0,90)	< 0,0001
Noctúria	4,37 (2,81)	2 (1,60)	> 0,0001
Urgência miccional	7,05 (2,17)	1,47 (2,04)	< 0,0001
Incontinência urinária	5,53 (3,55)	0,47 (1,65)	< 0,0001

*DP: Desvio padrão.

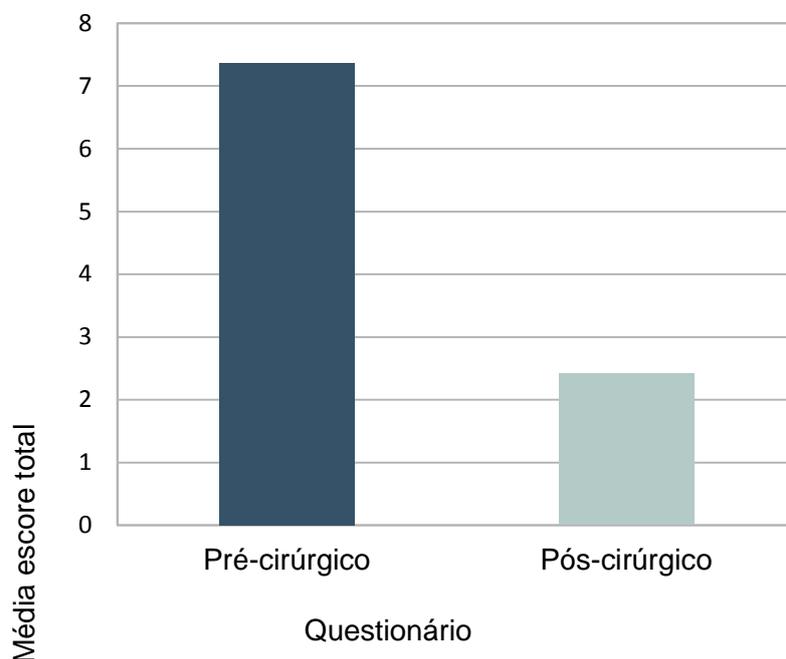
Fonte: Autores.

A análise do escore total demonstrou um valor médio pré-cirúrgico maior quando em confronto com o valor médio pós-cirúrgico, 7,37 (\pm 2,31) e 2,42 (\pm 1,43), respectivamente (Gráfico 2). O IC utilizado foi de 95% ($p = 0,0000004$).

Nenhuma das participantes atingiu a pontuação máxima do questionário (16 pontos).

Somente uma participante não teve alteração do escore total após o procedimento cirúrgico (ambos os questionários pré e pós-cirúrgico tiveram escore total de 4 pontos) e apenas uma participante teve aumento do escore total após o procedimento médico (escore total pré-cirúrgico de 6 pontos e pós-cirúrgico de 7 pontos).

Gráfico 2. Comparação entre a média do escore total do questionário 1 (pré-cirúrgico) e questionário 2 (pós-cirúrgico).



Fonte: Autores.

DISCUSSÃO

Os resultados apresentados demonstram que a maior parte das mulheres com sintomas da bexiga hiperativa corresponde à faixa etária acima de 60 anos, uma vez que a prevalência dessa síndrome aumenta conforme a idade.^[2,5] De acordo com Boer *et al.*, 46,2% das mulheres na faixa etária de 56 a 65 anos possuíam alguns dos sintomas da BH, enquanto 54,5% entre 66 e 75 anos e 63,6% das mulheres na faixa etária de 76 a 85 anos.^[5] Apesar disso, a presente pesquisa não demonstrou correlação entre a idade das participantes e a intensidade dos sintomas analisados no escore total do questionário pré-cirúrgico.

Tanto no questionário pré quanto no pós-operatório, todos os pacientes (100%) apresentaram, pelo menos, um dos sintomas avaliados (polaciúria, noctúria, urgência ou incontinência urinária). O mais prevalente (100%) antes da cirurgia foi a urgência miccional, enquanto no pós-operatório a noctúria (89,47%) se mostrou o mais comum. Uma vez que todas as participantes do estudo informaram apresentar incontinência urinária no início da pesquisa, ou seja, foram classificadas na categoria de bexiga hiperativa “molhada”, não houve a possibilidade de analisar casos “de novo” para incontinência.

Verificou-se uma melhora geral para todos os sintomas presentes no questionário, especialmente, para a incontinência urinária e urgência miccional, os quais estavam presentes no pós-operatório, respectivamente, em 2 pacientes (10,53%) e em 12 pacientes (63,16%). Apesar deste ter alta prevalência após o tratamento cirúrgico, os questionários demonstraram significativa redução da gravidade do sintoma.

Uma análise de três ensaios multicêntricos de mulheres com incontinência urinária mista (componente de esforço predominante) demonstrou que, após correção cirúrgica da IUE, 57 a 71% obteve, em um ano, uma melhora de 70% ou mais nos quesitos: frequência urinária, noctúria, urgência e incontinência urinária de urgência. Apesar de constatar redução da melhora ao longo do tempo, 46 a 65% das mulheres mantiveram o nível de melhora após 5 anos da cirurgia.^[13]

Outro estudo avaliou 46 mulheres com hiperatividade detrusora idiopática e incontinência urinária de estresse após correção cirúrgica (por meio de fita transvaginal). Demonstrou-se que 29 (63%) experimentou resolução completa dos sintomas da síndrome da bexiga hiperativa, em seguimento médio de 12 meses (variação de 6 a 26 meses).^[14]

Duzentas pacientes submetidas à correção do prolapso de órgãos pélvicos por meio de reparo com tecido nativo foram acompanhadas durante 6 meses e divididas em quatro grupos conforme a presença de sintomas concomitantes: urgência (55 mulheres; 27,5%), incontinência urinária por esforço (20 mulheres; 10%), urgência e incontinência urinária por esforço (72 mulheres, 36%) e ausência de sintomas concomitantes (53 mulheres, 26,5%). Em relação aos três primeiros grupos, os quais possuíam algum sintoma concomitante ao POP, demonstrou-se melhora de 79% no grupo 1, 65% no grupo 2 e 72,3% no grupo 3. Além disso, demonstrou-se que mais de 50% dos todos os indivíduos com urgência foram curados.^[15]

Tais dados demonstram que o presente estudo vai de encontro aos resultados encontrados na literatura. Ressalta-se que a utilização de questionário internacional ICIQ-OAB, validado para a língua portuguesa e preenchido pela paciente, traz confiabilidade aos números obtidos.

Ao avaliar o escore global dos questionários aplicados, 89,47% das mulheres obtiveram menor escore no questionário aplicado três meses após a cirurgia. Assim, em corroboração com estudos anteriores, permite-se concluir que após correção cirúrgica do prolapso de órgãos pélvicos e/ou incontinência urinária de esforço há melhora dos sintomas relacionados à hiperatividade detrusora.^[13,15, 9, 4]

Além disso, esse estudo demonstrou que a média do grau de incômodo reduziu de 5,08 para 1,025 após o tratamento cirúrgico. Fato confirmado por outros estudos, os quais informam que a quantidade e/ou a gravidade de sintomas está

fortemente associada a menor qualidade de vida.^[10] Entretanto, para o fator noctúria, a avaliação do grau de incômodo não foi significativa ($p > 0,0001$).

Os escores obtidos nesta pesquisa indicam que o tratamento cirúrgico de disfunção anatômica, seja por prolapso de órgãos pélvicos e/ou incontinência urinária de esforço, teve resultado positivo na evolução clínica das pacientes analisadas em seguimento de 03 meses.

CONCLUSÃO

O presente estudo demonstrou um predomínio da síndrome da bexiga hiperativa em mulheres acima de 60 anos e possível associação da melhora dos sintomas miccionais e melhor qualidade de vida com o tratamento cirúrgico do prolapso de órgãos pélvicos e/ou disfunção anatômica, em seguimento de 3 meses.

REFERÊNCIAS

HAYLEN, B. T. et al. An international urogynecological association (IUGA)/international continence society (ICS) joint report on the terminology for female pelvic floor dysfunction. **Neurology And Urodynamics**, [s.l.], v. 29, p. 4-20, 25 nov. 2009.

PALMER, M. H.; WILLIS-GRAY, M. G. CE: Overactive Bladder in Women. **Ajn, American Journal Of Nursing**, [s.l.], v. 117, n. 4, p. 34-41, abr. 2017.

WHITE, N.; IGLESIA, C. B.. Overactive Bladder. **Obstetrics And Gynecology Clinics Of North America**, [s.l.], v. 43, n. 1, p.59-68, mar. 2016.

ILLIANO, E. et al. Urodynamic findings and functional outcomes after laparoscopic sacrocolpopexy for symptomatic pelvic organ prolapse. **International Urogynecology Journal**, [s.l.], v. 30, n. 4, p.589-594, fev. 2019.

BOER, Tiny A. de et al. The prevalence and risk factors of overactive bladder symptoms and its relation to pelvic organ prolapse symptoms in a general female population. **International Urogynecology Journal**, [S.L.], v. 22, n. 5, p. 569-575, 23 nov. 2010.

IGLESIA, C. B.; SMITHLING K. R. Pelvic Organ Prolapse. **Am Fam Physician, Washington**, v. 96, n. 3, p. 179-185, 1 aug. 2017.

LIANG, C.; HSIEH, W.; HUANG, L. Outcome of coexistent overactive bladder symptoms in women with urodynamic urinary incontinence following anti-incontinence surgery. **International Urogynecology Journal**, [s.l.], v. 28, n. 4, p.605-611, 27 set. 2016.

LUKACZ, E. S. et al. Urinary Incontinence in Women. **Jama**, [s.l.], v. 318, n. 16, p.1592-1604, 24 out. 2017.

LONG, Cheng-Yu et al. Predictors of improved overactive bladder symptoms after transvaginal mesh repair for the treatment of pelvic organ prolapse. **International Urogynecology Journal**, [S.L.], v. 22, n. 5, p. 535-542, 16 nov. 2010.

BROWN, J. S.; MCGHAN, W. F.; CHOKROVERTY, S. Comorbidities Associated With Overactive Bladder. **The American Journal of Managed Care**, [s.l.], v. 6, n. 10, p. 574-579, 1 jul 2000.

TELOKEN, C. et al. Overactive Bladder: Prevalence and Implications in Brazil. **European Urology**, [s.l.], v. 49, n. 6, p.1087-1092, jun. 2006.

PEREIRA, S. B. et al. Validação do International Consultation on Incontinence Questionnaire Overactive Bladder (ICIQ-OAB) para a língua portuguesa. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 6, p.273-278, jun. 2010.

ZYCZYNSKI, H. M. et al. Change in Overactive Bladder Symptoms After Surgery for Stress Urinary Incontinence in Women. **Obstetrics & Gynecology**, [s.l.], v. 126, n. 2, p. 423-430, ago. 2015.

DUCKETT, J. R.; TAMILSELVI, A. Effect of tension-free vaginal tape in women with a urodynamic diagnosis of idiopathic detrusor overactivity and stress incontinence. **Bjog: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology**, [s.l.], v. 113, n. 1, p. 30-33, 5 dez. 2005.

RECHBERGER, E. et al. The Influence of Vaginal Native Tissues Pelvic Floor Reconstructive Surgery in Patients with Symptomatic Pelvic Organ Prolapse on Preexisting Storage Lower Urinary Tract Symptoms (LUTS). **Journal Of Clinical Medicine**, [s.l.], v. 9, n. 3, p. 829, 18 mar. 2020.

3 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente trabalho cumpriu com seu objetivo de analisar, clinicamente, a evolução de mulheres com hiperatividade detrusora submetidas a tratamento cirúrgico para prolapso de órgãos pélvicos e/ou incontinência urinária de urgência, demonstrando que esse é um método eficaz para redução dos sintomas que podem estar presentes na bexiga hiperativa (frequência urinária, noctúria, urgência e/ou incontinência urinária de esforço).

