**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

CLAUDIA REGINA DE SOUZA SANTOS

**PREVALÊNCIA DAS INCONTINÊNCIAS URINÁRIA E ANAL
NA POPULAÇÃO URBANA DE POUSO ALEGRE – MG**

**SÃO PAULO
2008**

CLAUDIA REGINA DE SOUZA SANTOS

**PREVALÊNCIA DAS INCONTINÊNCIAS URINÁRIA E ANAL
NA POPULAÇÃO URBANA DE POUSO ALEGRE – MG**

Dissertação apresentada à Escola de
Enfermagem da Universidade de São Paulo para
obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de concentração:
Enfermagem na Saúde do Adulto

Orientadora:
Prof^a. Dr^a. Vera Lúcia Conceição Gouveia
Santos

**SÃO PAULO
2008**

Nome: Claudia Regina de Souza Santos

Título: Prevalência das incontinências urinária e anal na população urbana de Pouso Alegre-MG.

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Aprovado em: ____/____/____

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

Assinatura: _____

DEDICATÓRIA

Aos meus pais, maiores amores da minha vida, a quem dedico todas as minhas vitórias.

Ao meu marido Ramiro, companheiro de todas as horas, que com carinho, compreensão e colaboração, sempre esteve presente no longo período de elaboração deste trabalho.

A minha filha Nayara, amiga e companheira, presença diária de amor e motivação.

AGRADECIMENTOS

A orientadora e amiga, Prof^a Dr^a Vera Lúcia Conceição Gouveia Santos, pela competência, carinho e respeito com que conduziu este processo, do alvorecer da idéia até a sua síntese.

A colaboradora e amiga, Prof^a Eutália A. C. Araújo, pela elaboração dos estudos estatísticos deste projeto.

Aos Professores Dr. Sânzio Santos Amaral e Dr. Flávio E. Trigo Rocha, pelas valiosas contribuições no Exame de Qualificação.

A minha amiga Sandra Aparecida dos Santos Araújo, por me ajudar nos momentos em que mais precisei de um ombro amigo.

A Silvana Mara Campanholo, minha amiga e professora de inglês, que com seu conhecimento e presteza sempre esteve pronta a me auxiliar.

A Eng^a. Eliana Soares Nogueira e ao José Reis Antonio, funcionários da Prefeitura de Pouso Alegre, MG, pelo pronto atendimento no fornecimento de informações cadastrais do município.

Aos funcionários da Biblioteca e Pós-Graduação da EEUSP que, com seu trabalho diferenciado e carinho contagiante, sempre estiveram prontas a ajudar.

Enfim, um muito obrigado a todos que de forma direta ou indireta possibilitaram a realização deste sonho.

Agradeço todas as dificuldades que enfrentei; não fosse por elas, eu não teria saído do lugar. As facilidades nos impedem de caminhar. Mesmo as críticas nos auxiliam muito.

(Chico Xavier, 1971)

Santos CRS. Prevalência das incontinências urinária e anal na população urbana de Pouso Alegre – MG. [dissertação] São Paulo (SP): Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2008.

RESUMO

Este estudo objetivou conhecer as prevalências das incontinências urinária (IU), anal (IA) e combinada (IC) em adultos da zona urbana da cidade de Pouso Alegre, Minas Gerais e verificar os fatores demográficos e clínicos associados às perdas urinárias e anais nessa população. Estudo epidemiológico e de corte transversal, foi realizado na cidade de Pouso Alegre, após aprovação pelo Comitê de Ética da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. Quinhentos e dezenove indivíduos, com idade igual ou superior a 18 anos, condições físicas e mentais adequadas e que aceitaram participar da investigação, compuseram a amostra do estudo, estabelecida a partir de amostragem estratificada por conglomerado que definiu 341 domicílios, sorteados aleatoriamente. Todos os residentes desses domicílios, que se enquadraram nos critérios descritos, foram entrevistados utilizando-se três instrumentos: *Dados Demográficos e Clínicos*, *Características da IU* (desenvolvido por Menezes, Hashimoto e Santos 2008) e *Presença de Incontinência Anal* (domínio do *The Bowel Function in the Community Tool*, adaptado e validado para o português por Domansky e Santos 2007). Os dados foram submetidos aos testes de Qui-Quadrado, de Hosmer Lemeshow e à regressão logística multivariada (*stepwise*). As prevalências foram padronizadas por sexo e idade. Os resultados mostraram prevalências de 20,1% para IU, sendo de 6,2% entre os homens e de 32,9% para as mulheres; de 7,0% para IA tanto geral, como para homens e mulheres; e de 3,0% para a IC, sendo de 1,0% para os homens e de 5,0% para as mulheres. No modelo final de regressão logística, maior tempo de perdas (OR=29,3; $p<0,001$), diabetes mellitus (OR=17,7; $p<0,001$), acidente vascular encefálico (OR=15,9; $p<0,001$) e cistocele (OR=12,5; $p<0,001$) foram os fatores mais fortemente associados à IU; número de filhos (OR=5,1; $p<0,001$), doença hemorroidária (OR=4,4; $p<0,001$) e cistocele (OR=3,0; $p<0,001$), para a IA; e modificações nos hábitos de vida -sair de casa (OR=62,2; $p<0,001$), maior tempo de perdas (OR=39,2; $p<0,001$), sexo

feminino (OR=21,6; $p<0,001$) e viuvez (OR=19,4; $p<0,001$), para a IC. O estudo permitiu conhecer a epidemiologia das incontinências em uma cidade do sul de Minas Gerais, contribuindo não só para o estabelecimento metodológico desse tipo de estudo como para o desenvolvimento de políticas públicas para a sua prevenção, primária e secundária, bem como seu tratamento ainda que, inicialmente, em nível municipal.

Descritores: Incontinência urinária; Incontinência fecal; Epidemiologia; Enfermagem.

Santos CRS. Prevalence of urinary and fecal incontinence in Pouso Alegre – Minas Gerais. [dissertação] São Paulo(SP): Nursing School, University of São Paulo; 2008.

ABSTRACT

This study aimed to analyze the urinary (UI) and fecal incontinence (FI), isolated and combined (CI), in adults from the urban area of Pouso Alegre city (Minas Gerais state/ Brazil) and the demographic and clinical variables associated to urinary and fecal losses. This epidemiological study was carried out in Pouso Alegre city, after the approval from the Ethics Committee of Nursing School of University of São Paulo. Five hundred and nineteen individuals, residents in 341 homes sorted at random, aging ≥ 18 years old, with adequate mental and physical conditions and who accepted to participate in this investigation were interviewed. Three instruments were used for data collection: demographical clinical data, UI data (developed and validated by Menezes, Hashimoto and Santos 2008) and Presence of anal incontinence (on of the domains of the Bowel Function in the Community Tool, adapted and validated to the Portuguese by Domansky and Santos 2007). Data were submitted to Qui-Square, Hasmer Lemeshow tests and to logistical regression (stepwise). The prevalence was established by gender and age. The results showed 20.1% for UI prevalence, being 6.2% for male and 32.9% for female; 7.0% for FI, in general and for both male and female; and 3.0% for CI, being 1.0% for male and 5.0% for female. In the final model of logistical regression, UI time (OR=29,3; $p<0,001$), diabetes mellitus (OR=17,7; $p<0,001$), stroke (OR=15,9; $p<0,001$) and bladder prolapse (OR=12,5; $p<0,001$) were the most important factors associated to UI; number of children (OR=5,1; $p<0,001$), hemorrhoids (OR=4,4; $p<0,001$) and bladder prolapse (OR=3,0; $p<0,001$), for FI; change in daily life habits (OR=62,2; $p<0,001$), CI time (OR=39,2; $p<0,001$), female gender (OR=21,6; $p<0,001$) and be widow (OR=19,4; $p<0,001$), for CI. This study allowed to obtain the epidemiology of urinary and fecal incontinence in a small town in Brazil contributing not only for new studies using the same methodology but also for the establishment of public polices and programs for UI, FI and CI primary and secondary prevention as well as their management at least in a local level.

Descriptors: Urinary Incontinence; Fecal Incontinence; Epidemiology; Nursing.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	- Características sociais e demográficas da amostra total e sub-amostras com IU, IA e IC, em Pouso Alegre. Pouso Alegre, Minas Gerais; 2008.	88
Tabela 2	- Presença de doenças e uso de medicamentos na amostra total e sub-amostras com IU, IA e IC, em Pouso Alegre. Pouso Alegre, Minas Gerais; 2008.	89
Tabela 3	- Alterações clínicas e realização de cirurgias na amostra total e sub-amostras com IU, IA e IC, em Pouso Alegre. Pouso Alegre, Minas Gerais; 2008.	90
Tabela 4	- Número de filhos, tipo e número de partos na amostra total e sub-amostras com IU, IA e IC, em Pouso Alegre. Minas Gerais, 2008.	91
Tabela 5	- Menopausa, reposição hormonal, disúria, infecções urinárias frequentes e uso de cateter vesical na amostra total e sub-amostras com IU, IA e IC, em Pouso Alegre, Minas Gerais; 2008.	91
Tabela 6	- Disúria, infecções urinárias frequentes e uso de cateter vesical na amostra total e sub-amostras com IU, IA e IC, em Pouso Alegre, Minas Gerais; 2008.	92
Tabela 7	- Prevalências padronizadas por sexo e idade da IU, perdas isoladas de fezes, de gases, IA e IC na cidade de Pouso Alegre – Minas Gerais, 2008.	36
Tabela 8	- Características das perdas urinárias nas pessoas com IU e IC em Pouso Alegre, Minas Gerais, 2008.	37
Tabela 9	- Características das perdas de fezes nas pessoas com IA, em Pouso Alegre, Minas Gerais, 2008.	38
Tabela 10	- Regressão logística multivariada para IU e fatores sócio-demográficos. Pouso Alegre, Minas Gerais, 2008 (Modelo 1)	40
Tabela 11	- Regressão logística multivariada para IU e fatores clínicos. Pouso Alegre, Minas Gerais, 2008 (Modelo 2)	41
Tabela 12	- Regressão logística multivariada para IU e fatores de vida reprodutiva. Pouso Alegre, Minas Gerais, 2008 (Modelo 3)	41
Tabela 13	- Regressão logística multivariada para IU e características das perdas urinárias. Pouso Alegre, Minas Gerais, 2008 (Modelo 4)	42
Tabela 14	- Regressão logística multivariada para IU e fatores clínicos prévios, doenças, características das perdas, alterações uro-retoginecológicas e fatores demográficos. Pouso Alegre, Minas Gerais, 2008 (Modelo 5 - final)	42
Tabela 15	- Regressão logística multivariada para IA e fatores sócio-demográficos. Pouso Alegre, Minas Gerais, 2008. (Modelo 1)	44

Tabela 16	- Regressão logística multivariada para IA e fatores clínicos. Pouso Alegre, Minas Gerais, 2008. (Modelo 2)	44
Tabela 17	- Regressão logística multivariada para IA e fatores da vida reprodutiva. Pouso Alegre, Minas Gerais, 2008. (Modelo 3)	45
Tabela 18	- Regressão logística multivariada para IA e fatores clínicos prévios, doenças, características das perdas, alterações uro-reto-ginecológicas e fatores demográficos. Pouso Alegre, Minas Gerais, 2008. (Modelo 5 – final)	45
Tabela 19	- Regressão logística multivariada para IC e fatores sócio-demográficos. Pouso Alegre, Minas Gerais, 2008.	46
Tabela 20	- Regressão logística multivariada para IC e fatores clínicos. Pouso Alegre, Minas Gerais, 2008. (Modelo 2)	47
Tabela 21	- Regressão logística multivariada para IC e fatores da vida reprodutiva. Pouso Alegre, Minas Gerais, 2008. (Modelo 3)	47
Tabela 22	- Regressão logística multivariada para IC e características das perdas urinárias e anais. Pouso Alegre, Minas Gerais, 2008. (Modelo 4)	48
Tabela 23	- Regressão logística multivariada para IC e fatores clínicos prévios, características das perdas, fatores demográficos e alterações uro-reto-ginecológicas. Pouso Alegre, Minas Gerais, 2008. (Modelo 5 – final)	49

LISTA DE ABREVIATURAS

AVE	Acidente Vascular Encefálico
DM	Diabetes Mellitus
HÁ	Hipertensão Arterial
IA	Incontinência Anal
IC	Incontinência Combinada
IMC	Índice de Massa Corpórea
IU	Incontinência Urinária
OR	Odds Ratio
SM	Salário Mínimo
POP	Prolápio de Órgão Pélvico
MG	Minas Gerais
IIA	Índice de Incontinência Anal

LISTA DE SIGLAS

CEMIG	Centrais Elétricas de Minas Gerais
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICS	International Continence Society
IPTU	Imposto Predial e Territorial Urbano
MEDLINE	Base de dados da literatura internacional da área médica e biomédica
SUDAAN	Software para análise estatística de dados

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	14
	CONCEITO, CLASSIFICAÇÃO E EPIDEMIOLOGIA DA	
1.1	INCONTINÊNCIA URINÁRIA	15
	CONCEITO, CLASSIFICAÇÃO E EPIDEMIOLOGIA DA	
1.2	INCONTINÊNCIA ANAL	18
	EPIDEMIOLOGIA DAS INCONTINÊNCIAS URINÁRIA E ANAL	
1.3	COMBINADAS	21
2	PROBLEMA DE PESQUISA	23
3	HIPÓTESES	24
4	OBJETIVOS	25
5	CASUÍSTICA E MÉTODOS	26
5.1	TIPO DE PESQUISA	26
5.2	LOCAL	26
5.3	POPULAÇÃO /AMOSTRA	26
6	RESULTADOS	35
6.1	FREQÜÊNCIA DAS PERDAS URINÁRIAS, ANAIS E IC	35
6.2	CARACTERIZAÇÃO DAS PERDAS URINÁRIAS, ANAIS E IC	37
6.3	FATORES PREDITORES DAS INCONTINÊNCIAS	40
6.3.1	Incontinência urinária	40
6.3.2	Incontinência anal	43
6.3.3	Incontinência combinada	46
7	DISCUSSÃO	50
7.1	INCONTINÊNCIA URINARIA	50
7.2	INCONTINÊNCIA ANAL	57
7.3	INCONTINÊNCIA COMBINADA	61
8	CONSIDERAÇÕES GERAIS	64
9	CONCLUSÃO	66
10	REFERÊNCIAS	67
	APÊNDICE 1	88
	APÊNDICE 2	93
	ANEXO 1	94
	ANEXO 2	99
	ANEXO 3	102
	ANEXO 4	105
	ANEXO 5	106

1. INTRODUÇÃO

As perdas urinárias e fecais constituem ocorrências sub relatadas e sub investigadas na população geral. Ao serem vinculadas a mitos e crenças, de que são resultantes normais de eventos ou processos como a gravidez e o envelhecimento bem como a sentimentos de vergonha, levam os indivíduos a não relatarem o problema e a não buscarem ajuda profissional. Por outro lado, os profissionais também acabam por não investigar essas ocorrências, seja pelo reduzido número de queixas dos pacientes e usuários do sistema de saúde, seja por desconhecimento da epidemiologia das incontinências em nosso meio.

Esse fato não é, no entanto, exclusivo para o nosso sistema de saúde. Embora não tão recente, um estudo do Instituto de Educação Médica da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa (1995) mostrou que há pouco interesse da população em procurar tratamento para as perdas urinárias, fazendo-o somente quando em situações extremas, isto é, quando acarretam limite à autonomia e às atividades sociais das pessoas por elas acometidas.

A baixa procura por atendimento profissional ocorre devido aos sentimentos de rejeição, vergonha e humilhação (Lopes 1997; Minassian, Drutz, Al-Badr, 2003). Em nosso meio, as consultas médicas já não são freqüentes, mesmo para a busca de tratamento de doenças mais gerais e crônicas. Desse modo, a cultura dos relatos interpessoais e troca de experiências ainda prevalecem (Domansky, Santos, 2007). Além desses fatores sócio-culturais, no Brasil, o sistema de saúde ainda se volta, principalmente, para a área materno-infantil, embora já contemos com um número crescente de idosos e índices de fecundidade declinantes (Ministério da Saúde 2004). Por outro lado, os centros dedicados à atenção ao idoso, apesar de possuírem meios de avaliação para as perdas urinárias e fecais, até o presente são escassos, o que acarreta a privação de acesso aos benefícios de tratamento por parcela importante da população (Bandeira, Pimenta, Souza, 2006). Certamente esses fatores apontam para

a necessidade de aumento dos estudos direcionados à saúde do idoso, em cuja faixa etária predominam as incontinências anal e urinária.

Apesar da incontinência urinária e anal não causarem risco vital à saúde, inúmeros estudos apontam o impacto negativo sobre a qualidade de vida das pessoas, ao promoverem o isolamento social, a redução da auto-estima e situações vexatórias em público, dentre outras (Feldner Júnior et al 2003; Miner Jr., 2004; Nakanishi et al, 1999; Yusuf et al, 2004; Dolan et al, 2004).

As pesquisas sobre a incontinência urinária são mais numerosas do que para a incontinência anal e, em nosso meio, grande parte delas limita-se a grupos restritos quanto ao gênero (preferencialmente o feminino), à idade avançada, a aspectos obstétricos e a doenças crônicas como o Diabetes Mellitus.

Os estudos têm mostrado prevalências elevadas, de até 35% para a incontinência urinária (Carneiro, 2006; Beutel et al, 2005; Anderson et al, 2004; Menezes et al, 2008; Minassian, Drutz, Al-Badr, 2003; Hunskaar et al 2004; Blanes, Pinto, Santos, 2001) e de até 33% para a incontinência anal (Montes, Servin, Vasquez, 2006; Damon et al, 2006; Bano, Barrington, 2007; Amaral et al, 1997). Já para as incontinências combinadas, nas poucas referências encontradas, os índices podem atingir 10,4% (Hattem et al, 2007; Espinoza et al, 2006; Lopes et al, 1997).

Os estudos nacionais existentes são exíguos e utilizam metodologias distintas, sendo bastante limitados os de base populacional. Ademais, não há estudos investigando simultaneamente ambos tipos de incontinência, urinária e anal, isoladas e combinada, na população geral, justificando a necessidade e relevância desta investigação.

1.1 CONCEITO, CLASSIFICAÇÃO E EPIDEMIOLOGIA DA INCONTINÊNCIA URINÁRIA

A International Continence Society (Abrams et al, 2005) define a Incontinência Urinária (IU) como “qualquer queixa de perda de urina”, classificando-a em:

- Incontinência de esforço: é a queixa de perda de urina, associada a esforço físico, tosse, espirro, riso ou mudança súbita de posição;
- Incontinência de urgência: é a queixa de perda de urina, acompanhada e/ou precedida imediatamente por urgência;
- Incontinência mista: é a queixa de perda de urina, associada com urgência e também com exercícios, esforços, espirros e tosse;
- Enurese: perda de urina durante o sono;
- Enurese noturna: alguma perda de urina, usada para indicar a incontinência noturna;
- Incontinência urinária total: é a queixa de perda contínua de urina;
- Perda urinária pós-miccional: perda urinária por gotejamento pós-miccional;
- Outras (extra-uretral): pode ser situacional. Por exemplo, perda de urina durante o ato sexual.

A IU tem origem multifatorial, ou seja, é determinada por diferentes doenças, infecções ou traumas (McAninch 1994). Jackson, Abrams (1997) mencionam a instabilidade do detrusor, a debilidade esfinteriana uretral, a diminuição do fluxo de sangue uretral, a deficiência do colágeno e denervação do esfíncter uretral como possíveis causas. Alguns medicamentos são citados como os diuréticos, vasodilatadores, anti-histamínicos, sedativos, tranqüilizantes e narcóticos (Reilly, 2000).

Do ponto de vista epidemiológico, os estudos têm apontado prevalências de 4% a 35%, dependendo do grupo populacional investigado, faixa etária, sexo e tipo de IU.

Minassian, Drutz e Al-Badr (2003), em revisão de literatura sobre os tipos de IU, variáveis demográficas, fatores de risco e qualidade de vida, utilizando a base de dados MEDLINE, encontraram prevalência média de 27,6% entre as mulheres e

tendência de aumento com o avanço da idade. Índices menores foram obtidos em dois outros estudos populacionais, com 19% (Anderson et al, 2004) e 12,6% (Beutel et al, 2005), também predominantes entre as mulheres. No Brasil, prevalência similar foi obtida em amostra randomizada da população do município de São Paulo (10,7%), correlacionando-se o sexo feminino, a cirurgia ginecológica prévia, disúria, a infecção urinária e a idade avançada (Menezes et al, 2008).

Dada a relevância epidemiológica da IU entre mulheres, vários inquéritos internacionais, específicos com essa população em diferentes faixas etárias, têm sido realizados em diversos países. Na Ilha de Páscoa, no Chile, encontrou-se prevalência de 77,1% (182/ 236), sem associação com a paridade (Harwardt et al, 2003). Em Londres, o índice foi inferior (46,4%) e as mulheres não consideravam as perdas como um problema (Mackay, Hemmett, 2001). Em estudo escandinavo, 23,5% de 136 mulheres com IU (prevalência de 27,7%) apresentavam também noctúria (Samuelsson, Victor, Tibblin, 1997). Um estudo multicêntrico sobre a incontinência urinária de esforço, também em uma população feminina, obteve prevalências de 15% na Espanha, 32% na França, 32% no Reino Unido e 34% na Alemanha (Hunskar et al, 2004). E em estudos brasileiros, obtiveram diferentes prevalências em mulheres da população geral, variando de 15,7% a 43% (Carneiro 2006; Guarisi et al, 2001; (Blanes, Pinto, Santos, 2001).

Duas outras investigações relacionam-se à IU em presença de hipertrofia prostática benigna (Han, Balck, Lavelle, 2007), onde os autores verificaram índice de 2,7%, em homens com idade ≥ 65 anos; e após a prostatectomia total retropúbica, com valor de 69% em 83 pacientes estudados (Bates, Wright, Gillatt, 1998).

Em síntese, para explicar o aparecimento da IU, as pesquisas têm mostrado que ela está associada à cirurgias ginecológicas (Menezes et al, 2008; Minassian, Drutz, Al-Badr, 2003; Melville et al, 2005; Smith, 2004), a idade avançada (Beutel et al, 2005, Song et al, 2005; Menezes et al, 2008; Resnick, Yalla, Laurino, 1989), a hipertensão arterial, diabetes mellitus e partos domiciliares (Carneiro 2006), a paridade (Melville et al, 2005; Song et al, 2005), a obesidade (Smith, 2004; Melville et al, 2005; Song, 2005; Minassian, Drutz, Al- Badr, 2003), à infecção do trato

urinário (Menezes et al, 2004; Carneiro 2006; Minassian, Drutz, Al-Badr, 2003), ao sexo feminino (Andersson, 2004; Melville et al, 2005; Song et al, 2005; Menezes et al, 2004; Dias, 1995) e ao carregar peso (serviço braçal) (Smith, 2004; Stadnicka, Iwanowicz, 2004).

1.2 CONCEITO CLASSIFICAÇÃO E EPIDEMIOLOGIA DA INCONTINÊNCIA ANAL

Vários conceitos têm sido atribuídos à IA, destacando-se aquele estabelecido também pela ICS (2005) onde “incontinência anal é a perda de fezes e/ou flatos”.

Quanto à classificação da IA, não há consenso entre os autores (Norton et al, 2007), relacionando-se muito mais aos sintomas, causas, caráter das perdas ou grupos de pacientes. Apesar de existirem diversas classificações, no Brasil, tem-se utilizado aquela proposta por Jorge e Wexner (1993), segundo a qual a IA pode ser leve, intermediária e grave. Esta classificação é baseada no Índice de Incontinência Anal (IIA), como é conhecido, consiste em uma escala que inclui as características e frequência das perdas, o uso de protetores e o impacto na qualidade de vida. Seus escores que variam de zero (continência perfeita) a vinte (incontinência total) e suas faixas 0 a 7, 8 a 13 e 14 a 20 correspondem às categorias propostas: leve, moderada e grave respectivamente.

Problemas relacionados à IA têm sido o foco de investigações para conhecer e levantar suas causas. Em seguimento de 204 pacientes com IA, com média de idade de 56 anos, durante 8 anos no Departamento de Gastroenterologia do Hospital das Clínicas José de San Martín, na Argentina, Curti (2000) encontrou como causas 37,7% idiopáticas; 19,6% relacionadas ao período pós-cirúrgico; 13,7% ao prolapso retal; 11,2% à menopausa; 9,8% ao parto; 4,9% de origem neurogênica e 2,9% ao trauma. Frente às causas detectadas, o autor concluiu que a atuação médica poderia atenuar o aparecimento da IA.

Em artigo de revisão, Andromanakis et al (2006) também relatam que a IA é causada por diversos fatores como diarreia infecciosa, doença inflamatória intestinal, uso abusivo de laxantes, impactação fecal, neoplasia retal, neuropatia, parto vaginal e prolapso retal.

Nelson (2004), ao estudar a epidemiologia da IA, listou a imobilidade, a demência, as doenças neurológicas, como esclerose múltipla e doença de Parkinson, bem como a fistulectomia e a reconstrução de bolsa ileal, como as causas da IA, naquela amostra.

Em um estudo retrospectivo sobre episiotomia mediana e IA, Signorello et al (2000) descreveram que esse procedimento aumentou a possibilidade do desenvolvimento de IA entre as mulheres, 3 a 6 meses após o parto, comparativamente a outras com períneo intacto. Além disso, ao confrontar essa intervenção com lacerações espontâneas, em período idêntico ao anterior, o risco mostrou-se triplicado.

Para López et al (2002), a IA é um problema encontrado com maior frequência na atualidade, iniciando-se após o parto e agravando-se com a multiparidade e com a idade avançada (acima de 65 anos). Em recente revisão de literatura, Fenner (2006) descreveu que a IA tem sido encontrada associada à distensão esfinteriana, ao longo do primeiro ano após o parto vaginal. Estudos similares em gestantes, no pré e pós-parto e considerando a presença e ausência de episiorrafia, apontaram valores de 33% de prevalência de lesão no esfíncter anal e 80% de sintomas de IA Morales (1998), em outro estudo 12 % para lesão em esfíncter anal e 23% de sintomas de IA. (Montes, Servin, Vazquez, 2006).

Em recente revisão de literatura, a prevalência variou de 0,4% a 18% para fezes e de 2% a 24% para gases (Macmillan et al, 2006). Em Navarra, na Espanha, a IA variou de 3% a 25%, maiores conforme a idade, predominando entre os homens (51,9%) (Miguel et al, 1999). Diferente dos estudos anteriores, em outras amostras obtidas em consultórios de gastroenterologia e ginecologia, na Suíça, a IA foi prevalente no sexo feminino (7,5%) (Damon et al, 2006). No Reino Unido, em

investigação realizada somente com mulheres, também atendidas em consulta ginecológica e domiciliar, 99 pessoas (55%) apresentaram IA. A IA esteve ainda presente em 18,6% de 258 pessoas diabéticas entrevistadas, com predomínio do sexo masculino (Amaral et al, 1997).

Embora controversos os resultados, já que são dependentes das causas da IA, de acordo com Habr-Gama (2007), a ocorrência de IA é ainda maior entre as mulheres e, na população de mulheres jovens, está ligada a lesões de natureza obstétrica.

Assim como para a IU, também para a IA, a prostatectomia radical perineal tem-se mostrado como fator associado relevante (Arruda et al, 2007; Kirschner-Hermanns et al, 2005). Outros estudos apontam que após a cirurgia de prostatectomia radical, alguns pacientes podem ficar incontinentes dois anos após a cirurgia (Sacco et al, 2006), 9% com IU, utilizando a técnica de Walsh (Srougi et al, 1991) e perda de urina antes da cirurgia, idade > 65 anos e cirurgia anterior de ressecção transuretral de próstata são os fatores que afetam a continência. (Moore et al, 2007.)

Em síntese, os estudos apontaram o sexo feminino, a idade avançada (Miguel et al, 1999, López, 2002), as lesões perineais e cirúrgicas, a sensação de defecação incompleta (Kalantar, Howell, Talley, 2002), os partos, a cirurgia anorretal e o sexo masculino (Lunniss et al, 2004) como os fatores mais freqüentemente associados à ocorrência das perdas fecais. Além desses, outros autores mencionaram os fatores idiopáticos, o prolapso retal, a menopausa, de origem neurológica, os traumas (Curti, 2000); a diarreia infecciosa, a doença inflamatória intestinal, o uso abusivo de laxantes, a impactação fecal, a neoplasia retal, a neuropatia (Andromanakus et al, 2006); a imobilidade, a demência, a esclerose múltipla, a Doença de Parkinson, a fistulectomia, a reconstrução de bolsa ileal (Nelson et al, 2004); a episiotomia mediana (Signorello et al, 2000; Morales, 1998; Fenner, 2006; Montes, Servin, Vazquez, 2006) e o sexo feminino (Damon et al, 2006; Habr-Gama 2007; Bano, Barrington 2007) na gênese da IA.

1.3 EPIDEMIOLOGIA DAS INCONTINÊNCIAS URINÁRIA E ANAL COMBINADAS

A presença de ambas incontinências de forma combinada (IC) não está restrita apenas à idade avançada. Alguns estudos têm mostrado relações significantes com os fatores obstétricos e cirúrgicos. Em consequência disso, este problema deve ser estudado também de maneira conjunta, determinando conhecimentos importantes para a sua prevenção e tratamento.

De acordo com Smith (2004), o soalho pélvico é uma estrutura parecida com uma rede ou trampolim e que se torna enfraquecido devido às aberturas laterais da uretra, vagina e ânus. Sob a ação de fatores como idade, cirurgias uroginecológicas e retais e distensões esfinterianas, essas estruturas desenvolvem deficiências ao longo do tempo. Desse modo, não é incomum a associação das incontinências urinária e anal.

Em revisão de literatura sobre prevalência, fisiopatologia, evolução e tratamento de IU e IA combinadas, Lacima e Pêra (2003) verificaram que esse tipo de pesquisa é raro e que é essencial a realização de estudo eletrofisiológico para comprovar algumas causas hipotéticas relacionadas aos partos vaginais e à neuropatia do nervo pudendo. Com o advento da gravidez e parto do segundo filho, a musculatura do soalho pélvico pode apresentar-se debilitada, resultando em incontinência, perda de tônus e da sensação vaginal. Além disso, a obesidade, menopausa e cirurgia pélvica - como histerectomia - também podem comprometer sua integridade (Smith, 2004).

Estado hormonal, parto, cirurgia prévia, deficiência orgânica muscular, danos físicos e medicamentos são alguns dos fatores relacionados ao aparecimento de ambos tipos de perdas, que constitui problema de saúde pública Corcos et al (1997).

Alguns autores estudaram as prevalências da IU e IA, nas mesmas amostras, sem a combinarem em seus resultados, como Borello – France et al (2006) e

Espinoza et al (2006). Quando combinadas, as prevalências de 6,2% (Lopes et al, 1997) e 10,4% (Haten et al, 2007) foram encontradas.

Ao investigar a relação entre IU e IA, na prática uroginecológica, Soligo et al (2003) verificaram que a IA é altamente prevalente entre as mulheres detentoras de disfunções em trato urinário baixo. Os autores recomendam o aumento de pesquisas sobre ambas incontinências, o que possibilitará novas perspectivas de tratamento.

Os fatores favoráveis ao aparecimento de ambas incontinências são a idade avançada, o parto (Hatem et al, 2007), cirurgias uroginecológicas e retais e menopausa (Smith, 2004), a distensão esfínteriana (Borello- France et al, 2006), estado hormonal, deficiência orgânica muscular, danos físicos e medicamentos (Corcos et al, 1997).

2. PROBLEMA DE PESQUISA

Quais as prevalências das incontinências urinária e anal, isoladas e combinadas, em adultos da população urbana geral?

Quais os fatores demográficos e clínicos significativamente associados às perdas urinárias e anais nessa população?

3. HIPÓTESES

As prevalências das incontinências urinária e anal, isoladas e combinadas, em adultos da população urbana da cidade de Pouso Alegre, em Minas Gerais, assemelham-se aos índices internacionais, no mesmo tipo de população.

Os fatores demográficos: idade, sexo, situação conjugal e etnia os clínicos como hipertensão arterial, diabetes mellitus, à infecção do trato urinário, cirurgias ginecológicas, a paridade associam-se significativamente às perdas urinárias. Para as perdas anais, são eles: sexo feminino, a idade avançada, lesões perineais e cirúrgicas, os partos, a cirurgia anorretal e o sexo masculino, prolapso retal, a menopausa, as causas neurológicas, o uso abusivo de laxantes, a neuropatia, a fistulectomia. Esses fatores repetem-se para as formas combinadas como a idade avançada, o parto, cirurgias uroginecológicas e retais, distensão esfinteriana, estado hormonal, deficiência orgânica muscular, danos físicos e medicamentos

4. OBJETIVOS

- Analisar as prevalências de incontinências urinária e anal, isoladas e combinadas, em adultos residentes na área urbana da cidade de Pouso Alegre-MG.
- Verificar se e quais dos fatores demográficos (idade, etnia, sexo, escolaridade, renda familiar) e clínicos (gestação/paridade, cirurgia uroginecológica e retal, prolapso retal e genital, medicamentos, menopausa, infecção urinária (presente na IU transitória), sintomas de disúria e noctúria, diabetes mellitus e hipertensão arterial) são preditores da presença de perdas urinárias e anais, isoladas e combinadas, em adultos residentes na área urbana da cidade de Pouso Alegre-MG.

5. CASUÍSTICA E MÉTODOS

5.1 TIPO DE PESQUISA

O estudo é do tipo epidemiológico, exploratório, descritivo, transversal e de base populacional, onde são testadas correlações.

5.2 LOCAL

A pesquisa foi desenvolvida na zona urbana da cidade de Pouso Alegre – Minas Gerais. Conforme registro da Secretária de Obras, o município está dividido em 5 regiões: nordeste, noroeste, sudeste sudoeste e centro.

Esta cidade possui uma localização estratégica, com acesso rodoviário a São Paulo, Belo Horizonte e Rio de Janeiro. O comércio e a indústria são as fontes geradoras de recursos econômicos, exportando produtos alimentícios industrializados, medicamentos, vestuário e equipamentos industriais¹. Quanto à escolaridade, no ano de 2007, matricularam-se 19215 no ensino fundamental, 5167 no médio (Ministério da Educação 2008) e 4520 cursando nível superior (valor referente a 2 instituições de nível superior).²

5.3 POPULAÇÃO /AMOSTRA

A população alvo foi constituída de pessoas com idade ≥ 18 anos, residentes na zona urbana da cidade de Pouso Alegre. Para o cálculo amostral a população da cidade foi estimada em 120.467, no ano de 2007³.

A amostra foi selecionada por meio de amostragem estratificada por conglomerado, em um único estágio. Considerando-se uma estimativa de

¹ <http://www.pousoalegre.mg.gov.br>

² Conforme informação da Universidade do Vale do Sapucaí e Faculdade de Direito do Sul de Minas

³ <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>

prevalência total de 12,6% para a IU, níveis de precisão de 5% e efeito do desenho de 1,40 (*deff*), estabeleceram-se amostra de 341 domicílios distribuídos em cinco regiões (83 domicílios na região central; 160 domicílios na região nordeste; 102 domicílios na região noroeste; 38 domicílios na região sudeste e 95 domicílios na região sudoeste). Para compensar possíveis perdas (casas vazias, consideradas sem moradores, instituições de qualquer espécie, domicílio comercial não oficial, terrenos baldios, domicílios sem pessoas elegíveis para o estudo e ausência de pessoas após 3 retornos), determinou-se amostra de 428 domicílios (40% a mais), o que acabou se mostrando desnecessária, atingindo-se o total de domicílios previstos na amostra inicial. Embora o estudo vise também a investigação de IA e IC, além da IU, a prevalência de IU foi adotada para o cálculo da amostra não só por ser maior como também por incluir maior número e estudos mais abrangentes, principalmente na literatura internacional.

A seleção das residências, para a composição da amostra, foi realizada através de sorteio aleatório de amostragem probabilística. Para inclusão na amostra, os incluídos obedeceram aos seguintes critérios de elegibilidade:

- Ter idade igual ou superior a 18 anos;
- Apresentar condições físicas e mentais para responder à entrevista;
- e
- Aceitar participar da pesquisa.

Ao final, 519 pessoas, residentes em 341 domicílios, compuseram a amostra. Cerca de 30,3% dos homens recusaram-se a participar do inquérito.

As características demográficas e clínicas da amostra total e das sub amostras com IU, IA e IC encontram-se nas Tabelas 1 a 6, respectivamente no Apêndice 1.

Justificativa para a amostra em zona urbana

A princípio, pretendia-se realizar este estudo junto à população geral (urbana e rural), contando com informações do Programa de Saúde da Família, o que não foi possível uma vez que esse programa não se encontra plenamente implantado na cidade. Para a definição da amostra, obteve-se o cadastro imobiliário da cidade (IPTU), com todos os endereços dos moradores da zona urbana, junto à prefeitura Municipal. Uma vez que na zona rural, o imposto é de origem estadual e não municipal, os endereços dessa zona não foram entregues. Após essa tentativa frustrada, a próxima etapa foi contatar a Companhia Energética de Minas Gerais (CEMIG) que forneceria, no entanto, apenas o número de domicílios, mas não a localidade, devido às normas da Empresa. Essas dificuldades limitaram o âmbito do estudo à zona urbana.

Instrumentos para a coleta de dados

Os dados foram coletados por meio de três instrumentos. O primeiro⁴ (Anexo 1) refere-se aos dados sócio-demográficos (sexo, etnia, escolaridade, situação conjugal, ocupação e renda familiar) e clínicos (cirurgia uroginecológica prévia, partos (número e tipo), disúria, infecção urinária prévia, alterações anais e genitais, medicamentos, menopausa, hipertensão arterial, diabetes mellitus e presença de IU) da amostra. Quanto às alterações urinárias e anais, foram utilizados os termos técnicos (prolapso retal, retoccele, cistoccele, prolapso uterino, estes menos conhecidos da população), acompanhados de linguagem popular (como consta no questionário). Dentre as características demográficas, a *ocupação/ profissão* foi categorizada como: trabalho manual (agricultor ou pescador, trabalhador manual qualificado e não qualificado) e não manual (profissional de nível superior, alto funcionário do governo ou empresa, profissional de nível médio, servidor ou funcionário administrativo, comerciário). No segundo grupo, em que os indivíduos não têm remuneração por trabalho, os indivíduos foram classificados em: dona de casa ou do lar; desempregado (procurou trabalho, mas não conseguiu encontrar); aposentado ou incapacitado e outros (estudante, trabalho não remunerado). (Szwarcwald, 2005).

⁴ Os instrumentos 1 e 2 basearam-se naquele utilizado por Menezes, Hashimoto e Santos (2008).

O segundo instrumento (Anexo 2) incluiu as características das perdas urinárias como: tempo e condições das perdas, perdas por urgência, acordar durante a noite para urinar, perdas urinárias durante a relação sexual, frequência e quantidade de perdas urinárias, utilização e frequência de trocas de recursos de contenção.

E o terceiro instrumento⁵ (Anexo 3) constituiu-se do *The Bowel Function in the Community Tool*, adaptado e validado para o português por Domansky e Santos (2007). Neste estudo, foi utilizado apenas o domínio *presença de incontinência anal*, que inclui os itens 16 a 28, para a identificação da prevalência e das características das perdas fecais. Esses itens referem-se a: perda de fezes (IA), uso de medicamentos para prevenir as perdas fecais, tempo e condições das perdas, utilização e circunstância das trocas de recursos de contenção, importância de ter banheiro por perto, frequência, quantidade e aspecto das fezes, percepções quanto às perdas e quanto à diferenciação entre perdas de fezes e de gases. Para atender aos objetivos do estudo e uma vez que as características das perdas fecais foram levantadas somente entre os entrevistados que referiram perdas atuais, os tempos verbais do instrumento foram modificados para o momento presente.

Coleta de dados

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, Processo 673/2007/CEP/EEUSP, e atendeu às exigências da Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (Anexo 4).

A coleta de dados foi realizada pela autora, no período de 11 de fevereiro a 23 de maio de 2008, nas 5 regiões da cidade de Pouso Alegre (nordeste, noroeste, sudeste, sudoeste e centro), atendendo ao cálculo amostral por conglomerado.

Procedimentos

Para a coleta de dados, a entrevistadora utilizou pastas contendo os instrumentos e os endereços sorteados. Ao chegar à residência, a pesquisadora

⁵ O instrumento 3 refere-se ao utilizado por Domansky e Santos (2007).

apresentava-se aos moradores como sendo aluna do Curso de Pós Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo e mencionava, em seguida, o objetivo da visita. Após realizar o levantamento do número de moradores adultos residentes no domicílio e confirmar o enquadramento nos critérios de elegibilidade, a autora procedia à explicação mais detalhada dos objetivos da pesquisa e à confirmação da aceitação dos participantes. Solicitava, então, para cada participante, a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice 2). Esse documento foi assinado em duas vias, ficando uma cópia com o participante e a outra com a pesquisadora.

Todas as entrevistas foram realizadas individualmente. Quando os moradores não concordavam em participar da pesquisa, tentava-se explicar a sua importância e, em caso de nova recusa, a pesquisadora agradecia e encaminhava-se para outro endereço. Não houve qualquer situação conflitante, durante o período de coleta de dados.

Tratamento dos dados

Os dados foram armazenados, diariamente, em planilha eletrônica pela autora e, após o término da coleta, os resultados foram submetidos às análises estatísticas descritiva e inferencial.

As prevalências de perdas urinárias e anais, isoladas e combinada, foram calculadas conforme padronização por sexo e faixa etária, utilizando-se como padrão a população residente de Pouso Alegre (DATASUS, 2007). Neste estudo obtiveram-se, portanto, as *prevalências padronizadas*. Ressalta-se que, para a incontinência anal, os índices de prevalência foram calculados separadamente para perdas de fezes e gases e, posteriormente, para ambas, de maneira conjunta (o que se denominou, então, incontinência anal). Já, para as análises de regressão logística, todas as pessoas com perdas de gases e fezes, ou seja, com IA foram consideradas, tendo em vista o reduzido número de pessoas com essas perdas em separado.

O estudo dos fatores preditores da presença das incontinências urinária e anal, isoladas e combinada, entre residentes da área urbana de Pouso Alegre, foi desenvolvido por meio de regressão logística, univariada e multivariada. Para tanto, considerou-se como *variável dependente*, a presença ou ausência de incontinência urinária, incontinência anal, incontinência para fezes, incontinência para gases e incontinência combinada, onde 1 = presença do evento ou sim; e 0 = ausência do evento ou não. Quanto às variáveis independentes, foram selecionadas: fatores demográficos (idade, etnia, sexo, escolaridade, renda familiar) e clínicos (gestação/paridade, cirurgia uroginecológica e retal, prolapso retal e genital, medicamentos, menopausa, infecção urinária (presente na IU transitória), sintomas de disúria e noctúria, diabetes mellitus e hipertensão arterial. A regressão logística univariada selecionou as variáveis independentes significativas que, posteriormente, foram incluídas nos modelos múltiplos.

Regressão logística

Os seguintes modelos de regressão logística foram ajustados nesta investigação:

✓ *Modelo univariado*: utilizado para identificar a presença de associação entre cada uma das variáveis independentes e a variável dependente (presença ou não de incontinência). Quando significativas ($p < 0,05$), as variáveis independentes foram incorporadas nos seguintes *modelos multivariados*:

✓ *Modelo 1*: usada para modelar a relação entre as variáveis sócio-demográficas e incontinência urinária e anal, isolada ou combinada, incontinência fecal e perda de gases. Para este modelo, as variáveis de referência para IU foram: sexo masculino; idade < 20 anos; etnia negro/mulato; escolaridade analfabeto/fundamental; ocupação trabalho manual; situação conjugal solteiro e renda ≥ 4 salários mínimos (SM). Quanto a IA, as variáveis de referência foram: sexo masculino; idade ≤ 40 anos; ocupação trabalho manual; renda ≥ 4 (SM) e situação conjugal solteiro. E para a IA, foram as seguintes as variáveis de referência:

sexo masculino; idade ≤ 40 anos; ocupação trabalho manual; renda ≥ 4 (SM) e situação conjugal solteiro.

✓ *Modelo 2*: usado para modelar a relação entre as variáveis clínicas e incontinência urinária e anal, isolada ou combinada, incontinência fecal e perda de gases. Para este modelo, as variáveis de referência para IU foram: hipertensão arterial, diabetes mellitus, acidente vascular encefálico, cistocele, laceração do ânus durante o parto com correção cirúrgica e medicamentos (diurético hipoglicemiante e hipotensor). Quanto a IA foram: hipertensão arterial, cistocele, prolapso uterino, hemorróida, cirurgias uroginecológica e anal. E para a IC: prolapso uterino, hemorróida, cirurgias uroginecológica e anal e medicamento (hipotensor).

✓ *Modelo 3*: usado para modelar a relação entre as variáveis da vida reprodutiva e incontinência urinária e anal, isolada ou combinada, incontinência fecal e perda de gases. Para este modelo, a variável de referência foi a mesma para todas as análises: 1 a 4 partos normais.

✓ *Modelo 4*: usado para modelar a relação entre as características das perdas urinárias e incontinência urinária e anal, isolada ou combinada, incontinência fecal e perda de gases. Para este modelo, as variáveis de referência para IU foram: disúria (dor, ardência e dificuldade para urinar), infecções urinárias frequentes, tempo de perda (ausente). Para a IA, às variáveis não convergiram para valores aceitáveis ($\beta=0$ ou $\beta=\infty$), mostrando a não adequação do modelo. A presença de sobreposição das categorias de algumas questões (7, 8 e 9) pode ser um dos motivos para a falta de ajuste do modelo. E quanto a IC: tempo de perda; perdas aos grandes esforços; perda ao correr e caminhar rápido; sair de casa (mudança no hábito de vida) e ingestão hídrica para a alimentação.

✓ *Modelo 5 (Final)*: considerado como modelo final, foi usado para modelar a relação entre todas as variáveis significantes, que permaneceram nos modelos 1 a 4 e incontinência urinária e anal, isolada ou combinada, incontinência fecal e perda de gases. Para este modelo, as variáveis de referência para a IU foram: disúria, infecções urinárias frequentes, ausência de perda, condição da perda (perda ao tossir,

rir e espirrar), hipertensão arterial, diabetes mellitus, acidente vascular encefálico, cistocele e laceração do ânus. Quanto a IA as variáveis de referência foram: etnia negro/mulato, sexo masculino, trabalho manual e renda maior ≥ 4 SM, hipertensão arterial, cistocele, prolapso uterino, hemorróida e número de filhos. E, finalmente, para a IC: disúria, infecção urinária frequente, tempo de perda; perda aos grandes esforços, perda ao correr, caminhar rápido

Em todos os modelos multivariados, empregou-se o processo *stepwise* (passo a passo).

Nessas análises de regressão, a verificação do ajuste dos modelos foi realizada por meio de:

- teste do qui-quadrado: empregado para a mudança do valor $-2 \log$ verossimilhança. Quando, no modelo avaliado, há um decréscimo no valor $-2 \log$, comparado ao modelo anterior ou de base, existe melhora do modelo, pois valores menores da medida $-2 \log$ indicam melhor ajuste. O p crítico do modelo final deve ser menor que 0,05; e
- teste de Hosmer Lemeshow: trata-se de estatística que compara os valores observados com os esperados. Um bom ajuste do modelo é indicado por um valor de qui-quadrado não significativo (no mínimo $p > 0,10$).

Multicolinearidade

A presença ou não de multicolinearidade, ou seja, alta correlação entre as variáveis independentes foi testada em cada modelo, empregando-se critérios para o seu diagnóstico. do tipo autovalores (>1), condition index (<15), proporção da variância, vif (variance-inflation factor: ≤ 2) e tolerância ($\geq 0,20$).

Nível de significância

Neste trabalho, o nível de significância adotado foi de 5%. Empregou-se o programa estatístico SUDAAN para incorporar a estrutura do plano amostral à análise, dado que se trata de inquérito amostral complexo e uma vez que estimativas

dos parâmetros de alguns modelos são influenciados pela estratificação e conglomeração. Incorporaram-se também pesos amostrais para a não-resposta (recusas) e probabilidade de inclusão do domicílio na amostra. Esses procedimentos permitem inserir pesos distintos das observações que influenciam as estimativas pontuais das medidas descritivas (totais e proporções) e dos parâmetros dos modelos de regressão da população geral, a partir de uma amostra probabilística.

6. RESULTADOS

Os resultados são apresentados em forma de tabelas e foram divididos em Prevalências de Incontinências, Caracterização das Perdas Urinárias e Anais e Fatores Preditores das Incontinências.

6.1 PREVALÊNCIA DAS INCONTINÊNCIAS

A amostra do estudo foi composta, predominantemente, por mulheres (342/ 65,9%), faixa etária entre 40 e 59 anos (197/ 38,0%), etnia branca (436/ 84,0%), com escolaridade fundamental e analfabetos (321/ 61,8%), trabalho não remunerado 263/ 50,7%), casados (298/ 57,4%) e com renda até 3 SM 321/ 61,8%). A hipertensão (192/ 37,0%) e os hipotensores (185/ 35,6%) prevaleceram. Quanto às condições clínicas, a cistocele (29/ 8,5%) e a perineoplastia (26/ 7,6%) para as mulheres, a as hemorróidas (7/ 4,0%) e hemorroidectomias (5/ 2,9 %), para os homens, foram as mais frequentes. e respectivamente. Referente a vida reprodutiva, 237 (69,3%) mulheres tiveram ente 1 a 4 filhos, e dessas entre 1 a 4 partos normais.

Quanto a IU, dos 519, 154(29,7%) possuíam perdas urinárias, sendo que 24 (15,6%) eram homens e 130 (84,4%) eram mulheres, 64 (41,6%) com idade $\geq$ 60 anos, etnia branca 134 (87,0%), 112 (72,7%) analfabetos e com ensino fundamental, 105 (68,2%) com trabalho não remunerado, 91 (59,1%) pessoas casadas e 103 (66,9%) com renda até 3 salários mínimos (SM), 94 (61,0%) são hipertensos e fazem uso de hipotensor. Quanto as alterações clínicas e cirurgias para homens, apenas 1 tinha hemorróida, 1 prostatectomia e 1 fissurectomia (4,2%) valores iguais para cada. Em mulheres, 25 (19,2%) tinham cistocele e 19 (14,6) fizeram perineoplastia, 85 (75,9%) tiveram de 1 a 4 filhos, 65 (73,8%) de 1 a 4 partos normais e 52 (33,8%) com disuria.

Referente a IA, a frequência foi 38 (7,3%), 12 (31,6%) para o sexo masculino e 26 (68,4%) para o feminino, 15 (39,5%) na faixa etária de 40 a 59 anos, 34 (89,5%) de etnia branca, 25 (65,8%) de analfabetos e com ensino fundamental, 19 (50%) de trabalho não remunerado, 25 (65,8%) de pessoas casadas e 27 (71,1%) com renda até 3 SM, 16 (42,1%) eram hipertensos e 5 (13,2%) usavam descongestionante, 4 (15,4%) com hemorróida, 17 (65,4%) com 1 a 4 filhos, 12 (46,1%) tiveram de 1 a 2 cesáreas e 11 (42,3%) tiveram de 1 a 4 partos normais.

Relativo à IC, 20 (3,8%) possuía perdas urinárias e anais, 2 (10,0%) eram homens e 18 (90,0%) eram mulheres, 14 (70,0%) $\geq$ 40 anos, 16 (80,0%) de etnia branca, 13 (65,0%) de analfabetos e com ensino fundamental, 10 (50,0%) com trabalho não remunerado, 12 (60,0%) de pessoas casadas e 18 (90,0%) com renda até 3 SM, 12 (60,0%) eram hipertensos, 3 (15,0%) faziam uso de hipoglicemiante oral, 2 mulheres tinham cistocele e 2 tinham hemorróida, (11,1%) para cada uma delas, 11 (61,1%) com 1 a 4 filhos, 5 (27,8%) de 1 a 2 cesáreas e 8 (44,4%) com disuria.

Quanto ao tipo de perda, 19 (3,7%) com perdas fecais, sendo que 5 (26,3%) para o masculino e 14 (73,7%) para o feminino. Às perdas de gases foram 24 (4,6%), 7 (29,1%) eram homens e 17 (70,8%) mulheres.

Tabela 7 - Prevalências padronizadas por sexo e idade da IU, perdas isoladas de fezes, de gases, IA e IC na cidade de Pouso Alegre – Minas Gerais, 2008.

Prevalência Padronizada	Sexo Masculino	Sexo Feminino	Geral
Tipo de Incontinência			
Incontinência urinária	6,2 %	32,9 %	20,1 %
Incontinência para fezes	3,1 %	4,2 %	3,5 %
Incontinência para gases	4,0 %	4,0 %	4,0 %
Incontinência anal (fezes + gases)	7,0 %	7,0 %	7,0 %
Incontinência combinada	1,0 %	5,0 %	3,0 %

Destacam-se na Tabela 7, os índices de IU, na amostra total (20,1%) e entre as mulheres (32,9%), sobrepujando os demais quanto ao tipo de perda. Exceto para as prevalências de incontinências para gases e anal – em que se igualam – os demais índices são superiores entre as mulheres.

6.2 CARACTERIZAÇÃO DAS PERDAS URINÁRIAS, ANAIS E IC

Das 519 pessoas que compuseram a amostra, 154 apresentaram perdas urinárias, de maneira isolada, e 20 de maneira combinada às perdas anais, cujas características encontram-se na Tabela 7.

Tabela 8 – Características das perdas urinárias nas pessoas com IU e IC em Pouso Alegre, Minas Gerais, 2008.

Características das perdas urinárias	IU (N= 154) N (%)	IC (N=20) N (%)
Tempo de perdas		
≤ 1 ano	25(16,2)	1(5,0)
1 a 3 anos	65(42,2)	11(55,0)
4 a 5 anos	19(12,4)	1(5,0%)
≥ 6 anos	45(29,2)	7(35,0)
Chegar a tempo ao banheiro		
Sempre	59 (38,3)	5 (25,0)
Na maioria das vezes	36(23,4)	4(20,0)
Às vezes	58(37,7)	10(50,0)
Nunca	1 (0,6)	1(5,0)
Acordar à noite para urinar		
Sim, acorda e vai ao banheiro	128 (83,1)	18(90,0)
Sim, acorda, mas não vai ao banheiro	4 (2,6)	1(5,0)
Não	22(14,3)	1(5,0)
*Condições de perdas		
Somente aos grandes esforços	40 (26,0)	6(30,0)
Ao tossir, rir e espirrar	133 (86,4)	17(85,0)
Ao caminhar rápido ou correr	44 (28,6)	10(50,0)
Ao caminhar em superfície plana ou ao levantar-se	26 (16,9)	5(25,0)
Com movimentos leves, mesmo deitado	8 (6,0)	2(10,0)
Perdas durante relação sexual		
Sim	10 (6,5)	3(15,0)
Não	144 (93,5)	17(85,0)
Frequência de perdas		
Esporádica	52 (33,7)	4 (20,0)
Semanal	76 (49,4)	9 (45,0)
Diariamente	26 (16,9)	7 (35,0)
Quantidade de perdas		
Sensação de estar úmida	49 (31,8)	6(30,0)
Sensação de estar molhada	95(61,7)	12(60,0)
Sensação de estar encharcada	10(6,5)	2(10,0)
Uso de recursos para conter urina		
Usa	47(30,5)	8(40,0)
Não usa	107 (69,5)	12(60,0)

* Esta questão admitia mais de uma resposta.

Para as pessoas com IU, a Tabela 8 mostra que há predomínio das perdas urinárias que ocorrem de 1 a 3 anos 65 (42,2%), que chegam ao banheiro sempre a tempo (59/ 38,3%) ou somente às vezes (58/37,7%), que acordam à noite para urinar (128/ 83,1%), que não perdem urina durante as relações sexuais (144/ 93,5%), mas as perdem ao tossir, rir e espirrar (133/ 86,4%), semanalmente (76/ 49,4%), ficando com a sensação de estarem molhadas (95/ 61,7%). Dessas pessoas, apenas 47 (30,5%) usam algum recurso de contenção, 28 (18,2%) delas somente para sair de casa.

Quanto à IC, as perdas urinárias ocorrem também de 1 a 3 anos (11/ 55,0%), metade chegam ao banheiro somente às vezes (10/ 50,0%), acordam à noite para urinar (18/ 90,0%), não perdem urina durante as relações sexuais (17/ 85,0%), mas perdem ao tossir, rir e espirrar (17/ 85,0%), semanalmente (9/ 45,0%), ficando com a sensação de estarem molhadas (12/ 60,0%). Oito (40,0%) delas usam protetor principalmente ao saírem de casa (5/ 25,0%).

Tabela 9 - Características das perdas de fezes nas pessoas com IA, em Pouso Alegre, Minas Gerais, 2008.

Características das perdas anais relativas as perdas fecais	IA (N= 19) N (%)	**IC (N=20) N (%)
Tempo de perda		
1 a 2 anos	6 (31,6)	3(25,0)
3 a 4 anos	9 (47,4)	6(50,0)
5 a 7 anos	4 (21,0)	2(16,7)
Missing	-	1(8,3)
Total	19 (100)	12 (100,0)
Uso de protetor		
Sim	4 (21,0)	3(25,0)
Não	15 (79,0)	9(75,0)
Total	19 (100,0)	12 (100,0)
Frequência da perda		
Acordado	14(73,7)	9 (75,0)
Dormindo	4(21,0)	2(16,7)
Acordado e dormindo	1(5,3)	1(8,3)
Total	19 (100,0)	12 (100,0)
Importância do banheiro por perto		
Sim	15 (79,0)	9 (75,0)
Não	4 (21,0)	3(25,0)
Total	19 (100,0%)	12 (100,0)
Consistência das fezes		
Líquidas ou amolecidas	14 (73,7)	10(83,3)
Sólidas ou formadas	2 (10,5)	2(16,7)

continua

Características das perdas anais relativas as perdas fecais	<i>conclusão</i>	
	IA (N= 19)	**IC (N=20)
	N (%)	N (%)
Líquidas e sólidas	3 (15,8)	-
Total	19 (100,0)	12 (100,0)
Perdas acidentais		
Pequena quantidade	15(79,0)	9 (75,0)
Quantidade moderada exigindo troca de recurso	3(15,8)	2(16,7)
Grande quantidade exigindo troca completa de roupa	1(5,2)	1(8,3)
Total	19 (100,0)	12 (100,0)
Percepção da perda está para acontecer		
Sim	6 (31,6)	7 (58,4)
Não	13 (68,4)	4 (33,3)
Missing	-	1 (8,3)
Total	19 (100,0)	12(100,0)
Percepção da perda quando está acontecendo		
Sim	5(26,3)	7 (58,4)
Não	14(73,7)	5 (41,6)
Total	19 (100,0)	12 (100,0)
Percepção entre eliminar fezes e gases		
Sim	10(52,6)	6 (50,0)
Não	9 (47,4)	6 (50,0)
Total	19 (100)	12 (100,0)

Para a IA, 9 (47,4%) perdem fezes no período de 3 a 4 anos e apenas 4 (21,0%) usam algum protetor, 2 deles enquanto estão acordados; 14(73,7%) têm perdas quando acordados. ter um banheiro por perto é considerado importante por 15 (79,0%) pessoas, 14(73,7%) têm fezes líquidas ou amolecidas, 15 (79,0%) as perdem em pequena quantidade, 6 (31,6%) percebem quando a perda está para acontecer e 5(26,3%) percebem quando as perdas estão ocorrendo, 10(52,6%) pessoas percebem a diferença entre a eliminação de fezes e gases.

Já para a IC, Também houve predomínio das pessoas que perdem fezes no período de 3 a 4 anos (6/ 30,0%), que não utilizam protetor (9/ 45,0%), que têm perdas enquanto estão acordadas (9/ 45,0%), que consideram importante ter um banheiro acessível e (9/ 45,0%), que apresentam fezes líquidas ou amolecidas (10/ 50,0%), em pequena quantidade (9/ 45,0%), que percebem quando a perda está para acontecer (7/ 35,0%) e que percebem somente quando as perdas já estão ocorrendo (7/ 35,0%). Seis (30,0%) pessoas percebem a diferença entre a eliminação de fezes e gases e outras seis (30,0%) não.

Não havia qualquer pessoa sob o tratamento radioterápico, durante a coleta de dados.

6.3 FATORES ASSOCIADOS À PRESENÇA DAS INCONTINÊNCIAS

Os resultados desta seção são apresentados conforme o tipo de incontinência e o modelo de regressão utilizado.

6.3.1 Incontinência Urinária

Tabela 10 – Regressão logística multivariada para IU e fatores sócio-demográficos. Pouso Alegre, Minas Gerais, 2008 (Modelo 1)

Regressão Múltipla	β	Odds Ratio (OR)	IC (95%)		p
			Lower	Upper	
Idade					
20 - 39 anos	- 0, 079	0, 924	0, 544	1, 569	0,769
40 – 59 anos	0, 527	1, 693	0, 995	2, 882	0,042
≥ 60 anos	1, 395	4, 036	2, 359	6, 905	0,000
Etnia					
Branca	0, 623	1, 865	1, 676	2, 076	0,000
Educação					
Ensino médio	0, 501	1, 651	1, 507	1, 808	0,000
Ensino superior	- 1, 568	0, 210	0, 164	0, 270	0,000
Trabalho					
não manual	0, 184	1, 202	1, 063	1, 360	0,003
não remunerado	0, 520	1, 682	1, 520	1, 861	0,000
situação conjugal					
Casado	0, 647	1, 911	1, 685	2, 166	0,000
Separado	0, 732	2, 079	1, 790	2, 714	0,000
Viúvo	0, 559	1, 749	1, 506	2, 030	0,000
Renda					
Até 3 SM	0, 238	1, 269	1, 122	1, 436	0,000
Sexo					
Feminino	1, 657	5, 242	4, 810	5, 713	0,000
R ² =0.287					

O coeficiente de Nagelkerke mostra que o modelo 1 de regressão logística explica 28,7% da variação de ocorrência de IU. A Tabela 10 mostra que

pessoas do sexo feminino e com idade superior a 60 anos apresentam as maiores chances de perdas urinárias, com cerca de 5 e 4 vezes respectivamente.

Tabela 11 - Regressão logística multivariada para IU e fatores clínicos. Pouso Alegre, Minas Gerais, 2008 (Modelo 2).

Regressão Múltipla	β	Odds Ratio (95%)	IC (95%)		p
			Lower	Upper	
Doenças/condições					
HA	1, 084	2, 957	2, 945	2, 969	0,000
DM	1, 384	3, 989	3, 964	4, 014	0,000
AVE	0, 039	1, 039	1, 022	1, 057	0,000
Cistocele	2, 755	15, 727	15, 569	15, 886	0,000
Laceração anal	1, 640	5, 156	5, 101	5, 211	0,000
Medicamentos					
Diurético	1, 069	2, 913	2, 885	2, 942	0,000
Hipoglicemiante	0, 896	2, 449	2, 432	2, 466	0,000
Hipotensor	0, 030	1, 031	1, 020	1, 042	0,000

Modelo ajustado para sexo e idade

$R^2=0,35$

O coeficiente de Nagelkerke mostra que o modelo 2 de regressão logística explica 35,0 % da variação de ocorrência de IU. Embora todos os fatores do modelo apresentem associação significativa com a ocorrência das perdas urinárias, mulheres com cistocele têm, aproximadamente, quinze vezes mais chance de apresentar IU comparativamente àquelas que não a possuem.

Tabela 12 - Regressão logística multivariada para IU e fatores de vida reprodutiva. Pouso Alegre, Minas Gerais, 2008 (Modelo 3).

Regressão Múltipla	β	Odds Ratio (95%)	IC (95%)		p
			Lower	Upper	
Número de partos					
5 a 8 partos	1, 014	2, 757	2, 433	3, 123	0,000
9 a 18 partos	1, 067	2, 905	2, 449	3, 447	0,000

$R^2=0,06$

O coeficiente de Nagelkerke mostra que o modelo 3 de regressão logística explica 6% da variação da ocorrência de IU. Somente o número de partos vaginais mostrou-se preditor significativo para a presença de IU, ou seja, mulheres com maior números de parto têm quase 3 vezes mais chance de apresentarem IU.

Tabela 13 - Regressão logística multivariada para IU e características das perdas urinárias. Pouso Alegre, Minas Gerais, 2008 (Modelo 4).

Regressão Múltipla	β	Odds Ratio (OR)	IC (95%)		p
			Lower	Upper	
Tempo de perda					
Menos de 1 ano	1,815	6,141	4,678	6,888	0,000
De 1 a 3 anos	1,944	6,987	5,230	8,672	0,000
De 4 a 5 anos	3,085	21,867	18,183	25,856	0,000
≥ 6 anos	3,501	33,149	26,590	39,790	0,000
Condições da perda					
Perda aos grandes esforços	0,164	1,178	1, 089	1, 522	0,064
Perda ao correr ou caminhar rápido	0,841	2,319	2, 221	3, 028	0,000
Perda ao caminhar em superfície plana ou ao levantar-se	0,964	2,622	2, 003	3, 432	0,000
Mudanças de hábitos					
Sair de casa	0,451	1,570	1,222	2,017	0,000
Ingesta hídrica/alimentação	- 0,798	0,450	0,307	0,661	0,000

Modelo ajustado para sexo e idade

$R^2=0,816$

O coeficiente de Nagelkerke mostra que o modelo 4 de regressão logística explica 81,6% da variação de ocorrência de IU. O tempo de perda constitui a característica mais importante para a IU, ou seja, indivíduos que perdem urina há mais tempo são até 33,1 vezes mais prováveis de apresentarem IU comparativamente àqueles sem perdas.

Tabela 14 - Regressão logística multivariada para IU e fatores clínicos prévios, doenças, características das perdas, alterações uro-reto-ginecológicas e fatores demográficos. Pouso Alegre, Minas Gerais, 2008 (Modelo 5 - final).

Regressão Múltipla	β	Odds Ratio (95%)	IC (95%)		p
			Lower	Upper	
Disúria	1,356	3,880	3,371	4,466	0,000
Infecções urinárias frequentes	1,886	6,594	4,934	8,813	0,000
Tempo de perda					
Menos de 1 ano	2,037	7,668	6,560	9,507	0,000
De 1 a 3 anos	2,224	9,244	5,875	12,069	0,000
De 4 a 5 anos	2,460	11,705	7,571	15,838	0,000
≥ 6 anos	3,378	29,312	16,513	35,605	0,000
Condições de perda					
Grandes esforços	0,428	1,535	1,241	1,898	0,000

continua

<i>conclusão</i>					
Regressão Múltipla	β	Odds Ratio (95%)	IC (95%)		p
			Lower	Upper	
Correr ou caminhar rápido	1,466	4,332	3,524	5,326	0,000
Caminhar em superfície plana ou ao levantar-se	1,572	4,817	3,472	6,684	0,000
Mudanças no hábito de vida					
Sair de casa	0,695	2,004	1,371	2,663	0,000
Alimentação e ingesta hídrica	- 0,804	0,448	0,299	0,670	0,000
Doenças					
Hipertensão arterial (HÁ)	1,157	3,181	2,770	3,652	0,000
Diabetes mellitus (DM)	2,875	17,728	14,742	21,320	0,000
Acidente vascular encefálico (AVE)	2,767	15,908	11,447	22,108	0,000
Alterações clínicas					
Cistocele	2,527	12,517	9,003	17,402	0,000
Laceração anal	1,377	3,964	2,324	6,762	0,000
Sexo feminino	0,139	1,149	1,120	1,942	0,005
Idade					
20 a 39 anos	0,951	2,587	1,120	5,979	0,026
40 a 39 anos	0,989	2,687	1,166	6,191	0,020
≥ 60 anos	0,417	1,517	0,655	3,510	0,331
$R^2=0,863$					

O coeficiente de Nagelkerke mostra que o modelo final (5) de regressão logística explica 86,3% da variação de ocorrência de IU entre adultos da população urbana de Pouso Alegre. Embora todos os fatores demográficos e clínicos, presentes na Tabela 14, tenham se mantido significativamente associados à ocorrência da IU, destacam-se o valor de perdas, o DM, o AVE e a cistocele, nessa ordem. Outro fator, como a presença de infecções urinárias frequentes, também pode ser mencionado. Ressalta-se que as cirurgias urológicas, coloproctológicas e ginecológicas, quando reunidas nessas classificações, embora estivessem associadas significativamente às perdas urinárias em regressão univariada (OR= 3,0 e $p<0,001$; OR=3,1 e $p<0,001$; OR=1,9 2 $p<0,001$ respectivamente), não se mantiveram no modelo final de regressão multivariada.

6.3.2 Incontinência anal

Tabela 15 - Regressão logística multivariada para IA e fatores sócio-demográficos. Pouso Alegre, Minas Gerais, 2008. (Modelo 1).

Regressão Múltipla	β	Odds Ratio (95%)	IC (95%)		p
			Lower	Upper	
Idade					
≥ 40 anos	0,310	1,363	1,353	1,373	0,000
Sexo					
Feminino	0,123	1,130	1,123	1,138	0,000
Etnia					
Branca	0,388	1,474	1,460	1,488	0,000
Trabalho manual					
Trabalho não manual	-1,132	0,323	0,319	0,326	0,000
Trabalho não remunerado	-0,069	0,934	0,925	0,942	0,000
Situação conjugal					
Casado	0,444	1,559	1,546	1,572	0,000
Separado	1,121	3,065	1,320	4,332	0,000
Viúvo	0,176	1,192	1,174	1,211	0,000
Renda até 3 SM	0,178	1,195	1,183	1,208	0,000
$R^2 = 0,163$					

O coeficiente de Nagelkerke mostra que o modelo 1 de regressão logística explica 16,3 % da variação da ocorrência de IA. Com os valores de OR muito semelhantes, os dados da tabela 15 destacam que mulheres separadas ($p < 0,001$) têm 3,1 mais chances de desenvolverem IA nessa população, comparativamente às demais categorias conjugais.

Tabela 16 - Regressão logística multivariada para IA e fatores clínicos. Pouso Alegre, Minas Gerais, 2008. (Modelo 2)

Regressão Múltipla	β	Odds Ratio (95%)	IC (95%)		p
			Lower	Upper	
Doença					
Hipertensão arterial	0,088	1,092	1,027	1,209	0,008
Alterações clínicas					
Cistocele	0,748	2,113	1,663	2,685	0,000
Prolapso uterino	0,675	1,963	1,365	2,825	0,000
Hemorróida	0,502	1,652	1,415	1,930	0,000
Cirurgia					
Uroginecológica e retal	0,933	2,542	2,272	2,844	0,000
$R^2 = 0,83$					

O coeficiente de Nagelkerke mostra que o modelo 2 de regressão logística explica 83 % da variância de ocorrência de IA. Também com valores de OR muito semelhantes, os dados da Tabela 16 indicam que indivíduos com cirurgias uro-ginecológicas e retais prévias ($p < 0,001$) e mulheres com cistocele ($p < 0,001$) possuem mais chance de ter IA do que os demais.

Tabela 17 - Regressão logística multivariada para IA e fatores da vida reprodutiva. Pouso Alegre, Minas Gerais, 2008. (Modelo 3)

Regressão Múltipla Nº de filhos	β	Odds Ratio (95%)	IC (95%)		p
			Lower	Upper	
5 a 8	0,320	1,377	1,176	1,614	0,000
9 a 18	1,124	3,077	2,546	3,719	0,000
$R^2 = 0,257$					

O coeficiente de Nagelkerke mostra que o modelo 3 de regressão logística explica 25,7 % da variação de ocorrência de IA. Mulheres que possuem maior número de partos têm cerca de 3 vezes mais chances de apresentarem IA.

Para o modelo 4 de regressão logística, em que a IA foi associada às características das perdas anais, as variáveis não convergiram para valores aceitáveis ($\beta = 0/\infty$), mostrando a não adequação do modelo. A presença de sobreposição das categorias de algumas questões (por exemplo: Q7, Q8 e Q9) podem justificar a falta de ajuste do modelo.

Tabela 18 - Regressão logística multivariada para IA e fatores clínicos prévios, doenças, características das perdas, alterações uro-reto-ginecológicas e fatores demográficos. Pouso Alegre, Minas Gerais, 2008. (Modelo 5 – final)

Regressão Múltipla	β	Odds Ratio (95%)	IC (95%)		p
			Lower	Upper	
Etnia branca	0,528	1,696	1,319	2,181	0,000
Trabalho manual					
Trabalho não manual	-0,584	0,558	0,430	0,724	0,000
Trabalho não remunerado	-0,610	0,543	0,448	0,659	0,000
Até 3 SM	0,659	1,933	1,322	2,826	0,001
Doenças					
Hipertensão	0,974	2,648	2,209	3,174	0,000

continua

					<i>conclusão</i>
Regressão Múltipla	β	Odds Ratio (95%)	IC (95%)		p
			Lower	Upper	
Alterações clínicas					
Cistocele	1,131	3,099	2,237	4,439	0,000
Prolapso uterino	0,751	2,120	1,350	3,328	0,001
Hemorróida	1,490	4,437	3,499	5,627	0,000
Número de filhos					
5 a 8 filhos	0,383	1,467	1,329	2,879	0,003
9 a 18 filhos	1,633	5,118	3,893	6,729	0,000

$R^2 = 0,475$

Ajustado por sexo e idade

O coeficiente de Nagelkerke mostra que o modelo 5 (final) de regressão logística explica 47,5 % da variação de ocorrência de IA. os dados da Tabela 18 permitem constatar que maior número de filhos ($p < 0,001$) e presença de hemorroidas ($p < 0,001$) e cistocele ($p < 0,001$) estão associados significativamente à ocorrência de perdas anais, ou seja, são fatores preditores da IA. ressalta-se que, embora as cirurgias ginecológicas estivessem associadas significativamente às perdas anais em regressão univariada ($OR = 3,0$ e $p < 0,001$), não se manifestaram no modelo final de regressão multivariada.

6.3.3 Incontinência combinada

Tabela 19 - Regressão logística multivariada para IC e fatores sócio-demográficos. Pouso Alegre, Minas Gerais, 2008.

Regressão Múltipla	β	Odds Ratio (95%)	IC (95%)		p
			Lower	Upper	
Idade ≥ 40 anos	0,546	1,726	1,468	2,029	0,000
Sexo feminino	1,374	3,952	3,284	4,756	0,000
Trabalho manual					
Trabalho não manual	-0,487	0,614	0,488	0,773	0,000
Trabalho não remunerado	-0,489	0,613	0,527	0,714	0,000
Situação conjugal					
Casado	0,090	1,094	0,910	1,317	0,339
Separado	0,856	2,354	1,912	4,322	0,000
Viúvo	0,918	2,504	2,018	3,106	0,000

$R^2 = 0,10$

O coeficiente de Nagelkerke mostra que o modelo 1 de regressão logística explica 10,0% da variação de ocorrência de IC. Destaca-se, na tabela 19, o sexo feminino com cerca de 4 vezes mais chances de apresentar IC comparativamente aos homens. A situação conjugal das pessoas sem companheiros (viúvos e separados) também é fator significativamente associado à IC ($p<0,001$ e $p<0,001$ respectivamente)

Tabela 20 - Regressão logística multivariada para IC e fatores clínicos. Pouso Alegre, Minas Gerais, 2008. (Modelo 2)

Regressão Múltipla	β	Odds Ratio (95%)	IC (95%)		p
			Lower	Upper	
Alterações uro-reto-ginecológicas					
Prolapso uterino	0,646	1,908	1,373	2,652	0,000
Hemorróida	0,474	1,606	1,293	1,996	0,000
Cirurgias					
Cirurgia uro-reto-ginecológicas	1,340	3,818	3,337	4,367	0,000
Medicamentos					
Hipotensor	0,840	2,316	2,021	2,654	0,000

$R^2 = 0,115$

Ajustado por sexo e idade

O coeficiente de Nagelkerke mostra que o modelo 3 de regressão logística explica 11,5 % da variação de ocorrência de IC. Entre os resultados da tabela 20, destacam-se as cirurgias uroginecológicas e retais além dos hipotensores como fatores que levam os indivíduos a cerca de 3,8 ($p<0,001$) e 2,3 ($p<0,001$) mais chances de desenvolverem as perdas combinadas, comparativamente àqueles que não possuem essas condições.

Tabela 21 Regressão logística multivariada para IC e fatores da vida reprodutiva. Pouso Alegre, Minas Gerais, 2008. (Modelo 3)

Regressão Múltipla	β	Odds Ratio (95%)	IC (95%)		P
			Lower	Upper	
Número de filhos					
1 a 4					
5 a 8	0,152	1,165	0,943	1,439	0,158
9 a 18	1,702	5,485	4,510	6,672	0,000

$R^2 = 0,047$

Ajustado por idade

O coeficiente de Nagelkerke mostra que o modelo 3 de regressão logística explica 4,7 % da variação de ocorrência de IC. Novamente, apenas o maior número de filhos manteve-se como preditor para a ocorrência de IC.

Tabela 22 - Regressão logística multivariada para IC e características das perdas urinárias e anais. Pouso Alegre, Minas Gerais, 2008. (Modelo 4)

Regressão Múltipla	β	Odds Ratio (95%)	IC (95%)		P
			Lower	Upper	
Disúria	0,923	2,518	2,476	2,560	0,000
Infecção urinária freqüente	1,867	6,471	6,365	6,579	0,000
Condições de perda					
Perda grandes esforços	0,469	1,599	1,572	1,626	0,000
Perda ao correr e caminhar rápido	1,994	7,341	7,212	7,473	0,000
Perda ao caminhar em superfície plana e levantar	0,063	1,065	1,047	1,083	0,000
Modificações hábitos de vida					
Sair de casa	0,560	1,751	1,477	2,663	0,000
Alimentação/ingesta hídrica	-1,363	0,256	0,248	0,264	0,000
Tempo de perda					
Perda de fezes até 1 ano	4,391	80,747	78,856	82,684	0,000
Perda de fezes de 1 a 5 anos	4,753	115,889	112,985	118,868	0,000
Perda de fezes $\geq$ 5 anos	4,901	134,424	110,048	150,937	0,000
Diferença para eliminar gazes e fezes (1)	1,257	3,514	3,432	3,597	0,000
$R^2 = 0,635$					
<i>Ajustado por sexo e idade</i>					

O coeficiente de Nagelkerke mostra que o modelo 4 de regressão logística explica 63,5 % da variação de ocorrência de IC. Os resultados da tabela 22 mostram que o maior tempo de perdas combinadas ($p < 0,001$) é o fator mais importante para a ocorrência de IC. Além desse, indivíduos que apresentam perdas ao correr e caminhar rápido ($p < 0,001$) e com infecções urinárias prévias ($p < 0,001$) possuem maiores chances de apresentar IC.

Tabela 23 - Regressão logística multivariada para IC e fatores clínicos prévios, características das perdas, fatores demográficos e alterações uro-reto-ginecológicas. Pouso Alegre, Minas Gerais, 2008. (Modelo 5 – final)

Regressão Múltipla	β	Odds Ratio (95%)	IC (95%)		P
			Lower	Upper	
Disúria	2,115	8,293	8,079	8,513	0,000
Infecção urinária freqüente	1,788	5,980	5,869	6,093	0,000
Condições das perdas urinarias					
Perda grandes esforços	1,210	3,356	1,358	3,986	0,000
Perda ao correr e ao caminhar rápido	1,863	6,441	6,279	6,607	0,000
Perda caminhar superfície plana e levantar	1,151	3,160	3,063	3,261	0,000
Modificações de hábitos de vida					
Sair de casa	4,130	62,173	60,373	64,027	0,000
Alimentação/ingesta hídrica	-0,251	0,778	0,572	0,885	0,010
Tempo de perda de fezes					
Perda de fezes até 1 ano	2,753	15,670	8,702	18,790	0,000
Perda de fezes de 1 a 5 anos	2,993	19,945	9,491	21,766	0,000
Perda de fezes $\geq$ 5 anos	3,668	39,173	11,527	41,622	0,000
Diferença para eliminar gases e fezes (1)	0,866	2,376	2,304	2,451	0,000
Sexo feminino	3,073	21,611	20,939	22,304	0,000
Idade $\geq$ 40 anos	0,194	1,214	1,192	1,235	0,000
Trabalho não manual	-2,081	0,125	0,121	0,128	0,000
Trabalho não remunerado	-2,571	0,076	0,075	0,078	0,000
Situação conjugal					
Casado	0,211	1,235	1,108	1,828	0,000
Separado	0,210	1,234	0,890	2,560	0,701
Viúvo	2,963	19,362	18,576	20,180	0,000
Hemorróida	1,552	4,722	4,594	4,855	0,000
$R^2 = 0,706$					

O coeficiente de Nagelkerke mostra que o modelo 5 de regressão logística explica 70,6 % da variação de ocorrência de IC. Analisando os fatores significativamente associados à incontinência combinada, pode-se afirmar que, os indivíduos que modificaram seus hábitos para sair de casa ($p < 0,001$), que perdem urina há mais tempo ($p < 0,001$), do sexo feminino ($p < 0,001$) têm mais chances de apresentarem IC comparativamente àqueles que não possuem as mesmas condições, na população investigada.

7. DISCUSSÃO

Trata-se do primeiro estudo nacional onde foram estudadas as prevalências padronizadas de ambas incontinências, urinária e anal, não somente em suas formas isoladas como também combinada, em adultos da população geral.

Segundo o ICS (2005), os grandes intervalos de valores das prevalências nos estudos podem ser explicados pelas diferentes classificações de incontinências, tipos de amostras, análises e efeitos das intervenções.

Neste capítulo, em que os resultados são discutidos conforme cada tipo de incontinência (IU, IA e IC), busca-se explicar e fundamentar os achados à luz dessas diferenças indicadas na literatura nacional e internacional.

7.1 INCONTINÊNCIA URINÁRIA

Em virtude da IU ser um tema pouco investigado pelos profissionais de saúde, sua literatura também não é muito vasta, principalmente no Brasil. A grande maioria dos trabalhos limita-se à investigação em grupos específicos como as mulheres (durante a gravidez ou em distintos períodos após o parto), idosos e indivíduos ou pacientes institucionalizados. Além desses contextos, em alguns outros estudos as amostras são de conveniência, como aqueles realizados em clínicas de urologia e de ginecologia, que atendem pessoas em busca de diagnóstico e tratamento para distúrbios miccionais. Outros ainda direcionam-se ao levantamento e análise quanto ao tipo de incontinência sendo, enfim, limitados as pesquisas desenvolvidas junto à população adulta de ambos sexos.

Neste estudo, as prevalências padronizadas foram 21,1% na população geral, 32,9% em mulheres e 6,2% nos homens, considerando-se adultos com idade igual ou superior a 18 anos. Dados um pouco mais elevados foram obtidos na Austrália, em

amostra de 3015 pessoas com idade superior a 15 anos, por meio de inquérito domiciliar. Os autores verificaram índices de prevalência de 24% na população geral; 38% em mulheres e 10% em homens (Marossezeck et al, 2007). Na Áustria, a IU apresentou-se com índices maiores, conforme a idade, variando de 4,1% a 36% entre mulheres com idade de 20 a 29 anos e ≥ 70 anos; e de 1,7% a 11,5% para os homens nas mesmas faixas etárias, respectivamente (Temml et al, 2000). Em estudo Belga, com amostra de 5269 adultos em idade acima de 30 anos, resultados mais baixos de 17,4%, 16,3% e 5,2% foram constatados para as prevalências geral, em mulheres e em homens respectivamente, (Schuman, Claes, Matthijs, 1997). Em amostras de 5204 adultos não institucionalizados nos EUA, os autores encontraram prevalências de 16% a 16,9%, com aproximadamente 37% desses apresentando urge-incontinência, que predomina entre as mulheres.

No Reino Unido, em 178 localidades da Grã-Bretanha, um estudo populacional com amostra de 4007 adultos, idade superior a 30 anos (1883 homens e 2124 mulheres), revelou que 6,6% dos homens e 14% das mulheres eram incontinentes (Brocklehurst, 1993). Em estudo comunitário, também no Reino Unido, em pessoas com idade acima de 65 anos, a prevalência foi de 31% para as mulheres e 23% para os homens (Stoddart et al, 2002).

Em uma comunidade japonesa, em Osaka, 1473 pessoas ≥ 65 anos foram investigadas quanto à presença de IU e IA, em segmento de 38 meses (1325/ 94,3% completaram o estudo). A prevalência de IU foi 9,8% em ambos os sexos e a idade > 75 anos além de algumas atividades diárias estavam significativamente associadas com algum tipo de incontinência (Nakanischi, 1997).

No Brasil, foram encontrados apenas dois estudos populacionais. Em Porto Alegre, Telokem et al (2006) identificaram hiperatividade detrusora (HD) em 18,9% de 448 pessoas, entre 15 a 55 anos; os autores verificaram que as mulheres eram mais afetadas do que os homens, embora igualmente nos mesmos seguimentos etários. No segundo estudo nacional, Meneses, Hashimoto, Santos (2008), constaram prevalência de 10,7% em amostra comunitária randomizada de 657 respondentes, em Programa de Saúde da Família, no Distrito de Cidade Dutra em São Paulo. O sexo

feminino, idade avançada, cirurgias ginecológicas e urinárias, disúria e infecção urinária, correlacionaram-se às perdas urinárias ($r^2=0,572$; $p<0,001$).

Em ambiente ambulatorial, 2830 pessoas acima de 20 anos responderam a um questionário no período de 11 semanas (Lagace, Hansen, Hickner, 1993). Os autores constataram prevalência geral de 33%, sendo 11 % para homens e 43% para mulheres. Em Milão, na Itália (2000), os valores foram menores, obtendo-se 3% (92) para homens, com idade ≥ 50 , e 11 % (316) para mulheres ≥ 40 anos (Bortolotti et al, 2000)

Inúmeros estudos têm sido realizados especificamente com mulheres da população geral. Três estudos chineses, em população feminina com idade ≥ 20 anos, obtiveram resultados distintos. No primeiro (Song et al, 2005), avaliando os sintomas urinários de 4684 respondentes, os autores encontraram prevalência geral de 19%, com 16,6% para incontinência urinária de esforço (IUE); 10% para urge-incontinência (UI) e 7,7% para incontinência mista (IM). Em análise de regressão logística, a idade, o parto vaginal, a paridade, a hipertensão arterial sistêmica (HA), o consumo de álcool, a episiorrafia e o elevado IMC foram fatores de risco para o desenvolvimento da IUE; enquanto a idade, a menopausa, o parto do tipo cesárea, a paridade, a constipação, o feto com peso elevado, a episiorrafia e o elevado IMC estavam associados à UI.

No segundo estudo chinês (Zhu et al, 2006), de corte transversal e desenvolvido junto a 5300 mulheres, por meio do ICIQ-FLUTS (questionário relativo aos sintomas do trato urinário inferior), os autores constataram prevalência de 38,5%, sendo 22,9% com IUE, 2,8% com UI e 12,4% com IM. Em análise de regressão logística a idade, tipo de parto, tabagismo, hipertensão arterial (HA), constipação, índice de massa corpórea (IMC) e dor pélvica crônica estavam relacionados à IUE, além disso, o estudo concluiu que o parto cesárea é um fator protetor para IUE.

E o terceiro (Pang et al; 2005), que objetivou avaliar a qualidade de vida de mulheres com IU, em faixa etária ampliada (10 a 90 anos), obteve retorno de 13%

(749/5892) dos questionários enviados. O autor constatou que 18,6% das respondentes apresentavam IU leve; 31,2% com IUE e 13,8% com UI em relação ao total de respondentes.

Na Europa, em estudo multicêntrico (O'Donnel et al, 2005), foram enviados 29500 questionários pelo correio para identificar a IU em mulheres residentes Na França, Alemanha, Espanha e Reino Unido. Dentre estas, 2953 tinham IU e foram acompanhadas por questionários mais detalhados. Em outro estudo dinamarquês, dentre 85% de 3114 mulheres, de 30 a 59 anos, que responderam a um questionário sobre sintomas urinários, 26% relataram ter IU Elving et al (1989). Em um hospital – escola francês, Peyrat et al (2002) verificou que 27,5% dentre as 1700 mulheres trabalhadoras (n= 2800), com idade média de 40 anos, que responderam ao questionário, referiram perdas urinárias. Na Inglaterra, 1460 foram enviados a mulheres casadas, com idade variando de 29 a 79 anos. A presença de IU foi avaliada por meio da escala de sintomas (no qual 0-2=ausência; 3-6=mínimos sintomas e 7-14= sintomas graves), resultando em 40% de prevalência (Vandonick et al, 2004).

Na Espanha, Mondroño Freire et al (2004), encontraram 20% de 1000 mulheres (idade 18 a 65 anos) com IU, das quais 38,7% com IUE; 43,7% com IM e 17,5% com hiperatividade de detrusora (HD).

Ainda na Europa, importante estudo realizado por Hannestad et al (2000) – EPINCONT- com 27936 mulheres, no período de 1995 a 1997, detectou prevalência de 57% de IU moderada ou grave; 50% de IUE; 11% de UI; 36% de IM e 3% de outros tipos de perdas. Indicou ainda que a IM foi considerada a mais desconfortável e que os índices aumentavam com idade.

Passando à epidemiologia da IU em outro continente, há alguns trabalhos da Oceania, na Austrália e Nova Zelândia. Deste país vêm duas investigações desenvolvidas com mulheres ≥ 18 anos. Em amostra total de 1028 mulheres, nas localidades de Maori, Pacific Island e Nova Zelândia Européia obtiveram-se as prevalências de 46,8%, 29,2% e 31,2% respectivamente (Lara, Nacey, 1995). No segundo estudo, desta vez na cidade de Dunedin, a coleta dos dados foi realizada por

telefone, junto a 851 mulheres selecionadas randomicamente por registro eleitoral, das quais 31% (267) possuíam perdas urinárias (Holst, Wilson, 1988). Na Austrália (Chiarelli, Brown, McElduff, 1999), em um grande levantamento a cerca da saúde da mulher, verificaram-se diferentes índices de acordo com as faixas etárias: 12,8% entre mulheres de 18 a 23 anos (n=14761); 36,1% entre mulheres com idade de 45 a 50 anos (n=14070) e 35% entre 70 a 75 anos (n=12893).

Além desses, outros estudos, ainda com mulheres focalizaram especificamente a idade acima de 40 anos, obtendo valores de 15,4% em Madrid (Nieto Blanco et al, 2003), 27,5% em São Paulo (Blanes, Pinto, Santos, 2001), 40 e 30,7% na Pensilvânia (Burgio, Matthews, Angel, 1991). Ainda nos EUA (Grodstein et al, 2003), verificaram-se 34,1% de IU na faixa etária de 50 a 75 anos e em Pequim (Song, Xu, 2004), elevada prevalência de 61% em mulheres com idade igual e superior a 60 anos.

No Brasil, os estudos são mais recentes e resultam, em sua maioria, de pesquisas acadêmicas para conclusão de cursos de pós-graduação *sensu latu* ou *stritu*. Carneiro (2006) verificou prevalência global de 15,7% em amostra populacional de 1042 mulheres acima de 15 anos, na cidade de Vassouras no estado do Rio de Janeiro. Além de identificar que esse índice aumentava significativamente com a idade, obteve 31,3% para IUE; 38,6% para UI; 26,4% para IM e 3,7% para outros tipos de perdas. Scarpa et al 2006 constataram que metade das 340 mulheres, no terceiro trimestre de gestação, apresentavam IUE, na cidade de Campinas, em São Paulo. Ainda na cidade de Campinas, outro estudo (Guarisi et al, 2001) identificou 35% de IUE em amostra de 456 mulheres de 45 a 60 anos. Finalmente, Azevedo et al (2008), visando ao estudo da prevalência de bexiga hiperativa (BH) em mulheres maiores de 15 anos, utilizando amostra estratificada por conglomerado (368 domicílios visitados) na cidade de Sorocaba, em São Paulo, encontraram índice total de 10,1%; sendo 6,1% de BH molhada e 4% do tipo seca. Nesse estudo, as mulheres com menores escolaridade, menor renda, acima de 20 anos, sedentárias e fumantes apresentaram maiores chances para o desenvolvimento de BH; além disso, a cada variação de unidade do IMC, aumentou em 6,6% essa probabilidade.

Na maioria dos trabalhos encontrados, mesmo com metodologias distintas entre eles e em relação ao presente estudo, pode-se verificar a ampla predominância da IU nas *mulheres* e variável conforme a *idade*, fatores estes que também se mantiveram entre aqueles associados ou preditores das perdas urinárias na presente investigação. Esses resultados vêm sendo confirmados desde a década passada por outros autores como Bretonet et al (1997), Simeonova et al (1999), Palmer et al (1999); Samuelson, (2000). No entanto, alguns outros fatores associados, por nós encontrados como o *tempo de perda urinárias* – que se destacou como o mais importante no modelo final de regressão multivariada para IU – foi caracterizado apenas em algumas das publicações encontradas (Huang, Brown, Kanaya, 2006; Brown et al, 1999; Lara, Nacey, 1995; Tennstedt et al, 2008).

O diabetes mellitus foi um dos fatores mais importantes para ocorrência da IU, o que também é confirmado em outros estudos (Hsieh et al, 2008; Santos et al, 2006; Landi et al, 2003; Brown et al, 1999), exceto para Ebbesen et al (2007), que não encontrou associação significativa para a presença de diabetes.

Quanto à hipertensão arterial e AVE, que também se mantiveram como fatores associados significativamente às perdas urinárias no presente estudo, alguns artigos de revisão (Butler et al, 1999; Culligan, Heitl, 2000; Petrou, Baracat, 2001; Hsieh 2008; Higa, Lopes, Reis, 2008) e outros realizados com amostra populacionais Marshal, Beevers, 1996; Zhu et al, 2006) também ratificaram, principalmente a HA, como tal. Esse fato no entanto não foi confirmado nos estudos de Finkestein (2002) e de Diokono, Brown, Herzog (1991).

A cistocele mostrou-se como outro dos fatores preditores mais importantes para explicar as perdas urinárias, tendo sido também mencionado por outros autores (Buchsbaum, 2006; Marinkovic, Stanton, 2004; Ellerkmam et al, 2001), que corroboram a intrínseca relação entre o prolapso de órgão pélvico (POP) e a ocorrência de IU. Um dos fatores que levam ao aparecimento do POP é a multiparidade, partos vaginais e idade avançada entre outros. Sua ocorrência implica na alteração dos fatores de sustentação e suspensão dos órgãos pélvicos (Oliveira, Machado, 2006). A presença de POP foi observada entre 303 mulheres dentre as 369

que procuraram ajuda devido à IU (Walter, Olesenl, 1982) e teve associação, de fraca a moderada, com os sintomas específicos da IU (Ellerkmam et al, 2001).

O único fator da vida reprodutiva, associado significativamente à IU, foi o número de partos vaginais, de acordo com a regressão logística. Este fator está associado aos traumas do soalho pélvico, prejudicando a musculatura de sustentação e predispondo ao aparecimento dos POP e, conseqüentemente, das perdas urinárias (Herbruck, 2008; Van Brummern et al, 2007; Barbosa, 2006; Nieto Branco et al, 2003; Handa et al, 2004; Rortveit, 2003; Pregazzi et al, 2002; Van Der Vart, 2002; Foldspang, Momm, Djurhuus, 1999; Wilsom, Herbson, Herbson 1996). Wesnes et al (2007) afirma que a força de contração muscular do soalho pélvico em primíparas submetidas ao parto vaginal comparativamente àquelas submetidas do tipo cesárea e em nulíparas.

Apesar da cirurgia de histerectomia como uma das ginecológicas, não ter permanecido entre os fatores associados a IU, no modelo final, tem sido encontrada freqüentemente na literatura. Dois estudos taiwaneses, com mulheres de 20 a 59 anos (Hsieh et al, 2007) e ≥ 60 anos (Hsieh et al, 2008) apontam-na como prevalente e associada ao aparecimento de IU, respectivamente. Outros autores mencionam achados similares (Minassian, Stewart, Wood, 2008; Altman et al, 2007; Huang, Brown, Kanaya, 2006; Peyrat et al, 2002; Ellerkman et al, 2001; Chiarelle, Brown, McElduff, 1999).

Em nosso estudo os indivíduos com disúria e infecções urinárias prévias mostraram-se também como fatores associados à ocorrência de IU, com 3,9 e 6,6 mais chances de apresentarem as perdas, respectivamente. A disúria também é mencionada em um estudo italiano (Pregazzi et al, 2002) que ainda cita o parto normal e o peso elevado no início da gravidez. a infecção urinária também estava associada a IU em estudo realizado em clinica ginecológica, com 1062 mulheres ≥ 40 anos (Parazzini et al, 2003) e em outro (Landy et al, 2003), com amostra de pessoas mais velhas.

Entre as modificações nos hábitos de vida das pessoas com IU, o fato de sair de casa foi significativo, acontecendo o mesmo em inúmeros estudos acerca da qualidade de vida (Saadoun et al, 2006; Ruff 2002; Resnick 1989; Keller, 1999; Azevedo, Santos 2008), que não constitui objetivo desta investigação.

7.2 INCONTINÊNCIA ANAL

A IA é freqüentemente assumida como situação normal, no entanto, é um problema presente entre as pessoas mais velhas e sua epidemiologia não é bem descrita na literatura. Ela tem sido estudada quanto às condições das perdas, isto é, fecais, de gases ou abrangendo ambas, e poucos trabalhos exploram-nas na população geral. Em nosso estudo, os índices de prevalências padronizadas para fezes e gases, isoladas e associadas, tiveram valores próximos (3,5% para perdas de fezes; 4,0% para perdas de gases e 7,0% para ambos tipos de perdas, ou seja, IA). O sexo feminino manteve-se prevalente apenas para as perdas isoladas de fezes, obtendo iguais prevalências padronizadas para gases e IA comparativamente aos homens.

Estudo alemão (Giebel et al, 1998) constatou que 4,8% de 500 pessoas eram incapazes de controlar fezes sólidas.

No período de 1999 a 2001, 1000 pessoas com idade média de 75 anos, em três localidades rurais e duas urbanas do Alabama (EUA), foram investigados quanto à prevalência de IA, mostrando índice total de 12%; 12,4% para o sexo masculino e 11,6%, para o feminino. Em análise de regressão logística, a IU, a histerectomia com remoção de ovário e a diarreia crônica estavam associadas à IA nas mulheres. Para os homens, a diarreia crônica, o fato de residir sozinho, a doença prostática e a baixa percepção do estado de saúde foram os fatores associados à ocorrência de IA (Good et al, 2005). Tendo em vista a idade dos investigados, tanto os índices são superiores àqueles encontrados em nosso estudo, como os fatores preditores são distintos.

Em estudo já mencionado anteriormente, Nakanishi et al, (1997) investigou 1473 pessoas ≥ 65 anos em uma comunidade japonesa, quanto à presença de IU e IA, em seguimento de 38 meses (1325/ 94,3% completaram o estudo). A IA estava presente em 3,4% dos idosos, diariamente. Idade >75 anos e algumas atividades diárias estavam significativamente associadas com algum tipo de incontinência.

Prevalência semelhante foi encontrada por Fritel et al (2007), que verificaram a presença de IA em 9,5% em 2640 mulheres (idade de 50 a 61 anos), associada significativamente ao ensino médio, à depressão e às cirurgias prévias para as incontinências, urinária e anal, sem associação com qualquer variável obstétrica. Chen et al (2003) constataram que, dentre 1253 mulheres em Taiwan, 2,8% apresentaram perdas fecais e 8,6% de flatos.

Em amostra de 5904 pessoas ≥ 40 anos (n=10116), 1,4% referiram IA, associada à idade avançada (Perry et al, 2002). Dentre 248 idosos ≥ 75 anos, com dificuldades para controlar as eliminações de fezes, 56,4% possuíam IA, principalmente as mulheres, sendo que a maior parte não chegava em tempo ao banheiro e não conseguia esvaziar completamente o intestino; menos da metade apresentava fezes endurecidas e incômodo com a umidade anal (Stenzelius, Westergren, Hallberg, 2007). O fato de não chegar em tempo ao banheiro mostra a necessidade de tê-lo por perto, o que foi demonstrado em nosso estudo onde a maioria das pessoas acha importante ter um banheiro por perto. Em outro estudo, a IA em idosos acima de 75 anos obteve prevalência de 19% (Bliss et al, 2004).

Apesar da variável parto vaginal não ter sido significativa em nosso estudo, ela o foi em outros, como pode ser observado em amostra de 50 mulheres, 6 semanas após o parto, 24% delas apresentando perdas de gases e 10%, de fezes (Hall et al, 2003). A paridade também esteve presente como fator associado à IA, em um estudo realizado com 233 mulheres (n=259), 6 semanas antes e oito após o parto, obtendo-se 9% de IA (Abramowitz et al, 2000). Em amostra de 300 mulheres, avaliadas três meses após o parto, 21 (7%) apresentaram IA, sendo 19 com incontinência para gases; 2 para fezes e 5 com IUE, caracterizando a IC. A lentidão dos 1º e 2º estágios de parto e a episiorrafia estavam associadas à IA (Groutzs et al, 1999). Em outro

estudo, em que se investigou a função anal após o parto em 94 casos e 19 controles, a prevalência da IA foi 19%; os exames monométricos indicaram diminuição da função do nervo pudendo, o que se mostrou como agravante para a IA (Tetzschner et al, 1996).

Achados distintos foram verificados por outros autores, como De Leeuw et al, (2001), que não encontrou associação entre IA e parto vaginal, em estudo de coorte, retrospectivo, durante quatorze anos, com 171 mulheres submetidas a reparos primários. O autor identificou IA em 39 pacientes (n=147) e em 16 (n=131) pessoas do grupo controle. Em outro estudo, com 2800 mulheres respondentes (n=5300), Bharucha et al, (2006) também não detectaram associação à IA para qualquer tipo de parto, bem como para as cirurgias anorretais, sendo significativo apenas o aumento da idade, quando os resultados foram comparados àqueles encontrados em nulíparas.

Recente artigo de revisão sobre a fisiopatologia da IA, no adulto, aponta os traumas obstétricos como sendo a causa mais comum de ruptura de esfíncter anal e de danos no nervo pudendo (Rao, 2004). A laceração ou ruptura dos esfíncteres devido a fatores obstétricos tem provocado alterações na continência anal que variam da menor à maior frequência. Em nosso estudo, o exame clínico não foi realizado, apenas o questionamento quanto à ocorrência de laceração anal, durante o parto com correção cirúrgica, obtendo frequência mínima e não se mantendo nas análises de regressão logística.

Analisando-se os estudos que incluíram a laceração de esfíncter após o parto vaginal, Benifla et al (2000) analisaram 259 mulheres, seis semanas antes e oito após o parto, 233 das quais quanto à possibilidade de ruptura esfínteriana anal. Nove por cento delas apresentaram IA, com rupturas que ocorreram após o primeiro e segundo partos. Primíparas e secundíparas mostraram alto risco para a laceração. Em investigação semelhante, a IA também foi constatada em 42 pessoas (n=150) que apresentaram laceração esfínteriana após o parto, predominando as perdas de gases (Faltin et al, 2000). Após confirmação desse mesmo tipo de laceração em 156 mulheres (n=5123), Noderval et al (2004) identificou prevalência de 59% de IA, predominando as perdas de gases (35%). Em estudo de caso-controle, das 654

mulheres, 534 fizeram acompanhamentos por 4 anos. A prevalência para flatos foi de 33% e de 21% de perdas fecais no grupo dos casos, e de 15% para flatos e de 7% para fezes, no grupo controle, além de associação significativa da laceração anal com a IA (Wagenius et al 2003). Vários outros estudos demonstram o desenvolvimento de IA em gestantes e em puérperas, no período de até 1 ano após o parto, e sua associação com a laceração de esfíncter anal (Burgio et al, 2007; Noderval et al, 2005; Pinta et al, 2004; Savoye-Collet et al, 2003; Zetterström et al, 2003; Fenner et al, 2003; Christianson et al, 2003, Signorello et al, 2000). Diferente desses achados, Nazir, Carlsen, Nesheim, (2002) não verificaram associação estatisticamente significativa entre IA, parto e lesão esfíncteriana, em seguimento de 86 primigrávidas, em um período de até 5 meses após o parto. Com prevalência de 25% de incontinência para gases, após um ano, cerca de um terço das mulheres continuava incontinente.

Em consultas ambulatoriais de clínica ginecológica (n=457), a idade e a constipação estavam associadas à IA, cuja prevalência era de 28,4% (Boreham et al, 2005). Cinquenta e cinco por cento de 200 mulheres submetidas a colposcopia e atendidas em consultas ginecológicas e de clínica geral, em um hospital da Inglaterra, apresentaram IA (Bano, Barrington, 2007). Outra investigação analisou 435 pessoas, com média etária de 53 anos, em um centro de atendimento ambulatorial à população rural, encontrando prevalência de 20,7% para IA, associado significativamente ao prolapso uterovaginal (Ho et al, 2005).

A cistocele e o prolapso uterino constituíram fatores preditores também importantes para IA, no presente estudo, com 3,1 e 2,1 chances de ocorrência das perdas anais. Alguns outros estudos corroboram essas associações significativas. Para Ng et al, (2002), a IA estava presente em 49(15,9%) de 320 mulheres atendidas em uma clínica de urodinâmica, com 11(3,6%) para perda de fezes líquidas ou sólidas e 38(12,3%) para flatos; mulheres com prolapso uterino possuíam 5 vezes mais chances de apresentarem a IA. Os estudos de Chen et al (2003) e de Nichols et al, (2005) também mostraram que o POP estava associado significativamente ao aparecimento da IA.

Embora no presente estudo a presença de doença hemorroidária tenha-se mantido no modelo final de regressão, com 4,4 mais chances de ocorrência das perdas anais, é a hemorroidectomia que aparece no estudo de Jóhannsson, Graf, Pahlman (2002), como fator associado à IA. Além desse, alguns estudos relacionam a IA a outras desordens ano-retais (Jelovsek et al 2005), à síndrome do intestino irritável (Drossman et al, 1986) e à diarreia (Leigh e Turnberg 1982).

Em artigos de revisão, a prevalência de IA variou de 2% a 6%, tendo como fatores associados o parto fórceps, a laceração de esfíncter e o peso fetal > 4kg (Wang A 2006; Thorton, Lubowski, 2006, Good et al, 2005); de 1,4% a 50%, tendo como fatores de risco as lesões e cirurgias perineais (Matibag et al, 2003); e de 2%, na população geral, com aumento do índice em instituições para idosos e idosos hospitalizados, tendo a idade, o sexo feminino e a multiparidade como fatores de risco (Cooper, Rose, 2000; Weber, 2004).

Embora somente a HA tenha permanecido como fator preditor final para a ocorrência de IA, com 2,6 mais chances, o DM tem sido mencionado em alguns estudos (Quander et al, 2005, Russo et al 2004, Epanomeritakis et al, 1999) assim como para a IU. Remis-Troche et al, (2004) verificou que 32% dos 159 idosos, provenientes de ambulatórios de gastroenterologia e de geriatria e de instituição asilar, possuíam DM e 33%, IA.

7.3 INCONTINÊNCIA COMBINADA

A escassez de trabalhos sobre IC na população geral dificulta a comparação dos resultados obtidos neste estudo. Alguns estudos, cujo foco principal é estudar a incontinência, urinária ou anal, de forma isolada, acabam indicando a IC como dado secundário, tornando-se relevantes para compor esta discussão.

Nesta investigação, o sexo feminino foi um dos preditores mais significativos para a ocorrência da IC, com 21,6 mais chances. No sul da Austrália, por meio de um

serviço móvel de saúde, 70,2% de 3010 pessoas completaram os questionários, obtendo-se prevalência de 4,8% de IC, predominante no sexo feminino, em idosos, em viúvas, com baixa instrução escolar e baixa renda (Avery et al, 2004) , similarmente a alguns de nossos achados. Em outro estudo (Roberts et al, 1999) prevalência ajustada por idade, na população ≥ 50 anos, mostrou 5,9% dos homens e 9,4% das mulheres com IC, aumentando com a idade em homens, mas não em mulheres. Embora mais freqüente nos homens e diferente de nosso estudo, o sexo masculino foi associado à IC; e pessoas portadoras de um tipo de incontinência eram mais prováveis de terem a outra.

Em uma população com idade superior a 75 anos, Stenzelius et al, (2004) encontrou prevalência de 14,5% de IC (4277/ 8500 questionários), aumentando com a idade. Pessoas com incontinências apresentavam mais problemas de saúde comparativamente àquelas sem incontinências; e diarreia, comunicação e mobilidade foram apontadas como fatores de risco para a IC. Outra publicação sobre IC em idosos (Teunissen et al, 2006), residentes em suas casas (88% de 5278), mostrou prevalência de 3%, que aumenta com a idade, em ambos sexos. Episódios de fezes amolecidas aconteciam duas vezes mais em homens do que em mulheres. Índice semelhante ao anterior (4,3%) foi verificado por Brittain et al, 2006, também em idosos. Abordando uma população geral de 3000 idosos, com idade ≥ 65 anos, 2818(94% de respostas), Edwards, Jones (2001) encontrou 3% com IA e, entre estes, 69% apresentavam IU. As perdas urinárias estavam associadas ao sexo feminino, ansiedade e depressão.

Em clínicas ginecológicas, no Reino Unido, a prevalência de IC foi 8,4%, aumentando com a idade (Griffiths, Makan, Edwards, 2006). Em outro estudo, mulheres que tiveram apenas partos vaginais (200) foram comparadas àquelas que tiveram somente partos do tipo cesárea (195), 10 anos após o primeiro parto. Os resultados mostraram que, embora o parto vaginal tenha apresentado associação significativa com IUE e com aumento da IA (para flatos), a cesárea não estava associada à redução de IU ou de IA (Altman et al, 2007). No decorrer de 5 a 18 meses após o parto, 100 mulheres foram avaliadas para o aparecimento de IU e IA. Houve um aumento da IA de 7 para 17%, entre o 5º e 18º meses. A incidência de IA

aumentou em mulheres trabalhando fora de casa (60%) e tendeu a piorar com o decorrer do tempo. O sintoma de urgência urinária e a IUE estavam fortemente associados com sintomas de urgência fecal (Nazir et al 2003). Ao estudar os efeitos da gravidez e do tipo de parto sobre as prevalências de IU e IA, os resultados indicaram que a gestação aumentou o risco para IU e IA e a cesárea não diminuiu o risco para IA, quando comparada ao parto vaginal (Mckinnie et al, 2005). Quinhentos e sessenta e oito mulheres que tiveram partos instrumentais ou fetos de alto peso (4kg ou +), após serem examinadas no pós parto imediato em um hospital de ensino, foram acompanhadas durante 1 ano resultando em 6,9% de IA, com associação significativa para IU (Chiarelli, Murphy, Cockburn, 2003). Para conhecer os fatores de risco obstétricos, um estudo foi conduzido com 300 mulheres, três meses após o parto, com seguimento das sintomáticas durante 1 ano. A IA foi relatada por 21 delas (19 para fezes e 2 para flatos) e 5 dessas possuíam IUE. O trabalho de parto normal prolongado e a episiorrafia estavam associados com o desenvolvimento da IA (Groutz et al, 1999).

A IC foi encontrada em 122 (24%) mulheres portadoras de IU, com ou sem POP. Após análise de regressão logística constatou-se que mulheres com IU tinham mais chances de ter IA comparativamente àquelas continentas; e a IA estava associada ao peso $\geq 3,800$ kg do feto ao nascer, à IU, à hemorroidectomia e à síndrome do intestino irritável (Meschia et al, 2002). Leroi et al, (1999) também constataram a presença de IA em pacientes ambulatoriais com IUE, apresentando índice total de 28%, sendo 9,3% para fezes líquidas, 1% para fezes sólidas e 18,3% para gases.

Verifica-se que o tipo de parto, as alterações decorrentes dos traumas obstétricos (POP) e a idade constituem os fatores associados ou os objetos da maioria dos estudos acerca da IC e, mais freqüentemente, acerca das ocorrências das perdas urinárias e anais abordadas de maneira conjunta. Exceto para o sexo feminino, as modificações dos hábitos de vida (sair de casa), os maiores tempos de perdas e a viuvez foram os fatores mais fortemente associados à IC, sem suporte teórico para sua discussão.

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presença de ambas incontências podem gerar problemas psicológicos, implicações médicas, cuidados constantes e aumento de custos financeiros. Os sentimentos incluem a vergonha, a perturbação, o isolamento familiar e social, depressão e ansiedade que comprometem a qualidade de vida dessas pessoas (Miner Jr, 2004).

Durante as visitas realizadas nos domicílios, ficou evidente que a abordagem sobre perdas urinárias e anais causou sentimentos de espanto, vergonha e constrangimento em algumas pessoas, ao tratar-se da intimidade, aspectos que às vezes, sequer o cônjuge conhecia. Os homens tiveram mais receio do que as mulheres, em responder às perguntas e grande parte deles não se sentia à vontade para falar sobre o assunto, razão que levou à baixa adesão à entrevista (com 30% de recusa), o que deve ser considerado como limitação do estudo.

A escassez de estudos, principalmente nacionais, mas também relativos à IC em geral, constituem outra limitação do estudo, acarretando dificuldades para a discussão dos achados.

A investigação traz, no entanto, inúmeras contribuições não apenas pelo ineditismo das análises de IC, em nosso meio, como do uso de prevalências padronizadas, podendo servir como modelo metodológico para futuras replicações de estudos populacionais em cidades maiores.

Recomendações podem e devem ser feitas não somente quanto à ampliação do presente estudo e sua replicação como decorrentes de seus achados.

Nos trabalhos aqui discutidos, as perdas maiores e mais freqüentes estão relacionadas aos gases, mais do que para as fezes. Ao indicarem perdas mais leves, já constituem sinais de comprometimento da integridade do esfíncter anal interno, parecendo constituir um indicador importante nas investigações sobre as

eliminações, em busca de prevenção de agravamento da incontinência e implementação de intervenções profiláticas.

Idosos afetados pela IC podem beneficiar-se com a assistência mais próxima, acesso facilitado ao banheiro (Schnelle, Leung, 2004) e medidas higiênico-dietéticas. A maior parte deles utiliza medicamentos que podem causar aumento da frequência urinária e, com isso, buscam os sanitários mais vezes. Muitos deles diminuem a ingestão hídrica e de alimentos, buscando redução das perdas tanto fecais como urinárias, o que pode resultar em aumento de disúria e de infecções urinárias, piorando as perdas. A educação e suporte aos idosos, institucionalizados ou não, assim como aos seus familiares e cuidadores, são medidas fundamentais para a redução dessas ocorrências.

Quanto às mulheres, bastante afetadas principalmente pela IU e pela IC, constituem outra população de risco, para as quais programas de prevenção, primários e secundários, relacionados à gravidez, ao parto e puerpério, devem ser implementados.

9. CONCLUSÕES

Este estudo, realizado com adultos da população urbana de Pouso Alegre, Minas Gerais, permitiu checar às seguintes conclusões:

- As prevalências padronizadas foram 20,1% para IU; 7,0% para IA e 3,0% para a IC.
- As prevalências padronizadas, segundo o sexo, foram 32,9% e 6,2% para IU, respectivamente para mulheres e homens; 7% para IA, para ambos sexos; e 5% e 1% para IC, respectivamente para mulheres e homens.
- Os fatores mais fortemente associados à IU foram tempo de perdas (OR=29,31 ; $p<0,001$); DM (OR=17,72 ; $p<0,001$), AVE (OR=15,90; $p<0,001$) e cistocele (OR=12,51 ; $p<0,001$).
- Os fatores mais fortemente associados à IA foram número de filhos (OR=5,11 ; $p<0,001$) e doença hemorroidária (OR=4,43 ; $p<0,001$).
- Os fatores mais fortemente associados à IC foram modificações dos hábitos de vida – sair de casa (OR=62,17 ; $p<0,001$); tempo de perdas (OR=39,17 ; $p<0,001$); sexo feminino (OR=21,61 ; $p<0,001$) e viuvez (OR=19,36 ; $p<0,001$).

10. REFERÊNCIAS

Abramowitz L, Sobhani I, Ganansia R, Vuagnat A, Benifla JL, Darai E et al. Are sphincter defects the cause of anal incontinence after vaginal delivery? [abstract Medline 2007]. Dis Colon Rectum. 2000; 43(5): 590-6.

Abrans P et al. 3rd International Consultation on Incontinence – recommendations Committee: Evaluation and Treatment of Urinary Incontinence, Pelvic Organ Prolapse and Faecal Incontinence [serial on the Internet]. 2005 [cited 2007 Aug]; 26-29; [about 25 p]. Available from: http://www.Icsoffice.org/aspnet_membership/membership/home.aspx

Altman D, Ekstrom A, Forsgren C, Nordenstan J, Zetterstrom J. Symptoms of anal and urinary incontinence following cesarean section or spontaneous vaginal delivery. [abstract Medline 2008]. Am J Obstet Gynecol. 2007;197(5): 512-7.

Amaral SS, Teixeira MG, Brito SL, Amaral GAS, Jorge JMN, Habr-Gama A, Pinotti HW. Prevalência de incontinência anal no diabético: estudo epidemiológico com base na população atendida em regime ambulatorial no hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo. Rev Hosp. Clín. Fac. Med. S. Paulo 1997; 52(6): 295-301.

Anderson G, Johansson JE, Garpenhoit O, Nilsson K. Urinary incontinence – prevalence, impact on dally living and desire for treatment: a population – based study. Department of Clinical Medicine and Section of Urology, Orebro University Hospital, Sweden. Scand J Urol Nefhrol [serial on the Internet]. 2007 [cited 2004]; 38(2): [about 5 p]. PMID: 15204395. Available from: <http://www.informaworld.com/smpp/content>

Andromanakos N, Filippou D, Skandalakis P, Papadopoulos V, Rizos S, Simopoulos K. Anorectal incontinence. Pathogenesis and Choice of Treatment. J Gastrointest Liver Dis [serial on the Internet]. 2006 [cited 2007 Aug]; 15(1): [about 8 p.]. Available from: http://www.fgld.ro/12006/12006_7.pdf

Arruda HO, Cury J, Ortiz V, Srougi M. Rectal injury in radical perineal prostatectomy [abstract Medline 2008]. Tumori. 2007; 93(6):532-5.

Avery JC, Gill TK, Maclellan AH, Chittleborough CR, Grant JF, Taylor AW. The impact of incontinence on health-related quality of life in a South Australian population sample [abstract Medline 2007]. Aust N Z J Public Health. 2004; 28(2): 173-9.

Azevedo GR. Qualidade de vida de mulheres com bexiga hiperativa em Sorocaba. [Tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, , 2008.

Bandeira EMFS, Pimenta FAP, Souza MC. Secretaria do Estado da Saúde. Atenção a saúde do idoso. Belo Horizonte: SAS/MG, 2006. 186p. Disponível em: www.saude.mg.gov.br

Bano F, Barrington JW. Prevalence of anorectal dysfunction in women attending health care services [abstract Medline 2008]. Int Urogynecol J Pelvic floor Dysfunct. 2007; 18(1): 57-60.

Barbosa AMP. Prevalência e fator de risco para incontinência urinária e disfunção do assoalho pélvico dois anos após diabete mellitus gestacional [Tese]. Universidade Estadual Paulista. Faculdade de Medicina de Botucatu, 2006. Disponível em: [HTTP://servicos.capes.gov.br/capesdw/resumo.html](http://servicos.capes.gov.br/capesdw/resumo.html)

Bates TS, Wright MP, Gillatt DA. Prevalence and impact of incontinence and impotence following total prostatectomy assessed anonymously by the ICS-male questionnaire. Eur Urol. [serial on the internet] 1998 [cited 2008 Sept]; 33 (2): [about 5 p]. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16970115?ordinalpos=1&itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed_ResultsPanel.Pubmed_RVLinkOut

Benifla JL, Abramowitz L, Sobhani I, Ganansia R, Darai E, Mingnon M et al. Postpartum sphincter rupture and anal incontinence: prospective study with 259 patients [abstract Medline 2007]. Gynecol Obstet Fertil. 2000; 28(1): 15-22.

Beutel ME, Hessel A, Schwarz R e Brähler E. Prevalence of urinary incontinence in the German population. Urologe A [serial on the internet] 2005 [cited 2006 Aug]; 44(3): [about 6 p]. Available from. <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/>

Bharucha AE, Zinsmeister AR, Locke GR, Seide BM, Mckeon K, Schleck CD et al. Risk factors for fecal incontinence: a population-based study in women [abstract Medline 2008]. Am J Gastroenterol. 2006; 101(6):1305-12.

Blanes L, Pinto RCT, Santos VLGC. Urinary incontinence. Knowledge and attitudes in São Paulo. Braz J Urol. 2001; 27(3): 281-8.

Bliss DZ, Fischer LR, Savik K, Avery M, Mark P. Severity of fecal incontinence in community-living elderly in a health maintenance organization [abstract Medline 2008]. *Res Nurs Health*. 2004; 27(3): 162-173.

Boreham NK, Richter HE, Kenton KS, Nager CW, Gregory WT, Aronson MP et al. Anal incontinence in women presenting for gynecologic care: prevalence, risk factors, and impact upon quality of life [abstract Medline 2008]. *Am J Obstet Gynecol*. 2005; 192(5): 1637-42.

Borello-France D et al. Fecal and urinary incontinence in primiparous women [abstract Medline 2007]. *Obstet Gynecol*. 2006 [cited 2007 aug]; 108(4): [about 7 p.]. Available from: <http://www.greenjournal.org/cgi/content/abstract/108/4/863>

Bortolotti A, Bernardini B, Colli E, Di Benedetto P, Giocoli Nacci G, Landoni M et al. Prevalence and risk factors for urinary incontinence in Italy [abstract Medline 2007]. *Eur Urol*. 2000; 37(1): 30-5.

Bretonez Alcaraz JJ, Del Pino y Pino MD, García Vilchez MA, Fajardo Cabrerizo ML. Incontinencia urinaria en mujeres en edad adulta: estudio descriptivo en una población rural. *Aten Primaria*. 1997; 20:45-8.

Brittain K, Perry S, Shaw C, Matthews R, Jagger C, Potter J. Isolated urinary, fecal, and double incontinence: prevalence and degree of soiling in stroke survivors [abstract Medline 2008]. *J Am Geriatr Soc*. 2006; 54(12): 1915-9.

Brocklehurst JC. Urinary incontinence in the community-analysis of a MORI poll [abstract Medline 2007]. *BJM*. 1993; 306(6881): 832-4.

Brown JS, Grady D, Ouslander JG, Herzog RA, Varner ER, Posner SF. Prevalence of urinary incontinence and associated risk factors in Postmenopausal women [abstract Medline 2007]. *Obstet Gynecol*. 1999; 94: 66-70.

Buchsbaum GM. Urinary incontinence and pelvic organ prolapse [abstract Medline 2008]. *Minerva Urol Nefrol*. 2006; 58(4): 311-9.

Burgio KL, Borello-France D, Richter HE, Fitzgerald MP, Whitehead W, Handa VL et al. Risk factors for fecal and urinary incontinence after childbirth and pelvic symptoms study [abstract Medline 2008]. *Am J Gastroenterol*. 2007;102(9): 1998-2004.

Burgio KL, Matthews KA, Engel BT. Prevalence and correlates of urinary incontinence in healthy, middle-aged women [abstract Medline 2008]. *J Urol*. 1991; 146(5): 1255-9.

Butler RN, August P, Ferdinand KC, Pfillips RA, Rocella EJ. Hypertension: how comorbid disease influences the choice of therapy. Part 4 of a roundtable discussion [abstract Medline 2008]. *Geriatrics*. 1999; 54(8): 39-44.

Carneiro KS. Prevalência e fatores de risco associados à Incontinência Urinária em mulheres acima de 15 anos, em uma comunidade, no Brasil. Estudo por abordagem direta. [tese]. São Paulo: Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo; 2006.

Chen GD, Hu SW, Chen YC, Lin TL, Lin LY. Prevalence and correlations of anal incontinence and constipation in Taiwanese women [abstract Medline 2007]. *Neurourol Urodyn*. 2003; 22(7): 664-9.

Chiarelli P, Brown W, McElduff P. Leaking urine: Prevalence and associated factors in Australian women [abstract Medline 2008]. *Neurourology and Urodynamics*. 1999; 18(6): 567-577.

Chiarelli P, Murphy B, Cockburn J. Fecal incontinence after high-risk delivery [abstract Medline 2007]. *Obstet Gynecol*. 2003; 102(6):1299-305.

Christianson LM, Bovbjerg VE, McDavitt EC, Hullfish KL. Risk factors perineal injury during delivery [abstract Medline 2007]. *Am J Obstet*. 2003; 189(1):255-260.

Cooper ZR, Rose S. Fecal incontinence: a clinical approach [abstract Medline 2007]. *Mt Sinai J Med*. 2000; 67(2): 96-105.

Corcos J, Davis SMB, Drew S, West L. Incontinence urinary and faecal. The Biofeedback Foundation of Europe [serial on the internet] 1997 [cited 2007 Aug]. Available from: <http://www.bfe.org/protocol/pro04spa.htm>

Culligan PJ, Heit M. Urinary incontinence in women: evaluation and management. *American Family Physician* [serial on the Internet]. 2000 Dec [cited 2008 Jun]; 62(39): 383-90. Available from: <http://www.aafp.org/afp/20001201/2433/html>.

Curti LA. Causas más frecuentes de incontinencia fecal en nuestro medio. Acta gastroenterol. Latinoam [serial on the Internet]. 2000 [cited 2007 Aug]; 30(3): [about 3 p.]. Available from:

bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=269920&indexSearch=ID

Damon H, Guye O, Seigneurin A, Long F, Sonko A, Faucheron JL et al. Prevalence of anal incontinence in adults and impact on quality-of-life. Federation des Specialites Digestives Lyon. Gastroenterol Clin Biol [serial on the Internet]. 2006 [cited 2007 Aug]; 30(1):[about 7 p.]. Available from;

http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez?cmd=Retrieve&db=PubMed&list_uids=16514381&dopt=Abstract

De Leeuw JW, Vierhout ME, Struijk, PC, Hop WCJ, Wallenburg HCS. Anal sphincter damage after vaginal delivery: functional outcome and risk factors for fecal incontinence [abstract Medline 2007]. Acta Obstet Gynecol Scand. 2001; 80(9): 830-4.

Dias JAA. Epidemiologia da Incontinência urinária – Prevalência e distribuição, na população Portuguesa. Instituto de Educação Médica Pós-Graduação e Continuada. Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova Lisboa, Portugal.[serial on the Internet].1995 [cited 2007 Aug]; Available from

:<http://www.iem.pt/cursos/anteriores/ciu/ecse.html>

Diokono AC, Brown MB, Herzog AR. Relationship between use of diuretics and continence status in the elderly [abstract Medline 2008]. Urology.1991; 38(1): 39-42.

Dolan LM, Walsh D, Hamilton S, Marshall K, Thompson K, Ashe RG. A study of life in primigravidae with urinary incontinence [abstract Medline 2007]. International Urogynecology Journal [serial on the Internet]. 2004 [cited 2007 Aug]; 15(3): [about 1 p.]. Available from:

<http://www.springerlink.com/content/wwu8n267fnhgq2vp/>

Domansky RC, Santos VLC. Cross-Cultural Adaptation and Validation of the Portuguese Version of the Bowel Function in the Community Instrument. JWOCN. 2007; 34(6):671-677.

Drossman DA, Sandler RS, Broom CM, Mckee DC. Urgency and fecal soiling in people with bowel dysfunction [abstract Medline 2007]. Dig Dis Sci.1986; 31(11): 1221-5.

Ebbesen MH, Hannestad YS, Midthjell k, Hunskaar S. Diabetes-Related risk factors for urinary incontinence in women with diabetes [International Continence Society 37th Annual Meeting; 2007 aug. 20-24; Rotterdam]. Available from: www.icsoffice.org/publication/2007

Edwards NI, Jones D. The prevalence of faecal incontinence in older people living at home [abstract Medline 2007]. Age Ageing. 2001; 30(6).

Ellerkmann RM, Cundiff GW, Melick CF, Nihira MA, Leffler K, Bent AE. Correlation of symptoms with location and severity of pelvic organ prolapse [abstract Medline 2008]. Am J Obstet Gynecol. 2001; 185(6):1332-7.

Elving JB, Foldspang A, Lam GW, Mommsen S. Descriptive epidemiology of urinary incontinence in 3100 women age 30-59 [abstract Medline 2008]. Scand J Urol Nephrol Suppl. 1989; 125: 37-43.

Epanomeritakis E, Koutsoumbi P, Tsiaoussis I, Ganotakis E, Vlta M, Vassilakis JS et al. Impairment of anorectal function in diabetes mellitus parallels duration of disease [abstract Medline 2007]. Dis Colon Rectum. 1999; 42(11):1394-400.

Espinoza CJM, Carreras OF, Garcia JECA, Castellanos PIV, Ruiz MIG, Allegre RM. Prevalence of urinary and anal incontinence in women from metropolitan área of Guadalajara. Ginecol Obstet Mex [serial on the Internet] 2006 [cited 2007 Aug]; 74(6): [about 5 p.]. Available from; http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez?cmd=Retrieve&db=PubMed&list_uids=16970115&dopt=Citation

Faltin DL, Boulvain M, Irion O, Bretones S, Stan C, Weil A. Diagnoses of anal sphincter tears by postpartum endosonography to predict fecal incontinence [abstract Medline 2007]. Obstet Gynecol. 2000; 95(5): 643-7.

Feldner Jr PC, Bezerra LRPS, Girão MJBC, Sartori MGF, Baracat EC, Lima GG. A importância do diagnóstico da deficiência esfinteriana uretral intrínseca em mulheres com incontinência urinária de esforço [abstract LILACS 2007]. Femina. 2003;1(10): 851-4.

Fenner DE, Genberg B, Brahma P, Marek L, Delancey JO. Fecal and urinary incontinence after vaginal delivery with anal sphincter disruption in an obstetrics unit in the United State [abstract Medline 2007]. Am J Obstet Gynecol. 2003; 189(6): 1543-9.

Fenner DE. Anal Incontinence: relationship to pregnancy, vaginal delivery, and cesarean section. Department of Obstetrics and Gynecology, University of Michigan (USA). Semin Perinatol [serial on the Internet]. 2006 [cited 2007 Aug]; 30(5): [about 6 p.]. Available from:
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez?cmd=Retrieve&db=PubMed&list_uids=17011397&dopt=Abstract

Finkelstein M. Medical conditions, medications, and urinary incontinence. Analysis of a population-based survey [full text Medline 2008]. Can Fam Physician. 2002; 48: 96-101

Foldspang A, Momm S, Djurhuus. Prevalence urinary incontinence as a correlate of pregnancy, vaginal childbirth, and obstetric techniques [abstract Medline 2007]. Am J Public Health. 1999; 89(2): 209-212.

Fritel X, Ringa V, Varnoux N, Zins M, Bréart G. Mode of delivery and fecal incontinence at midlife: a study of 2640 women in the Gazel cohort [abstract Medline 2008]. Obstet Gynecol. 2007; 110(1): 331-8.

Giebel GD, Lefering, Troidi H, Blochl H. Prevalence of fecal incontinence: what can be expected? [abstract Medline 2007]. Int J Colorectal Dis. 1998; 13(2): 73-7.

Good PS, Burgio KL, Halli AD, Jones RW, Richter HE, Redden DT et al. Prevalence and correlates of fecal incontinence in community-dwelling older adults [abstract Medline 2008]. J Am Geriatr Soc. 2005; 53(4): 629-35.

Griffiths AN, Makam A, Edwards GL. Should we actively screen for urinary and anal incontinence in the general gynecology outpatients setting?—A prospective observational study [abstract Medline 2008]. J Obstet Gynaecol. 2006; 26(5): 442-4.

Grodstein F, Fretts R, Lifford K, Resnick N, Curhan G. Association of age, race, and obstetric history with urinary symptoms among women in the nurses' Health Study [abstract Medline 2007]. Am J Obstet Gynecol. 2003; 189(2): 428-34.

Groutz A, Fait G, Lessing JB, David MP, Wolman L, Jaffa A et al. Incidence and obstetric risk factors of postpartum anal incontinence [abstract Medline 2008]. Scand J Gastroenterol. 1999; 34(3): 315-8.

Guarisi T, Pinto Neto Aarão M, Osis MJ, Pedro AO, Paiva LHC, Faúndes A. Incontinência urinária entre mulheres climatéricas brasileiras: inquérito domiciliar.

REV. Saúde Pública [periódico na Internet]. 2001 [citado 2007 Aug]; 35(5): cerca de 12 p]. Disponível em:

http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=SOO34-89102001000500004

Habr-Gama A. Incontinência fecal – Quadro clínico e Epidemiologia. Brasilmedicina.com – 304º edição semanal [serial on the Internet] 2007 [cited 2007 aug]; Ano 6:[about 2 p.] Available from:

<HTTP://www.brasilmedicina.com/especial/proct t2s1.asp>

Hall W, Mccracken K, Osterweil P, Guise JM. Frequency and predictors for postpartum fecal incontinence [abstract Medline 2007]. Am J Obstet Gynecol. 2003; 188(5): 1205-7.

Handa VL, Harvey L, Fox HE, Kjerulff KH. Parity and route of delivery: does cesarean delivery reduce bladder symptoms later in life? [abstract Medline 2008]. Am J Obstet Gynecol. 2004; 191(2): 463-9.

Han E, Balck LK, Lavelle JP. Incontinence related to management of benign prostatic hypertrophy [abstract Medline 2008]. Am J Geriatr Pharmacother. 2007; 5(4): 324-34.

Hannestad YS, Rortveit G, Sandvik H, Hunskaar S. A community-based epidemiological survey of female urinary incontinence: The Norwegian EPINCONT study. J Clin Epidemiol. 2000; 53:1150-7.

Harwardt T et al. Estudio de Prevalência de Incontinência Urinaria en Mujeres de Isla de Pascua. Rev Chilena de Urologia [serial on the Internet]. 2003 [cited 2007 Aug]; 69 (1): [about 6 p]. Available from: <http://bases.bireme.br>

Hatem M, Pasquier JC, Fraser W, Lepire E. Factors associated with postpartum urinary / anal incontinence in primiparous women in Quebec. J Obstet Gynaecol Can [serial on the Internet] 2007 [cited 2007 Aug]; 29(3):[about 7 p.]. Available from: http://sogc.medical.org/jogc/abstracts/full/200703_Obstetrics_2.pdf

Herbruck LF. The impact of childbirth on the pelvic floor [abstract Medline 2008]. Urol Nurs. 2008; 28(3):173-84.

Higa R, Lopes MHB, Reis MJ. Fatores de risco para incontinência urinária na urinária. *Rev Esc Enferm USP*. 2008; 42(1): 187-92.

Holst K, Wilson PD. The prevalence of female urinary incontinence and reasons for not seeking treatment [abstract Medline 2008]. *N Z Med J*. 1988; 101(857): 756-8.

Ho YE, Muller R, Veiteh C, Rane A, Durrheim D. Faecal incontinence: an unrecognized epidemic in rural North Queensland? Results of a hospital-based outpatients study [abstract Medline 2008]. *Aust J Rural Health*. 2005; 13(1): 28-34.

Hsieh CH, Hsu CS, Su TH, Chang ST, Lee MC. Risk factors for urinary incontinence in Taiwanese women aged 60 or over [abstract Medline 2008]. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct*. 2007; 18(11): 1325-9.

Hsieh CH, Lee MS, Lee MC, Kuo TC, Hsu CS, Chang ST. Risk factors for urinary incontinence in Taiwanese women aged 20-59 years [abstract Medline 2008]. *Taiwan J Obstet Gynecol*. 2008; 47(2): 197-202.

Huang AJ, Brown JS, Kanaya AM, Creasman JM, Ragins AI, Van den Eeden SK, Thom DH. Quality-of-life impact and treatment of urinary incontinence in ethnically diverse older women [abstract Medline 2008]. *Arch Intern Med*. 2006; 166(18): 2000-6.

Hunskar S, Lose G, Viktrup I, Gohier J, Voss S. Prevalence of stress urinary incontinence in women in four European countries. *British Journal of Urology* [serial on the Internet] 2004[cited 2007 Aug]; 93(3): [about 6 p]. Available from: <http://cat.inist.fr/?aModele=afficheN&cpsid=15571590>

INEP. Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira. Ministério da Educação. Resultados Preliminares do Censo Escolar 2008 – Educacenso. Minas Gerais. Disponível em: http://www.inep.gov.br/basica/centro/Escolar/Matricula/centroescolar_2008.

Jackson S, Abrams P. Etiology of Urinary Incontinence. In: O' Donnell PD, Mosby. *Urinary Incontinence*. Missouri: 1997. p. 414-9.

Jelovsek JE, Barber MD, Paraiso MF, Walters MD. Functional bowel and anorectal disorders in patients with pelvic organ prolapse and incontinence [abstract Medline 2008]. *Am J Obstet Gynecol*. 2005; 193(6): 2105-11.

Jóhannsson HO, Graf W, Pahlman L. Long-terms results of Haemorrhoidectomy. *European J Surgery* [serial on the Internet] 2002 [cited 2007 Aug]; 168(8): [about 4 p]. Available from: <http://www.informaworld.com/smpp/content~db=all~content=a713799970?words=analincontinence>

Jorge JMN, Wexner SD. Etiology and management of fecal incontinence. *Dis Colon Rectun*.1993; 36: 77-97.

Kalantar JS, Howell S, Talley NJ. Prevalence of faecal incontinence and associated risk factors. *Medical Journal of Austrália* [serial on the Internet]. 2002 [cited 2007 Aug]; ISSN: 0025-729X Online ISSN: 1326-5377: [about 16 p.]. Available from: http://www.mja.com.au/public/issues/176_02_210102/kal10104_fm.html

Keller SL. Urinary incontinence occurrence, knowledge, and attitudes among women aged 55 and older in a rural Midwestern setting [abstract Medline 2007]. *J Wound Ostomy Continence Nurs*. 1999; 26(1): 30-8.

Kirschner-Hermanns R, Borchers H, Reineke T, Willis S, Jakse G. Fecal incontinence after radical perineal prostatectomy: A prospective study [abstract medline 2007]. *Urology*. 2005; 65(2): 337-42.

Lacima G, Pera M. Combined fecal and urinary incontinence: an update. *Curr Opin Obstet Gynecol* [serial on the Internet]. 2003 [cited 2007 Aug]; 15(5): [about 5 p.]. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez>

Lagace EA, Hansen W, Hickner JM. Prevalence and severity of urinary incontinence in ambulatory adults: na UPRNet study [abstract Medline 2007]. *J Fam Pract*. 1993; 36(6): 610-4.

Landi F, Cesari M, Russo A, Onder G, Lattanzio F, Bernabei R. Potentially reversible risk factors and urinary incontinence in frail older people living in community [abstract Medline 2007]. *Age and Ageing*. 2003; 32(2): 194-9.

Lara C, Nacey J. Ethnic differences between Maori, Pacific Island and European New Zealand women in prevalence and attitudes to urinary incontinence [abstrat Medline 2008]. *N Z Med J*. 1995; 108(998): 156.

Leigh RJ, Turnberg LA. Faecal incontinence: The unvoiced symptom [abstrat Medline 2008]. *Lancet*. 1982; 1(8285): 1349-51.

Leroi AM, Weber J, Menard JF, Touchis JY, Denis P. Prevalence of anal incontinence in 409 patients investigated for stress urinary incontinence [abstract Medline 2007]. 1999; 18(6): 579-590.

Lopes MC, Teixeira MG, Jacob Filho W, Carvalho Filho ET, Habr-Gama A, Pinotti HW. Prevalência da Incontinência Anal no Idoso: estudo Epidemiológico com base na População Atendida no Hospital das Clinicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, em Regime Ambulatorial. Rev Hosp Clin Fac Méd S Paulo. 1997; 52(1): 01-12.

López AJG. Incontinência Anal. IATREIA [serial on the Internet]. 2002[cited 2007 Aug]; 15(3): [about 14 p.]. Available from: <http://medicina.udea.edu.co/Publicaciones/iatreia/Vol15%20No3%20-%20Sep%202002/articulo6>.

Lunniss PJ, Gladman MA, Franc H, Hetzer MD, Williams NS, Scott SM. Risk factors in acquired faecal incontinence [Medline 2007]. J R Soc Med. 2004; 97(3):111-6.

Mackay K, Hemmett L. Needs assessment of woman with urinary incontinence in a district health authority. Br J Gen Pract [serial on the internet]. 2001 [cited 2007 Aug]; 51(471): [about 4 p.]. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez>

Macmillan AK, Merrie AE, Marshall RJ, Parry BR. The prevalence of fecal incontinence in community-dwelling adults: a systematic review of the literature. Dis Colon Rectum [serial on the Internet]. 2006 [cited 2007 Aug]; 47(8): [about 9 p.]. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez?cmd=Retrieve&db=pubmed&dopt=Abstract&list_uids=15484348

Marinkovic SP, Stanton SL. Incontinence and voiding difficulties associated with prolapse [abstract Medline 2008]. J Urol. 2004; 171(3): 1021-8.

Marosszeky N, Sansoni J, Hawthorne G, Sansoni E, Moore K. The assessment of two brief, self-report measures of urinary incontinence: results from a community population survey. In: Annals of the International Continence Society 37th Annual Meeting; 2007; august. 20-24; Rotterdam, Netherlands [event on the internet]. Available from: www.icsoffice.org/publication/2007

Marshall HJ, Beevers DJ. Alpha adrenoceptor blocking drugs and female urinary incontinence prevalence and reversibility [abstract Medline 2008]. *British Journal of Clinical Pharmacology*. 1996; 42(4): 507-509.

Matibag GC, Nakazawa H, Giamundo P, Tamashiro H. Trends and current issues in adult fecal incontinence (FI): Towards Enhancing the Quality of Life for FI Patients [serial on the Internet]. 2003 [cited 2007 Aug]; 8(4): [about 1 p.]. Available from: <http://cat.inist.fr/?aModele=afficheN&cpsidt=15246154>

McAninch JW. *Urologia geral*. Rio de Janeiro: Guanabara koogan; 1994. p. 21-30.

Mckinnie V, Swift SE, Wang W, Woodman P, O'Boyle A, Kahn M et al. The effect of pregnancy and mode of delivery on the prevalence of urinary and fecal incontinence [abstract Medline 2008]. *Am J Obstet Gynecol*. 2005; 193(2): 512-7.

Melville JL, Katon W, Delaney K e Newton K. Urinary incontinence in US women: a population-based study. *Arch Intern Méd* [serial on the Internet]. 2005 [cited 2007 aug]; 65 (5): [about 5 p.] Available from: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/>

Menezes MAJ, Hashimoto SY, Santos VLCG, Martins AAR, Gonzaga Jr JL, Lombardi RS, Silva MA, Nunes DAB, Oliveira JZ. Prevalence of urinary incontinence in a sample population in the city of São Paulo. In: *abstracts Oral Communications of 15th Biennial Congress of the world Council of Enterostomal Therapists*; 2004 may 16-19; Florianopolis – SC: [189]; 2004. p.71. [Aguarda publicação]

Meschia M, Buonaguidi A, Pifarotti P, Somigliana E, Spennachio M, Amicarelli F. Prevalence of anal incontinence in women with symptoms of urinary incontinence and genital prolapse [abstract Medline 2007]. *Obstet Gynecol*. 2002; 100(4): 719-23.

Miguel M, Rodrigues JM, Ortiz H, Yáñez J, Marzo J, Artieda C. Prevalência de las alteraciones de la función defecatoria em la población Navarra. *ANALES Sis San Navarra* [serial on the Internet]. 1999 [cited 2007 aug]; 22(Supl. 3): [about 8 p.]. Available from: <http://www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/vol22/suple3/suple2.html>

Minassian VA, Drutz HP, Al – Badr A. Urinary incontinence as a worldwide problem. *Int J Gynaecol Obstet* [serial on the Internet]. 2003 [cited 2007 Aug]; 82(3): [about 11 p.]. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez?>

Minassian VA, Stewart WF, Wood GC. urinary incontinence in women: variation in prevalence estimates and risk factors [abstract Medline 2008]. *Obstet Gynecol.* 2008; 111(2pt1):324-31.

Miner PB Jr. Economic and personal impact of fecal and urinary incontinence. *Gastroenterology* [serial on the internet]. 2004 [cited 2007 Aug]; 126 (suppl 1): S8-13 [about 1 p.]. Available from: <http://www.aboutincontinence.org/site/about-incontinence/treatment/research-priorities/abstrats-from-concensus-conference>.

Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de Hipertensão e Diabetes (CNHD). Disponível em: <HTTP://dtr2004.saude.gov.br/dab/cnhd/mundial>

Ministério da saúde. Seminário Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal, realizado pelo Ministério da Saúde, em Brasília/DF, nos dias 10 e 11 de fevereiro de 2004, e foi aprovado na Tripartite e no Conselho Nacional de Saúde. **BRASÍLIA – 2004**

V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. 2006. Documentos. Disponível em: <http://www.sbh.org.br/documentos/index.asp>

Modroño Freire MJ, Sánchez Cougil MJ, Gayoso Diz P, Valero Paternain M, Blanco Ramos M, Cuña Ramos FO. Estudio de prevalência de incontinência urinária em mujeres de 18 a 65 años y su influencia em la calidad de vida. *Aten Primaria.* 2004; 34(3):134-9.

Montes CB, Servin JAC, Vasquez JLG. Fecal incontinence, occult lesions to the anal sphincter and related factors in primiparous patients without median routine episiotomy. *Cir Cir* [serial on the Internet]. 2006 [cited 2007 aug]; 74(6): [about 6 p.]. PMID: 17244501 [PubMed – in process]. Available from: <http://www.mediagraphic.com/ingles/i-htms/i-circir/i-cc2006/i-cc06-6/ir-cc066g.htm>

Moore KN, Trouong V, Estey E, Voaklander DC. Urinary incontinence after radical prostatectomy: can men at risk be identified preoperatively? [abstract Medline 2008]. *J WOCN.* 2007; 34 (3): 270-9.

Morales JVF. Determinación de incontinencia fecal por lesiones ocultas del esfínter anal durante el parto vaginal con episiotomía media em primigestas. *Rev. Sanid. Mil* [serial on the Internet]. 1998 [cited 2007 aug]; 52(6): [about 3 p.]. Available from: <bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=240872&indexSearch=ID>

Nakanishi N et al. Mortality in relation to urinary and faecal incontinence in elderly people living at home. *Age and Ageing* [serial on the Internet]. 1999 [cited 2007 Aug] ; 28; [about 6 p.]. Available from:
<http://ageing.oxfordjournals.org/cgi/content/abstract/28/3/301>

Nakanishi N, Tatara K, Nakajima K, Takabayashi H, Takahashi S, Nakamura H, Ikeda K. Urinary and fecal incontinence in a community-residing elderly population: prevalence, correlates and prognosis [abstract Medline 2007]. *Nippon Koshu Eisei Zasshi*. 1997; 44(3): 192-200.

Nazir M, Carlsen E, Nesheim BI. Do occult analsphincter injuries, vector volume manometry and delivery variables have any predictive value for bowel symptoms after first time vaginal delivery without third and fourth degree rupture? A prospective study [abstract Medline 2008]. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2002; 81(8):720-6.

Nazir M, Stien R, Carlsen E, Jacobsen AF, Nesheim BI. Early evaluation of Bowel symptoms after primary repair of obstetric perineal rupture is misleading: an observational cohort study [abstract Medline 2007]. *Dis Colon Rectum*. 2003; 46(9): 1245-50.

Nelson RL. Epidemiology of fecal incontinence [abstract Medline 2007]. *Gastroenterology*. 2004; 126: ((1 Suppl 1):S3-7.

Ng SC, Chen YC, Lin LY, Chen GD. Anorectal dysfunction in women with urinary incontinence or lower urinary tract symptoms [abstract Medline 2007]. 2002; 77(2): 139-45.

Nieto Blanco E, Camacho Pres J, Dvila Alvarez V, Ledo Garcia MP, Moriano Bejar P, Prez Lourente M et al. Epidemiology and impact of urinary incontinence in women between 40 and 65 in a health area of Madrid [abstract Medline 2008]. *Aten Primaria*. 2003; 31(7): 410-4.

Nichols CM, Ramakrishnan V, Gill EJ, Hurt WG. Anal incontinence in women with and those without pelvic floor disorders [abstract Medline 2008]. *Obstet Gynecol*. 2005; 106(6): 1266-71.

Norderval S, Nsubuga D, Bjelke C, Frsune J, Myklebust I, Vonen B. Anal incontinence after obstetric sphincter tears: incidence in a Norwegian county [abstract Medline 2007]. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2004; 83(10): 989-94.

Norderval S, Oian P, Revhaug A, Vonen B. Anal incontinence after obstetric sphincter tears: outcome of anatomic primary repairs [abstract Medline 2008]. Dis Colon Rectum. 2005; 48(5): 1055-61.

Norton C et al. Faecal incontinence: the management of faecal incontinence in adults. National institute for Health and Clinical Excellence. [serial on the Internet] 2007 [cited 2007 aug]; [about 38 p.]. Available from: <http://www.nice.org.uk/cgq>

Oliveira, IM, Carvalho VCP. Prolapso de órgãos pélvico: etiologia, diagnóstico e tratamento conservador, uma metanálise [abstract Lilacs 2008]. Femina. 2006; 35(5): 285-294.

O'Donnell M, Lose G, Sykes D, Voss S, Hunskaar S. Help-seeking behaviour and associated factors among women with urinary incontinence in France, Germany, Spain and the United Kingdom[abstract Bireme 2008]. Eur Urol. 2005; 47(3):385-92.

Palmer MH, Fitzgerald S, Berry SJ, Hart K. Urinary incontinence in working women: an exploratory study [Abstract Medline 2008]. Women Health. 1999; 29:67-82.

Pang MN, Leung HY, Chan LW, Yip SK. The impact of urinary incontinence on quality of life among women in Hong Kong. [Medline 2008]. Hong Kong Med J. 2005; 11: 158-63.

Parazzini F, Chiaffarino F, Lavezzari M, Giambanco V. Risk factors for stress urge or mixed urinary incontinence in Italy [abstract Medline 2007]. BJOG. 2003; 110(10): 927-33.

Perry S, Shaw C, McGrother C, Matthews RJ, Assassa RP, Dallosso H et al. Prevalence of faecal incontinence in adults aged 40 years or more living in the community [abstract Medline 2008]. Gut. 2002; 50(4): 480-4.

Petrou SP, Baracat F. Evaluation of urinary incontinence in women. Braz J Urol [serial on the Internet]. 2001 Mar [cited 2007 dec]; 27(2): [about 5 p.]. Available from: http://www.brazjurol.com.br/marco_2001/Petrou_165_170.pdf

Peyrat L, Haillot O, Bruyere F, Boutin JM, Bertrand P, Lanson Y. Prevalence and factors of urinary incontinence in young and middle-aged women. [abstract Medline 2008]. BJU Int. 2002;89(1): 61-6.

Pinta TM, Kylänpää ML, Terano KA, Luukkonen PS. Sphincter rupture and anal incontinence after first vaginal delivery [abstract Medline 2008]. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2004; 83(10):917-22

Pregazzi R, Sartore A, Troiano A, Grimaldi E, Bortoli B, Siracusano S et al. Postpartum urinary symptoms: prevalence and risk factors [abstract Medline 2007]. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2002; 103(2): 179-82.

Quander CR, Morris MC, Melson J, Bienias JL, Evans DA. Prevalence of and factors associated with fecal incontinence in a large community study of older individuals [abstract Medline 2008]. *Am J Gastroenterol.* 2005; 100(4): 905-9.

Rao SS. Pathophysiology of adult fecal incontinence [abstract Medline 2007]. *Gastroenterology.* 2004; 126(1 suppl):S14-22.

Reilly NJ. Assessment and Management of Acute or Transient urinary Incontinence. In: Doughty DB. *Urinary & Fecal incontinence: nursing management.* Missouri; Mosby 2000. p. 47-61.

Remes- Troche JM, Saénz P, Riaño D, Mercado M, Valdés P, Gutiérrez-Robledo LM et al. Fecal incontinence in the elderly [Medline 2008]. *Rev Invest Cilin.* 2004; 56(1): 21-6.

Resnick NM, Yalla SV, Laurino E. The pathophysiology of urinary incontinence among institutionalized elderly persons. *The New England Journal of Medicine* [serial on the Internet] 1989 [cited 2008 sept]; 320(1): [about 47 p.]. Available from: [http:// content.nejm.org/cgi/content/abstract 320/1/1](http://content.nejm.org/cgi/content/abstract/320/1/1)

Roberts RO, Jacobsen SJ, