

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

Taís Gonçalves Soares

**ESTUDO DA RELAÇÃO ENTRE INCONTINÊNCIA URINÁRIA E DOR LOMBAR
EM IDOSOS - UMA REVISÃO SISTEMÁTICA**

Belo Horizonte

2019

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

Taís Gonçalves Soares

**ESTUDO DA RELAÇÃO ENTRE INCONTINÊNCIA URINÁRIA E DOR LOMBAR
EM IDOSOS - UMA REVISÃO SISTEMÁTICA**

Trabalho de conclusão apresentado ao curso de Especialização em Fisioterapia da Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional, da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial à obtenção do título de Especialista em Geriatria e Gerontologia.

Orientador(a): Juliana Magalhaes Machado Barbosa

Belo Horizonte

2019

S676e
2019

Soares, Taís Gonçalves Estudo da relação entre incontinência urinária e dor lombar em idosos. [manuscrito] / Taís Gonçalves Soares – 2019.
40 f., enc.: il.

Orientadora: Juliana Magalhães Machado Barbosa

Monografia (especialização) – Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional.

Bibliografia: f. 24-26

1. Idosos – saúde e higiene. 2. Urina – incontinência. 3. Dor lombar. I. Barbosa, Juliana Magalhães Machado. II. Universidade Federal de Minas Gerais. Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional. III. Título.

CDU: 613.98

AGRADECIMENTOS

À Deus, por mais essa etapa concluída e por todas as graças que me ele me dá a cada dia. A toda minha família, por sempre estarem ao meu lado, em especial ao meu marido, por entender a minha ausência e me apoiar de forma incondicional em todos os momentos de nossas vidas. Às amigas parceiras de curso, Elaine e Andrea que fizeram com que toda essa trajetória acontecesse de forma mais leve. A minha querida orientadora Juliana Magalhães, por toda confiança em meu trabalho e principalmente por me fazer querer buscar sempre o melhor enquanto profissional. Por fim, agradeço a todos os amigos, que me incentivam todos os dias a ir em busca da realização dos meus sonhos.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

DL - dor lombar

IU - Incontinência Urinária

IUE – Incontinência Urinária de Esforço

IUM – Incontinência Urinária Mista

IUU – Incontinência Urinária Urgência

MAPs - Músculos do Assoalho Pélvico

STROBE - Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology

EVA - Escala Análoga Visual

ICIQ-SF - International Consultation on Incontinence Questionnaire - Short Form

RESUMO

Evidências de estudos epidemiológicos sugerem uma provável associação entre IU e DL correlacionando a disfunção muscular do assoalho pélvico como fator contribuinte para distúrbios urinários ou dor lombopélvica. Este estudo teve como objetivo realizar uma revisão na literatura científica para identificar e estudar as publicações sobre a relação existente entre incontinência urinária e dor lombar em idosos. As informações foram obtidas entre os meses de outubro de 2018 a janeiro de 2019 nos bancos de dados Medline/PubMed, Pedro, Cinahl, Lilacs, Scopus, Scielo, Cochrane, com os descritores “urinary incontinence”, “elderly”, “older”, “aged”, “low back pain” “low back”. Foram incluídos os artigos que estudaram a associação entre dor lombar e incontinência urinária em pessoas com 60 anos ou mais de ambos os sexos. Cinco estudos preencheram os critérios de participação e foram incluídos. Foi evidenciada a existência de relação entre a dor lombar e IU em idosos, sendo que a IU de urgência foi significativamente associada com DL leve e grave em mulheres idosas e a IU aumentou o risco de ter DL em homens e mulheres em comparação com a ausência de IU. Os resultados mostram que mais estudos são necessários com amostras mais significativas e inclusão de outros desfechos que podem mediar a relação entre esses dois constructos, além de esclarecimento da relação de causalidade e dos tipos de IU e DL.

Palavras-chave: Incontinência urinária. Idoso. Dor lombar.

ABSTRACT

Evidence from epidemiological studies suggests a probable association between UI and DL correlating pelvic floor muscle dysfunction as a contributing factor for urinary disorders or lumbopelvic pain. This study aimed to review the scientific literature to identify and study publications on the relationship between urinary incontinence and low back pain in the elderly. The information was obtained from October 2018 to January 2019 in the Medline / PubMed, Pedro, Cinahl, Lilacs, Scopus, Scielo, Cochrane, with the descriptors "urinary incontinence", "elderly", "older", "aged" and "low back pain". We included articles that studied the association between low back pain and urinary incontinence in people aged 60 years or more of both sexes. Five studies met the participation criteria and were included. It was evidenced the existence of a relationship between lumbar pain and IU in women, and the urgency UI was significantly associated with mild and severe DL in elderly women and UI increased the risk of having DL in men and women compared to the absence of UI. The results show that more studies are necessary with more significant samples and inclusion of other outcomes that can mediate the relationship between these two constructs, as well as clarification of the causal relationship and the types of UI and DL.

Keywords: Urinary incontinence. Elderly. Low back pain.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	9
2 METODOLOGIA.....	12
2.1) Estratégia de busca e critérios de inclusão	12
2.2 Seleção do estudo	12
2.3 Extração dos Dados.....	12
3 RESULTADOS	13
3.1 Amostra – distribuição por sexo e faixa etária.....	18
3.2 Tipo e gravidade da IU / tipo e intensidade da DL	18
3.3 Comorbidades associadas	18
5 CONCLUSÃO	23
REFERÊNCIAS	24
ANEXO I.....	27
ANEXO II.....	36

PREFÁCIO

Conforme as normas estabelecidas pelo Curso de Especialização em Fisioterapia da Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional (EEFFTO) da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) a estrutura deste trabalho foi organizada em forma de artigo que será submetido a *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*. As normas encontram-se no ANEXO I.

1 INTRODUÇÃO

O número de idosos tende a crescer no Brasil nas próximas décadas, como aponta a Projeção do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), atualizada em 2018. Segundo a pesquisa, em 2043, um quarto da população deverá ter mais de 60 anos¹. Nesse contexto, a dor lombar (DL) constitui a segunda condição de saúde mais comum em idosos brasileiros, atrás apenas da hipertensão arterial². Outra condição relevante e considerada uma das síndromes geriátricas é a Incontinência Urinária (IU), que se apresenta como uma condição multifatorial³.

A DL é caracterizada como uma dor referida abaixo da margem das últimas costelas e acima das linhas glúteas inferiores, com ou sem dor nos membros inferiores e é classificada como aguda (quando a duração do episódio é inferior a 6 semanas) ou crônica (quando a duração do episódio é maior que 3 meses)^{4,5}. A DL pode ter origem em uma ou mais das muitas estruturas da coluna vertebral, incluindo ligamentos, articulações facetárias, discos intervertebrais, fâscias paravertebrais e raízes nervosas espinhais, sendo caracterizada em termos de achados radiológicos, clínicos e neurológicos⁶.

A prevalência pontual de DL na população idosa do Brasil é de 25%⁷. Evidências científicas mostram que um em cada quatro idosos brasileiros apresentam DL⁸, sendo mais frequente no gênero feminino, entre os 60 e 69 anos e em indivíduos com baixa escolaridade. A DL pode ainda, ser referida em outras estruturas como, por exemplo, os membros inferiores, causando incapacidade nas atividades de vida diária (AVD) e grande impacto na qualidade de vida provocando restrição em atividades ocupacionais, atividades de lazer, funcionalidade e capacidade física do indivíduo idoso⁹.

A incontinência urinária (IU) é definida como qualquer perda involuntária de urina¹⁰, e pode ser dividida em IU de Esforço (IUE) - perda involuntária de urina em esforços como ao tossir ou espirrar; IU de urgência (IUU), quando a paciente refere o desejo repentino de urinar e não obtém controle sobre o músculo detrusor; e mista (IUM), que é uma associação concomitante das duas formas supracitadas. A IU, afeta fortemente a funcionalidade do idoso e dificulta a realização de atividades cotidianas, restringe a participação social e reduz a qualidade de vida¹¹.

Considerada como uma condição multifatorial e um problema de saúde significativo na sociedade moderna a IU atinge, no mundo, mais de 50 milhões de pesso-

as, principalmente as mulheres, numa relação de ocorrência de 2-5 mulheres para 1 homem. Embora as taxas de prevalência da IU variem de acordo com a definição e características dos estudos e população alvo, é estimado que 39% da população feminina adulta com mais de 60 anos apresentem sintomas de incontinência. No Brasil, são poucos os estudos atuais sobre a prevalência de incontinência urinária, sendo que essa estimativa varia entre 20% e 35% para mulheres entre 50 e 75 anos¹². Estima-se que um terço dos idosos que vivem na comunidade e aproximadamente metade dos hospitalizados ou que vivem em instituições de longa permanência apresentem IU¹⁰.

Os dados indicam uma estimativa de que o governo dos Estados Unidos gaste em torno de 10-16 bilhões de dólares com mulheres incontinentes por ano. No Brasil, não há estimativas quanto aos gastos anuais. Os custos com assistência médica associados à dor lombar são consideráveis. Na Austrália excedem US \$ 1 bilhão por ano. Nos Países Baixos, estes custos variam entre 3,5 e 4,3 mil milhões de euros por ano¹³.

A DL e UI são erroneamente considerados aspectos naturais do processo de envelhecimento, o que impede a busca por tratamento. Evidências de estudos epidemiológicos sugerem uma possível associação entre IU e DL indicando a disfunção muscular do assoalho pélvico como fator contribuinte para distúrbios urinários ou dor lombopélvica simultaneamente¹⁴.

O mecanismo de ação da relação entre DL e IU pode estar relacionado a questões inerentes ao sistema nervoso ou a fatores biomecânicos. Os primeiros incluem compressão nervosa, dor e disfunções em mediadores químicos, enquanto a questão biomecânica pode estar relacionada a transmissão de pressão e a ação muscular do assoalho pélvico, multífidos, transversos do abdome e diafragma. Dados atuais têm demonstrado que ativação alterada ou retardada dos músculos do tronco e MAPs acarretam disfunções lombopélvicas e que estas que se associam com IU¹⁵. Outros fatores podem ainda estar relacionados a essas condições e devem ser especificados em estudos científicos. É possível também que sejam comorbidades comuns no idoso, mas distintas e não relacionadas¹⁶.

Considerando que a auto percepção de saúde do idoso para tais comprometimentos é negativa e negligenciada, o impacto físico, funcional e socioeconômico dessas comorbidades nessa população, e que entender esse processo é relevante para a tomada de decisão clínica no processo de reabilitação, o objetivo do presen-

te estudo é revisar a literatura científica para entender a relação existente entre IU e DL na população idosa.

2 METODOLOGIA

2.1) Estratégia de busca e critérios de inclusão

Os métodos usados nesta revisão foram baseados nas recomendações da Revisão Cochrane¹⁷ e do Manual dos revisores do Joanna Briggs Institute¹⁸.

A estratégia de busca foi realizada nos meses de outubro de 2018 a janeiro de 2019 nos bancos de dados Medline/PubMed, Pedro, Cinahl, Lilacs, Scopus, Scielo Cochrane usando os descritores: “urinary incontinence”, “elderly”, “older”, “aged”, “low back pain” “low back” e seus respectivos termos em português. As referências bibliográficas dos artigos encontrados e de livros também foram pesquisadas. Não houve restrição de idioma e de data.

Foram incluídos os artigos que estudavam a associação entre dor lombar e incontinência urinária em pessoas com 60 anos ou mais, de ambos os sexos. Não foi fixado tamanho de amostra Considerou-se incontinência urinária, qualquer perda involuntária de urina, identificada como um sintoma auto relatado ou por exames e dor lombar como dor aguda ou crônica, referida abaixo da margem das últimas costelas e acima das linhas glúteas inferiores, com presença ou não de dor irradiada em membros inferiores.

2.2 Seleção do estudo

Os estudos foram selecionados em duas etapas. Na primeira etapa, foram excluídos os artigos quando era evidente a partir do título ou do resumo que o estudo não preenchia os critérios de inclusão desta revisão. Na segunda etapa, foram excluídos os artigos quando era evidente a partir da inspeção da leitura na íntegra que o mesmo não atendia os critérios de inclusão. Todos os estudos foram selecionados pelo mesmo pesquisador. Em caso de dúvidas sobre a inclusão no estudo, um segundo pesquisador foi consultado e a decisão tomada por consenso.

2.3 Extração dos Dados

Foram extraídos dos estudos as informações: desenho, faixa etária, sexo, outras características da amostra, local de realização, instrumentos de avaliação, tipos de DL, tipos de IU e resultados. As diretrizes do STROBE (Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology) foram usadas para direcionar a

extração e análise dos dados dos estudos observacionais Todos os dados foram extraídos pelo mesmo pesquisador, após treinamento. Quando houve dúvida, um segundo pesquisador foi consultado e os dados analisados até chegarem a um consenso. Em nenhuma das pesquisa foi necessário contato com os autores para esclarecimento de dúvidas.

3 RESULTADOS

Nesta revisão foram encontrados 164 estudos . Destes, 148 foram excluídos através da inspeção do título, por não abordarem a relação entre DL e IU, , três foram excluídos devido a média de idade dos participantes ser menor que 60 anos ou o desfecho não corresponder ao objetivo do estudo. Durante busca manual, foram incluídos dois estudos totalizando cinco resultados (figura 1). Para os 5 trabalhos incluídos nesta revisão, a Tabela 1 apresenta um breve resumo. A data dos estudos variou de 2009 a 2017.

A Tabela 2 apresenta as diretrizes do STROBE (Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology) aplicadas nos estudos incluídos nessa revisão. A tabela foi preenchida com “sim” quando o estudo atendeu o critério mencionado, e “não” quando não o fazia ou não estava demonstrado de forma clara. A lista de verificação está detalhada no ANEXO II. Um cálculo de porcentagem sobre a totalidade de afirmativas foi realizado, na tentativa de mensurar o quanto o estudo incluído preenchia os critérios de construção de estudos observacionais de acordo com a lista de verificação (GRÁFICO 1).

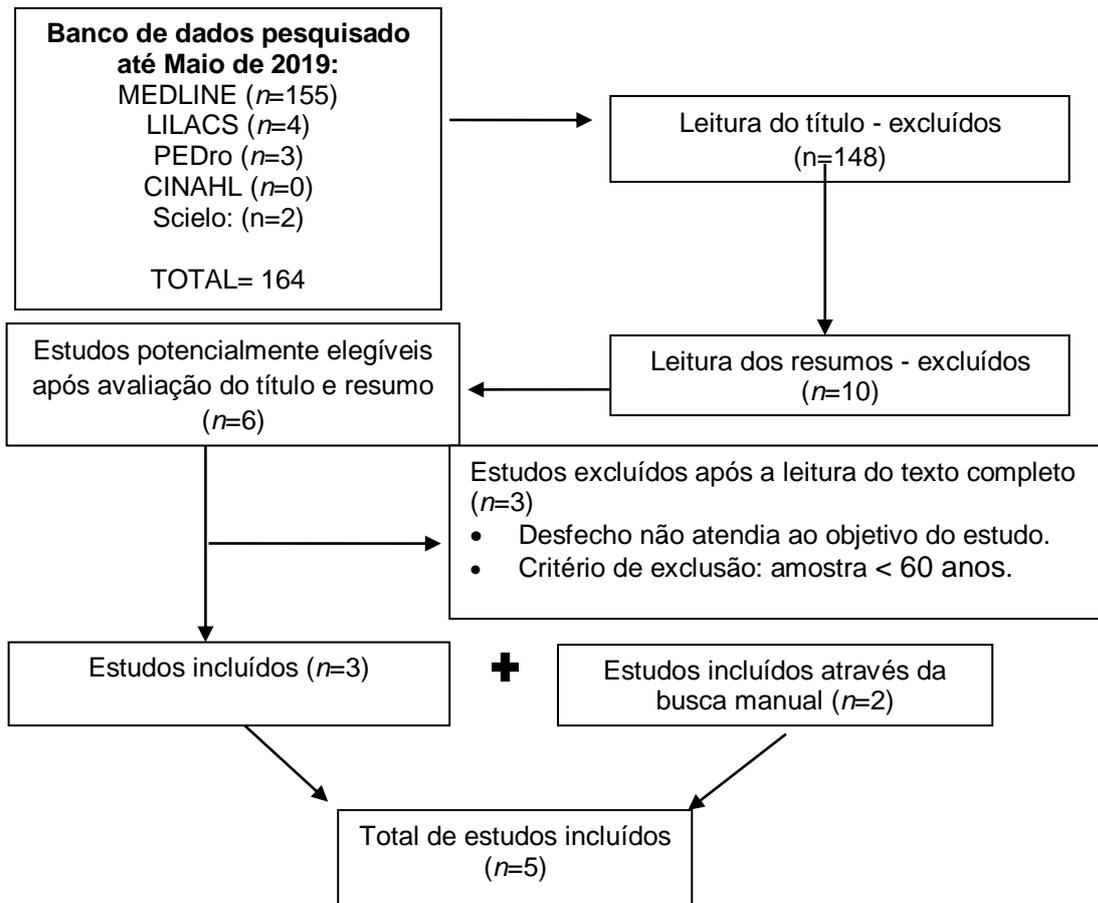
Figura 1. Fluxograma de inclusão e exclusão dos estudos

Tabela 1 - Características e resumo dos resultados dos estudos incluídos na revisão

Estudo/ Desenho	Faixa Etária/Sexo	Amostra/local	Instrumentos de avaliação	Tipo de DL	Tipo de IU	Resultados
Smith, et al.¹⁹ Estudo Longitudinal	70 a 75 anos Feminino	N=2258/Australia Longitudinal Studyon Women's Health)	Entrevista aos participantes	C	NI	Mulheres sem histórico de IU e mulheres com IU pré-existente e mulheres que desenvolveram IU tiveram um risco aumentado para o desenvolvimento de DL (P <0,01).
Kim, et al.²⁰ Estudo Transversal	Idade média: 50,6 ± 14,0 Feminino	N=348/Hospitais gerais, centros de saúde pública e centros de bem- estar localizados em Daejeon - Japão	Dor lombar: Es- cala Análoga Visual(EVA) Gravidade IU: Questionário por Hendrickson e Lee;	NI	NI	Mulheres com IU mostraram uma relação significativamente maior de DL.
Smith, et al.²¹ Estudo Longitudi- nal	70 a 75 anos Feminino	N=10434 /Australia Longitudinal Studyon Women's Health	Entrevista aos participantes	NI	NI	Mulheres com IU pré-existente e / ou recentemente desenvolvida apresentaram um risco aumentado para o desenvolvimento de DL, e mulheres com pré-existência de DL bem como as que a desenvolveram recentemente eram mais propensas a desenvolver IU.
Hunkyung et al.²² Estudo Transver- sal	75 a 84 anos Feminino	N=1399 Tokyo Me- tropolitan Instituto de Gerontologia (TMIG)	IU: International Consultation on Incontinence Questionnaire - Short orm (ICIQ- SF)Dor: relato do local da dor	C	IUE, IUU, IM.	Os participantes com IU foram mais propensos a sentir DL do que aqueles sem IU (P <0,001 e P = 0,002, respectivamente)
Cassidy et al.²³ Estudo Transver- sal	>65 Feminino e Masculino	Homens: N=11.595.748 * 2.11 (1.83-2.44)* Mulheres N=12.068.541 2.19 (1.93-2.48). Inquérito Saúde do consumidor cana- dense (CCHS)	Entrevista aos participantes	NI	NI	A IU aumentou o risco de DL em homens e mulheres em comparação com a ausência de IU. 55-65 - 2,04 (1,85-2,25) / > 65 - 2,19 (1,98-2,42)

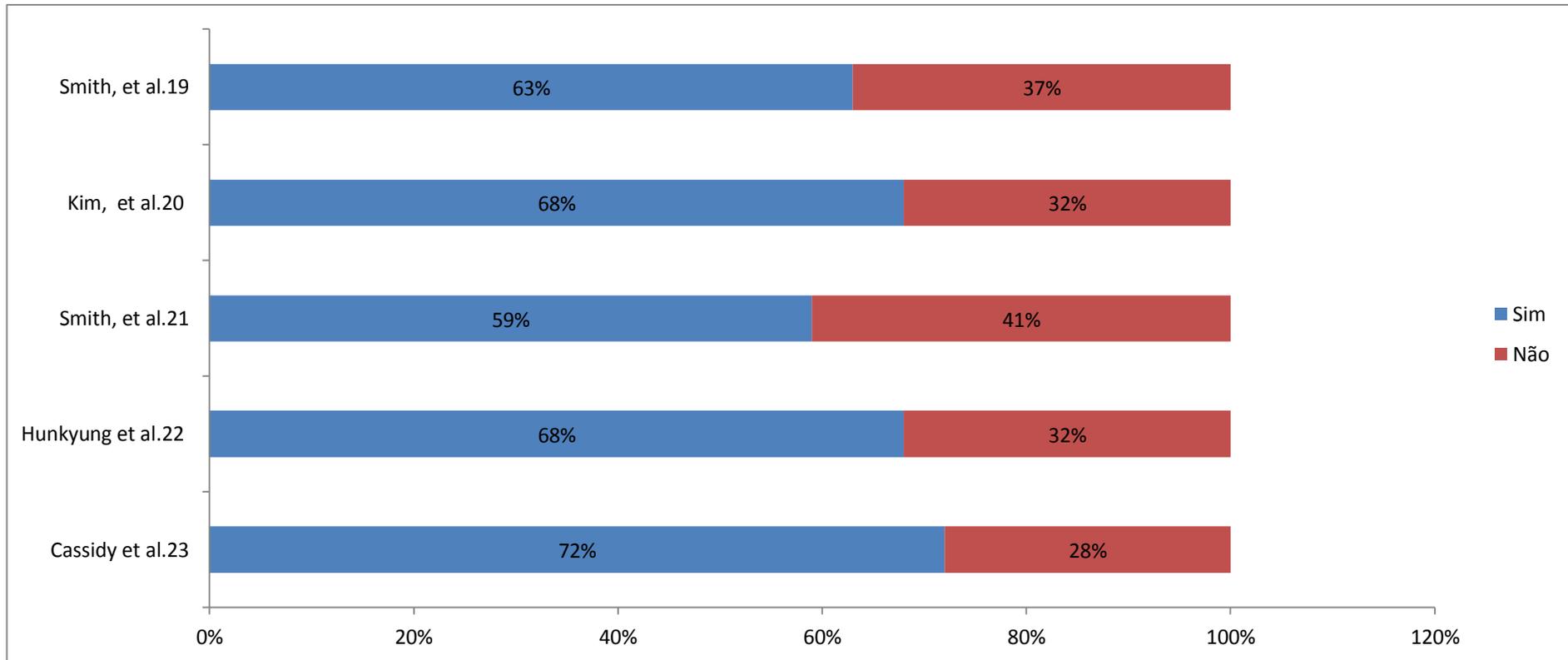
Legenda: NI: Não informado; C: Crônica

Tabela 2 – Análise dos estudos com base nas diretrizes do STROBE (Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology).

Estudo/ Ano	T	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22
Smith et al.¹⁹	14	Sim	Não	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Não	Sim													
Kim et al.²⁰	15	Sim	Não	Não	Não	Sim	Não	Não	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Não	Não							
Smith et al.²¹	13	Sim	Não	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Não	Não													
Hunkyung et al.²²	15	Sim	Sim	Sim	Não	Sim	Sim	Sim	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Não	Sim	Sim	Não	Sim	Sim	Sim	Não	Sim
Cassidy et al.²³	16	Sim	Não	Não	Sim	Não	Sim	Não	Não	Sim	Sim	Não	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim						

T = Total de itens preenchidos

Gráfico 1 – Itens preenchidos através da lista de verificação STROBE (%)



3.1 Amostra – distribuição por sexo e faixa etária

Com relação a amostra dos estudos incluídos nessa revisão a idade dos idosos incluídos variou de 64 a 84 anos. Somente um estudo²², pesquisou especificamente a população idosa e apresentava como faixa etária de 75 a 84 anos. Por esse motivo, para os demais estudos, foram extraídos os dados de faixa etária de interesse para a presente revisão.

A maioria dos estudos, incluíram participantes do sexo feminino. Cassidy *et al.*²³ compararam homens e mulheres e verificaram que quase 3% dos homens e quase 6% das mulheres relataram ter sido diagnosticado com IU. Aproximadamente 20% dos homens e mulheres relataram ter sido diagnosticado com DL e aproximadamente 1% dos homens e 2,5% das mulheres relataram ambos os diagnósticos. Entre os participantes com IU, homens e mulheres estavam em risco igual de ter DL.

3.2 Tipo e gravidade da IU / tipo e intensidade da DL

Hunkyung *et al.*²² correlacionaram os tipos de IU (IUU, IUM e IUE), e a sua gravidade, e verificaram em seu estudo que IU de urgência foi significativamente associada com DL leve e grave em mulheres idosas. Os autores não observaram associação entre DL e IUE. Kim *et al.*²⁰ observaram que quanto maior a gravidade da IU, maior foi o nível percebido de incapacidade funcional relacionada à DL. Apenas dois estudos^{19,22} especificaram que a amostra era composta de e participantes com dor crônica. Os demais identificaram DL apenas como “presente ou ausente”.

3.3 Comorbidades associadas

A maioria dos estudos não correlacionou IU e DL de forma isolada. Smith *et al.*¹⁹ e Smith, *et al.*²¹ estudaram associações entre o desenvolvimento de DL e alterações na presença de incontinência, dificuldade respiratória e sintomas gastrointestinais. Smith *et al.*²¹ observaram que mulheres com problemas pré-existentes apresentaram risco aumentado para o desenvolvimento DL, e mulheres com DL pré-existente e recém-desenvolvida eram mais propensas a desenvolver incontinência e problemas respiratórios (RP: 1,18 a 2,44 e 1,53 a

2,62, respectivamente). A presença de sintomas gastrointestinais também foi identificada como um fator de risco para o desenvolvimento destas condições.

Kim *et al.*²⁰, correlacionaram as variáveis IU, DL, capacidade funcional e equilíbrio estático e identificaram que mulheres com IU mostraram uma ocorrência significativamente maior de DL, incapacidade e desequilíbrio estático ($P < 0,01$). Hunkyung, *et al.*²² realizaram uma associação de IU a condições musculoesqueléticas, incluindo DL e identificaram que os participantes com IU foram mais propensos a sentir dor geral (76,0%) e DL (36,2%) do que aqueles sem IU ($P < 0,001$ e $P = 0,002$, respectivamente). Alterações do índice de massa corporal, quedas, reduções da velocidade de marcha e da força de preensão, DL e dor associada à osteoartrite foram significativamente associados à IU.

4 DISCUSSÃO

Os cinco estudos incluídos nesta revisão encontraram uma associação significativa entre DL e IU, principalmente quando associadas a outras comorbidades.

Possíveis mecanismos de ação são discutidos pelos autores dos estudos incluídos para justificar a relação entre DL e IU. Um deste mecanismo é o trabalho em sinergia entre os músculos abdominais e os músculos do assoalho pélvico. Uma provável explicação, ainda sem confirmação empírica, é que nas alterações do controle miccional, o padrão de ativação da musculatura pélvica poderia mudar e sobrecarregar os estabilizadores da coluna²⁴. Todos os músculos do tronco, incluindo os músculos do assoalho pélvico, quando exercem ativação de maneira coordenada, conferem um controle postural adequado, contribuindo para a prevenção de dor e disfunções. Alterações na atividades desta musculatura poderiam estar presentes em pessoas com IU e DL e justificar a relação entre elas²⁵.

Hunkyung *et al.*²² identificaram que a IUU foi significativamente associada com DL leve e grave em mulheres idosas. A IUU é o tipo de IU mais comum em mulheres idosas²⁶ provavelmente devido à fatores relacionados à senescência e à senilidade. Esses fatores incluem alterações estruturais do músculo detrusor, resultando em redução da capacidade vesical e desenvolvimento de contrações involuntárias²⁷. Adicionalmente, são necessários estudos que investiguem se a IUU e DL é somente pela frequência da urgência ou se existem outros fatores relacionados. A relação entre IUU e DL pode estar relacionada aos efeitos da dor sobre os mediadores do sistema nervoso e sobre os centros inibitórios e excitatórios da bexiga, bem como sobre o comprometimento de raízes nervosas que afetam o controle da bexiga²⁸, mas essas inferências carecem de investigação científica.

Embora dois estudos tenham acompanhado os idosos de forma longitudinal, os desenhos dos estudos incluídos não permitem concluir sobre relação de causalidade entre DL e IU. A partir dos dados apresentados, pode-se determinar se a presença ou o desenvolvimento de um distúrbio (IU /DL) aumenta o risco para o desenvolvimento do outro e identificaram que em ambos, os riscos estão presentes, no entanto, impossibilita a especificação de qual alteração é

causa e qual seria efeito, bem como outros estudos^{20,22,23} que por se tratarem de desenhos transversais, avaliam apenas associação entre variáveis, sem possibilidade de definir relação de causalidade.

Somente um estudo comparou homens e mulheres²⁹, o que confirma o déficit em evidências científicas para a população masculina nesse âmbito. Smith, *et al.*¹⁹ relataram que todas as faixas etárias de mulheres com deficiência no controle da micção eram mais vulneráveis à DL do que a população normal. Essa vulnerabilidade pode estar relacionada à função muscular da cintura pélvica. As mulheres podem ter um suporte musculoesquelético limitado dos órgãos pélvicos, um fator provavelmente associado à gravidez, comprimento relativamente curto da uretra, bem como aos fatores hormonais e associados ao número de partos, gestações³⁰. Portanto, não se pode afirmar se a relação entre IU e DL é maior em mulheres, já que são necessários mais estudos que incluam a população masculina.

Faz-se relevante destacar que a maioria dos estudos não identificaram a relação de IU e DL de forma isolada e sim os associaram a outras comorbidades, tais como distúrbios respiratórios, sintomas gastrointestinais, incapacidade funcional, desequilíbrio estático e disfunções musculoesqueléticas, o que pode ter proporcionado um resultado inconsistente no que diz respeito ao desfecho da presente revisão. Além disso, a relação de IU e DL pode ser mediada por outros fatores tais como depressão, acidente vascular cerebral, diabetes, e ainda, obesidade e limitações funcionais. Modelos teóricos mais robustos que considerem a relação direta entre DL e IU ou a relação indireta relacionados a outras comorbidades ainda precisam ser testados¹¹.

A forma de identificação da DL e da IU foi diferente entre os estudos pesquisados, o que limita a comparação e pode afetar os resultados obtidos. Ferramentas de padronização da identificação destas condições estão disponíveis na literatura e devem ser consideradas. Para a IU, o ICIQ é recomendado pela International Continence Society e para DL. Além do tipo de IU, o estágio da DL, aguda ou crônica, pode afetar os resultados e não tem sido considerado em alguns estudos.

Para avaliação dos estudos incluídos, foi utilizada a lista de verificação STROBE. Embora as diretrizes do STROBE não sejam indicadas para avaliação de qualidade metodológica³¹, a lista foi selecionada na tentativa de identi-

ficar se o estudo incluído preenchia os critérios exigidos no desenho de estudos observacionais devido a escassez de escalas específicas que avaliem a qualidade em estudos com esse tipo de desenho. Os itens 9, 11,13 e 14 da escala, foram preenchidos com “não” para maioria dos estudos, uma vez que eles não o fizeram ou não especificaram de forma clara tais critérios. Dentre os itens, estão as medidas adotadas para contrariar potenciais fontes de viés, que na maioria do estudos não estavam bem estabelecidos, o que pode ter interferido na validade interna do estudos apresentados

A maioria dos estudos preencheram mais de 60 % dos critérios, porém uma limitação nesse aspecto foi identificada, uma vez que as diretrizes STROBE não fornecem uma pontuação de corte para identificar se o estudo foi adequado ou não de acordo com a lista de verificação.

A partir dos resultados encontrados, novos estudos são necessários, buscando melhor identificação e justificativa a respeito da relação dessas disfunções, contribuindo de forma positiva para uma melhor aplicabilidade clínica no modo de atuação dos profissionais que cuidam dos idosos. Pesquisas futuras devem ser realizadas, na tentativa de identificar a relação de causalidade existente entre DL e IU , além de identificação dessas variáveis de maneira isolada especificamente para população idosa, e ainda associação destas disfunções com os tipos de IU e DL.

5 CONCLUSÃO

Com base na presente revisão, observa-se a presença de relação entre dor lombar e incontinência urinária em idosos da comunidade. A presença de IU aumentou o risco de desenvolver DL, principalmente em mulheres idosas. Outras condições de saúde, como comprometimentos respiratórios e digestivos e presença de incapacidade e desequilíbrio parecem influenciar a relação entre DL e IU.

O número de publicações sobre a relação entre IU e DL é pequeno e os tipos de IU e DL são poucos considerados. A forma de identificação da DL e da IU e a faixa etária dos idosos podem afetar os resultados e devem ser consideradas em futuras pesquisas.

REFERÊNCIAS

1. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. **Retratos, a revista do IBGE** [Internet]. 2019, 29. Available from: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/24036-idosos-indicam-caminhos-para-uma-melhor-idade>
2. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. **Síntese de Indicadores Sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira 2010** [Internet]. Vol. 27, Estudos e Pesquisas. 2010. 317 p. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaoodevida/indicadoresminimos/sinteseindicais2010/SIS_2010.pdf
3. CARNEIRO JA, RAMOS GCF, BARBOSA ATF, MEDEIROS SM, LIMA C de A, COSTA FM da, *et al.* Prevalência e fatores associados à incontinência urinária em idosos não institucionalizados. **Cad Saúde Coletiva**, v.25, n.3, p.268–77, 2017.
4. AZEVEDO DC, DILLEN LR Van, SANTOS HDO, OLIVEIRA DR, FERREIRA PH, OLIVEIRA L, *et al.* for Chronic Low Back Pain : Protocol of a Randomized Controlled Trial. **Phys Ther.** v.95, n.9, p.1287-1294, 2015.
5. MORAIS ML, SILVA VKO, SILVA JMN da. Prevalence of low back pain and associated factors among physiotherapy students. **Brazilian J Pain** [Internet]. v.1, n.3, p.241–7, 2018.
6. HOY D, BROOKS P, BLYTH F, BUCHBINDER R. The Epidemiology of low back pain. **Best Pract Res Clin Rheumatol.**, v.24, p.769–81, 2010.
7. LEOPOLDINO AAO, DIZ JBM, MARTINS VT, HENSCHKE N, PEREIRA LSM, DIAS RC, *et al.* Prevalência de lombalgia na população idosa brasileira: revisão sistemática com metanálise. **Rev Bras Reumatol** [Internet]. v.56, n.3, p.258–69, 2016.
8. APARECIDA A, LEOPOLDINO O, BERGAMASCHINE J, DIZ M, TIGRE V, HENSCHKE N, *et al.* Prevalência de lombalgia na população idosa brasileira : revisão sistemática com metanálise. **Rev Bras Reumatol** [Internet]. v.56, n.3, p.258–69, 2016.
9. JORGE MSG, ZANIN C, KNOB B, WIBELINGER LM. Physiotherapeutic intervention on chronic lumbar pain impact in the elderly. **Rev Dor.** 2015;16(4):302–5.
10. BERNARD T. HAYLEN, DIRK de RIDDER, ROBERT M. FREEMAN, STEVEN E. SWIFT, BARY BERGHMANS, JOSEPH LEE, ASH MONGA, ECKHARD PETRI, DIAA E. RIZK, PETER K. SAND and GNS. An International Urogynecological Association (IUGA)/International

- Continence Society (ICS) Joint Report on the Terminology for Female Pelvic Floor Dysfunction Bernard. **Neurourol Urodyn.** v.29, p.4–20, 2010.
11. CARVALHO MP de, ANDRADE FP, PERES W, MARTINELLI T, SIMCH F, ORCY RB, *et al.* The impact of urinary incontinence and their associated factors in elderly women. **Rev Bras Geriatr Gerontol** [Internet]. v.17, n.4, p.721–30, 2014.
 12. CAVALCANTE M, VERUSKA K, SILVA C, ISABEL M, BERNARDO F, SOUZA E, *et al.* Prevalence and factors associated with urinary incontinence in elderly women. **Rev Bras Promoção Saúde.** v.27, n.4, p.216–23, 2014.
 13. J. S, P.A.J. L, M.L. F, C.G. M, L. P, W.C. P, *et al.* Back Complaints in the Elders (BACE); Design of cohort studies in primary care: An international consortium. **BMC Musculoskelet Disord.**, v.12, p.193, 2011.
 14. GAVIRA Pavón A, WALKER CHAO C, RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ N, GAVIRA Iglesias FJ. Prevalencia y factores de riesgo de incontinencia urinaria en mujeres que consultan por dolor lumbopélvico: estudio multicéntrico. *Aten Primaria* [Internet]. v.46, n.2, p.100–8, 2014.
 15. CHOLEWICKI J, SILFIES SP, SHAH RA, GREENE HS, REEVES NP, ALVI K, *et al.* Delayed Trunk Muscle Reflex Responses Increase the Risk of Low Back Injuries Jacek. **Spine** (Phila Pa 1976). v.30, n.23, p.2614–20, 2005.
 16. BARBIČ M, KRALJ B, Cör A. Compliance of the bladder neck supporting structures: Importance of activity pattern of levator ani muscle and content of elastic fibers of endopelvic fascia. **Neurourol Urodyn.** v.22, n.4, p.269–76, 2003.
 17. SOBRE I, Manual EL, Manual S. Manual Cochrane Versión 5.1.0 [Internet]. 2011. 1–639 p. Disponível em: www.cochrane-handbook.org.
 18. GEOMETRY R, Analysis G. Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual. 2011. 201 p.
 19. SMITH MD, RUSSELL A, HODGES PW. Do Incontinence, Breathing Difficulties, and Gastrointestinal Symptoms Increase the Risk of Future Back Pain? **J Pain** [Internet]. v.10, 8, p.876–86, 2009.
 20. KIM JS, KIM SY, Oh DW, CHOI JD. Correlation between the severity of female urinary incontinence and concomitant morbidities: A multi-center cross-sectional clinical study. **Int Neurourol J.** v.14, n.4, p.220–6, 2010.
 21. Smith MD, Russell A, Hodges PW. The Relationship Between Incontinence , Breathing Disorders , Gastrointestinal Symptoms , and Back Pain in Women A Longitudinal Cohort Study. v.30, n.2, p.162–7, 2014.

22. HUNKYUNG Kim, HIDEYO Yoshida, XIUYING Hu, KYOKO Saito, YUKO Yoshida, MIJI Kim, 1 HIROHIKO Hirano, NARUMI Kojima EH and TS. Association between Self-Reported Urinary Incontinence and Musculoskeletal Conditions in Community-Dwelling Elderly Women: A Cross-Sectional Study. **Neurourol Urodyn**. v.34, p.322–6, 2015.
23. CASSIDY T, FORTIN A, KACZMER S, SHUMAKER JTL, SZETO J, MADILL SJ. Relationship Between Back Pain and Urinary Incontinence in the Canadian Population. **Phys Ther**. v.97, n.4, p.449–54, 2017.
24. ARAB AM, BEHBAHANI RB, LORESTANI L, AZARI A. Assessment of pelvic floor muscle function in women with and without low back pain using transabdominal ultrasound. **Man Ther** . v.15, n.3, p.235–9, 2010.
25. BUSH HM, PAGOREK S, KUPERSTEIN J, GUO J, BALLERT KN, CROFFORD LJ. The Association of Chronic Back Pain and Stress Urinary Incontinence. *J Women's Heal Phys Ther*. 2013;37(1):11–8.
26. ABRAMS P, CARDOZO L, FALL M, GRIFFITHS D, ROSIER P, ULMSTEN U, et al. The standardisation of terminology of lower urinary tract function: Report from the standardisation sub-committee of the international continence society. *Am J Obstet Gynecol*. 2002;187(1):116–26.
27. VIRTUOSO JF, MAZO GZ, MENEZES EC. Prevalência, tipologia e sintomas de gravidade da incontinência urinária em mulheres idosas segundo a prática de atividade física. *Fisioter em Mov*. 2012;25(3):571–82.
28. ABRAMS P, CARDOZO L, WAGG A, WEIN AJ. International Continence Society. Incontinence: 6th INTERNATIONAL CONSULTATION ON INCONTINENCE, Tokyo, September 2016 [Internet]. 2016. 2519 p. Disponível em: <https://www.ics.org/education/icspublications/icibooks/6thicibook>
29. TOPRAK Çelenay Ş, ÖZER Kaya D. Relationship of spinal curvature, mobility, and low back pain in women with and without urinary incontinence. **Turkish J Med Sci**. v.47, n.4, p.1257–62, 2017.
30. KELLEHER CJ, CARDOZO LD, KHULLAR V, SALVATORE S. A medium term analysis of the subjective efficacy of treatment for women with detrusor instability and low bladder compliance. **BJOG An Int J Obstet Gynaecol**. v.104, n.9, p.988–93, 1997.
31. DA COSTA BR, CEVALLOS M, ALTMAN DG, RUTJES AWS, EGGER M. Uses and misuses of the STROBE statement: Bibliographic study. **BMJ Open**. v.1, n.1, p.1–6, 2011.

ANEXO I

ORIENTAÇÃO PARA PREPARAÇÃO DE MANUSCRITOS

REVISTA BRASILEIRA

DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA

Título em português: Envelhecimento humano (somente a 1ª letra deve ser maiúscula, exceto nos casos de nomes próprios)

Título em inglês:

Título curto em português: (deve ser resumido, não abreviado)

Título curto em inglês: Fonte Arial, 12; negrito; espaçamento entre linhas 1,5; alinhar à esquerda

Resumo

Mínimo de 150 e máximo de 250 palavras

Objetivo: XXXXXXXXXXXXX. *Método:* XXXXXXXXXXXX. *Resultados:* XXXXXXXXXXXX.

Conclusão: XXXXXXXXX.

Palavras-chave: Cuidadores. Idosos. Cuidados Paliativos.

Mínimo de três e máximo de seis palavras, de acordo com o DeCS; separadas por ponto; utilizar letra maiúscula nas iniciais das palavras

Abstract

Objective: XXXXXXXXX. *Method:* XXXXXXXX. *Results:* XXXXXXXXX.

Conclusion: XXXXXXXXX.

Keywords: Caregivers.Elderly. Palliative Care.

INTRODUÇÃO

A introdução deve ser concisa e objetiva. Sugere-se que esta seção seja desenvolvida de modo a apresentar o tema (fundamentando os principais conceitos), justificando a importância do estudo e o seu objetivo. O objetivo é o item central para o alinhamento do manuscrito, e refere-se à pergunta a ser

respondida pela pesquisa. O objetivo na introdução deve ser compatível com aquele apresentado no resumo. Ao final da introdução deve estar explícito o objetivo do estudo. Um equívoco comum é incluir no início da introdução informações sobre o envelhecimento populacional, mundial e/ou nacional / regional. Solicitamos não incluir esses dados, já que se torna redundante ao próprio escopo da revista.

Introdução + Método + Resultados + Discussão + Conclusão + Agradecimento = máximo de 4 mil palavras (para artigos originais e de revisão; relatos de caso e atualizações tem até 3 mil palavras, comunicações breves, até 1.500 palavras e carta ao editor, no máximo 600) Fonte Arial, 12; espaçamento entre linhas 1,5, com recuo padrão da primeira linha (1,25cm)

MÉTODO

Inicialmente, deve ser registrado o delineamento do estudo. Nos desenhos em que se fizer necessário, esclarecer o planejamento amostral (cálculo do tamanho da amostra, seleção e recrutamento dos participantes). Descrever os critérios de inclusão e exclusão. Descrever sucintamente todos os instrumentos utilizados na pesquisa, seu estágio de validação para a população, quem aplicou, o número de avaliadores e procedimentos de coleta. As análises estatísticas utilizadas devem ser descritas informando quais os dados foram analisados, por qual teste estatístico e o propósito do seu uso. Não informar o *software* utilizado para as análises estatísticas.

Nos estudos envolvendo seres humanos, deve ser registrado que a pesquisa está de acordo com a Resolução nº 466/2012 e a Resolução nº 510/2016. O parecer de aprovação no comitê de ética em pesquisa da instituição ou da Plataforma Brasil deve ser submetido juntamente com o manuscrito. No caso de estudos de ensaios clínicos realizados antes de 2012, informar o número do REBEC (Registro Brasileiro de Ensaios Clínicos). Informar também que os participantes da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

RESULTADOS

Devem ser apresentados de forma sintética e clara, e as tabelas, quadros ou figuras devem ser elaborados de forma a serem autoexplicativas, in-

formando a significância estatística, quando couber. O uso dessas ilustrações deve ser precedido por breve descrição dos principais resultados apresentados, evitando repetir informações. Vide dicas na página 6.

DISCUSSÃO

A discussão dos resultados deve ser sucinta e seguir a ordem de apresentação dos resultados, pautando-se em justificá-los e informando o possível impacto para a população estudada. Tais informações devem ser baseadas em hipóteses dos autores e fundamentadas por referencial teórico atualizado.

As dificuldades e limitações do estudo devem ser registradas no último parágrafo desta seção.

CONCLUSÃO

Recomenda-se que a conclusão seja iniciada respondendo aos objetivos do estudo, seguido pelas principais inferências e contribuições para o campo de estudo, planejamento de ações locais, contribuições ou perspectivas para a pesquisa e prática Geriátrica e Gerontológica. Nesta seção, não usar siglas.

AGRADECIMENTOS (opcional)

Parágrafo com até cinco linhas.

FINANCIAMENTO

Informar a fonte de financiamento da pesquisa e / ou do manuscrito na página de títulos (não no arquivo principal do manuscrito, para não possibilitar identificação), abaixo do nome (s) do (s) autor (es). Exemplos:

- Financiamento: Fundação de Amparo à Pesquisa XXX, edital / auxílio XXX. Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), bolsa / grant XXX.
- Apoio financeiro: não houve financiamento.

CONFLITO DE INTERESSES

Informar sobre possíveis conflitos de interesses relacionados ao estudo e à produção do manuscrito. Exemplos: realização de estudo sobre disciplinas / cursos / institutos da própria universidade em que o pesquisador atua; avaliar a eficácia de um fármaco lançado pela própria indústria farmacêutica na qual o pesquisador trabalha; analisar a funcionamento do próprio hospital que é local das atividades do autor. Os autores devem reconhecer no texto o risco do viés que pode acontecer através do conflito de interesses. Devem demonstrar também de que modo controlaram essas influências na descrição dos procedimentos metodológicos, no desenho e na análise da pesquisa. Caso não haja conflito de interesses, informar também.

REFERÊNCIAS

Devem ser normalizadas de acordo com o estilo *Vancouver*. Apresentar as referências mais atuais possíveis. Máximo de 35 para artigos originais, 50 para revisões, 25 para relatos de caso e atualizações, 10 para comunicações breves e oito para cartas ao editor; 50% das referências devem ser artigos datadas dos últimos cinco anos em periódicos indexados. As demais podem entrar neste critério ou não, conforme necessidade de citar materiais clássicos / livros / teses etc.

Exemplos para artigos de periódicos com um até seis autores:

Bosch JP, Saccaggi A, Lauer A, Ronco C, Belledonne M, Glabman S. Renal functional reserve in humans: effect of protein intake on glomerular filtration rate. *AM J Med* 1983;75(6):943-50.

Autor(es) Bosch JP, Saccaggi A, Lauer A, Ronco C, Belledonne M, Glabman S. Título: subtítulo Renal functional reserve in humans: effect of protein intake on glomerular filtration rate. Título do Periódico *AM J Med* ano 1983;volume (vol.75)(n.)(6): intervalo de páginas (943-50).

Autor(es). Título: subtítulo (se houver). Título do Periódico ano; vol.(n.): intervalo de páginas.

Exemplos para artigos de periódicos na internet com mais de seis autores:

Dias-da-Costa JS, Galli R, De Oliveira EA, Backers V, Vial EA, Canuto R, et al. Prevalência de capacidade mastigatória insatisfatória e fatores associados em idosos brasileiros. Cad Saúde Pública 2010 [acesso em 26 jan. 2016];26(1):79-89. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2010000100009&script=sci_abstract&tlng=pt

Autor(es) Dias-da-Costa JS, Galli R, De Oliveira EA, Backers V, Vial EA, Canuto R, et al.. Título: subtítulo Prevalência de capacidade mastigatória insatisfatória e fatores associados em idosos brasileiros. Título do Periódico Cad Saúde Pública [Internet] ano 2010 [data de acesso acesso em 26 jan. 2016;volume vol26 (n.)(1):intervalo de páginas 79-89. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2010000100009&script=sci_abstract&tlng=pt

Autor(es). Título: subtítulo (se houver). Título do Periódico [Internet] ano [data de acesso];vol.(n.):intervalo de páginas. Disponível em:

DICAS GERAIS

- Devem ser registrados os nomes completos dos autores, sem abreviações.
- A partir da “Introdução”, o registro da sigla pela primeira vez deve ser precedido de seu nome por extenso. Daí em diante, somente usar a sigla e não mais o nome completo.
- Evitar a aplicação de termos inadequados à linguagem científica.
- Visando a uniformidade do texto, os termos com o mesmo significado devem ser registrados somente de um modo, sem alternância. Exemplificando, os autores devem optar entre a utilização dos termos *stress/escore* ou *stress/score* (caso a palavra de origem estrangeira seja aportuguesada, orientamos a aplicação do termo equivalente em língua portuguesa).
- Ao registrar um município indicar, entre parênteses, a sigla do estado.

- Os números de zero a nove devem ser escritos por extenso e, em algarismos, a partir de 10. Para expressar valor, grandeza, peso ou medida use sempre algarismos.
- Atentar para a aplicação correta: N (maiúsculo)= total da amostra; n (minúsculo)= parte da amostra total.
- As casas decimais, em português, são separadas por vírgulas e devem ser padronizadas em todo o texto.
- O *p* (probabilidade de significância) deve ser registrado sempre em itálico.
- Evitar expressões pouco específicas: possivelmente, talvez, atualmente, hoje em dia, recentemente, etc.
- A expressão et al. não deve estar em itálico.
- O valor do desvio-padrão deve ser apresentado desta forma: ($\pm 15,92$).
- Os termos de origem estrangeira devem ser registrados em itálico.
- Não utilizamos plural em siglas: as UTI neonatais.
- Não numerar as páginas. Evitar notas de rodapé.
- Testes e teorias devem ser escritos da seguinte forma: Teste Qui-quadrado; Teste *Get Up and Go*; Teste *Timed Up and Go*; Escala de Equilíbrio de Berg; Velocidade de Marcha; Teste de Sentar e Levantar; Teste Exato de Fischer; Critérios *START* e *STOPP*; Miniexame de Estado Mental; Escala Likert.

DICAS ILUSTRAÇÕES

- As ilustrações devem ser indicadas no texto e a letra inicial deve ser grafada em maiúscula. Exemplos: A Tabela 1 mostra.....
Na fase intermediária.....(Figura 2).
- As laterais do quadro devem ser fechadas e das tabelas abertas.
- Não repetir dados das tabelas/quadros/figuras no corpo do texto.
- Os títulos das tabelas/quadros/figuras devem ser autoexplicativos (título detalhado, siglas por extenso).

- As casas decimais devem ser padronizadas.
- A separação dos subitens da tabela poderá ser feita utilizando uma linha horizontal.
- Números da amostra e respectivas porcentagens devem ser apresentados na mesma coluna, bem como a média e desvio-padrão.
- As siglas apresentadas nas ilustrações devem ser registradas na legenda, bem como quaisquer símbolos (asteriscos ou outros), letras ou numerais utilizados. Sendo possível, é mais indicado usar o nome por extenso em vez da sigla. Indicar também a fonte consultada, se for o caso.
- As figuras devem ser enviadas em formato editável e não como imagens.
- O título da figura deve ser registrado abaixo desta ilustração.

Tabela 1. Características sociodemográficas dos xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx (N= 000). Município, sigla do estado, ano.

Variáveis	n (%)
Sexo	
Feminino	000 (00,0)*
Masculino	00 (00,0)
Faixa etária (anos)	
60–69	00 (00,0)
70–79	0 (00,0)**
≥80	00 (00,0)
Estado civil	
Casado(a)	00 (0,0)
Solteiro(a)	000 (00,0)
Divorciado(a)/Separado(a)	0 (0,0)
Viúvo(a)	00 (00,0)

Fonte: PNAD/IBGE, 2016.

*xxxxxxx; **xxxxxxx.

Título das ilustrações

Fonte Arial, 12; alinhado à esquerda; incluir informação da cidade, estado e ano (onde e quando a pesquisa foi realizada); as linhas externas devem ser mais grossas que as internas.

Corpo das ilustrações

Fonte Arial, 11; sem negrito (exceto nos casos em que dados estatísticos necessitem destaque); alinhamento à esquerda; espaçamento entre linhas simples. Legenda: Arial, 10.

DICAS REFERÊNCIAS

- As referências indicadas no texto devem estar em sobrescrito antes da pontuação (ex.: De acordo com Duarte⁵, os ...).
- No texto, o registro do número referencial pela primeira vez deve estar em ordem sequencial. Exemplificando, xxxxxxx¹ xxxxxxx² xxxxxxx³ xxxxxxx²
- As referências em sequência a partir da terceira devem ser registradas com hífen (ex.: ⁵⁻⁹, ou seja, neste caso foram consultadas as referências 5,6,7,8,9). As referências não sequenciais são separadas por vírgula em ordem crescente (ex.: ^{12,15,20}).
- Ao referenciar autores no corpo do texto:
Único autor: Teixeira¹ afirma que...
Dois autores: Teixeira e Mendes¹ afirmam que..
A partir de três autores: Teixeira et al.¹ afirmam que...
- Verificar se todas as referências da listagem foram registradas no manuscrito.
- Ao ser citado o autor a referência deve ser registrada ao lado do seu nome, e não ao final da frase (ex.: Segundo Vieira e Borges³,).
- Importante: a RBGG solicita que, no caso de artigos, sejam citadas fontes publicadas ou aceitas para publicação. Somente serão aceitas referências a textos não publicados caso o *preprint* esteja em um repositório público, que deve ter o link indicado para conferência de nossa biblioteca.

DICAS CITAÇÃO

Exemplo de transcrição de entrevista: Recuo de 4 cm; espaçamento entre linhas simples; fonte arial, 11; entre aspas;

“É mais a dependência, né? [...] em relação a ... levar ele a ... determinados lugares e ... a questão da [...] gravação dos textos também, mais assim...devido, acho que a dificuldade da [...] percepção dele, né?” (Pedro).

Exemplo de citação direta de autor (deve ser evitada, sempre que possível sintetizando com suas próprias palavras a ideia citada): Recuo de 4 cm; espaçamento entre linhas simples; fonte arial, 11; indicar autor por meio do número referencial ao final do trecho

ANEXO II

STROBE Statement—checklist of items that should be included in reports of observational studies

	Item No	Recommendation
Title and abstract	1	(a) Indicate the study's design with a commonly used term in the title or the abstract
		(b) Provide in the abstract an informative and balanced summary of what was done and what was found
Introduction		
Background/rationale	2	Explain the scientific background and rationale for the investigation being reported
Objectives	3	State specific objectives, including any prespecified hypotheses
Methods		
Study design	4	Present key elements of study design early in the paper
Setting	5	Describe the setting, locations, and relevant dates, including periods of recruitment, exposure, follow-up, and data collection
Participants	6	(a) <i>Cohort study</i> —Give the eligibility criteria, and the sources and methods of selection of participants. Describe methods of follow-up <i>Case-control study</i> —Give the eligibility criteria, and the sources and methods of case ascertainment and control selection. Give the rationale for the choice of cases and controls <i>Cross-sectional study</i> —Give the eligibility criteria, and the sources and methods of selection of participants
		(b) <i>Cohort study</i> —For matched studies, give matching

criteria and number of exposed and unexposed

Case-control study—For matched studies, give matching criteria and the number of controls per case

Variables	7	Clearly define all outcomes, exposures, predictors, potential confounders, and effect modifiers. Give diagnostic criteria, if applicable
Data sources/ measurement	8*	For each variable of interest, give sources of data and details of methods of assessment (measurement). Describe comparability of assessment methods if there is more than one group
Bias	9	Describe any efforts to address potential sources of bias
Study size	10	Explain how the study size was arrived at
Quantitative variables	11	Explain how quantitative variables were handled in the analyses. If applicable, describe which groupings were chosen and why
Statistical methods	12	<p>(a) Describe all statistical methods, including those used to control for confounding</p> <hr/> <p>(b) Describe any methods used to examine subgroups and interactions</p> <hr/> <p>(c) Explain how missing data were addressed</p> <hr/> <p>(d) <i>Cohort study</i>—If applicable, explain how loss to follow-up was addressed</p> <p><i>Case-control study</i>—If applicable, explain how matching of cases and controls was addressed</p> <p><i>Cross-sectional study</i>—If applicable, describe analytical methods taking account of sampling strategy</p> <hr/> <p>(e) Describe any sensitivity analyses</p>
Results		
Participants	13*	(a) Report numbers of individuals at each stage of study—eg

		numbers potentially eligible, examined for eligibility, confirmed eligible, included in the study, completing follow-up, and analysed
		(b) Give reasons for non-participation at each stage
		(c) Consider use of a flow diagram
Descriptive data	14*	(a) Give characteristics of study participants (eg demographic, clinical, social) and information on exposures and potential confounders
		(b) Indicate number of participants with missing data for each variable of interest
		(c) <i>Cohort study</i> —Summarise follow-up time (eg, average and total amount)
Outcome data	15*	<i>Cohort study</i> —Report numbers of outcome events or summary measures over time
		<i>Case-control study</i> —Report numbers in each exposure category, or summary measures of exposure
		<i>Cross-sectional study</i> —Report numbers of outcome events or summary measures
Main results	16	(a) Give unadjusted estimates and, if applicable, confounder-adjusted estimates and their precision (eg, 95% confidence interval). Make clear which confounders were adjusted for and why they were included
		(b) Report category boundaries when continuous variables were categorized
		(c) If relevant, consider translating estimates of relative risk into absolute risk for a meaningful time period
Other analyses	17	Report other analyses done—eg analyses of subgroups and interactions, and sensitivity analyses
Discussion		
Key results	18	Summarise key results with reference to study objectives
Limitations	19	Discuss limitations of the study, taking into account sources of potential bias or imprecision. Discuss both direction and mag-

nitude of any potential bias

Interpretation	20	Give a cautious overall interpretation of results considering objectives, limitations, multiplicity of analyses, results from similar studies, and other relevant evidence
----------------	----	--

Generalisability	21	Discuss the generalisability (external validity) of the study results
------------------	----	---

Other information

Funding	22	Give the source of funding and the role of the funders for the present study and, if applicable, for the original study on which the present article is based
---------	----	---

*Give information separately for cases and controls in case-control studies and, if applicable, for exposed and unexposed groups in cohort and cross-sectional studies.

Note: An Explanation and Elaboration article discusses each checklist item and gives methodological background and published examples of transparent reporting. The STROBE checklist is best used in conjunction with this article (freely available on the Web sites of PLoS Medicine at <http://www.plosmedicine.org/>, Annals of Internal Medicine at <http://www.annals.org/>, and Epidemiology at <http://www.epidem.com/>). Information on the STROBE Initiative is available at www.strobe-statement.org.