4 REFERÊNCIAS

BOER, Tiny A. de et al. The prevalence and risk factors of overactive bladder symptoms and its relation to pelvic organ prolapse symptoms in a general female population. **International Urogynecology Journal**, [S.L.], v. 22, n. 5, p. 569-575, 23 nov. 2010.

BROWN, J. S.; MCGHAN, W. F.; CHOKROVERTY, S. Comorbidities Associated With Overactive Bladder. **The American Journal of Managed Care**, [s.l.], v. 6, n. 10, p. 574-579, 1 jul 2000.

DUCKETT, J. R.; TAMILSELVI, A. Effect of tension-free vaginal tape in women with a urodynamic diagnosis of idiopathic detrusor overactivity and stress incontinence. **Bjog: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology**, [s.l.], v. 113, n. 1, p. 30-33, 5 dez. 2005.

HAYLEN, B. T. et al. An international urogynecological association (IUGA)/international continence society (ICS) joint report on the terminology for female pelvic floor dysfunction. **Neurourology And Urodynamics**, [s.l.], v. 29, p. 4-20, 25 nov. 2009.

HSIAO, S. et al. Urodynamic and Bladder Diary Factors Predict Overactive Bladder-wet in Women: A Comparison With Overactive Bladder-dry. **International Neurourology Journal**, [s.l.], v. 23, n. 1, p.69-74, 31 mar. 2019. Korean Continence Society.

IGLESIA, C. B.; SMITHLING K. R. Pelvic Organ Prolapse. **Am Fam Physician, Washington**, v. 96, n. 3, p. 179-185, 1 aug. 2017.

ILLIANO, E. et al. Urodynamic findings and functional outcomes after laparoscopic sacrocolpopexy for symptomatic pelvic organ prolapse. **International Urogynecology Journal**, [s.l.], v. 30, n. 4, p.589-594, fev. 2019.

LIANG, C. et al. Predictors of persistent detrusor overactivity in women with pelvic organ prolapse following transvaginal mesh repair. **Journal Of Obstetrics And Gynaecology Research**, [s.l.], v. 42, n. 4, p.427-433, 19 jan. 2016.

LIANG, C.; HSIEH, W.; HUANG, L. Outcome of coexistent overactive bladder symptoms in women with urodynamic urinary incontinence following anti-incontinence surgery. **International Urogynecology Journal**, [s.l.], v. 28, n. 4, p.605-611, 27 set. 2016.

LONG, Cheng-Yu et al. Predictors of improved overactive bladder symptoms after transvaginal mesh repair for the treatment of pelvic organ prolapse. **International Urogynecology Journal**, [S.L.], v. 22, n. 5, p. 535-542, 16 nov. 2010.

LUGO, T.; RIGGS, J. **Stress Incontinence**. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing, 2019.

LUKACZ, E. S. et al. Urinary Incontinence in Women. **Jama**, [s.l.], v. 318, n. 16, p.1592-1604, 24 out. 2017.

PALMER, M. H.; WILLIS-GRAY, M. G.. CE: Overactive Bladder in Women. **Ajn, American Journal Of Nursing**, [s.l.], v. 117, n. 4, p. 34-41, abr. 2017.

PEREIRA, S. B. et al. Validação do International Consultation on Incontinence Questionnaire Overactive Bladder (ICIQ-OAB) para a língua portuguesa. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 6, p.273-278, jun. 2010.

RECHBERGER, E. et al. The Influence of Vaginal Native Tissues Pelvic Floor Reconstructive Surgery in Patients with Symptomatic Pelvic Organ Prolapse on Preexisting Storage Lower Urinary Tract Symptoms (LUTS). **Journal Of Clinical Medicine**, [s.l.], v. 9, n. 3, p. 829, 18 mar. 2020.

TELOKEN, C. et al. Overactive Bladder: Prevalence and Implications in Brazil. **European Urology**, [s.l.], v. 49, n. 6, p.1087-1092, jun. 2006.

WHITE, N.; IGLESIA, C. B.. Overactive Bladder. **Obstetrics And Gynecology Clinics Of North America**, [s.l.], v. 43, n. 1, p.59-68, mar. 2016.

ZYCZYNSKI, H. M. et al. Change in Overactive Bladder Symptoms After Surgery for Stress Urinary Incontinence in Women. **Obstetrics & Gynecology**, [s.l.], v. 126, n. 2, p. 423-430, ago. 2015.

APÊNDICE 1 – TCLE

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Nós, Eduardo Gomes e Marina Castanhel Ruschel – da Universidade Federal do Paraná, estamos convidando a senhora, paciente, a participar de um estudo intitulado “Evolução da hiperatividade detrusora em pacientes com disfunção anatômica submetidas a tratamento cirúrgico, na região oeste do paraná. A pesquisa tem como objetivo de determinar a relevância da corre o cirúrgica para prolapso de órgãos pélvicos e/ou incontinência urinária de urgência referente aos sintomas da bexiga hiperativa, agregando informa o prognóstica para as pacientes operadas.

a) O objetivo desta pesquisa é avaliar a taxa de resolu o dos sintomas urinários, após procedimento cirúrgico para corre o de anormalidade anatômica, seja por prolapso de órgãos pélvicos e/ou incontinência urinária.

b) Caso a senhora participe da pesquisa, será necessário realizar o preenchimento de um questionário, antes e após o procedimento cirúrgico, o qual avalia a presença e o impacto de alguns sintomas urinários na sua qualidade de vida.

c) O preenchimento do questionário levará aproximadamente 10 minutos.

d)   possível que a senhora experimente algum desconforto, principalmente relacionado a constrangimento para responder algumas questões do questionário.

e) Alguns riscos relacionados ao estudo podem ser o constrangimento e desconforto durante a realiza o do questionário. Para prevenir que isso ocorra, o participante preencher  o questionário em privacidade.

f) Os benefícios esperados com essa pesquisa são agregar informa o prognóstica para as pacientes.

g) Os pesquisadores Eduardo Gomes e Marina Castanhel Ruschel, responsáveis por este estudo poderão ser localizados na Universidade Federal do Paraná – Campus Toledo-PR, Rodovia PR 182, S/N, Km 320/321, e-mail eduardogomes@clinicaplena.com.br, marina.castanhel@gmail.com (contato pessoal: 44 998337550) e (45) 3277 4950, no horário das 8 às 18 horas para esclarecer eventuais d vidas que a senhora possa ter e fornecer-lhe as informa es que queira, antes, durante ou depois de encerrado o estudo.

j) A sua participa o neste estudo   voluntária e se a senhora não quiser mais fazer parte da pesquisa poderá desistir a qualquer momento e solicitar que lhe devolvam este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado.

Participante da Pesquisa e/ou Responsável Legal [rubrica]
Pesquisador Responsável ou quem aplicou o TCLE [rubrica]
Orientador [rubrica]

k) As informações relacionadas ao estudo poderão ser conhecidas por pessoas autorizadas – os pesquisadores Eduardo Gomes e Marina Castanhel Ruschel. No entanto, se qualquer informação for divulgada em relatório ou publicação, isto será feito sob forma codificada, para que a **sua identidade seja preservada e mantida sua confidencialidade**.

l) O material obtido, questionários, será utilizado unicamente para essa pesquisa e será destruído/descartado em trituradora de papel ao término do estudo, dentro de 12 meses.

m) As despesas necessárias para a realização da pesquisa, relacionadas a transporte e impressão de questionários, não são de sua responsabilidade e a senhora não receberá qualquer valor em dinheiro pela sua participação.

o) Quando os resultados forem publicados, não aparecerá seu nome, e sim um código.

p) Se você tiver dúvidas sobre seus direitos como participante de pesquisa, você pode contatar também o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP/SD) do Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná, pelo telefone 3360-7259. O Comitê de Ética em Pesquisa é um órgão colegiado multi e transdisciplinar, independente, que existe nas instituições que realizam pesquisa envolvendo seres humanos no Brasil e foi criado com o objetivo de proteger os participantes de pesquisa, em sua integridade e dignidade, e assegurar que as pesquisas sejam desenvolvidas dentro de padrões éticos (Resolução nº 466/12 Conselho Nacional de Saúde).

Eu, _____ li esse Termo de Consentimento e compreendi a natureza e objetivo do estudo do qual concordei em participar. A explicação que recebi menciona os riscos e benefícios. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento sem justificar minha decisão e sem qualquer prejuízo para mim.

Eu concordo voluntariamente em participar deste estudo.

Toledo, ___ de _____ de _____

[Assinatura do Participante de Pesquisa ou Responsável Legal]

[Assinatura do Pesquisador Responsável ou quem aplicou o TCLE]

ANEXO 1 – NORMAS DE SUBMISSÃO DA REVISTA BRASILEIRA DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA

A Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia (Rev Bras Ginecol Obstet., ISSN 1806-9339), publicação mensal de divulgação científica da Federação das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO), é dirigida a obstetras, ginecologistas e profissionais de áreas afins, com o propósito de publicar resultados de pesquisa sobre temas relevantes no campo da Ginecologia, Obstetrícia e áreas correlatas. É aberta a contribuições nacionais e internacionais. A revista recebe submissões apenas no idioma inglês.

Documentos obrigatórios para submissão

Ao submeter um manuscrito à RBGO anexe os documentos listados abaixo na plataforma de submissão ScholarOne. Cabe ressaltar que o não encaminhamento resultará no cancelamento do processo submetido. Documentação obrigatória para a submissão online:

- Autorização de transferência dos direitos autorais assinada por todos os autores (escaneada e anexada como documento suplementar) Modelo;
- Em conformidade com o capítulo XII.2 da Res. CNS 466/2012, no Brasil, pesquisas envolvendo seres humanos necessitam informar o número do registro referente ao Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) ou o número do parecer de aprovação da pesquisa (CEP/CONEP) no Comitê de Ética. Manuscritos internacionais devem apresentar a documentação ética local para seguirem no processo de submissão;
- Carta de Apresentação (Cover Letter): deverá ser redigida com o propósito de justificar a publicação. Deve-se identificar os autores, a titulação da equipe que pretende publicar, instituição de origem dos autores e a intenção de publicação;
- Página de Título;
- Manuscrito.

Página de Título

- Título do manuscrito, no idioma inglês, com no máximo 18 palavras;
- Nome completo, sem abreviações, dos autores (no máximo seis);

- Autor correspondente (Nome completo, endereço profissional de correspondência e e-mail para contato);
- Afiliação Institucional de cada autor. Exemplo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP, Brasil.
- Conflitos de interesse: os autores devem informar quaisquer potenciais conflitos de interesse seja ele político, econômico, de recursos para execução da pesquisa ou de propriedade intelectual;
- **Agradecimentos:** os agradecimentos ficam restritos às pessoas e instituições que contribuíram de maneira relevante, para o desenvolvimento da pesquisa. Qualquer apoio financeiro seja ele oriundo de órgãos de fomento ou empresas privadas deve ser mencionado na seção Agradecimentos. A RBGO, para os autores Brasileiros, solicita que os financiamentos das agências CNPq, Capes, FAPESP entre outras, sejam obrigatoriamente mencionadas com o número do processo da pesquisa ou de bolsas concedidas.
- **Contribuições:** conforme os critérios de autoria científica do *International Committee of Medical Journal Editors* (ICMJE), o crédito de autoria deve ser fundamentado em três condições que devem ser atendidas integralmente: 1. Contribuições substanciais para concepção e delineamento, coleta de dados ou análise e interpretação dos dados; 2. Redação do artigo ou revisão crítica relevante do conteúdo intelectual e 3. Aprovação final da versão a ser publicada.

Manuscrito

Título

Ao escrever um artigo científico, o pesquisador deve se atentar na elaboração do título do manuscrito. O título é o cartão de visitas de qualquer publicação. Deve ser elaborado com muito cuidado e de preferência escrito apenas após a finalização do artigo. Um bom título é aquele que descreve adequadamente o conteúdo do manuscrito. Geralmente, ele não é uma frase, pois não contém o sujeito, além de verbos e objetos arranjados. Os títulos raramente devem conter abreviações, fórmulas químicas, adjetivos acessivos, nome de cidades entre outros. O título dos manuscritos submetidos à RBGO deve conter no máximo 18 palavras.

Resumo

O resumo deve fornecer o contexto ou a base para o estudo e deve estabelecer os objetivos do estudo, os procedimentos básicos, os principais resultados e as principais conclusões. Deve enfatizar aspectos novos e importantes do estudo ou das observações. Pelo fato de os resumos serem a única parte substantiva do artigo indexada em muitas bases de dados eletrônicas, os autores devem cuidar para que os resumos reflitam o conteúdo do artigo de modo preciso e destacar. No Resumo não utilize abreviações, símbolos e referências. No caso de artigos originais oriundos de ensaios clínicos, os autores devem informar o número de registro ao término da redação.

Resumo informativo, do tipo estruturado, de artigo original

Os resumos dos artigos originais submetidos à RBGO devem ser, obrigatoriamente, estruturados em quatro seções e conter no máximo 250 palavras:

Objetivo: O que foi feito; a questão formulada pelo investigador.

Métodos: Como foi feito; o método, incluindo o material usado para alcançar o objetivo.

Resultados: O que foi encontrado, o achado principal e, se necessário, os achados secundários.

Conclusão: O que foi concluído; a resposta para a questão formulada.

Palavras-chave

As palavras-chave de um trabalho científico indicam o conteúdo temático do texto que representam. Dentre os objetivos dos termos mencionados considera-se como principais a identificação do conteúdo temático, a indexação do trabalho nas bases de dados e a rápida localização e recuperação do conteúdo. Os sistemas de palavras-chave utilizados pela RBGO são o DeCS (Descritores em Ciências da Saúde – Indexador Lilacs) e o MeSH (Medical Subject Headings – Indexador MEDLINE-PubMed). Por gentileza, escolha cinco descritores que representem o seu trabalho nestas plataformas.

Corpo do manuscrito (Os manuscritos submetidos à RBGO devem possuir no máximo 4000 palavras, sendo que as tabelas, quadros e figuras da seção Resultados não são contabilizados, bem como as Referências).

Introdução

A seção **Introdução** de um artigo científico tem por finalidade informar o que foi pesquisado e o porquê da investigação. É a parte do artigo que prepara o leitor para entender a investigação e a justificativa de sua realização. O conteúdo a ser informado nesta seção deve fornecer contexto ou base para o estudo (isto é, a natureza do problema e a sua importância); declarar o propósito específico, o objetivo de pesquisa ou a hipótese testada no estudo ou observação. O objetivo de pesquisa normalmente tem um foco mais preciso quando é formulado como uma pergunta. Tanto os objetivos principais quanto os secundários devem estar claros e quaisquer análises em um subgrupo pré-especificados devem ser descritas; dar somente referências estritamente pertinentes e não incluir dados ou conclusões do trabalho que está sendo relatado.

Métodos

Métodos, segundo o dicionário Houaiss, “é um processo organizado, lógico e sistemático de pesquisa”. Método compreende o material e os procedimentos adotados na pesquisa de modo a poder responder à questão central de investigação. Estruture a seção Métodos da RBGO iniciando pelo tipo de delineamento do estudo; o cenário da pesquisa (local e a época em que se desenrolou); a amostra de participantes; a coleta de dados; a intervenção a ser avaliada (se houver) e também a intervenção alternativa; os métodos estatísticos empregados e os aspectos éticos de investigação. Ao pensar na redação do delineamento do estudo reflita se o delineamento é apropriado para alcançar o objetivo da investigação, se a análise dos dados reflete o delineamento e se foi alcançado o que se esperava com o uso daquele delineamento para pesquisar o tema. A seguir os delineamentos utilizados em pesquisa clínica ou epidemiológica e que deverão constar na seção Métodos do manuscrito enviado à RBGO:

Tipos de estudo (adaptada de Pereira, 2014*):
Relato de Caso (Estudo de Caso): Investigação aprofundada de uma situação, na qual estão incluídas uma ou poucas pessoas (de 10 ou menos usualmente);
Série de Casos: Conjunto de pacientes (por exemplo, mais de 10 pessoas) com o mesmo diagnóstico ou submetidos a mesma intervenção. Trata-se, em geral, de

série consecutiva de doentes, vistos em um hospital ou em outra instituição de saúde, durante certo período. Não há grupo-controle interno composto simultaneamente. A comparação é feita em controles externos. Dá-se o nome de controle externo ou histórico ao grupo usado para comparação dos resultados, mas que não tenha sido constituído ao mesmo tempo, no interior da pesquisa: por exemplo, a série de casos é comparada com os pacientes de anos anteriores.

Estudo Transversal (Ou Seccional): Investigação para determinar prevalência; para examinar a relação entre eventos (exposição, doença e outras variáveis de interesse), em um determinado momento. Os dados sobre causa e efeito são coletados simultaneamente: por exemplo, a série de casos é comparada com os pacientes de anos anteriores.

Estudo de caso-controle: Particular forma de investigação etiológica, de cunho retrospectivo; parte-se do efeito em busca das causas. Grupos de indivíduos, respectivamente, com um determinado agravo à saúde e, sem este, são comparados com respeito a exposições que sofreram no passado de modo que se teste a hipótese de a exposição a determinados fatores de risco serem causas contribuintes da doença. Por exemplo, indivíduos acometidos por dor lombar são comparados com igual número de indivíduos (grupo controle), de mesmo sexo e idade, mas sem dor lombar.

Estudo de coorte: Particular forma de investigação de fatores etiológicos; parte-se da causa em busca dos efeitos; portanto, o contrário do estudo de caso-controle. Um grupo de pessoas é identificado, e é coletada a informação pertinente sobre a exposição de interesse, de modo que o grupo pode ser acompanhado, no tempo e se verifica os que não desenvolvem a doença em foco e se essa exposição prévia está relacionada à ocorrência de doença. Por exemplo, os fumantes são comparados com controles não fumantes; a incidência de câncer de bexiga é determinada para cada grupo.

Estudo randomizado: Tem a conotação de estudo experimental para avaliar uma intervenção; daí a sinonímia *estudo de intervenção*. Pode ser realizado em ambiente clínico; por vezes designado simplesmente como ensaio clínico ou estudo clínico. Também é realizado em nível comunitário. No ensaio clínico, os participantes são alocados, aleatoriamente, para formar grupos, chamados de

estudo (experimental) e controle (ou testemunho), a serem submetidos ou não a uma intervenção (aplicação de um medicamento ou de uma vacina, por exemplo). Os participantes são acompanhados para verificar a ocorrência de desfecho de interesse. Dessa maneira, a relação entre intervenção e efeito é examinada em condições controladas de observação, em geral, com avaliação duplo-cega. No caso de **estudo randomizado** informe o número do Registro Brasileiro de Ensaio Clínicos (REBEC) e/ou o número do *International Clinical Trials Registration Platform*(ICTRP/OMS), na página de título.

Estudo ecológico: Pesquisa realizada com estatísticas: a unidade de observação e análise não é constituída de indivíduos, mas de grupo de indivíduos; daí, seus sinônimos: estudo de grupos, de agregados, de conglomerados, estatísticos ou comunitários. Por exemplo, a investigação sobre a variação, entre países europeus, dos coeficientes de mortalidade por doenças do sistema vascular e do consumo *per capita* de vinho.

Revisão Sistemática e Metanálise: Tipo de revisão em que há uma pergunta claramente formulada e são usados métodos explícitos para identificar, selecionar e avaliar criticamente pesquisas relevantes, e também para coletar e analisar dados a partir dos estudos que estão incluídos na revisão. São aplicadas estratégias que limitam vieses, na localização, na seleção, na avaliação crítica e na síntese dos estudos relevantes sobre determinado tema. A metanálise pode fazer ou não parte da revisão sistemática. Metanálise é a revisão de dois ou mais estudos, para obter estimativa global, quantitativa, sobre a questão ou hipótese investigada; emprega métodos estatísticos para combinar resultados dos estudos utilizados na revisão.

Fonte: *Pereira MG. Artigos Científicos – Como redigir, publicar e avaliar. Rio de Janeiro: GuanabaraKoogan; 2014.

Roteiro para revisão estatística de trabalhos científicos originais

Objetivo do estudo: O objetivo do estudo está suficientemente descrito, incluindo hipóteses pré-estabelecidas?

Delineamento: O delineamento é apropriado para alcançar o objetivo proposto?

Características da amostra: Há relato satisfatório sobre a seleção das pessoas

para inclusão no estudo? Uma taxa satisfatória de respostas (de casos válidos) foi alcançada? Se houve seguimento dos participantes, ele foi suficientemente longo e completo? Se houve emparelhamento (por exemplo, de casos e controles), ele é adequado? Como se lidou com os dados não disponíveis (*missing data*)?

Coleta de dados (mensuração dos resultados): Os métodos de mensuração foram detalhados para cada variável de interesse? A comparabilidade dos métodos de mensuração utilizados nos grupos está descrita? A validade e a reprodutividade dos métodos empregados foram consideradas?

Tamanho da amostra: Foram fornecidas informações adequadas sobre o cálculo do tamanho da amostra? A lógica utilizada para a determinação do tamanho do estudo está descrita, incluindo considerações práticas e estatísticas?

Métodos estatísticos: O teste estatístico utilizado para cada comparação foi informado? Indique se os pressupostos para uso do teste foram obedecidos. São informados os métodos utilizados para qualquer outra análise realizada? Por exemplo, análise por subgrupos e análise de sensibilidade. Os principais resultados estão acompanhados da precisão da estimativa? Informe o valor p , o intervalo de confiança. O nível alfa foi informado? Indique o nível alfa, abaixo do qual os resultados são estatisticamente significantes. O erro beta foi informado? Ou então, indique o poder estatístico da amostra. O ajuste foi feito para os principais fatores geradores de confusão? Foram descritos os motivos que explicaram a inclusão de uns e a exclusão de outros? A diferença encontrada é estatisticamente significativa? Assegure-se que há análises suficientes para mostrar que a diferença estatisticamente significativa não é devida a algum viés (por exemplo, falta de comparabilidade entre os grupos ou distorção na coleta de dados). Se a diferença encontrada é significativa, ela também é relevante? Especifique a mínima diferença clinicamente importante. Deixe clara a distinção entre diferença estatisticamente e diferença clínica relevante. O teste é uni ou bicaudal? Forneça essa informação, se apropriado. Qual o programa estatístico empregado? Dê a referência de onde encontrá-lo. Informe a versão utilizada.

Resumo: O resumo contém síntese adequada do artigo?

Recomendação sobre o artigo: O artigo está em padrão estatístico aceitável para publicação? Em caso negativo, o artigo poderá ser aceito após revisão adequada?

Fonte: *Pereira MG. Artigos Científicos – Como redigir, publicar e avaliar. Rio de Janeiro: GuanabaraKoogan; 2014.

A RBGO aderiu à iniciativa do *International Committee of Medical Journal Editors* (ICMJE) e da Rede EQUATOR destinadas ao aperfeiçoamento da apresentação dos resultados de pesquisas. Consulte as guias interacionais relacionadas:

Ensaio clínico randomizado:

<http://www.equator-network.org/reporting-guidelines/consort/>

Revisões sistemáticas e metanálises:

<http://www.equator-network.org/reporting-guidelines/prisma>

Estudos observacionais em epidemiologia:

<http://www.equator-network.org/reporting-guidelines/strobe/>

Estudos qualitativos:

<http://www.equator-network.org/reporting-guidelines/srqr/>

Resultados

O propósito da seção **Resultados** é mostrar o que foi encontrado na pesquisa. São os dados originais obtidos e sintetizados pelo autor, com o intuito de fornecer resposta à questão que motivou a investigação. Para a redação da seção, apresente os resultados em sequência lógica no texto, nas tabelas e nas ilustrações, mencionando primeiro os achados mais importantes. Não repita no texto todas as informações das tabelas ou ilustrações; enfatize ou resuma apenas observações importantes. Materiais adicionais ou suplementares e detalhes técnicos podem ser colocados em um apêndice, no qual estarão acessíveis, mas não interromperão o fluxo do texto. Como alternativa, essas informações podem ser publicadas apenas na versão eletrônica da Revista. Quando os dados são resumidos na seção resultado, dar os resultados numéricos não apenas em valores derivados (por exemplo, percentuais), mas também em valores absolutos, a partir dos quais os derivados foram calculados, e especificar os métodos estatísticos usados para analisá-los. Use apenas as tabelas e figuras necessárias para explicar o argumento do trabalho e para avaliar o seu embasamento. Quando for cientificamente apropriado, as análises dos dados com variáveis tais como idade e sexo devem ser incluídas. Não ultrapasse o limite de no máximo cinco tabelas, cinco quadros ou

cinco figuras. As tabelas, quadros e/ou figuras devem ser inclusas no corpo do manuscrito e não contabilizam o limite solicitado de 4000 palavras.

Discussão

Na seção **Discussão** enfatize os aspectos novos e importantes do estudo e as conclusões deles derivadas. Não repita detalhadamente dados ou outras informações apresentados nas seções de introdução ou de resultados. Para estudos experimentais, é útil iniciar a discussão resumindo brevemente os principais achados, comparar e contrastar os resultados com outros estudos relevantes, declarar as limitações do estudo e explorar as implicações dos achados para pesquisas futuras e para a prática clínica. Evite alegar precedência e aludir a trabalhos que não estejam completos. Não discuta dados que não são diretamente relacionados aos resultados da pesquisa apresentada. Proponha novas hipóteses quando justificável, mas qualificá-las claramente como tal. No último parágrafo da seção Discussão informe qual a informação do seu trabalho que contribui relativamente para o avanço-novo conhecimento.

Conclusão

A seção **Conclusão** tem por função relacionar as conclusões com os objetivos do estudo, mas o autor deve evitar afirmações sem embasamento e conclusões que não tenham sustentação adequada pelos dados. Em especial, os autores devem evitar fazer afirmações sobre benefícios econômicos e custos, a menos que seu original inclua análises econômicas e dados apropriados.

Referências

Uma pesquisa é fundamentada nos resultados de outras que a antecederam. Uma vez publicada, passa a ser apoio para trabalhos futuros sobre o tema. No relato que faz de sua pesquisa, o autor assinala os trabalhos consultados que julga pertinente informar aos leitores, daí a importância de escolher boas Referências. As referências adequadamente escolhidas dão credibilidade ao relato. Elas são fonte de convencimento do leitor da validade dos fatos e argumentos apresentados. **Atenção!** Para os manuscritos submetidos à RBGO, os autores devem numerar as referências por ordem de entrada no trabalho e usar esses números para as citações no texto. Evite o número excessivo de referências, selecionando as mais relevantes para cada afirmação e dando preferência para os trabalhos mais recentes. Não empregar citações de difícil acesso, como resumos de trabalhos

apresentados em congressos, teses ou publicações de circulação restrita (não indexados). Busque citar as referências primárias e convencionais (artigos em periódicos científicos e os livros-textos). Não empregue referências do tipo "observações não publicadas" e "comunicação pessoal". Publicações dos autores (autocitação) devem ser empregadas apenas se houver necessidade clara e forem relacionadas ao tema. Nesse caso, incluir entre as referências bibliográficas apenas trabalhos originais publicados em periódicos regulares (não citar capítulos ou revisões). O número de referências deve ser de 35, exceto para artigos de revisão. Os autores são responsáveis pela exatidão dos dados constantes das referências.

Para formatar as suas referências, consulte o **American Medical Association (AMA) Citation Style**.

Envio de manuscritos

Os artigos deverão, obrigatoriamente, ser submetidos por via eletrônica, de acordo com as instruções publicadas no site <http://mc04.manuscriptcentral.com/rbgo-scielo>

ANEXO 2 – QUESTIONÁRIO

ICIQ-OAB (Brazilian Portuguese)

Validado por
Pereira SB, Thiel RRC, Ricetto C, Silva JM, Pereira LC, Herrmann V, Palma P.
Rev Bras Ginecol Obstet. 2010; 32(6):273-8

Nome: _____ Data _____

QUESTIONÁRIO SOBRE BEXIGA HIPERATIVA

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

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

3a. 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

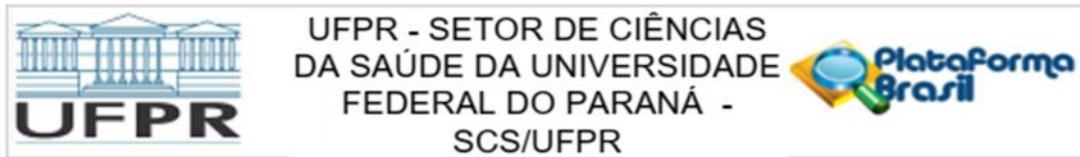
4a. Durante a noite, quantas vezes, em média, você tem que se levantar para urinar?	
() nenhuma vez	0
() 1 vez	1
() 2 vezes	2
() 3 vezes	3
() 4 vezes ou mais	4
4b. O quanto isso incomoda você? Circule um número de 0 (não incomoda) a 10 (incomoda muito).	
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
Nada	Muito

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

Muito obrigado por ter respondido este questionário.
Cálculo do escore = somatório simples das questões 3a, 4a, 5a, e 6a (mínimo = zero; máximo = 16).
Quanto maior o valor do escore, maior o comprometimento.

ANEXO 3 – APROVAÇÃO NO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Evolução da hiperatividade detrusora em pacientes com disfunção anatômica submetidas a tratamento cirúrgico, na Região Oeste do Paraná.

Pesquisador: EDUARDO GOMES

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 20174119.2.0000.0102

Instituição Proponente: Setor Toledo/PR UFPR

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.671.860

Apresentação do Projeto:

Trata de projeto de pesquisa do setor Toledo a ser realizado em clínica privada da região que visa avaliar a evolução clínica da hiperatividade detrusora em mulheres submetidas a procedimento cirúrgico para correção de disfunção anatômica, seja por prolapso de órgãos pélvicos e/ou incontinência urinária de esforço (IUE), em seguimento de três meses.

Serão inclusas pacientes com hiperatividade detrusora comprovada por teste urodinâmico e que serão submetidas à correção cirúrgica da disfunção anatômica. A amostra será composta por, em média, 20 pacientes selecionadas em uma clínica privada, no município de Toledo e serão recrutadas conforme o agendamento de consultas.

A coleta de dados ocorrerá por meio da aplicação do questionário validado em português ICIQ-OAB, antes e 3 meses após procedimento cirúrgico e será preenchido pelo paciente.

Objetivo da Pesquisa:

- Comparar estatisticamente o escore de sintomas da hiperatividade detrusora entre pré e pós-operatório.
- Averiguar os possíveis desfechos clínicos no que se refere à incontinência urinária, quando existente.
- Identificar os índices de qualidade de vida pré e pós-tratamento.

Endereço: Rua Padre Camargo, 285 - 1º andar

Bairro: Alto da Glória

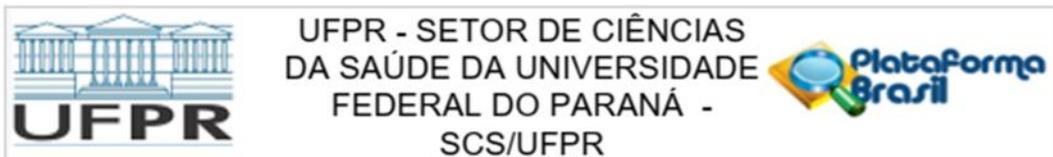
CEP: 80.060-240

UF: PR

Município: CURITIBA

Telefone: (41)3360-7259

E-mail: cometica.saude@ufpr.br



Continuação do Parecer: 3.671.800

Considerações Finais a critério do CEP:

Solicitamos que sejam apresentados a este CEP, relatórios semestrais e final, sobre o andamento da pesquisa, bem como informações relativas às modificações do protocolo, cancelamento, encerramento e destino dos conhecimentos obtidos, através da Plataforma Brasil - no modo: NOTIFICAÇÃO. Demais alterações e prorrogação de prazo devem ser enviadas no modo EMENDA. Lembrando que o cronograma de execução da pesquisa deve ser atualizado no sistema Plataforma Brasil antes de enviar solicitação de prorrogação de prazo.

Emenda – ver modelo de carta em nossa página: www.cometica.ufpr.br (obrigatório envio)

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_1426729.pdf	09/10/2019 12:31:33		Aceito
Outros	Pendencias_projeto.odt	09/10/2019 12:26:40	MARINA CASTANHEL RUSCHEL	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_de_Pesquisa_corrigido_CEP.odt	09/10/2019 12:23:21	MARINA CASTANHEL RUSCHEL	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Termo_de_consentimento_livre_e_esclarecido_corrigido.odt	09/10/2019 12:22:53	MARINA CASTANHEL RUSCHEL	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_de_Pesquisa.odt	03/09/2019 12:51:04	MARINA CASTANHEL RUSCHEL	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto.pdf	03/09/2019 12:50:36	MARINA CASTANHEL RUSCHEL	Aceito
Outros	Check_List.pdf	02/09/2019 20:44:42	MARINA CASTANHEL RUSCHEL	Aceito
Recurso Anexado pelo Pesquisador	Extrato_Ata.pdf	02/09/2019 20:24:45	MARINA CASTANHEL RUSCHEL	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Termo_de_consentimento_livre_e_esclarecido.odt	02/09/2019 20:19:26	MARINA CASTANHEL RUSCHEL	Aceito
Outros	Autorizacao_para_manipulacao_de_d	02/09/2019	MARINA	Aceito

Endereço: Rua Padre Camargo, 285 - 1º andar

Bairro: Alto da Glória

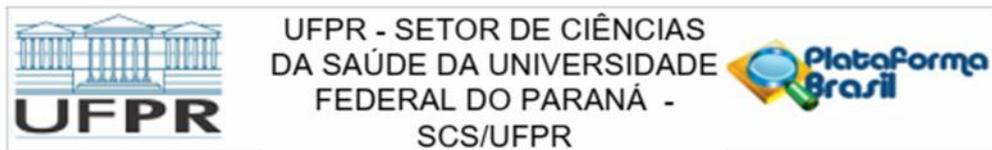
CEP: 80.060-240

UF: PR

Município: CURITIBA

Telefone: (41)3380-7259

E-mail: cometica.saude@ufpr.br



Continuação do Parecer: 3.671.800

Outros	ados.pdf	20:17:03	CASTANHEL RUSCHEL	Aceito
Outros	Solicitacao_de_acesso_aos_dados_de_arquivo_de_prontuario.pdf	02/09/2019 20:15:30	MARINA CASTANHEL RUSCHEL	Aceito
Outros	Termo_de_compromisso_para_utilizacao_de_dados_de_arquivo.pdf	02/09/2019 20:14:26	MARINA CASTANHEL RUSCHEL	Aceito
Outros	Declaracao_de_Compromissos_da_Equipe_de_Pesquisa.pdf	02/09/2019 20:09:11	MARINA CASTANHEL RUSCHEL	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Concordancia_de_coparticipacao.pdf	02/09/2019 20:08:12	MARINA CASTANHEL RUSCHEL	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Concordancia_dos_servicos_envolvidos.pdf	02/09/2019 20:06:46	MARINA CASTANHEL RUSCHEL	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Analise_do_merito_cientifico.pdf	02/09/2019 20:05:31	MARINA CASTANHEL RUSCHEL	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Carta_de_encaminhamento_ao_CEP.pdf	02/09/2019 20:03:36	MARINA CASTANHEL RUSCHEL	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Avaliação da CONEP:

Não

CURITIBA, 30 de Outubro de 2019

Assinado por:
IDA CRISTINA GUBERT
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Padre Camargo, 285 - 1º andar
Bairro: Alto da Glória CEP: 80.080-240
UF: PR Município: CURITIBA
Telefone: (41)3360-7259 E-mail: cometica.saude@ufpr.br