

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
ESCOLA DE EDUCAÇÃO FÍSICA, FISIOTERAPIA E DANÇA  
BACHARELADO EM FISIOTERAPIA

**Marinice Nunes Soares**

**ASSOCIAÇÃO ENTRE INCONTINÊNCIA URINÁRIA, QUALIDADE DE  
VIDA E FUNÇÃO PULMONAR EM MULHERES COM FIBROSE CÍSTICA**

Porto Alegre

2017

**Marinice Nunes Soares**

**ASSOCIAÇÃO ENTRE INCONTINÊNCIA URINÁRIA, QUALIDADE DE VIDA E FUNÇÃO PULMONAR EM MULHERES COM FIBROSE CÍSTICA**

Trabalho de Conclusão do Curso apresentado à Escola de Fisioterapia e Dança da Universidade Federal do Rio Grande do Sul como requisito parcial para obtenção de título de Bacharel em Fisioterapia.

Orientadora: Bruna Ziegler

Co-orientador: Paulo de Tarso Roth Dalcin

Colaboradora: Luciana Laureano Paiva

Porto Alegre

2017

## RESUMO

**Objetivo:** A fibrose cística (FC) é uma desordem genética, cujo principal sintoma é a tosse, com uma prevalência de 85%. A tosse aumenta a pressão intra-abdominal e sobrecarrega progressivamente a musculatura do assoalho pélvico e pode provocar perdas urinárias. O objetivo deste estudo é verificar a prevalência de IU e suas associações com a qualidade de vida (QV) e função pulmonar em mulheres com FC.

**Metodologia:** Este estudo teve caráter transversal e se realizou no Programa de Adolescentes e Adultos com FC do HCPA. Foram incluídos no estudo pacientes do sexo feminino com idades a partir de 18 anos. As pacientes responderam o *International Consultation on Incontinence Questionnaire Short Form* (ICIQ-SF), o *Kings Health Questionnaire* (KHQ), o *Leicester Cough Questionnaire* (LCQ) e a escala do *Medical Research Council* (MRC). Também foram coletados dados de bacteriologia do escarro e de função pulmonar.

**Resultados:** Foram inseridas no estudo 52 mulheres com FC, com média de idade de  $29,0 \pm 9,7$  anos, IMC  $20,7 \pm 2,5$ , VEF<sub>1</sub> (%)  $50,1 \pm 21,7$ . Destas 32 (61,5%) apresentavam sintomas de IU, 23 (44,2%) IU de esforço e 9 (17,3%) IU mista. Não houve associação significativa entre presença de IU e as variáveis de função pulmonar e bacteriologia no escarro ( $p > 0,05$ ). Houve associação significativa entre a IU e variáveis qualidade de vida ( $p < 0,05$ ). **Conclusão:** Com este estudo identificou-se uma prevalência de 61,5% de IU mulheres com FC. A presença de IU resultou em impacto negativo na QV em mulheres com FC.

**Palavras-chave:** Fibrose cística; incontinência urinária; função pulmonar; qualidade de vida

**SUMÁRIO**

<b>APRESENTAÇÃO</b> .....	5
<b>ARTIGO ORIGINAL</b> .....	6
<b>RESUMO</b> .....	<b>Erro! Indicador não definido.</b>
<b>ABSTRACT</b> .....	8
<b>INTRODUÇÃO</b> .....	9
<b>MÉTODO</b> .....	9
<b>RESULTADOS</b> .....	12
<b>DISCUSSÃO</b> .....	13
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	16
<b>TABELAS</b> .....	18
<b>ANEXO A - Normas de publicação da revista jornal de pneumologia</b> .....	22

## APRESENTAÇÃO

Por meio do currículo do curso de Fisioterapia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) é previsto que os alunos desenvolvam habilidades e competências que permitam uma atenção integral à saúde dos indivíduos. Uma estratégia para isso é a oferta de disciplinas e oferta de estágios voluntários que possibilitam a inserção dos acadêmicos o mais precoce possível em ambientes hospitalares, onde podem ter contato com diversos tipos de doenças, como por exemplo a fibrose cística (FC). O meu envolvimento em um estágio voluntário no terceiro semestre, acompanhando os atendimentos da fisioterapeuta Bruna Ziegler no Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), me fez perceber o quanto devemos buscar formas de nos preparar para oferecer aos indivíduos um atendimento de forma integral.

O interesse pelo estudo foi despertado quando participei dos atendimentos destes pacientes e frequentemente escutávamos queixas sobre perda urinária pelo esforço da tosse ao realizar fisioterapia. Diante disso, observamos a necessidade de verificar a prevalência da incontinência urinária de esforço nas mulheres que fazem acompanhamento regular no Programa de Adolescentes e Adultos com FC do HCPA. A avaliação da incontinência urinária em pacientes com FC pode contribuir para melhorar as estratégias de manejo e prevenções destas alterações, bem como verificar os possíveis fatores condicionantes.

Este estudo foi de caráter transversal e prospectivo em mulheres com FC atendidas no HCPA. O estudo foi desenvolvido em forma de artigo, dividido em Introdução, Método, Resultados e Discussão, sob a intenção de submissão na Revista Jornal Brasileiro de Pneumologia, e respeita as normas descritas pela mesma (Anexo A).

**ARTIGO ORIGINAL****ASSOCIAÇÃO ENTRE INCONTINÊNCIA URINÁRIA, QUALIDADE DE VIDA E FUNÇÃO PULMONAR EM MULHERES COM FIBROSE CÍSTICA\*****ASSOCIATION BETWEEN URINARY INCONTINENCE, QUALITY OF LIFE AND PULMONARY FUNCTION IN WOMEN WITH CYSTIC FIBROSIS**

Marinice Nunes Soares<sup>1</sup>, Luciana Laureano Paiva<sup>2</sup>, Paulo de Tarso Roth Dalcin<sup>3</sup>, Bruna Ziegler<sup>4</sup>

<sup>1</sup> Estudante fisioterapia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, Rio Grande do Sul (RS), Brasil.

<sup>2</sup> Fisioterapeuta. Professora do Curso de Fisioterapia da UFRGS. Porto Alegre (RS), Brasil

<sup>3</sup> Médico, Professor titular da Faculdade de Medicina da UFRGS, Serviço de Pneumologia do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Programa de Pós-graduação em Ciências Pneumológicas, UFRGS, Porto Alegre (RS) Brasil.

<sup>4</sup> Fisioterapeuta, Serviço de Fisioterapia do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Programa de Pós-graduação em Ciências Pneumológicas, UFRGS, Porto Alegre (RS) Brasil.

**Autor correspondente:**

Marinice Nunes Soares

Endereço: Rua Souza Lobo, 1071 – Porto Alegre/RS

CEP: 91320-321

Endereço eletrônico: nicensoares@yahoo.com.br

Fonte financiadora do projeto: O estudo recebeu financiamento da FIPE.

Número de palavras no texto: 3000

Número de palavras no resumo: 250

Número de tabelas: 3

Número de referências: 21/40

## RESUMO

**Objetivo:** A fibrose cística (FC) é uma desordem genética, cujo principal sintoma é a tosse, com uma prevalência de 85%. A tosse aumenta a pressão intra-abdominal e sobrecarrega progressivamente a musculatura do assoalho pélvico e pode provocar perdas urinárias. O objetivo deste estudo é verificar a prevalência de IU e suas associações com a qualidade de vida (QV) e função pulmonar em mulheres com FC.

**Metodologia:** Este estudo teve caráter transversal e se realizou no Programa de Adolescentes e Adultos com FC do HCPA. Foram incluídos no estudo pacientes do sexo feminino com idades a partir de 18 anos. As pacientes responderam o *International Consultation on Incontinence Questionnaire Short Form (ICIQ-SF)*, o *Kings Health Questionnaire (KHQ)* e o *Leicester Cough Questionnaire (LCQ)*. Também foram coletados dados de bacteriologia do escarro e de função pulmonar. **Resultados:** Foram inseridas no estudo 52 mulheres com FC, com média de idade de  $29,0 \pm 9,7$  anos, IMC  $20,7 \pm 2,5$ , VEF<sub>1</sub> (%)  $50,1 \pm 21,7$ . Destas 32 (61,5%) apresentavam sintomas de IU, 23 (44,2%) IU de esforço e 9 (17,3%) IU mista. Não houve associação significativa entre presença de IU e as variáveis de função pulmonar e bacteriologia no escarro ( $p > 0,05$ ). Houve associação significativa entre a IU e variáveis qualidade de vida ( $p < 0,05$ ). **Conclusão:** Com este estudo identificou-se uma prevalência de 61,5% de IU mulheres com FC. A presença de IU resultou em impacto negativo na QV em mulheres com FC.

**Palavras-chave:** Fibrose cística; incontinência urinária; função pulmonar; qualidade de vida

## ABSTRACT

**Objective:** Cystic fibrosis (CF) is a genetic disorder, the main symptom of which is cough, with a prevalence of 85%. Coughing increases intra-abdominal pressure and progressively overloads the pelvic floor musculature and can cause urinary leakage. The objective of this study is to verify the prevalence of UI and its associations with quality of life (QOL) and pulmonary function in women with CF.

**Methodology:** This study had a transverse, was carried out in the HCPA Program for Adolescents and Adults with CF. The study included female patients aged 18 years and over. The patients answered the International Consultation on Incontinence Questionnaire Short Form (ICIQ-SF), the Kings Health Questionnaire (KHQ), and the Leicester Cough Questionnaire (LCQ). Bacteriology data from sputum and lung function were also collected.

**Results:** Fifty-two women with CF, mean age  $29.0 \pm 9.7$  years, BMI  $20.7 \pm 2.5$ , FEV1 (%)  $50.1 \pm 21.7$  were included in the study. Of these 32 (61.5%), there were symptoms of UI, 23 (44.2%) UI of effort and 9 (17.3%) UI mixed. There was no significant association between the presence of UI and pulmonary function variables and bacteriology in the sputum ( $p > 0.05$ ). There was a significant association between UI and quality of life variables ( $p < 0.05$ ).

**Conclusion:** This study identified a prevalence of 61.5% of UI women with CF. The presence of UI resulted in a negative impact on QOL in women with CF.

**Keywords:** Cystic fibrosis; urinary incontinence; pulmonary function; quality of life



## INTRODUÇÃO

A fibrose cística (FC) ou mucoviscidose é uma desordem genética autossômica recessiva mais comum na população caucasiana. A doença está associada à elevados níveis de eletrólitos no suor, insuficiência pancreática exócrina e infecções respiratórias de repetição; resultando em desnutrição, declínio progressivo da função pulmonar e morte prematura<sup>1,2</sup>.

A doença é causada pela presença de duas mutações causadoras da doença no gene regulador da condutância transmembrana da FC (do inglês, *cystic fibrosis transmembrane regulator* – CFTR). A fisiopatologia envolve a ausência de atividade ou o funcionamento parcial dos canais de cloro que estão presentes na membrana apical das células epiteliais. A alteração na condutância deste canal desencadeia um desequilíbrio eletrolítico deixando o meio extracelular desidratado. Nos pulmões, o aumento da viscosidade extracelular gera prejuízo do transporte mucociliar, obstrução de muco, inflamação e infecções respiratórias de repetição<sup>3</sup>, sendo a tosse um dos sintomas com prevalência média de 85% nos pacientes com FC<sup>17</sup>.

Os avanços em terapias e tratamentos levaram ao aumento significativo na expectativa de vida de pacientes com FC. A sobrevivência média projetada para bebês nascidos com FC hoje é 60 anos de idade, a medida que a sobrevivência melhora, a significância das condições extrapulmonares como no caso da incontinência urinária (IU)<sup>4</sup> aumenta o impacto negativo sobre a qualidade de vida das mulheres com FC.

A Sociedade Internacional de Continência (ICS) considera IU como toda perda involuntária de urina. Também classificou como incontinência urinária de esforço (IUE) a perda de urina concomitante a um esforço físico como pular, tossir, espirrar; incontinência urinária de urgência (IUU) como a perda de urina precedida de urgência miccional; e incontinência urinária mista (IUM) – perda de urina nas duas situações anteriores<sup>5</sup>.

A IU de esforço é reconhecida como uma complicação comum em mulheres com FC, apresentando uma prevalência de 30% a 69%,<sup>6,7</sup> e tem um impacto negativo sobre o desempenho da fisioterapia respiratória<sup>8</sup>. A IU é uma condição que afeta dramaticamente a QV, comprometendo o bem-estar físico, emocional, psicológico e social e pode acometer indivíduos de todas as idades, de ambos os sexos e de todos os níveis sociais e econômicos<sup>9</sup>.

A avaliação da IU em pacientes com FC pode contribuir para melhorar as estratégias de manejo e prevenções destas alterações, bem como verificar os possíveis fatores condicionantes.

O objetivo deste estudo foi verificar a prevalência de IU e suas associações com escore de qualidade de vida relacionado à IU, escore da tosse, aspectos nutricionais e função pulmonar em mulheres adultas com FC.

## **MÉTODO**

### ***Delineamento do estudo***

O estudo foi de caráter transversal, realizado no Programa de Adolescentes e Adultos com FC do HCPA. O protocolo de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa do HCPA 65415217.7.0000.5327 e todos os participantes do estudo assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE).

### ***População do estudo***

Foram incluídos no estudo pacientes do sexo feminino com idade igual ou maior que 18 anos, em acompanhamento regular no Programa de Adolescentes e Adultos com FC do HCPA, com diagnóstico de FC confirmado por história clínica, teste do suor alterado (cloro maior que 60 mmol/L) em pelo menos duas amostras e/ou estudo genético molecular.

Foram excluídos do estudo pacientes que estavam em período gestacional e aqueles com incapacidade cognitiva para responder os questionários.

### ***Medidas e instrumentos***

Após observados o preenchimento dos critérios de inclusão e assinatura do TCLE o pesquisador registrava os dados de função pulmonar e bacteriologia relativos ao dia da consulta e o paciente respondia os questionários do estudo.

A escala do impacto da incontinência ou *International Consultation on Incontinence Questionnaire Short Form* (ICIQ-SF), avalia o impacto da IU na QV e a qualificação da perda urinária das mulheres. É composto por 4 questões que avaliam a frequência, a gravidade e o impacto da IU<sup>12</sup>.

O *Kings Health Questionnaire* (KHQ) avalia a QV e é composto por trinta perguntas divididas em 9 domínios: percepção de saúde, impacto da IU, limitação no desempenho de tarefas, limitação física, limitação social, relações pessoais, emoções, sono/energia e medidas

de gravidade. O KHQ é pontuado por cada um dos seus domínios; as pontuações variam de 0 a 100 e quanto maior a pontuação obtida, pior é a qualidade de vida relacionada aquele domínio. Existe também uma escala de sintomas que é composta pelos seguintes itens: frequência urinária, noctúria, urgência, hiperreflexia vesical, incontinência urinária de esforço (IUE), enurese noturna, incontinência no intercurso sexual, infecções urinárias e dor na bexiga<sup>9</sup>.

A quantificação do impacto dos sintomas da tosse crônica foi feita pela aplicação do questionário que avalia a QV em pacientes portadores de tosse crônica, o *Leicester Cough Questionnaire (LCQ)*. É composto por 19 itens subdivididos em três domínios: físico (perguntas 1, 2, 3, 9, 10, 11, 14 e 15), psicológico (perguntas 4, 5, 6, 12, 13, 16 e 17) e social (perguntas 7, 8, 18 e 19). As respostas são quantificadas pelo paciente em uma escala Likert que varia de 1 a 7 pontos. Para o cálculo do LCQ, deve-se realizar uma soma da pontuação das perguntas de cada domínio. Divide-se esse valor pelo número de perguntas do respectivo domínio. O escore total é o resultado da adição dos escores de cada domínio e varia de 3 a 21, sendo que uma pontuação mais próxima de 21 indica um melhor estado de saúde ou uma menor influência da tosse na qualidade de vida do paciente<sup>11</sup>.

Foram registradas as bactérias identificadas nos três últimos exames bacteriológicos de escarro realizados no HCPA. Os exames bacteriológicos do escarro serão realizados no Serviço de Microbiologia do HCPA. A rotina ambulatorial de avaliação bacteriológica do escarro envolve a coleta de uma amostra a cada consulta (em geral, a cada 60 dias) ou em cada internação hospitalar.

Os testes de função pulmonar foram realizados com espirômetro computadorizado (Jaeger-v4.31, Jaeger, Wuerzburg, Germany). Foram registrados a capacidade vital forçada (CVF), o volume expiratório forçado no primeiro segundo (VEF<sub>1</sub>) e a relação VEF<sub>1</sub>/CVF em litros e em % do previsto. Os pacientes foram classificados de acordo com as diretrizes brasileiras para testes de função pulmonar em três categorias de acordo com o VEF<sub>1</sub>% do previsto: distúrbio ventilatório obstrutivo (DVO) leve ou ausente, VEF<sub>1</sub>% > 60% do previsto; DVO moderado, VEF<sub>1</sub>% entre 40-60% do previsto; DVO grave, VEF<sub>1</sub>% < 40% do previsto<sup>13</sup>.

A avaliação do risco nutricional foi obtida pelo cálculo do IMC, pela aplicação da fórmula que constitui na divisão do valor do peso atual (em Kg) pelo quadrado da altura (em metros) -  $IMC = \text{peso} / \text{altura}^2$ . IMC foi classificado em 3 classes: nutrição normal,  $IMC > 20 \text{ kg/m}^2$ ; risco nutricional,  $IMC \text{ entre } 18,5 \text{ e } 20,0 \text{ kg/m}^2$ ; e desnutrição,  $IMC < 18,5 \text{ kg/m}^2$ <sup>6,14</sup>.

## **Análise estatística**

Os dados quantitativos são apresentados como média  $\pm$  desvio padrão (DP) ou como mediana (intervalo interquartilico – II). Os dados qualitativos são expressos em n (% de todos os casos). Inicialmente, os pacientes foram divididos em dois grupos, de acordo com a presença ou não de IU. As variáveis contínuas com distribuição normal foram analisadas pelo teste t para amostras independentes e os dados contínuos sem distribuição normal ou os dados ordinais foram analisados pelo teste U de Mann-Whitney. Os dados qualitativos foram analisados através do teste do qui-quadrado, utilizando, quando necessário, correção de Yates ou teste exato de Fisher, com uso dos resíduos padronizados ajustados para localizar a diferença. A análise de variância para um fator (distribuição normal) ou o teste de Kruskal-Wallis (sem distribuição normal ou dados ordinais) foi utilizada para comparação. Os dados qualitativos foram analisados através do teste do qui-quadrado, utilizando, quando necessário, correção de Yates ou teste exato de Fisher, com uso dos resíduos padronizados ajustados para localizar a diferença.

Os dados foram analisados utilizando o programa Statistical Package for the Social Sciences, versão 20.0 (SPSS Inc., Chicago, IL, EUA). O nível de significância estatística foi estabelecido em  $p < 0,05$ . Todas as probabilidades relatadas foram bicaudais.

## **Cálculo amostral**

O cálculo do tamanho amostral foi estimado a partir do estudo de Reichman G et al. 2016. Para fins de análise estatística descritiva, a estimativa do tamanho amostral foi realizada utilizando a variável dicotômica presença de incontinência urinária. Para uma proporção de 0,30, nível de confiança de 95% e uma amplitude total do intervalo de confiança de 0,25, são necessários um total de 52 pacientes.

## **RESULTADOS**

Foram inseridas no estudo 52 mulheres com FC, com média de idade de  $29,0 \pm 9,7$  anos, IMC  $20,7 \pm 2,5$ ,  $VEF_1$  (%)  $50,1 \pm 21,7$ . Destas, 32 (61,5%) apresentavam sintomas de IU, 23 (44,2%) IU de esforço e 9 (17,3%) IU mista. A tabela 1 descreve as características gerais da amostra estudada.

A tabela 2 classifica as pacientes em IU ou continentas. Não houve associação significativa entre presença de IU e as variáveis de função pulmonar, bacteriologia no escarro e escore de tosse ( $p > 0,05$ ) entre os grupos com IU e sem IU. Houve associação significativa entre a IU e variáveis de QV nos domínios percepção da saúde ( $p =$ ), vida pessoal ( $p =$ ), limitação de tarefas ( $p =$ ), limitações físicas ( $p =$ ), limitações sociais ( $p =$ ), relações pessoais ( $p =$ ), emoções ( $p =$ ), sono ( $p =$ ) e medida de gravidade ( $p =$ ) entre os grupos.

Em relação aos sintomas da IU, no subgrupo das mulheres incontinentes, a tabela 3 mostra a prevalência dos sintomas urinários e a intensidade de acometimento relacionado à QV das mulheres estudadas. Quarenta e um por cento das mulheres relatou que a “frequência de micção” “afetava muito” a QV e a “noctúria” interferiu no mínimo “um pouco” na QV de 59,4% das mulheres. As perdas urinária ocorreram em quatro situações: antes de chegar ao banheiro 10 (31,3%), quando tosse ou espirra 32 (100%), quando está dormindo 2 (6,3%) ou em atividade física 3 (9,4%).

## DISCUSSÃO

A IU tem se mostrado prevalente nas mulheres adultas com FC, uma revisão sistemática de 2017 refere que a maioria das pesquisas publicadas se concentra em mulheres adultas com FC, em que a prevalência relatada de UI varia de 30% a 76%<sup>4</sup>, neste estudo encontramos uma prevalência de 61,5% de IU em mulheres com FC.

A IUE é reconhecida como uma complicação comum em mulheres com FC, apresentando uma prevalência de 30% a 69%<sup>6,18</sup>, sendo que no presente estudo a prevalência foi de 44,2%. A IUE pode se desenvolver em situações em que os músculos do pavimento pélvico enfraquecem devido à ações repetidas que o empurram para baixo, como por exemplo a ação de tossir, rir, espirrar, ou carregar peso em excesso, bem como o avanço da idade<sup>15, 16</sup>. Na FC, devido a alta prevalência da tosse<sup>17</sup> e aumento da pressão intra-abdominal, que sobrecarrega progressivamente a musculatura do assoalho pélvico, pode provocar IUE com impacto negativo na QV dos pacientes<sup>9,16</sup>. Neste estudo os sintomas da IUE foram

acompanhados por urgência numa proporção de 17% das mulheres, corroborando com estudos anteriores<sup>7,19</sup>.

Nesse estudo, não houve associação significativa entre presença de IU e variáveis da função pulmonar, bacteriologia do escarro, escore da tosse e IMC ( $p > 0,05$ ). Nos estudos de Nixon *et al* Reichiman *et al* e Korzeniewska *et al*. Não foi observada associação entre a gravidade da IU com a tosse, IMC, VEF<sub>1</sub> CVF<sup>8,16,19</sup>.

É importante avaliar o impacto e a percepção da QV em mulheres com IU. Vários estudos têm concluído que as mulheres com IU frequentemente apresentam uma diminuição da sua QV<sup>8,16,19</sup>. Neste estudo, foi encontrada uma associação significativa entre a IU e a QV nos domínios percepção da saúde, vida pessoal, limitação de tarefas, limitações físicas, limitações sociais, relações pessoais, emoções, sono e medidas de gravidade ( $p < 0,05$ ).

Os sintomas da IU afetam a QV, conforme demonstrado neste estudo, 41% relatou que o aumento frequência diária “afeta muito” a sua vida; na noctúria 25% relatou que “afeta um pouco”; na urgência 12,5% relatou que “afeta muito”, na bexiga hiperativa a maioria relatou que “afeta mais ou menos”, na IU de esforço 62,5% refere que “afeta um pouco”, corroborando com outros achados<sup>9, 19,20</sup>. Neste estudo a principal causa de perda urinária foi tosse e espirros, todas as mulheres classificadas como incontinentes perdem urina nesta situação, o que correlaciona com estudos de REICHMAN *et al*, onde 84% perdeu urina pela tosse e espirros<sup>20</sup>.

A IU tem alta prevalência em mulheres adultas com FC, além de impacto negativo na QV, por isso devemos estar preparados para enxergar o paciente como um todo, dando mais atenção a questões extrapulmonares como no caso da IU e pensar em estratégias de prevenção que possam beneficiar estes pacientes, para que o aumento da sobrevida seja com melhor qualidade de vida.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradecemos a todos os membros da Equipe de Adolescentes e Adultos com FC do HCPA, pela colaboração.

**FINANCIAMENTO**

O estudo não recebeu financiamento.

**DECLARAÇÃO DE CONFLITOS DE INTERESSE**

Os autores declaram não haver conflitos de interesse.

## REFERÊNCIAS

1. Ackerman MJ, Clapham DE. Ion channels-basic science and clinical disease. *N Engl J Med* 1997 mai; 336(22):1575-1586.
2. Ratjen F, Doring G. Cystic fibrosis. *Lancet* 2003 fev; 361(9358):681-689.
3. Dal'Maso VB, Mallmann L, Siebert M, Simon L, Saraiva P, Maria L, Dalcin PTR. Contribuição da análise molecular do gene regulador da condutância transmembrana na fibrose cística na investigação diagnóstica de pacientes com suspeita de fibrose cística leve ou doença atípica. *Jornal Brasileiro de Pneumologia* 2013 abr; 39.2 : 181-189.
4. Frayman KB, Kazmerski TM, Sawyer SM. A systematic review of the prevalence and impact of urinary incontinence in cystic fibrosis. *Respirology* 2017 jul; 22: 46 - 54.
5. Abrams PC, Khoury, Wein AJ. Incontinence. 5 Ed. ed. Paris: International Consultation on Urological Diseases and European Association of Urology; 5 Ed. ed. Paris 2013 fev; 17-107.
6. Helmt J M. *et al.* A novel solution for severe urinary incontinence in women with cystic fibrosis. *Journal of Cystic Fibrosis* 2008 mar; 7 ( 6 ); 501-504.
7. Dodd ME, Lanangman H. Urinary incontinence in cystic fibrosis. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 2005; 98(Suppl 45), 28.
8. Nixon GM, Glazner JA, Martin JM, Sawyer S M. Urinary incontinence in female adolescents with cystic fibrosis. *Pediatrics*, 2002; 110(2), e22-e22.
9. Fonseca ESM, Camargo ALM, Castro RA, Sartori MGF, Fonseca MCM, Lima GR *et al.* Validação do questionário de qualidade de vida (King's Health Questionnaire) em mulheres brasileiras com incontinência urinária. *Rev Bras Ginecol Obstet*, 2005; 27( 5).235-42.
10. Kovelis D, Segretti NO, Probst VS, Lareau SC, Brunetto AF, Pitta F. . Validação do Modified Pulmonary Functional Status and Dyspnea Questionnaire e da escala do Medical Research Council para o uso em pacientes com doença pulmonar obstrutiva crônica no Brasil. *J. bras. pneumol.*, São Paulo , 2008; 34( 12), 1008-1018.
11. Felisbino MB, Steidle LJM, Gonçalves TM, Pizzichini MMM, Pizzichini E. Questionário de Leicester sobre tosse crônica: tradução e adaptação cultural para a língua portuguesa falada no Brasil. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, 2014 jun, 40(3), 213-221.
12. Tamanini J, Tadeu N, Dambros M, D'Ancona CAL, Palma PCR, Rodrigues NJrN . Validação para o português do "International Consultation on Incontinence Questionnaire - Short Form" (ICIQ-SF). *Rev. Saúde Pública*, São Paulo , 2004 jun; 38 ( 3), 438-444.
13. Ziegler B, Roveder PME, Lukrafka JL, Oliveira CL, Menna-Barreto SS, Dalcin PTR. Capacidade submáxima de exercício em pacientes adolescentes e adultos com fibrose cística. *J Bras Pneumol.* 2007;33(3):263-9.



14. Borowitz D, Baker RD, Stallings V, Bachrac LK, Beall RJ, Ph D, *et al.* Consensus report on nutrition for pediatric patients with cystic fibrosis. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2002;35:246–59.
15. Burge AT, Holland AE, Anne EH, Margaret S, John W, Narelle SC, Tshepo MR *et al.*, Prevalence and impact of urinary incontinence in men with cystic fibrosis. *Physiotherapy (United Kingdom)*, 2015; 101 (2) , 166-170.
16. Korzeniewska OEA, Stelmach IW. Urinary incontinence in adolescent females with cystic fibrosis in Poland. *Cent. Eur. J. Med.* 2014; 9: 778–83.
17. Paschoal IA, De Oliveira VW., Bertuzzo CS, Cerqueira EM, Pereira MC. *LUNGO* 2007; 185: 81.
18. Sangsawang B, Sangsawang N. Stress urinary incontinence in pregnant women: a review of prevalence, pathophysiology, and treatment. *Int. Urogynecol. J.* 2013; 24: 901–12.
19. Reichman G, De Boe V, Braeckman J, Michielsen D. Urinary incontinence in patients with cystic fibrosis. *Scand. J. Urol.* 2016 out; 50(2): 128–31.
20. Oliveira, JMS , Ligia BGS , Ana CBS, Luiz CLR. Correlação entre sintomas urinários e qualidade de vida em mulheres com incontinência urinária. *Fisioterapia e Pesquisa*, . 2007; 14( 3); 12-17.
21. Pedro AF, Juliana R, Zaida ASGS, Ana PB. Qualidade de vida de mulheres com incontinência urinária. *SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog. (Ed. port.)*, Ribeirão Preto . 2011 ago; 7( 2), 63-70.

**TABELAS**

Tabela 1 – Características gerais das mulheres com FC incluídas no estudo.

<b>Variável</b>	<b>n= 52</b>
Idade (anos), média ± DP	29,0 ± 9,7
Idade diagnóstico (anos), mediana (II)	11 (18)
Grau de instrução (anos), média ± DP	11,8 ± 3,4
IMC (Kg/m <sup>2</sup> ), média ± DP	20,7 ± 2,5
CVL (L), média ± DP	2,3 ± 0,9
CVF (%), média ± DP	63,5 ± 20,2
VEF <sub>1</sub> (L), média ± DP	1,6 ± 0,8
VEF <sub>1</sub> (%), média ± DP	63,2 ± 21,9
VEF <sub>1</sub> /CVF (%), média ± DP	50,1 ± 21,7
IU, n (%)	32 (61,5)
IUE, n (%)	23 (44,2)
IUM, n (%)	9 (17,3)

n = número de casos, DP = desvio padrão, II = intervalo interquartilico, IMC = índice de massa corporal, CVF = capacidade vital forçada, VEF<sub>1</sub> = volume expiratório forçado no primeiro segundo, IU = incontinência urinária, IUE = incontinência urinária de esforço, IUM = incontinência urinária mista.

Tabela 2 – Variáveis demográficas, de função pulmonar e qualidade de vida das mulheres com FC de acordo com a classificação por IU.

Variável	IU	Continentes	Valor p
	n= 32	n=20	
Idade (anos), média ± DP	29,8 ± 9,9	27,7 ± 9,9	0,466
Idade diagnóstico(anos), mediana (II)	11 (21)	11 (16)	0,745
IMC (Kg/m <sup>2</sup> ), média ± DP	20,9 ± 2,6	20,6 ± 2,4	0,637
Bacteriologia			
MSSA, n (%)	19 (36,5)	15 (28,8)	0,249
MRSA, n (%)	3 (5,8)	1 (1,9)	0,565
<i>Pseudomonas aeruginosa</i> , n (%)	22 (42,3)	12 (23,1)	0,519
<i>Burkholderia cepacia</i> , n (%)	6 (11,5)	3 (5,8)	0,728
Espirometria			
CVF (L), média ± DP	2,3 ± 0,8	2,4 ± 0,9	0,708
CVF (%), média ± DP	63,5 ± 20,2	62,3 ± 25	0,912
VEF <sub>1</sub> (L), média ± DP	1,5 ± 0,7	1,7 ± 0,9	0,453
VEF <sub>1</sub> (%), média ± DP	63,5 ± 20,2	62,3 ± 25	0,569
VEF <sub>1</sub> /CVF, média ± DP	65,9 ± 12,3	71,2 ± 12	0,136
VEF <sub>1</sub> /CVF (%), média ± DP	76,4 ± 14,3	82,0 ± 13,1	0,159
Domínios LCQ			
Físico, média ± DP	5,5 ± 1,3	5,3 ± 1,4	0,465
Psicológico, média ± DP	5,5 ± 1,2	5,2 ± 1,8	0,480
Social, média ± DP	6,3 ± 1,1	6,0 ± 1,5	0,387
Escore total, média ± DP	11,0 ± 0,0	11,2 ± 0,9	0,330
Domínios KHQ, (pontos)			
Percepção da saúde, média ± DP	47,7 ± 20,4	36,3 ± 12,8	0,030
Impacto da IU, mediana (II)	66 (67)	0 (66)	0,000
Limitações de tarefas, mediana (II)	16 (50)	0 (16)	0,000
Limitações físicas, mediana (II)	0 (100)	0 (16)	0,043
Limitações Sociais, mediana (II)	11 (44)	0 (16)	0,001
Relações pessoais, mediana (II)	33 (66)	0 (33)	0,000
Emoções, mediana (II)	0 (100)	0 (0)	0,007
Sono/Energia, mediana (II)	0 (100)	0 (0)	0,039

Medidas de gravidade, mediana (II)	25 (83)	0 (16)	0,000
------------------------------------	---------	--------	-------

---

DP = desvio padrão, II= intervalo interquartílico, IMC = índice de massa corporal, MSSA = *Methicillin susceptible Staphylococcus aureus*, MRSA = *Methicillin-resistant Staphylococcus aureus*, = capacidade vital forçada, VEF<sub>1</sub> = volume expiratório forçado no primeiro segundo, VEF<sub>1</sub>/CVF = índice de Tiffeneau, LCQ = *Leicester cough questionnaire*, QV = qualidade de vida, KHQ = *Kings Health Questionnaire*.

Tabela 3 – Sinais e sintomas relacionados às mulheres com IU - KHQ e ICIQ-SF

Variável	n= 32
Sintomas da IU, n (%)	
Aumento da frequência urinária	27 (84,4)
Aumento da frequência afeta sua vida	
Um pouco	6 (18,8)
Mais ou menos	8 (25)
Muito	13 (41)
Noctúria, n (%)	19 (59,4)
Noctúria afeta sua vida	
Um pouco	8 (25)
Mais ou menos	5 (16)
Muito	6 (18,4)
Urgência, n (%)	9 (28,1)
Urgência afeta sua vida	
Não afeta	2 (6,2)
Um pouco	3 (9,4)
Muito	4 (12,5)
Bexiga hiperativa, n (%)	10 (31,3)
Bexiga hiperativa afeta sua vida	
Não afeta	1 (3,1)
Mais ou menos	9 (28,2)
IUE, n (%)	23 (71,9)
IUE afeta sua vida	
Não afeta	9 (28,1)
Um pouco	20 (62,5)
Mais ou menos	2 (6,3)
Muito	1 (3,1)

n= número de casos, IU= incontinência urinária, IUE= incontinência urinária de esforço

ANEXO A - Normas de publicação da revista jornal de pneumologia

## **INSTRUÇÕES REDATORIAIS**

### **Instruções aos autores**

#### **Missão**

O Jornal Brasileiro de Pneumologia destina-se a publicar artigos científicos que contribuam para o aumento do conhecimento no campo das doenças pulmonares e áreas relacionadas.

**Publicação Indexada em: Latindex, LILACS, SCOPUS, Index Copernicus, SciELO Brasil, MEDLINE e ISI Web of Science**

Disponível eletronicamente: [www.jornaldepneumologia.com.br](http://www.jornaldepneumologia.com.br) e alternativamente em [www.scielo.br/jbpneu](http://www.scielo.br/jbpneu) em língua latina e inglês.

#### **Publicação Bimestral**

O Jornal Brasileiro de Pneumologia, é uma publicação bimestral da Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia. Os conceitos e opiniões emitidos nos artigos são de inteira responsabilidade de seus autores. Permitida a reprodução total ou parcial dos artigos, desde que mencionada a fonte.

#### **Instruções Redatoriais**

## **INSTRUÇÕES AOS AUTORES**

**O Jornal Brasileiro de Pneumologia (J Bras Pneumol) ISSN-1806-3713**, publicado bimestralmente, é órgão oficial da Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia destinado à publicação de trabalhos científicos referentes à Pneumologia e áreas correlatas.

Todos os manuscritos, após aprovação pelo Conselho Editorial serão avaliados por revisores qualificados, sendo o anonimato garantido em todo o processo de julgamento.

Os artigos que não apresentarem mérito, que contenham erros significativos de metodologia, ou não se enquadrem na política editorial da revista, serão rejeitados diretamente pelo Conselho Editorial, não cabendo recurso. Os artigos podem ser escritos em português, espanhol ou inglês. Na versão eletrônica do Jornal ([www.jornaldepneumologia.com.br](http://www.jornaldepneumologia.com.br), ISSN-1806-3756) todos os artigos serão disponibilizados tanto numa versão em língua latina como também em inglês. Não há taxas para submissão e avaliação de artigos.

O Jornal Brasileiro de Pneumologia apóia as políticas para registro de ensaios clínicos da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), reconhecendo a importância dessas iniciativas para o registro e divulgação internacional de informações sobre estudos clínicos em acesso aberto. Sendo assim, somente serão aceitos para publicação, a partir de 2007, os artigos de pesquisas clínicas que tenham recebido um número de identificação em um dos Registros de Ensaios Clínicos validados pelos critérios estabelecidos pela OMS e ICMJE, cujos endereços estão disponíveis no site do ICMJE. O número de identificação deverá ser registrado ao final do resumo.

Dentro desse contexto, o Jornal Brasileiro de Pneumologia adota a definição de ensaio clínico preconizada pela OMS, que pode ser assim resumida: "qualquer pesquisa que prospectivamente designe seres humanos para uma ou mais intervenções visando avaliar seus efeitos em desfechos relacionados à saúde. As intervenções incluem drogas, células e outros produtos biológicos, procedimentos cirúrgicos, radiológicos, dispositivos, terapias comportamentais, mudanças de processos de cuidados, cuidados preventivos, etc".

## **CRITÉRIOS DE AUTORIA**

A inclusão de um autor em um manuscrito encaminhado para publicação só é justificada se ele contribuiu significativamente, do ponto de vista intelectual, para a sua realização. Fica implícito que o autor participou em pelo menos uma das seguintes fases: 1) concepção e planejamento do trabalho, bem como da interpretação das evidências; 2) redação e/ou revisão das versões preliminares e definitiva; e 3) aprovou a versão final.

A simples coleta e catalogação de dados não constituem critérios para autoria. Igualmente, não devem ser considerados autores, auxiliares técnicos que fazem a rotina, médicos que encaminham pacientes ou interpretam exames de rotina e chefes de serviços ou departamentos, não diretamente envolvidos na pesquisa. A essas pessoas poderá ser feito agradecimento especial.

Os conceitos contidos nos manuscritos são de responsabilidade exclusiva dos autores.

Com exceção de trabalhos considerados de excepcional complexidade, a revista considera 8 o número máximo aceitável de autores. No caso de maior número de autores, enviar carta a Secretaria do Jornal descrevendo a participação de cada um no trabalho.

## **APRESENTAÇÃO E SUBMISSÃO DOS MANUSCRITO**

Os manuscritos deverão ser obrigatoriamente encaminhados via eletrônica a partir do sistema de submissão ScholarOne: <https://mc04.manuscriptcentral.com/jbpneu-scielo>. As instruções e o processo de submissão estão descritos abaixo.

O formulário de transferência de direitos autorais deve ser assinado a caneta por todos os autores e deve ser carregado como um arquivo complementar assim que o manuscrito for enviado. O modelo disponível aqui: [Declaração de Conflito de Interesse](#)

Pede-se aos autores que sigam rigorosamente as normas editoriais da revista, particularmente no tocante ao número máximo de palavras, tabelas e figuras permitidas, bem como às regras para confecção das referências bibliográficas. A não observância das instruções redatoriais implicará na devolução do manuscrito pela Secretaria da revista para que os autores façam as correções pertinentes antes de submetê-lo aos revisores.

Instruções especiais se aplicam para a confecção de Suplementos Especiais e Diretrizes e devem ser consultadas pelos autores antes da confecção desses documentos na homepage do jornal.

A revista reserva o direito de efetuar nos artigos aceitos adaptações de estilo, gramaticais e outras.

Com exceção das unidades de medidas, siglas e abreviaturas devem ser evitadas ao máximo, devendo ser utilizadas apenas para termos consagrados. Estes termos estão definidos na Lista de Abreviaturas e Acrônimos aceitos sem definição. Clique aqui ([Lista de Abreviaturas e Siglas](#)). Quanto a outras abreviaturas, sempre defini-las na primeira vez em que forem citadas, por exemplo: proteína C reativa (PCR). Após a



definição da abreviatura, o termo completo não deverá ser mais utilizado. Com exceção das abreviaturas aceitas sem definição, elas não devem ser utilizadas nos títulos e evitadas no resumo dos manuscritos se possível. Ao longo do texto igualmente evitar a menção ao nome de autores, dando-se sempre preferência às citações numéricas apenas.

Quando os autores mencionarem qualquer substância ou equipamento incomum, deverão incluir o modelo/número do catálogo, o nome da fabricante, a cidade e o país, por exemplo:

"... esteira ergométrica (modelo ESD-01; FUNBEC, São Paulo, Brasil)..."

No caso de produtos provenientes dos EUA e Canadá, o nome do estado ou província também deverá ser citado; por exemplo:

"... tTG de fígado de porco da Guiné (T5398; Sigma, St. Louis, MO, EUA) ..."

## PREPARO DO MANUSCRITO

Artigo Original	Artigo de Revisão / Atualização	Ensaio Pictórico	Comunicação Breve	Carta ao Editor	Correspondência	Imagens em Pneumologia	Artigo Original
N.º máximo de autores	8	5	5	5	5	3	3
Resumo N.º máximo de palavras	250 com estrutura	250 sem estrutura	250 sem estrutura	100 sem estrutura	não tem resumo	não tem resumo	não tem resumo
N.º máximo de palavras	3.000	5.000	3.000	1.500	1000	500	200
N.º máximo de referências	40	60	30	20	10	3	3
N.º de tabelas e figuras	6	8	12	2	2	-	3

**Página de identificação (Title page):** ela deve conter o título do trabalho, em português e inglês, nome completo e titulação dos autores, instituições a que pertencem, endereço completo, inclusive telefone, celular e e-mail do autor principal, e nome do órgão financiador da pesquisa, se houver. Essa página deve ser enviada como um arquivo a parte em Word, separado do manuscrito principal.

**Resumo:** Deve conter informações facilmente compreendidas, sem necessidade de recorrer-se ao texto, não excedendo 250 palavras. Deve ser feito na forma estruturada com: Objetivo, Métodos, Resultados e Conclusões. Quando tratar-se de artigos de Revisão o resumo não deve ser estruturado. Para Comunicações Breves não deve ser estruturado nem exceder 100 palavras.

**Abstract:** Uma versão em língua inglesa, correspondente ao conteúdo do Resumo deve ser fornecida.

**Descritores e Keywords:** Deve ser fornecido de três a seis termos em português e inglês, que definam o assunto do trabalho.

#### **CONTEÚDO DO ARTIGO:**

**Artigos originais:** O texto deve ter entre 2000 e 3000 palavras, excluindo referências e tabelas. Deve conter no máximo 6 tabelas e/ou figuras. O número de referências bibliográficas não deve exceder 40. A sua estrutura deve conter as seguintes partes: Introdução, Métodos, Resultados, Discussão, Agradecimentos e Referências. A seção Métodos deverá conter menção a aprovação do estudo pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos, ou pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Animais, ligados a Instituição onde o projeto foi desenvolvido. Nessa seção também deve haver descrição da análise estatística empregada, com as respectivas referências bibliográficas. Ainda que a inclusão de subtítulos no manuscrito seja aceitável, o seu uso não deve ser excessivo e deve ficar limitado às seções Métodos e Resultados somente.

**Revisões e Atualizações:** Serão realizadas somente a convite do Conselho Editorial. O texto não deve ultrapassar 5000 palavras, excluindo referências e tabelas. O número total de ilustrações e tabelas não deve ser superior a 8. O número de referências bibliográficas deve se limitar a 60.

**Ensaio pictórico:** Serão igualmente realizados a convite, ou após consulta dos autores ao Conselho Editorial. O texto não deve ultrapassar 3000 palavras, excluindo referências

e tabelas. O número total de ilustrações e tabelas não deve ser superior a 12 e as referências bibliográficas não devem exceder 30.

**Comunicações Breves:** O texto não deve ultrapassar 1500 palavras, excluindo as referências e tabelas. O número total de tabelas e/ou figuras não deve exceder 2 e o de referências bibliográficas 20. O texto deverá ser confeccionado de forma corrida.

**Cartas ao Editor:** Devem ser contribuições originais contendo resultados preliminares, não ultrapassando 1000 palavras e com não mais do que 10 referências bibliográficas e 2 tabelas e/ou figuras.

**Correspondência:** Serão consideradas para publicação comentários e sugestões relacionadas a matéria anteriormente publicada, não ultrapassando 500 palavras no total.

**Imagens em Pneumologia:** o texto deve ser limitado ao máximo de 200 palavras, incluindo título, texto e até 3 referências. É possível incluir até o máximo de 3 figuras, considerando-se que o conteúdo total será publicado em apenas uma página.

**Tabelas e Figuras:** Tabelas e gráficos devem ser apresentados em preto e branco, com legendas e respectivas numerações impressas ao pé de cada ilustração. As tabelas e figuras devem ser enviadas no seu arquivo digital original, as tabelas preferencialmente em arquivos Microsoft Word e as figuras em arquivos JPEG acima de 300 dpi. Fotografias de exames, procedimentos cirúrgicos e biópsias onde foram utilizadas colorações e técnicas especiais serão consideradas para impressão colorida, sem custo adicional aos autores. As grandezas, unidades e símbolos devem obedecer às normas nacionais correspondentes (ABNT: <http://www.abnt.org.br>).

**Legendas:** Legendas deverão acompanhar as respectivas figuras (gráficos, fotografias e ilustrações) e tabelas. Cada legenda deve ser numerada em algarismos arábicos, correspondendo a suas citações no texto. Além disso, todas as abreviaturas e siglas empregadas nas figuras e tabelas devem ser definidas por extenso abaixo das mesmas.

**Referências:** Devem ser indicadas apenas as referências utilizadas no texto, numeradas

com algarismos arábicos e na ordem em que foram citadas. A apresentação deve estar baseada no formato Vancouver Style, atualizado em outubro de 2004, conforme os exemplos abaixo. Os títulos dos periódicos citados devem ser abreviados de acordo com o estilo apresentado pela List of Journal Indexed in Index Medicus, da National Library of Medicine disponibilizados no endereço: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/journals/loftext.noprov.html>.

Para todas as referências, cite todos os autores até seis. Acima desse número, cite os seis primeiros autores seguidos da expressão et al.

### **Exemplos:**

#### **Artigos Originais**

1. Neder JA, Nery LE, Castelo A, Andreoni S, Lerario MC, Sachs AC et al. Prediction of metabolic and cardiopulmonary responses to maximum cycle ergometry: a randomized study. *Eur Respir J*. 1999;14(6):1204-13.

#### **Resumos**

2. Singer M, Lefort J, Lapa e Silva JR, Vargaftig BB. Failure of granulocyte depletion to suppress mucin production in a murine model of allergy [abstract]. *Am J Respir Crit Care Med*. 2000;161:A863.

#### **Capítulos de Livros**

3. Queluz T, Andres G. Goodpastures syndrome. In: Roitt IM, Delves PJ, editors. *Encyclopedia of Immunology*. 1st ed. London: Academic Press; 1992. p. 621-3.

#### **Publicações Oficiais**

4. World Health Organization. Guidelines for surveillance of drug resistance in tuberculosis. WHO/Tb, 1994;178:1-24.

#### **Teses**

5. Martinez TY. Impacto da dispnéia e parâmetros funcionais respiratórios em medidas de qualidade de vida relacionada a saúde de pacientes com fibrose pulmonar idiopática [thesis]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo; 1998.

**Artigos Publicados na Internet**

6. Abood S. Quality improvement initiative in nursing homes: the ANA acts in an advisory role. Am J Nurs [serial on the Internet]. 2002 Jun [cited 2002 Aug 12]; 102(6): [about 3 p.]. Available from:  
<http://www.nursingworld.org/AJN/2002/june/Wawatch.htm>

**Homepages/Endereços Eletrônicos**

7. Cancer-Pain.org [homepage on the Internet]. New York: Association of Cancer Online Resources, Inc.; c2000-01 [updated 2002 May 16; cited 2002 Jul 9]. Available from: <http://www.cancer-pain.org/>

**Outras situações:** Na eventualidade do surgimento de situações não contempladas por estas Instruções Redatoriais, deverão ser seguidas as recomendações contidas em International Committee of Medical Journal Editors. Uniform requirements for manuscripts submitted to biomedical journals. Updated October 2004. Disponível em <http://www.icmje.o>