



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA  
FACULDADE DE CEILÂNDIA



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

LUIZA NOLÊTO DOS SANTOS  
TATIANA ANDRADE CACHO

EFICÁCIA DA FISIOTERAPIA NOS DISTÚRBIOS  
MICCIONAIS DE CRIANÇAS COM  
MALFORMAÇÃO DO TRATO URINÁRIO  
REFRATÁRIA À MEDICAÇÃO: ANÁLISE DE  
PRONTUÁRIO

BRASÍLIA  
2019

LUIZA NOLÊTO DOS SANTOS

TATIANA ANDRADE CACHO

EFICÁCIA DA FISIOTERAPIA NOS DISTÚRBIOS  
MICCIONAIS DE CRIANÇAS COM  
MALFORMAÇÃO DO TRATO URINÁRIO  
REFRATÁRIA À MEDICAÇÃO: ANÁLISE DE  
PRONTUÁRIO

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado  
à Universidade de Brasília – UnB –  
Faculdade de Ceilândia como requisito  
parcial para obtenção do título de bacharel  
em Fisioterapia.

Orientador (a): Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Aline Teixeira  
Alves

Coorientador (a): Dr<sup>a</sup> Raquel Henriques  
Jácomo

BRASÍLIA

2019

LUIZA NOLÊTO DOS SANTOS  
TATIANA ANDRADE CACHO

EFICÁCIA DA FISIOTERAPIA NOS DISTÚRBIOS  
MICCIONAIS DE CRIANÇAS COM MALFORMAÇÃO  
DO TRATO URINÁRIO REFRATÁRIA À MEDICAÇÃO:  
ANÁLISE DE PRONTUÁRIO

Brasília, 04/12/19

**COMISSÃO EXAMINADORA**

*Patrícia A. Garcia*

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Patrícia Azevedo Garcia  
Faculdade de Ceilândia - Universidade de Brasília-UnB  
Orientadora

*Mariana Cecchi Salata*

---

Prof.<sup>a</sup> M.<sup>a</sup> Mariana Cecchi Salata  
Faculdade de Ceilândia - Universidade de Brasília-UnB

*Helmorany N. de Araújo*

---

Prof.<sup>a</sup> M.<sup>a</sup> Helmorany Nunes de Araújo  
Centro Universitário ICESP

### ***Dedicatória***

*Dedicamos este trabalho primeiramente à Deus, por nos proteger e guiar as nossas vidas, em segundo, aos nossos familiares, que no decorrer da nossa trajetória, nos proporcionaram suporte, incentivo e cuidado. À nossa orientadora Aline Alves e nossa co-orientadora Raquel Jácomo por nos dedicarem tempo para ensinar e auxiliar no estudo. A vocês, nossa imensa gratidão.*

## **AGRADECIMENTOS**

*Por Luiza Nolêto dos Santos*

*“Tudo o que fizerem, seja em palavra seja em ação, façam-no em nome do Senhor Jesus, dando por meio dele graças a Deus Pai.” Colossenses 3:17*

*Primeiramente, à Deus por me guiar e iluminar em cada passo da minha vida! A Ele que nos deu a maior prova de amor e nos ensinou a amar, que sonda o meu coração me dando a confiança necessária para cuidar e zelar pelo próximo. Obrigada Pai por estar sempre presente em cada etapa da minha vida, me capacitando a seguir o caminho que o Senhor traçou para mim.*

*A minha família que sempre me deu todo o suporte necessário, sou extremamente grata por toda paciência e amor ao longo dessa jornada! Especialmente à minha mãe Claudinéia por todo cuidado e dedicação nos momentos de aflição, ao meu pai Lázaro por todo carinho concedido diariamente, ao meu irmão Mateus por todo encorajamento.*

*Agradeço aos professores do corpo docente de fisioterapia por todo aprendizado compartilhado. Principalmente a minha orientadora Aline Alves, por ser essa profissional exemplar que exala seu amor pela fisioterapia contagiando todos ao seu redor!*

*A minha co-orientadora Raquel Jácomo, por toda paciência, estando sempre à disposição para ajudar e acrescentar! Obrigada pelo ensinamento de como é trabalhar com competência e empatia.*

*Às minhas amigas de graduação e agora de vida: Tatiana Cacho que foi minha primeira amizade na faculdade, não podendo ter pessoa melhor para compartilhar o TCC, obrigada por toda paciência e apoio! E a Júlia Borges sempre presente e solícita para tudo que fosse necessário. Vocês tornaram minha graduação uma fase cheia de felicidade e companheirismo!*

*Agradeço também às minhas amigas de infância Mylena e Flávia por todo o encorajamento, incentivo e confiança transmitidos durante essa jornada.*

*Por fim, sou grata a todos que de alguma forma fizeram parte da minha trajetória durante a realização desse projeto.*

**Por Tatiana Andrade Cacho**

*Desde criança me lembro de dizer que iria crescer e trabalhar ajudando e cuidando de pessoas, e agora, esse sonho está prestes a se realizar e tenho muito a agradecer às pessoas que foram essenciais nessa trajetória.*

*Primeiramente, agradeço a Deus por iluminar o meu caminho e me abençoar durante esse ciclo, por me dar força e confiança para traçar uma belíssima história na Fisioterapia.*

*Agradeço à minha família, em especial ao meu pai André, e meus irmãos Felipe e Mariana, que são a base de todo suporte, incentivo, conforto, amizade, conselhos, carinho e fé. Sou extremamente grata por fazer parte de uma família tão incrível!*

*Agradeço ao corpo docente de Fisioterapia, em especial a professora e orientadora Aline Alves, que me serviu de exemplo profissional desde o primeiro contato que tivemos em aula, demonstrando sempre muita vontade e sabedoria em passar o seu conhecimento.*

*A preceptora de estágio e co-orientadora Raquel Jácomo, por todos os ensinamentos, companheirismo, paciência e amor pela Fisioterapia Uroginecológica, sendo crucial para fazer crescer ainda mais o meu amor por essa área tão linda.*

*Ainda, sou grata a todos os preceptores de estágio em que passei, foram experiências, aprendizados, amizades e contatos que levarei para toda a vida. Profissionais especiais e muito preparados para lidar com a população, cada um com seu diferencial.*

*Às minhas amigas, Luiza Nolêto, que além de dupla do TCC, é a minha confidente desde o primeiro semestre. Juntamente com a Júlia Borges e Rute Santos, somos um grupo quase perfeito de amigas que se apoiam e se ajudam nos momentos bons e ruins, em estudos para provas e saídas no meio da semana para comer e conversar.*

*Por fim, sou grata a todos que de alguma forma, direta ou indiretamente, participaram da realização desse projeto.*

*“A menos que modifiquemos a nossa maneira de pensar, não seremos capazes de resolver os problemas causados pela forma como nos acostumamos a ver o mundo (Albert Einstein).”*

## RESUMO

**Objetivo:** Investigar a eficácia da fisioterapia nos distúrbios miccionais de crianças com malformação do trato urinário refratária à medicação. **Método:** Estudo quantitativo, descritivo, observacional e retrospectivo, baseado na análise de prontuários de pacientes atendidos no Ambulatório de Fisioterapia Pélvica Infantil do Hospital Universitário de Brasília. Foram incluídos 23 prontuários nos quais os pacientes tinham média de idade de 5,95 ( $\pm 3,22$ ) anos. A eficácia do tratamento foi baseada no relato de melhora descrito pelo paciente e/ou responsável. **Resultados:** A malformação mais comum foi válvula de uretra posterior (17,39%). Os sintomas miccionais mais frequentes foram infecção do trato urinário (73,91%), incontinência urinária (60,85%) e urgência (47,82%). 100% da amostra recebeu orientações iniciais e eletroestimulação parassacral. 56,52% fizeram exercícios e 17,39% biofeedback. 65,21% dos pacientes relataram melhora nas 5 primeiras sessões. 65,21% relataram melhora significativa e/ou completa dos sintomas. **Conclusão:** A fisioterapia é eficaz no tratamento das disfunções miccionais em crianças com malformação do trato urinário refratário à medicação.

**Palavras-chave:** Criança, Sintomas do trato urinário inferior, Malformações congênitas.

## ABSTRACT

**Objective:** To investigate the effectiveness of physiotherapy in children with voiding disorders and malformation of the urinary tract refractory to medication. **Method:** A quantitative, descriptive, observational and retrospective study based on the analysis of medical records of patients treated at the Children's Pelvic Physiotherapy Outpatient Clinic of the University Hospital of Brasilia. Were included 23 medical records of patients with average age of 5.95 ( $\pm$  3.22) years. The effectiveness of the treatment was based on the improvement report described by the patient and / or guardian. **Results:** The most common malformation was posterior urethral valve (17.39%). The most frequent voiding symptoms were urinary tract infection (73.91%), urinary incontinence (60.85%) and urgency (47.82%). 100% of the sample received initial orientation and parasacral electrostimulation. 56.52% did exercises and 17.39% biofeedback. 65.21% of the patients reported improvement in the beginning of physiotherapy until the 5<sup>th</sup> session. 65.21% reported significant and/or complete improvement of symptoms. **Conclusion:** Physiotherapy demonstrate be effective in the treatment in children with voiding disorders and malformation of the urinary tract refractory to medications.

**Keywords:** Child, Lower urinary tract symptoms, Congenital abnormalities.

## LISTA DE TABELAS E FIGURAS

<b>Figura 1.</b> Fluxograma de seleção de amostra .....	19
<b>Tabela 1.</b> Caracterização das variáveis sociodemográficas .....	20
<b>Tabela 2.</b> Caracterização das malformações .....	21
<b>Tabela 3.</b> Caracterização das variáveis clínicas .....	23
<b>Tabela 4.</b> Caracterização do tratamento fisioterapêutico .....	24
<b>Tabela 5.</b> Caracterização no número de sessões realizadas, início da melhora e percentual de melhora relatado .....	25

## **LISTA DE ABREVIATURAS**

DF – Distrito Federal

DRC – Doença Renal Crônica

EEPS – Eletroestimulação Transcutânea Parassacral

EIPS – Espinhas Ilíacas Pósterio-Superiores

GO - Goiás

HUB – Hospital Universitário de Brasília

ITU – Infecção do Trato Urinário

IU – Incontinência Urinária

JUP – Junção Uretero-Pélvica

JUV – Junção Uretero-Vesical

MAP - Musculatura do Assoalho Pélvico

RVU – Refluxo Vesico-Ureteral

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TENS - Estimulação Elétrica Transcutânea Nervosa

VUP – Válvula de Uretra Posterior

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO</b> .....	13
<b>2. METODOLOGIA</b> .....	16
<b>3. RESULTADOS PRELIMINARES</b> .....	19
<b>4. DISCUSSÃO</b> .....	26
<b>6. CONCLUSÃO</b> .....	29
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	30
<b>APÊNDICE A</b> – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido .....	34
<b>APÊNDICE B</b> – Ficha de Análise dos Prontuários .....	35
<b>ANEXO A</b> – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina .....	37
<b>ANEXO B</b> – Normas da Revista Científica .....	41

## 1. INTRODUÇÃO

A disfunção miccional infantil é definida como um padrão miccional anormal para a idade da criança, inclui a perda da capacidade coordenada de armazenamento, estocagem e eliminação de urina, levando a alterações urodinâmicas e impactos na qualidade de vida, com prejuízo de cunho social e higiênico. Usualmente não é diagnosticada antes da aquisição do controle urinário diurno<sup>(1)</sup>. Acarreta em mudanças comportamentais e modificações na rotina tanto da criança como na de sua família, ocorrendo com maior frequência entre o treinamento de toalete e a puberdade<sup>(1-4)</sup>.

Estudos epidemiológicos permitem supor que a prevalência de disfunções do trato urinário em crianças é variável, possivelmente afetando entre 2% e 25% da população<sup>(5)</sup> e, correspondem a cerca de 40% das consultas em ambulatórios de nefrologia e urologia infantil<sup>(6)</sup>. Os índices de prevalência de disfunções miccionais em crianças sofrem variação de acordo com a metodologia adotada em cada estudo, sendo estas mais encontradas entre as crianças do sexo feminino nas mais variadas faixas etárias<sup>(1,5,7)</sup>. Estudos nacionais de Mota et al. (2005)<sup>(1)</sup>, Mota e Barros (2008)<sup>(7)</sup> e Vaz et al. (2012)<sup>(5)</sup> apontam uma prevalência de 35,8%, 33,8% e 77,6%, respectivamente, entre as meninas. O aparelho urinário é o terceiro sistema mais afetado por malformações congênitas, precedido pelo sistema nervoso central e pelo sistema cardiovascular<sup>(8)</sup>. A cada 1.000 nascimentos, há uma média de 1,60 de anormalidades congênitas do trato urinário, com maior prevalência em crianças do sexo masculino<sup>(9)</sup>.

Em indivíduos anatômica e neurologicamente sem alterações, a disfunção miccional geralmente é causada por persistência de uma bexiga instável, sendo um importante fator de risco para infecções do trato urinário (ITU) recorrentes e para piora do refluxo vesico-ureteral, favorecendo o surgimento de cicatrizes renais e podendo, posteriormente, causar dano renal<sup>(1,2)</sup>.

A malformação congênita é toda anomalia funcional ou estrutural, presente no momento do nascimento ou que se manifesta em etapas mais avançadas na vida do indivíduo, em que as causas estão ligadas a eventos que precedem o nascimento, podendo ser herdada ou adquirida, através de falhas no desenvolvimento embrionário<sup>(10)</sup>.

Na criança, quando ocorre um atraso da aquisição da inibição cortical responsável por inibir o músculo detrusor, durante a fase de enchimento vesical, o aumento exacerbado da pressão no interior da bexiga pode provocar o início de sintomas como urgência e urgência-incontinência, provocando conseqüentemente, o aparecimento de infecções urinárias, enurese noturna, aumento da frequência urinária, manobras de contenção para evitar a perda urinária, jato urinário interrompido e hesitação miccional<sup>(2,11)</sup>.

Uma ferramenta bastante utilizada no tratamento das disfunções miccionais é o tratamento medicamentoso, que é prescrito e acompanhado pelo médico após avaliação e diagnóstico clínico. Nas crianças que possuem distúrbios na fase de enchimento vesical prioriza-se o tratamento com anticolinérgicos, sendo a oxibutinina a droga de primeira escolha em pacientes com hiperatividade da bexiga<sup>(3)</sup>. Aqueles com distúrbios na fase de esvaziamento utiliza-se bloqueadores alfa-adrenérgicos os quais têm sido empregado e bem tolerado em crianças<sup>(3)</sup>. Há também o uso de toxina botulínica nos pacientes com diagnóstico de incoordenação vesico-esfincteriana, utilizado como uma alternativa terapêutica quando os tratamentos medicamentosos ou de reabilitação muscular falham<sup>(3)</sup>. Sabendo disso, tratamento farmacológico é utilizado para melhorar a função vesical desses pacientes, agindo na estabilização detrusora, na complacência vesical e melhora dos sintomas<sup>(12)</sup>.

Assim como o tratamento medicamentoso, o tratamento cirúrgico, quando necessário, dependerá do quadro clínico. Dessa forma, a indicação de cirurgia restringe-se a alguns casos e depende da idade, sexo, grau e tipo da malformação e se está associada a

outras comorbidades, devido à baixa adesão da criança ou da família ao tratamento profilático<sup>(13)</sup>.

A intervenção da fisioterapia pélvica infantil no tratamento de pacientes com disfunção urinária visa aumentar a resistência da musculatura do assoalho pélvico (MAP), reduzir a frequência ou gravidade dos sintomas e prevenir ou retardar a necessidade de cirurgias<sup>(14)</sup>. Nela, o tratamento é, inicialmente, realizado com orientações comportamentais para mudanças de hábitos no cotidiano da criança, como a ingestão adequada de líquidos, micções programadas pelo relógio, orientações quanto à postura adotada à micção e urinar sem pressa para melhor esvaziamento da bexiga<sup>(3,11)</sup>. Além das orientações comportamentais, nas quais tanto as crianças quanto seus pais são orientados sobre a função e disfunção vesical, outras intervenções comumente utilizadas são: biofeedback e cinesioterapia, para o treinamento da MAP, e eletroestimulação, com fins de neuromodulação<sup>(15,16)</sup>.

O biofeedback tem como objetivo registrar os potenciais de ação das contrações musculares do assoalho pélvico traduzindo sua intensidade através de sinais visuais que proporcionam um feedback ao paciente. A cinesioterapia tem papel importante na rearmenização e reeducação do assoalho pélvico através de contrações isoladas desses músculos associadas com posicionamento adequado da pelve e respiração adequada. Por fim, a eletroestimulação nervosa transcutânea, que ao promover uma neuromodulação, exerce um efeito de condicionamento fisiológico, tornando possível a remodelação de sinapses através dos mecanismos de neuroplasticidade<sup>(17,18)</sup>.

Hoebeke et al. (2001)<sup>(19)</sup> e Bower et al. (2001)<sup>(20)</sup> foram os primeiros a utilizar este tipo de estimulação elétrica aplicada diariamente em crianças com hiperatividade do detrusor e destacaram como vantagem o método não ser invasivo, além de relatarem cura em 51,2% das crianças com bexiga hiperativa<sup>(11)</sup>. Na população infantil, a neuromodulação mais comumente utilizada é a transcutânea parassacral (EEPS), visto que a estimulação elétrica

das raízes sacrais modula as vias neurais aferentes e eferentes do assoalho pélvico, bexiga e uretra, promovendo, assim, a atenuação dos sintomas urinários (urgência, polaciúria e incontinência urinária de urgência), através da melhora da capacidade de armazenamento da bexiga e da pressão de fechamento uretral<sup>(21)</sup>.

Apesar das evidências e dos bons resultados da terapia conservadora da fisioterapia, ainda não estão claras quais técnicas são as mais utilizadas e mais eficazes para tratar a disfunção urinária infantil<sup>(16)</sup>. Também, ainda não se mostram claros os efeitos desta terapia em pacientes com malformações congênitas do trato urinário. Pensando nisso, este estudo visou investigar a eficácia da intervenção fisioterapêutica no tratamento de sintomas miccionais em crianças que apresentam diagnóstico de malformação congênita do trato urinário refratários à medicação. Visou, também, estabelecer o número mínimo de sessões em que foram observadas a regressão dos sintomas e o percentual de melhora relatado pelos pacientes.

## **2. METODOLOGIA**

### *Delineamento, Local do Estudo e Aspectos Éticos*

Trata-se de um estudo quantitativo, descritivo, observacional e retrospectivo, realizado no Ambulatório de Fisioterapia Pélvica Infantil do Hospital Universitário de Brasília (HUB), situada na cidade de Brasília, DF.

O estudo foi elaborado de acordo com as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos (RESOLUÇÃO N° 466, de 12 de DEZEMBRO de 2012 do Conselho Nacional de Saúde), aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – EBSEH (CAAE 79744817.0.0000.5558) (ANEXO A).

### *Amostra*

A amostra de conveniência foi composta por crianças com idade de 1 a 12 anos, de ambos os sexos, que apresentavam diagnóstico de malformação congênita do trato urinário.

Foram incluídos no estudo, prontuários de crianças de ambos os sexos diagnosticadas com malformação congênita do trato urinário inferior, atendidas no Ambulatório de Fisioterapia Pélvica Infantil do HUB no período de janeiro de 2014 a abril de 2019, submetidas ao tratamento fisioterapêutico, que realizam tratamento medicamentoso prévio, sem melhora do quadro e, que tenham assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A).

Foram excluídos do estudo, os prontuários que não possuíam queixas urinárias, que abandonaram o tratamento. Além disso, prontuários incompletos, que apresentaram falha no preenchimento e caligrafia ilegível.

### *Variáveis e Instrumentos do estudo*

As variáveis estudadas abordaram sintomas urinários apresentados (episódios de incontinência urinária - IU, enurese, urgência, sensação de esvaziamento incompleto, presença de ITU, esforço miccional, noctúria, polaciúria e micção infrequente), diário miccional ou autorrelato do paciente, percepção de melhora (%), questionário de qualidade de vida e, número de troca de fralda, calcinha ou absorvente.

Essas variáveis foram coletadas por meio de uma Ficha de Análise dos Prontuários (APÊNDICE B), elaborada pelos pesquisadores, a fim de coletar dados relevantes à pesquisa, incluindo aspectos como: dados de identificação do paciente (idade e sexo), diagnóstico clínico, malformação congênita apresentada, início dos sintomas, medicamentos em uso, sinais e sintomas apresentados (urinário e/ou fecal), por meio de diário miccional e

questionários de qualidade de vida, envolvimento emocional, tratamento fisioterapêutico realizado e melhora do mesmo.

A análise da eficácia do tratamento foi baseada no relato de melhora descrito pela mãe do paciente e/ou pelo próprio paciente, no decorrer ou ao final do tratamento, sendo os dados coletados durante as sessões anexados nas evoluções e por sua vez, no prontuário. Após a análise dos dados, considerou-se piora do quadro quando os sintomas urinários persistiram na mesma intensidade ou agravaram, pequena melhora quando o paciente apresentou entre 0-39% de melhora dos sintomas, melhora moderada quando o paciente apresentou 40-79% de melhora dos sintomas e, melhora significativa e/ou completa quando o paciente apresentou 80-100%.

#### *Procedimentos gerais*

Realizou-se uma busca no setor de estatística para verificar o quantitativo de crianças atendidas pelo serviço de Fisioterapia Pélvica Infantil entre janeiro de 2014 a abril de 2019.

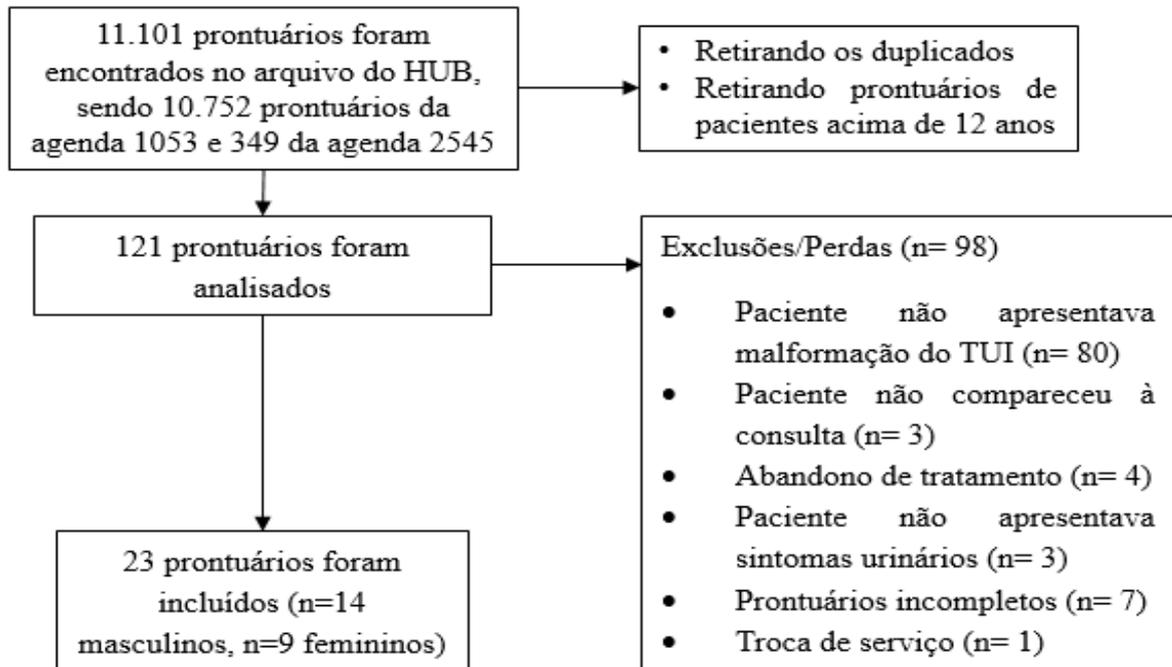
Com a lista do número do prontuário, foram executadas buscas no arquivo para a análise dos mesmos, sendo os dados coletados com o uso do formulário (APÊNDICE B).

#### *Análise dos dados*

Os dados tabulados foram analisados de forma descritiva, dados contínuos foram descritos em média e desvio-padrão e os dados categóricos foram expressos em percentual.

### 3. RESULTADOS PRELIMINARES

No período do estudo foram solicitados e analisados 121 prontuários no arquivo do HUB, destes, 98 foram excluídos e 23 foram incluídos para análise (Figura 1).



**Figura 1.** Fluxograma de seleção de amostra

A maioria dos prontuários incluídos foram de pacientes do sexo masculino (n=14), representando 60,86% da amostra estudada, com média de idade em ambos os sexos de 5,95 ( $\pm 3,22$ ). Grande maioria da amostra é natural do Distrito Federal (DF) (86,95%) e da cidade de Brasília (21,73%) (Tabela 1).

A Tabela 2 apresenta os resultados da análise das malformações e variáveis clínicas. A análise mostrou que a malformação mais apresentada nas crianças do estudo foi a válvula de uretra posterior (VUP) em 4 pacientes (17,39%), seguida de dilatação pielocalicial em 3 pacientes (13,04%), apresentando como principal complicação da malformação a hidronefrose (56,52%).

**Tabela 1.** Caracterização das variáveis sociodemográficas

<b>Variável</b>	
<i>Características sociodemográficas (n=23)</i>	
<i>Idade</i> <sup>†</sup>	5,95 (±3,22)
<i>Sexo</i> <sup>‡</sup>	
Feminino	39,14%
Masculino	60,86%
<i>Naturalidade</i> <sup>‡</sup>	
DF	86,95%
GO	13,04%
<i>Cidade</i> <sup>‡</sup>	
Águas Lindas	4,34%
Brasília	21,73%
Ceilândia	13,04%
Itapoã	4,34%
Planaltina	17,39%
Riacho Fundo	4,34%
Samambaia	4,34%
Santa Maria	4,34%
Santo Antônio do Descoberto	4,34%
São Sebastião	13,04%
Sobradinho	4,34%
Valparaíso	4,34%

<sup>†</sup>Média (Desvio-padrão). <sup>‡</sup>Percentual.

Em relação às características clínicas, a maioria dos encaminhamentos médicos foram derivados da cirurgia pediátrica (73,91%), com sinais e sintomas mais frequentes de ITU (73,91%), IU (60,86%) e urgência miccional (47,82%). Grande maioria (91,30%) desses sinais e sintomas não apresentavam associação com o emocional do paciente. Ademais, queixas e sintomas de constipação foram encontrados em 30,43% dos pacientes da amostra (Tabela 3).

Quanto à intervenção fisioterapêutica realizada, todos os pacientes receberam orientações iniciais e eletroestimulação parassacral com parâmetros de 10 Hz de frequência, 700 us de largura de pulso e intensidade variante, de acordo com tolerância do sujeito, por um período de 30 minutos, 1 vez por semana. Exercícios domiciliares também foram uma intervenção frequente, presente em 56,52% dos pacientes. Demais tratamentos, como cinesioterapia, biofeedback, manobras de esvaziamento vesical, exercícios abdominais e micção programada também foram intervenções presentes nos prontuários, mas em menor quantidade (Tabela 4).

**Tabela 2.** Caracterização das malformações

Variável	Frequência (n)	Percentual (%)
<i>Características das malformações</i>		
VUP	4	17,39
Dilatação pielocalicial	3	13,04
RVU	2	8,69
Estenose de JUP	2	8,69
Dilatação uretral	2	8,69
Duplicação uretral	1	4,34

---

**Continuação da Tabela 2.** Caracterização das malformações
 

---

<b>Variável</b>	<b>Frequência (n)</b>	<b>Percentual (%)</b>
Ureteres com trajeto tortuoso	1	4,34
Estenose de JUV	1	4,34
Hipertrofia da coluna de Bertin	1	4,34
Pelve extra renal	1	4,34
Duplicação completa do sistema coletor	1	4,34
Megaureter	1	4,34
Duplicação de ureteres	1	4,34
Fístula reto-vesical	1	4,34
Uretra aberta	1	4,34

---

*Principais complicações das malformações*


---

Hidronefrose	13	56,52
Ureterohidronefrose	3	13,04
DRC Tipo 1	2	8,69

---

*Características clínicas – Encaminhamento*


---

Uropediatria	0	0
Cirurgia pediátrica	17	73,91
Pediatria geral	0	0
Nefropediatria	6	26,08
Urologia geral	0	0
Proctologia geral	0	0
Gastropediatria	0	0

---

VUP = Válvula de Uretra Posterior. RVU = Refluxo Vesico-Ureteral. JUP = Junção Uretero-Pélvica. JUV = Junção Uretero-Vesical. DRC = Doença Renal Crônica.

**Tabela 3.** Caracterização das variáveis clínicas

Variável	Frequência (n)	Percentual (%)
<i>Sinais e Sintomas urinários</i>		
IU	14	60,86
Enurese	7	30,43
Urgência	11	47,82
Esvaziamento vesical incompleto	8	34,78
Infecção do trato urinário	17	73,91
Esforço miccional	9	39,13
Polaciúria	7	30,43
Noctúria	2	8,69
Micção infrequente	5	21,73
Falta de sensibilidade vesical	0	0
<i>Emocional associado</i>		
Sim	2	8,69
Não	21	91,30
<i>Constipação</i>		
Sim	7	30,43
Não	16	69,56

IU = Incontinência Urinária.

**Tabela 4.** Caracterização do tratamento fisioterapêutico

Variável	Frequência	Percentual (%)
<i>Tratamento fisioterapêutico</i>		
EEPS (neuromodulação)	23	100
Orientações	23	100
Exercícios domiciliares	13	56,52
Cinesioterapia	2	8,69
Biofeedback	4	17,39
Manobras de esvaziamento vesical	1	4,34
Exercícios abdominais	1	4,34
Micção programada	2	8,69

EEPS= Eletroestimulação parassacral.

O número de sessões variou no estudo, onde a maior parte dos pacientes (55,52%) realizou de 6 a 10 sessões de intervenção, com início de melhora relatado entre as 5 primeiras sessões (65,21%) e, por fim, apresentando relato de melhora de 80-100% (65,21%), resultado este que indica melhora significativa e/ou completa dos sintomas miccionais descritos (Tabela 5).

**Tabela 5.** Caracterização no número de sessões realizadas, início da melhora e percentual de melhora relatado

Variável	Frequência (n)	Percentual (%)
<i>Número de sessões realizadas</i>		
1 a 5	1	4,34
6 a 10	13	56,52
11 a 15	3	13,04
16 a 19	2	8,69
≥ 20	3	13,04
≥ 30	1	4,34
<i>Relato do início da melhora (sessões)</i>		
1ª a 5ª	15	65,21
6ª a 10ª	6	30,43
11ª a 15ª	0	0
16ª a 19ª	0	0
≥ 20ª	0	0
≥ 30ª	0	0
Não consta	1	4,34
<i>Percentual de melhora relatado</i>		
0-39	1	4,34
40-79	7	30,43
80-100	15	65,21

#### 4. DISCUSSÃO

Nosso estudo evidenciou que a intervenção fisioterapêutica para o tratamento de disfunções miccionais em crianças com malformação e refratárias à medicação é eficaz, obtendo como resultado melhora significativa e/ou completa dos sintomas miccionais em 65,21% da amostra. Resultados semelhantes foram evidenciados nos artigos de Hoebeke et al. (2001)<sup>(19)</sup>, Bower et al. (2001)<sup>(20)</sup>, Barroso et al. (2006)<sup>(22)</sup>, Malm-Buatsi et al. (2007)<sup>(23)</sup>, Campos et al. (2008)<sup>(15)</sup> e Alcantara et al. (2015)<sup>(11)</sup>, embora o tratamento tenha sido realizado em crianças sem malformações congênitas.

As malformações favorecem sintomas vesico-intestinais como IU, urgência e ITU de repetição, recorrentemente associados a presença de constipação intestinal<sup>(5,6,24)</sup>. O tratamento de outras comorbidades como a constipação é fundamental no manuseio das disfunções miccionais, pois pode melhorar significativamente o padrão miccional do paciente, diminuir os sintomas das disfunções, diminuir a incidência de ITU e melhorar RVU<sup>(6)</sup>. Na fisioterapia, o recurso mais utilizado para tratamento desses sintomas é a neuromodulação, em especial, a neuromodulação parassacral<sup>(11,19,20,22,23)</sup>, o que corrobora com o tratamento realizado em nossa busca. Nossos resultados demonstram que 100% da nossa amostra utilizou eletroestimulação parassacral.

Assim como nosso estudo, Pereira et al. (2019)<sup>(25)</sup> demonstra que a estimulação elétrica transcutânea, é capaz de melhorar os sintomas relacionados a micção, trazendo efeitos positivos na capacidade vesical, redução do número de perdas, infecções do trato urinário, e do índice de incontinência urinária. Resultados similares foram achados nos estudos de Hoebeke et al. (2001)<sup>(19)</sup> e Bower et al. (2001)<sup>(20)</sup> onde observou-se um aumento significativo na capacidade da bexiga, diminuição da urgência, na frequência de micção e dos períodos de incontinência. O protocolo de neuromodulação utilizado foi a aplicação de

eletroestimulação transcutânea parassacral a nível de S3, sobre as espinhas ilíacas pósterosuperiores (EIPS), com parâmetros de 10 Hz de frequência, 700 us de largura de pulso e intensidade variante, de acordo com tolerância do sujeito, por um período de 30 minutos, 1 vez por semana, uma modificação do protocolo trazido por Lordelo et al. (2009)<sup>(26)</sup> devido a necessidade de rotação do serviço no ambulatório, e por não ser um ambiente controlado de pesquisa.

No presente estudo, ao realizar análise comparativa com outros 6 artigos<sup>(11,19,20,22,23,26)</sup>, pode-se observar que existem diferentes protocolos de aplicação da EEPS, que variam de 2 a 10Hz de frequência, sendo a de 10Hz a mais utilizada<sup>(11,20,22,23,26)</sup>. Neles, a duração de pulso foi descrita somente em dois estudos<sup>(11,26)</sup>, com parâmetro de 700us. Em relação à intensidade, foi variável em todos os estudos, sendo abordada a partir da tolerância dos sujeitos. O tempo de aplicação mostrou-se bastante diverso, variando entre 20 minutos<sup>(11,22,23,26)</sup>, 1 hora<sup>(20)</sup> e 2 horas<sup>(19)</sup>, com periodicidade distinguindo entre 1 vez ao dia<sup>(19)</sup>, 2 vezes ao dia<sup>(20,23)</sup>, 2 vezes na semana<sup>(11)</sup> e 3 vezes na semana<sup>(22,26)</sup>. A não padronização do tratamento e os diversos protocolos utilizando EEPS, sugerem a necessidade de estudos randomizados para resultados mais precisos.

Ainda, além da neuromodulação, utilizamos de recursos como orientações gerais (hábitos de vida, hábitos miccionais e evacuatórios), sendo estas orientações comportamentais passadas para todos os pacientes, sem distinção do diagnóstico, cinesioterapia (dependente da avaliação funcional do assoalho pélvico), orientações quanto à realização de exercícios domiciliares (conscientização e fortalecimento da MAP), biofeedback (estímulos visuais e/ou auditivos que facilitam a conscientização/propriocepção do controle voluntário dos esfíncter uretral e anal), manobras de esvaziamento vesical, exercícios abdominais e micção programada.

Ademais, os relatos de melhora do presente estudo foram encontrados entre a 1ª e a 5ª sessão, em especial, na 4ª sessão, indicada por 30,43% dos sujeitos. O estudo de Alcantara et al. (2015)<sup>(11)</sup> mostrou melhora a partir da 12ª sessão e o de Barroso et al. (2006)<sup>(22)</sup> na 13ª sessão, e em outros dois estudos<sup>(19,20)</sup> não está descrito a sessão de melhora, sendo retratado que indicativos de melhora foram visualizados após 1 mês de tratamento, em ambos. Isso demonstra que nossos pacientes apresentaram melhora mais rápida dos sintomas.

Esses resultados encontrados dos estudos<sup>(11,22)</sup>, com respostas mais tardias ao tratamento, podem estar associados a questões de envolvimento emocional. No presente estudo, 91,30% dos pacientes não apresentavam relato de questões emocionais associadas. Crianças com disfunções miccionais apresentam mais alterações emocionais e comportamentais do que aquelas sem essa condição, apresentando, rotineiramente, mais ansiedade e dificuldade de concentração e tendência a depressão, alterando negativamente a qualidade de vida e piorando o quadro sintomatológico<sup>(27)</sup>. Ainda, outra hipótese levantada é que crianças anatomicamente sem alteração, e que apresentam problemas urinários, frequentemente são punidas (bronca, castigo, agressão, etc.) por seus responsáveis acreditarem ser um ato intencional, e não entendem os sintomas urinários como uma questão a ser valorizada e cuidada, enquanto que em crianças com malformação congênita, o motivo para o aparecimento dos sintomas é mais visível e palpável, sendo melhor compreendido pelos pais<sup>(27)</sup>.

Analisando os dados de encaminhamento médico para o serviço da fisioterapia pélvica, foi observado que a cirurgia pediátrica e a nefropediatria são os principais encaminhantes, provavelmente por serem os profissionais que identificam e diagnosticam a malformação e suas consequências, porém, a baixa adesão dos médicos gastro pediátricos é um fator limitante, ainda mais quando se tem evidências de que disfunções miccionais usualmente encontram-se em associação com disfunções intestinais. Ademais, a falta de

evidências comparativas sobre a população infantil com diagnóstico de malformação congênita e, a grande heterogeneidade de protocolos de tratamento com EEPS para as disfunções miccionais em crianças anatomicamente sem alteração podem configurar limitações do estudo.

Os resultados apresentados consolidam a eficácia da fisioterapia no tratamento das disfunções miccionais em crianças com malformação congênita do trato urinário refratária à medicação, justamente por ser uma intervenção com rápida resposta de tratamento, que promove, em poucas sessões, implicações clínicas que geram um aumento da capacidade vesical, diminuição dos sintomas de urgência, melhora da continência e diminuição da incidência de ITU de repetição, assim como propriocepção corporal e função do assoalho pélvico, indicando melhora significativa para os pacientes e, conseqüentemente, para a qualidade de vida dos mesmos.

## **5. CONCLUSÃO**

A partir dos dados coletados e analisados, pode-se concluir que a Fisioterapia Pélvica é uma alternativa eficaz para o tratamento de disfunções miccionais em crianças com diagnóstico de malformações do trato urinário, no qual o tratamento farmacológico prévio não obteve êxito, tendo em sua maioria, melhora significativa e/ou completa dos sintomas miccionais (80-100% de melhora relatada) para 65,21% da população estudada, com respostas rápidas ao tratamento (1ª a 5ª sessão) presente, também, em 65,21% da amostra.

## REFERÊNCIAS

1. Mota DM, Victora CG, Hallal PC. Investigação de disfunção miccional em uma amostra populacional de crianças de 3 a 9 anos. *J Pediatr (Rio J)*. 2005;81(3):225–32.
2. Fonseca EMGO, Monteiro LMC. Diagnóstico clínico de disfunção miccional em crianças e adolescentes enuréticos. *J Pediatr (Rio J)*. 2004;80(2):147–53.
3. Trapp C, Pires CP, Fernandes JA. Distúrbios da micção em crianças. *Bol Científico Pediatr*. 2013;02(2):53–8.
4. Lebl A, Fagundes SN, Koch VHK. Clinical course of a cohort of children with non-neurogenic daytime urinary incontinence symptoms followed at a tertiary center. *J Pediatr (Rio J)* [Internet]. 2016;92(2):129–35. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpdp.2015.04.009>
5. Vaz GT, Vasconcelos MM, Oliveira EA, Ferreira AL, Magalhães PG, Silva FM, et al. Prevalence of lower urinary tract symptoms in school-age children. *Pediatr Nephrol*. 2012;27(4):597–603.
6. Carvalho ASLT de. Disfunção do trato urinário inferior em crianças com sintomas de incontinência urinária diurna : análise crítica dos métodos investigativos. Diss (mestrado)--Faculdade Med da Univ São Paulo Programa Pediatr. 2014;
7. Mota DM, Barros AJD. Aquisição do controle esfinteriano em uma coorte de nascimentos: Situação aos 2 anos de idade. *J Pediatr (Rio J)*. 2008;84(5):455–62.
8. Santos D, Porsch D, Rossato L, Milani V, Mattos C, Barros E, et al. Principais malformações congênitas macroscópicas do trato urinário superior. *Rev HCPA*. 2006;26(3):3–8.
9. Li ZY, Chen YM, Qiu LQ, Chen DQ, Hu CG, Xu JY, et al. Prevalence, types, and malformations in congenital anomalies of the kidney and urinary tract in newborns:

- A retrospective hospital-based study. *Ital J Pediatr.* 2019;45(1):1–7.
10. Santos R da S, Dias IMV. Refletindo sobre a malformação congênita. *Rev Bras enfermagem.* 2005;58(5):592–6.
  11. Alcantara ACA de, Mello MJG de, Costa e Silva EJ da, Silva BBR da, Ribeiro Neto JPM. Transcutaneous electrical neural stimulation for the treatment of urinary urgency or urge-incontinence in children and adolescents: a Phase II clinica. *J Bras Nefrol.* 2015;37(3):422–6.
  12. Damião R, Carrerette F, Truzzi J, Almeida F. Projeto Diretrizes Bexiga Hiperativa : Tratamento Farmacológico Projeto Diretrizes. *Proj Diretrizes.* 2006;1–8.
  13. Koch VH, Zuccolotto SMC. Infecção do trato urinário. Em busca das evidências. *J Pediatr (Rio J).* 2003;79(SUPPL. 1):97–106.
  14. Palmeira MR. Eletroestimulação transcutânea do nervo tibial posterior associado à cinesioterapia na disfunção miccional infantil. Universidade estadual da Paraíba, Campina Grande; 2015.
  15. Campos RM, Gugliotta A, Ikari O, Perissinoto MC, Lúcio AC, Miyaoka R, et al. Estudo comparativo , prospectivo e randomizado entre uroterapia e tratamento farmacológico em crianças com incontinência urinária and the pharmacological treatment of children with urinary incontinence. *Einstein.* 2013;11(2):203–8.
  16. Halate MVS, Carneiro Nunes EF, Latorre GFS. Fisioterapia na disfunção urinária infantil: revisão sistemática da literatura nacional. *Ciência em Mov.* 2017;19(38):47.
  17. de Jesus LE, Nery K. O uso da neuromodulação no tratamento das disfunções de eliminações. *Rev Col Bras Cir.* 2007;34(6):392–7.
  18. Glisoi S, Girelli P. Importância da fisioterapia na conscientização e aprendizagem da contração da musculatura do assoalho pélvico em mulheres com incontinência urinária. *Rev da Soc Bras Clínica Médica.* 2011;9(6):408–13.

19. Hoebeke P, Van Laecke E, Everaert K, Renson C, De Paepe H, Raes A, et al. Transcutaneous neuromodulation for the urge syndrome in children: A pilot study. *J Urol*. 2001;166(6):2416–9.
20. Bower WF, Moore KH, Adams RD. A pilot study of the home application of transcutaneous neuromodulation in children with urgency or urge incontinence. *J Urol*. 2001;166(6):2420–2.
21. Averbek MA, Rios LAS. Neuromodulação Sacral para o tratamento da Bexiga. *Urol Essenc* [Internet]. 2013;3(2). Available from: [https://www.researchgate.net/profile/Marcio\\_Averbeck/publication/323497872\\_Sacral\\_Neuromodulation\\_for\\_Refractory\\_Overactive\\_Bladder\\_article\\_in\\_Portuguese\\_Language/links/5a987149aca27214056d4f37/Sacral-Neuromodulation-for-Refractory-Overactive-Bladder-arti](https://www.researchgate.net/profile/Marcio_Averbeck/publication/323497872_Sacral_Neuromodulation_for_Refractory_Overactive_Bladder_article_in_Portuguese_Language/links/5a987149aca27214056d4f37/Sacral-Neuromodulation-for-Refractory-Overactive-Bladder-arti)
22. Barroso U, Lordêlo P, Lopes AA, Andrade J, Macedo A, Ortiz V. Nonpharmacological treatment of lower urinary tract dysfunction using biofeedback and transcutaneous electrical stimulation: A pilot study. *BJU Int*. 2006;98(1):166–71.
23. Malm-Buatsi E, Nepple KG, Boyt MA, Austin JC, Cooper CS. Efficacy of Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation in Children with Overactive Bladder Refractory to Pharmacotherapy. *Urology*. 2007;70(5):980–3.
24. Mota DM, Barros AJD, Matijasevich A, Santos IS. Prevalence of enuresis and urinary symptoms at age 7 years in the 2004 birth cohort from Pelotas, Brazil. *J Pediatr (Rio J)* [Internet]. 2015;91(1):52–8. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpedp.2014.04.010>
25. Pereira TA, Bezerra NMB, Fonseca Filho GG, Lemos Leal LCF, Lisboa LL. Neuromodulação não invasiva em crianças com Bexiga Neurogênica: uma revisão

- integrativa. *Rev Pesqui em Fisioter.* 2019;9(2):273–83.
26. Lordêlo P, Soares PVL, Maciel I, Macedo A, Barroso U. Prospective Study of Transcutaneous Parasacral Electrical Stimulation for Overactive Bladder in Children: Long-Term Results. *J Urol [Internet]*. 2009;182(6):2900–4. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.juro.2009.08.058>
27. Mello ERD de. Distúrbios miccionais e problemas emocionais e comportamentais em crianças e adolescentes: estudo populacional [Internet]. [Salvador - BA]: Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública; 2018. Available from: <https://www.repositorio.bahiana.edu.br:8443/jspui/bitstream/bahiana/2600/1/DISSE>
- RTACAO ENEIDA FINAL POS DEFESA 27 10 enviada 17 30 %281%29.pdf

## APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)



### Ambulatório de Fisioterapia Pélvica Funcional

#### Normas de funcionamento:

1. O atendimento do Ambulatório de Fisioterapia Pélvica Funcional ocorre de segunda à sexta-feira, das 13:00 às 18 horas.
2. A marcação do horário das consultas segue de hora em hora, não sendo realizadas marcações com horas fracionadas. A duração das consultas é de 30 minutos à 1 hora.
3. Após agendamento, o paciente passa a ser responsável pelo uso de seu horário, sendo tolerado o atraso de, no máximo, 15 (quinze) minutos.
4. Em caso de impossibilidade de estar presente no horário agendado, o paciente deverá comunicar a ausência, com antecedência mínima de 1 dia. Caso não o faça, salvo justificativa médica, será registrada falta e a remarcação estará sujeita a disponibilidade na agenda.
5. Em caso de desistência, cancelamento do tratamento ou ausência por tempo prolongado como, por exemplo, viagens ou férias, o paciente deverá avisar com antecedência, para que seu horário fique à disposição do ambulatório. Vale ressaltar a quantidade máxima de faltas permitidas.
6. O paciente que obtiver 3 (três) faltas, consecutivas ou intercaladas, sem justificativa médica, terá seu tratamento no ambulatório cancelado, disponibilizando a vaga para outro paciente.
7. Por se tratar de um hospital-escola, o atendimento poderá ser realizado por alunos e residentes, com supervisão e orientação do profissional da área.
8. O paciente deverá comparecer com roupas confortáveis e adequadas para o tratamento, conforme orientação do profissional.
9. Não será permitida a entrada de acompanhantes no interior do ambulatório, salvo no caso de pacientes com dificuldade de comunicação ou locomoção, pacientes menores de 16 anos, ou por solicitação do profissional.
10. O tratamento consiste em 10 sessões de tratamento, para os adultos, 1 vez por semana, com duração de mais ou menos 3 meses.

#### TERMO DE COMPROMISSO

Eu, \_\_\_\_\_ declaro estar ciente e de acordo com todas as normas que regem o ambulatório.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do paciente

**Fisioterapeutas Responsável:** Raquel Henriques Jacomo - CREFITO 98033-F

**APÊNDICE B** - Ficha de Análise dos Prontuários

FICHA DE ANÁLISE	
Nome:	Registro:
Nome da mãe:	Telefone:
Idade:	Sexo: F ( ) M ( )
Naturalidade:	Cidade-Bairro:
História Obstétrica: Antecedentes familiares:	
Diagnóstico clínico: _____ Nome da malformação: _____ <input type="checkbox"/> malformação <input type="checkbox"/> malformação + disfunção miccional Cirurgias prévias:	
Encaminhamento : <input type="checkbox"/> uropediatria <input type="checkbox"/> cirurgia pediátrica <input type="checkbox"/> pediatria geral <input type="checkbox"/> nefropediatria <input type="checkbox"/> urologia geral <input type="checkbox"/> proctologia geral <input type="checkbox"/> gastropediatria	
Início dos Sintomas: Medicamentos em uso:	

## Sinais e Sintomas:

Urinário: ( ) IU ( ) enurese ( ) urgência ( ) sensação de esvaziamento incompleto ( ) ITU  
( ) esforço miccional ( ) polaciúria ( ) noctúria ( ) micção infrequente

Fecal: ( ) soling/ encoprese ( ) IF ( ) constipação ( ) sensação de esvaziamento incompleto  
( ) esforço evacuatório ( ) sensação de bloqueio

Bristol: \_\_\_\_\_

Emocional associado: ( ) sim ( ) não

## Tratamento fisioterapêutico:

( ) parassacral ( ) tibial ( ) exercícios domiciliares ( ) orientação ( ) outro: \_\_\_\_\_

Número de sessões realizadas:

Início da melhora: sessão número \_\_\_\_\_

Melhora do quadro: 80-100% ( ) 60-79% ( ) 40-59% ( ) 20- 39% ( ) 0- 19%

## ANEXO A - Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina

UNB - FACULDADE DE  
MEDICINA DA UNIVERSIDADE  
DE BRASÍLIA



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Perfil das crianças e adolescentes atendidos no Serviço de Fisioterapia Uroginecológica do Hospital Universitário de Brasília

**Pesquisador:** Raquel Henriques Jácomo

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 79744817.0.0000.5558

**Instituição Proponente:** EMPRESA BRASILEIRA DE SERVICOS HOSPITALARES - EBSERH

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 2.481.442

#### Apresentação do Projeto:

Trata-se de estudo retrospectivo que visa avaliar os prontuários de crianças e adolescentes até 18 anos de idade que foram atendidas no Serviço de Fisioterapia Uroginecológica do Hospital Universitário de Brasília.

#### Objetivo da Pesquisa:

**Objetivo Primário:** "Conhecer o perfil de uma amostra populacional de crianças e adolescentes atendidas no setor de fisioterapia do Hospital Universitário de Brasília (HUB)."

**Objetivos Secundários:** "Obter conhecimento da epidemiologia, conhecer o perfil, hábitos miccionais e fecais, suas disfunções e manifestações clínicas através de seus prontuários para o estabelecimento de medidas de prevenção primária e secundária dessa disfunção em crianças visando melhorias no atendimento ao público."

#### Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Quanto aos riscos aos pacientes, refere que não haverá, uma vez que se trata de análise de prontuários. Com relação aos benefícios "espera-se que com a análise de prontuários, tenha-se amplo conhecimento do quadro dos pacientes atendidos para um melhor atendimento ao público e adequado-o as realidades sociais, e um desenvolvimentos de estratégias de ações voltadas para a proteção e promoção de saúde da comunidade. Assim como melhorar o serviço de fisioterapia

**Endereço:** Universidade de Brasília, Campus Universitário Darcy Ribeiro - Faculdade de Medicina  
**Bairro:** Asa Norte **CEP:** 70.910-900  
**UF:** DF **Município:** BRASÍLIA  
**Telefone:** (61)3107-1918 **E-mail:** cepfm@unb.br

UNB - FACULDADE DE  
MEDICINA DA UNIVERSIDADE  
DE BRASÍLIA



Continuação do Parecer: 2.481.442

uroginecológica para o atendimento desse perfil de paciente.”

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Foi anexado apenas o projeto transcrito na plataforma, que não sofreu alterações em relação ao primeiro envio. Não foi acrescentado o projeto detalhado, não sendo, portanto, possível avaliar se ambos os projetos (detalhado e na plataforma) foram adequados e estão em consonância. Não constam os critérios de inclusão e exclusão, que constavam apenas no projeto detalhado, quais sejam: “Serão incluídas no estudo, os prontuários de crianças e adolescentes com idade até 18 anos atendidas no Ambulatório no período de 2003 a 2017 encaminhados pela equipe médica e de enfermagem para o serviço de Fisioterapia uroginecológica para tratamento. Serão excluídas do estudo os prontuário que tiverem falha no preenchimento do mesmo.”

Dessa forma, no tocante às inconsistências apontadas anteriormente e como foi apresentado apenas o projeto detalhado no presente momento, depreende-se que serão analisados os prontuários de crianças e adolescentes atendidos no serviço de fisioterapia uroginecológica do HUB desde 2013, o orçamento está definido em R\$ 14,00 e o tamanho amostral em 200 prontuários.

Os objetivos específicos são aqueles apresentados na plataforma, a saber: “Obter conhecimento da epidemiologia, conhecer o perfil, hábitos miccionais e fecais, suas disfunções e manifestações clínicas através de seus prontuários para o estabelecimento de medidas de prevenção primária e secundária dessa disfunção em crianças visando melhorias no atendimento ao público.”

Quanto ao cronograma, prevê análise dos prontuários de 01 a 20/12/2017 e análise de resultados e envio para publicação de 01/01/2018 a 28/02/2018, o que deverá ser ajustado, lembrando que há o compromisso da pesquisadora de que o estudo não terá início antes da aprovação pelo CEP-FM e de que o CEP não analisa projetos que já foram no todo ou em parte realizados.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Foi anexado o Projeto redigido na Plataforma Brasil e o currículo Lattes da pesquisadora responsável.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Trata-se de projeto de pesquisa retrospectivo, simples e factível, que poderá ser aprovado, apesar das inconsistências na apresentação do mesmo, salvo melhor juízo do CEP-FM. Recomenda-se a correção do cronograma e a adequação do projeto detalhado ao que foi redigido na plataforma e vice versa.

**Endereço:** Universidade de Brasília, Campus Universitário Darcy Ribeiro - Faculdade de Medicina  
**Bairro:** Asa Norte **CEP:** 70.910-900  
**UF:** DF **Município:** BRASÍLIA  
**Telefone:** (61)3107-1918 **E-mail:** cepfm@unb.br

**UNB - FACULDADE DE  
MEDICINA DA UNIVERSIDADE  
DE BRASÍLIA**



Continuação do Parecer: 2.481.442

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Projeto apreciado na 1ª Reunião Ordinária do CEP-FM-UnB-2018. Após apresentação do parecer do (a) Relator (a), aberta a discussão para os membros do Colegiado. O projeto foi Aprovado, com a recomendação de atualização do cronograma.

De acordo com a Resolução 466/2012-CONEP/CNS, itens X.1.- 3.b. e XI.-2.d, este Comitê chama a atenção da obrigatoriedade de envio do relatório parcial semestral e final do projeto de pesquisa para o CEP-FM, através de Notificações submetidas pela Plataforma Brasil, contados a partir da data de aprovação do protocolo de pesquisa.

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1007001.pdf	08/12/2017 09:17:00		Aceito
Outros	RAQUELIattes.pdf	08/12/2017 09:16:10	Raquel Henriques Jácomo	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	CriancasHUB08112017.docx	08/11/2017 14:04:59	Raquel Henriques Jácomo	Aceito
Cronograma	5cronograma.docx	08/11/2017 14:01:56	Raquel Henriques Jácomo	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	dispensadoTCLE.pdf	20/10/2017 19:56:43	Raquel Henriques Jácomo	Aceito
Outros	ResumoestruturadoCRIANCAS.pdf	20/10/2017 19:46:16	Raquel Henriques Jácomo	Aceito
Orçamento	6orcamento.docx	20/10/2017 19:43:11	Raquel Henriques Jácomo	Aceito
Outros	2termodeconcordancia.pdf	20/10/2017 19:38:32	Raquel Henriques Jácomo	Aceito
Outros	1termodeciencia.pdf	20/10/2017 19:37:41	Raquel Henriques Jácomo	Aceito
Outros	4termodecompromisso.pdf	20/10/2017 19:37:20	Raquel Henriques Jácomo	Aceito
Outros	3cartadeencaminhamento.pdf	20/10/2017 19:36:35	Raquel Henriques Jácomo	Aceito
Folha de Rosto	folgaderostoassinada.pdf	06/10/2017 08:20:56	Raquel Henriques Jácomo	Aceito

**Endereço:** Universidade de Brasília, Campus Universitário Darcy Ribeiro - Faculdade de Medicina  
**Bairro:** Asa Norte **CEP:** 70.910-900  
**UF:** DF **Município:** BRASÍLIA  
**Telefone:** (61)3107-1918 **E-mail:** cepfm@unb.br

UNB - FACULDADE DE  
MEDICINA DA UNIVERSIDADE  
DE BRASÍLIA



Continuação do Parecer: 2.481.442

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

BRASILIA, 01 de Fevereiro de 2018

---

**Assinado por:**  
**Florêncio Figueiredo Cavalcanti Neto**  
**(Coordenador)**

**Endereço:** Universidade de Brasília, Campus Universitário Darcy Ribeiro - Faculdade de Medicina  
**Bairro:** Asa Norte **CEP:** 70.910-900  
**UF:** DF **Município:** BRASILIA  
**Telefone:** (61)3107-1918 **E-mail:** cepfm@unb.br

**ANEXO B** - Normas da Revista Científica Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil (RBSMI)

**INSTRUÇÕES AOS AUTORES**

A Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil (RBSMI) / Brazilian Journal of Mother and Child Health (BJMCH) é uma publicação trimestral (março, junho, setembro e dezembro) cuja missão é a divulgação de artigos científicos englobando o campo da saúde materno-infantil. As contribuições contemplam os diferentes aspectos da saúde materna, saúde da mulher e saúde da criança, podendo levar em conta seus múltiplos determinantes epidemiológicos, clínicos e cirúrgicos. Cada artigo é publicado em inglês e português ou inglês e espanhol conforme a língua de origem do manuscrito submetido. Para os manuscritos submetidos apenas em português ou espanhol, a versão em inglês será solicitada tão logo sejam aceitos para publicação. A avaliação e seleção dos manuscritos baseia-se no princípio da avaliação pelos pares. Para a submissão, avaliação e publicação dos artigos não há cobrança de taxas. É exigido que o manuscrito submetido não tenha sido publicado previamente bem como não esteja sendo submetido concomitantemente a outro periódico.

**Direitos autorais**

A Revista adota a licença CC-BY do Sistema Creative Commons o que possibilita cópia e reprodução em qualquer formato, bem como remixar, transformar e criar a partir do material para qualquer fim, mesmo que comercial, sem necessidade de autorização, desde que citada a fonte. Os manuscritos submetidos deverão ser acompanhados da Declaração de Transferência dos Direitos Autorais, assinada pelos autores (modelo). Os conceitos emitidos nos artigos são de responsabilidade exclusiva dos autores.

## **Aspectos Éticos**

### **1. Ética**

A Declaração de Helsinki de 1975, revisada em 2000 deve ser respeitada. Serão exigidos, para os artigos brasileiros, a Declaração de Aprovação do Comitê de Ética conforme as diretrizes da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) e, para os artigos do exterior, a Declaração de Aprovação do Comitê de Ética do local onde a pesquisa tiver sido realizada. A fim de conduzir a publicação conforme os padrões éticos da comunicação científica, a Revista adota o Sistema Ithenticate para identificação de plágio.

### **2. Conflitos de interesse**

Ao submeter o manuscrito os autores devem informar sobre a existência de conflitos de interesse que potencialmente possam influenciar o trabalho.

### **Critérios para aprovação e publicação de artigo**

Além da observação das condições éticas na realização da pesquisa, a seleção de um manuscrito levará em consideração sua originalidade, oportunidade de publicação conforme o cenário científico da área, bem como a prioridade no cronograma editorial da Revista. Portanto, o racional deve ser exposto com clareza exigindo-se conhecimento da literatura e adequada definição do problema estudado, com base em uma questão de pesquisa solidamente fundamentada a partir dos dados da literatura pertinente. O manuscrito deve ser escrito de modo compreensível mesmo ao leitor não especialista na área coberta pelo escopo da Revista. A primeira etapa de avaliação é realizada pelos Editores Associados. Dois revisores externos, indicados por estes, serão consultados para avaliação do mérito científico no manuscrito. No caso de discordância entre eles, será solicitada a opinião de um terceiro revisor. A partir de seus pareceres e do julgamento dos Editores Associados e do Editor Executivo, o manuscrito receberá uma das seguintes classificações: 1) aceito; 2)

recomendado, mas com exigências de alterações; 3) não recomendado para publicação. Na classificação 2 os pareceres serão remetidos aos(s) autor(es), que terão oportunidade de revisão e reenvio à Revista acompanhados de carta-resposta discriminando os itens que tenham sido sugeridos pelos revisores e as modificações realizadas; na condição 3, o manuscrito será devolvido ao(s) autor(es); no caso de aceite, o artigo será publicado de acordo com o fluxo dos manuscritos e o cronograma editorial da Revista. Após aceite o trabalho, caso existam pequenas inadequações, ambiguidades ou falta de clareza, pontuais do texto, os Editores Associados e Executivo se reservam o direito de corrigi-los para uniformidade do estilo da Revista. Revisores de idioma corrigirão erros eventuais de linguagem. Antes da publicação do artigo a prova do manuscrito será submetida ao(s) autor(es) para conferência e aprovação definitiva.

### **Seções da Revista**

**Editorial** escrito por um ou mais Editores ou a convite do Editor Chefe ou do Editor Executivo, sendo recomendável incluir as referências bibliográficas das citações.

**Revisão** avaliação descritiva e analítica de um tema, tendo como suporte a literatura relevante, devendo levar em conta as relações, a interpretação e a crítica dos estudos analisados bem como sugestões para novos estudos relativos ao assunto. Podem ser do tipo narrativa ou sistemática, podendo esta última, ser expandida com meta-análise. As revisões narrativas só serão aceitas a convite dos Editores. Sua organização pode conter tópicos referentes a subtemas conforme a sua relevância para o texto. As revisões devem se limitar a 6.000 palavras e até 60 referências.

**Artigos Originais** divulgam resultados de pesquisas inéditas e devem procurar oferecer qualidade metodológica suficiente para permitir a sua reprodução. Para os artigos originais recomenda-se seguir a estrutura convencional, conforme as seguintes seções: Introdução: onde se apresenta a relevância do tema estudos preliminares da literatura e as

hipóteses iniciais, a questão da pesquisa e sua justificativa quanto ao objetivo, que deve ser claro e breve; Métodos: descrevem a população estudada, os critérios de seleção inclusão e exclusão da amostra, definem as variáveis utilizadas e informam a maneira que permite a reprodutividade do estudo, em relação a procedimentos técnicos e instrumentos utilizados. Os trabalhos quantitativos devem informar a análise estatística utilizada. Resultados: devem ser apresentados de forma concisa, clara e objetiva, em sequência lógica e apoiados nas ilustrações como: tabelas e figuras (gráficos, desenhos, fotografias); Discussão: interpretar os resultados obtidos verificando a sua compatibilidade com os citados na literatura, ressaltando aspectos novos e importantes e vinculando as conclusões aos objetivos do estudo. Aceitam-se outros formatos de artigos originais, quando pertinente, de acordo com a natureza do trabalho.

Os manuscritos deverão ter no máximo 5.000 palavras, e as tabelas e figuras devem ser no máximo cinco no total; recomenda-se citar até 30 referências bibliográficas.

No caso de ensaio clínico controlado e randomizado os autores devem indicar o número de registro do mesmo conforme o CONSORT.

Trabalhos qualitativos também são aceitos, devendo seguir os princípios e critérios metodológicos usuais para a elaboração e redação dos mesmos. No seu formato é admitido apresentar os resultados e a discussão em uma seção única. Dimensão: 5.000 palavras; 30 referências.

**Notas de Pesquisa** relatos concisos sobre resultados preliminares de pesquisa, com 1.500 palavras, no máximo três tabelas e figuras no total, com até 15 referências.

**Relato de Caso/Série de Casos** - casos raros e inusitados. A estrutura deve seguir: Introdução, Descrição e Discussão. O limite de palavras é 2.000 e até 15 referências. Podem incluir até duas figuras.

**Informes Técnico-Institucionais** referem-se a informações relevantes de centros de pesquisa concernentes às suas atividades científicas e organizacionais. Deverão ter estrutura similar a uma Revisão Narrativa. Por outro lado podem ser feitas, a critério do autor, citações no texto e suas respectivas referências ao final. O limite de palavras é de 5.000 e até 30 referências.

**Ponto de Vista** opinião qualificada sobre temas do escopo da Revista (a convite dos editores).

**Resenhas** crítica de livro publicado e impresso nos últimos dois anos ou em redes de comunicação on-line (máximo 1.500 palavras).

**Cartas** crítica a trabalhos publicados recentemente na Revista, podendo ter no máximo 600 palavras.

**Artigos Especiais** textos cuja temática esteja ligada direta ou indiretamente ao escopo da revista, seja considerada de relevância pelos Editores e não se enquadrem nas categorias acima mencionadas. O limite de palavras é de 7.000 e até 30 referências.

## **Notas**

1. Em todos os tipos de arquivo a contagem do número de palavras exclui títulos, resumos, palavras-chave, tabelas, figuras e referências;

2. Por ocasião da submissão os autores devem informar o número de palavras do manuscrito.

3. Nos artigos de título extenso (12 ou mais termos) é exigido também apresentar o título abreviado (máximo 9 termos).

4. Cover Letter. No texto de encaminhamento do manuscrito para a Revista (cover letter) deve ser informado sobre a originalidade do mesmo e a razão porque foi submetida à RBSMI. Além disso deve informar a participação de cada autor na elaboração do trabalho, o

autor responsável pela troca de correspondência, as fontes e tipo de auxílio e o nome da agência financiadora.

### **Apresentação dos manuscritos**

Os manuscritos deverão ser digitados no programa Microsoft Word for Windows, em fonte Times New Roman, tamanho 12, espaço duplo.

### **Estrutura do manuscrito**

**Identificação** título do trabalho: em português ou espanhol e em inglês, nome e endereço completo dos autores e respectivas instituições (uma só por autor).

**Resumos** deverão ter no máximo 210 palavras e serem escritos em português ou espanhol e em inglês. Para os Artigos Originais, Notas de Pesquisa e Artigos de Revisão Sistemática os resumos devem ser estruturados em: Objetivos, Métodos, Resultados, Conclusões. Relatos de Caso/Série de Casos devem ser estruturados em: Introdução, Descrição, Discussão. Nos artigos de Revisão Sistemática os resumos deverão ser estruturados em: Objetivos, Métodos (fonte de dados, período, descritores, seleção dos estudos), Resultados, Conclusões. Para o Informes Técnico-Institucionais e Artigos Especiais o resumo não é estruturado.

**Palavras-chave** para identificar o conteúdo dos trabalhos os resumos deverão ser acompanhados de três a seis palavras-chave em português ou espanhol e em inglês, utilizando-se os Descritores em Ciências da Saúde (DECS) da Metodologia LILACS, e o seu correspondente em inglês o Medical Subject Headings (MESH) do MEDLINE, adequando os termos designados pelos autores a estes vocabulários.

**Ilustrações** tabelas e figuras somente em branco e preto ou em escalas de cinza (gráficos, desenhos, mapas, fotografias) deverão ser inseridas após a seção de Referências. Os gráficos deverão ser bidimensionais.

**Agradecimentos** à colaboração de pessoas, ao auxílio técnico e ao apoio financeiro e material, especificando a natureza do apoio, e entidade financiadora.

**Citações e Referências** as citações no texto devem ser numeradas em sobrescrito conforme sua ordem de aparecimento. As referências devem ser organizadas em sequência numérica correspondente às citações; não devem ultrapassar o número estipulado em cada seção de acordo com estas Instruções aos Autores. A Revista adota as normas do International Committee of Medical Journals Editors - ICMJE (Grupo de Vancouver), com algumas alterações; siga o formato dos exemplos aqui especificados:

Quando autor for o mesmo da casa editora: não mencionar a casa editora WHO (World Health Organization). WHO recommendations for prevention and treatment of pre-eclampsia and eclampsia. Geneva; 2011.

**-Livro (Autor. Título. Edição. Local: casa editora; Ano)**

Heeringa SG, West BT, Berglund PA. Applied survey data analysis. 2 ed. Boca Raton: CRC Press, Taylor and Francis Group; 2017.

**-Capítulo de Livro (Autor. Título do capítulo. In: organizadores. Título do livro. Edição. Local: casa editora; Ano. Páginas inicial e final do capítulo)**

Demakakos P, McMunn A, Steptoe A. Well-being in older age: a multidimensional perspective. In: Banks J, Lessof C, Nazroo J, Rogers N, Stafford M, Steptoe A, editors. Financial circumstances, health and well-being of the older population in England. The 2008 English Longitudinal Study of Ageing (Wave 4). London: The Institute for Fiscal Studies; 2010. p.131-93.

**- E-book**

Editor, Organizador, Compilador (Autor (es), editor. Título. Local: casa editora; Ano)

Foley KM, Gelband H, editors. Improving palliative care for cancer. Washington, D.C.: National Academy Press; 2001.

**-Eventos no todo (Reuniões, Encontros Científicos)****(Evento; Data; Local do evento. Local: casa editora; Ano)**

Anais do IX Congresso Estadual de Medicina Veterinária; 13-16 jul 1985; Santa Maria, RS.

Santa Maria: Universidade Federal de Santa Maria; 1985.

Proceedings of the 12th International Triennial Congress of the International Ergonomics Association; 1994 Aug 15-19; Toronto, CA. Toronto: IEA; 1994.

**-Trabalho apresentado em evento (anais publicados)****(Autor. Título do trabalho. In: evento; Data; Local do evento. Local: casa editora; Ano.****Páginas inicial e final)**

Jung MRT. As técnicas de marketing a serviço da Biblioteconomia. In: Anais IX Congresso Brasileiro de Biblioteconomia e Documentação; 18 - 19 maio 2005; Salvador, BA. Brasília, DF: Associação Brasileira de Bibliotecários; 2005. p. 230-9.

**-Trabalho apresentado em evento (não publicados)****(Autor. Título [Evento; Data; Local do evento]**

Philippi Jr A. Transporte e qualidade ambiental [Apresentação ao Seminário Riscos do Cotidiano no Espaço Urbano: desafios para a saúde pública; 1994 set 20; Rio de Janeiro, Brasil].

**-Dissertações e Teses****(Autor. Título [dissertação/tese]. Local: entidade responsável; Ano.)**

Pedroso M. Inteligência decisória e análise de políticas públicas: o caso das Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) [tese]. Brasília: Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade da Universidade de Brasília; 2011.

Jardim DMB. Pai-acompanhante e a sua compreensão sobre o processo de nascimento do filho [dissertação]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais; 2009.

Considerando que o estilo Vancouver não considera com as informações das leis brasileiras, há adaptações:

**-Documentos de Natureza Governamental**

**Competência (país, estado, cidade). Título (especificações da legislação, número e data).**

**Ementa. Título da publicação oficial. Local (cidade), Data (dia, mês abreviado e ano);**

**Seção, volume, número, paginação.**

Brasil. Ministério da Educação e Cultura. Secretaria da Cultura. Portaria n.º 23, de 26 de outubro de 1982. Modifica o Plano Nacional de Microfilmagem de Periódicos Brasileiros criado pela Portaria DAC n.º 31, de 11 de dezembro de 1978. Diário Oficial da União [DOU]. Brasília, 1 dez 1982; Seção 1, v.120, n.227, p. 22438.

Brasil. Ministério da Saúde. Lei n° 8.080, 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. [acesso em 10 mai 2009]. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/LEI8080.pdf>

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n° 154, 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). [acesso em 20 set 2009]. Disponível em: [http://dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/legislacao/portaria154\\_24\\_01\\_08.pdf](http://dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/legislacao/portaria154_24_01_08.pdf)

**-Artigo Publicado em Periódico**

**(Autor. Título. Sigla do Periódico. Ano; Volume (número): páginas inicial e final)**

El Hachem H, Crepaux V, May-Panloup P, Descamps P, Legendre G, Bouet PE. Recurrent pregnancy loss: current perspectives. Int J Women Health. 2017; 9: 331-45.

**-Artigo Publicado em Número Suplementar**

**(Autor. Título. Sigla do Periódico. Ano; Volume (número suplemento): páginas inicial e final)**

Lothian JA. The coalition for improving maternity services evidence basis for the ten steps of mother-friendly care. J Perinat Educ. 2007; 16 (Suppl.): S1-S4.

**-Citação de Editorial, Cartas**

**(Autor. Título [Editorial/Carta]. Sigla do Periódico. Ano; Volume (número): páginas inicial e final)**

Cabral-Filho JE. Pobreza e desenvolvimento humano: resposta das revistas científicas ao desafio do Council of Science Editors [editorial]. Rev Bras Saúde Matern Infant. 2007; 7 (4): 345-6.

Fernandes EC, Ferreira ALCG, Marinho TMS. Das ações às palavras [Carta]. Rev Bras Saúde Mater Infant. 2009; 9 (1): 95-6.

**-Artigo Publicado em periódico eletrônico**

**(Autor. Título. Sigla do Periódico [internet]. Ano [data de acesso]; Volume (número): páginas inicial e final. Site disponível)**

Neuman NA. Multimistura de farelos não combate a anemia. J Pastoral Criança [periódico on line]. 2005 [acesso em 26 jun 2006]. 104: 14p. Disponível em: [www.pastoraldacrianca.org.br/105/pag14/pdf](http://www.pastoraldacrianca.org.br/105/pag14/pdf).

Najim RA, Al-Waiz MM, Al-Razuqi RA. Acetylator phenotype in Iraqui patients with atopic dermatitis. Dermatol Online J [Internet]. 2006 [cited 2007 Jan 9]; 12 (7). Available from: <http://dermatology.cdlib.org/127/original/acetylator/najim.html>

National Osteoporosis Foundation of South Africa. Use of generic alendronate in the treatment of osteoporosis. S Afr Med J [Internet]. 2006 [cited 2007 Jan 9]; 96 (8): 696-7.

Available from: <http://blues.sabinet.co.za/WebZ/Authorize?>

essionid=0:autho=pubmed:password=pubmed2004&/AdvancedQuery?&format=F&next=images/ejour/m\_samj/ m\_samj\_v96\_ n8\_a12.pdf

**-Artigo aceito para publicação em periódico**

**(Autor. Título. Sigla do Periódico. Ano. (No prelo).**

Quinino LRM, Samico IC, Barbosa CS. Análise da implantação do Programa de Controle da Esquistossomose em dois municípios da zona da mata de Pernambuco, Brasil. Cad Saúde Coletiva (Rio J.). 2010. (No prelo).

**-Materiais eletrônicos disponíveis em CD-Rom**

**(Autor. Título [tipo de material]. Editor, Edição. Versão. Local: Editora; Ano.)**

Reeves JRT, Maibach H. CDI, clinical dermatology illustred [monografia em CD-ROM]. Multimedia Group, producers. 2 ed. Version 2.0. San Diego: CMEA; 1995.

**-Material de acesso exclusivo em meio eletrônico**

**Homepage**

**Autoria . Título. [suporte]. Local; Ano [acesso dia mês ano]. Disponibilidade de acesso**

Instituto Oswaldo Cruz. Departamento de Ensino. IOC ensino [online]. Rio de Janeiro, Brasil; 2004. [acesso 3 mar 2004]. Disponível em:  
<http://157.86.113.12/ensino/cgi/public/cgilua.exe/web/templates/html>

Para outras informações consulte o site ICMJE:

[https://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform\\_requirements.html](https://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html)

**Submissão dos manuscritos**

A submissão é feita, exclusivamente on-line, através do Sistema de gerenciamento de artigos:

<http://mc04.manuscriptcentral.com/rbsmi-scielo>

Deve-se verificar o cumprimento das normas de publicação da RBSMI conforme itens de apresentação e estrutura dos artigos segundo às seções da Revista.

Por ocasião da submissão do manuscrito os autores devem informar a aprovação do Comitê de Ética da Instituição, a Declaração de Transferência dos Direitos Autorais, assinada por todos os autores. Os autores devem também informar que o manuscrito é original não está sendo submetido a outro periódico, bem como a participação de cada autor no trabalho.

### **Disponibilidade da RBSMI**

A revista é open and free access, não havendo portanto, necessidade de assinatura para sua leitura e download, bem como para cópia e disseminação com propósitos educacionais.

### **Secretaria /Contato**

Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira - IMIP

Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil - Secretaria Executiva

Rua dos Coelhos, 300 Boa Vista

Recife, PE, Brasil CEP: 50.070-902

Tel / Fax: +55 +81 2122.4141

E-mail: revista@imip.org.br

Site: [www.rbsmi.org.br](http://www.rbsmi.org.br)

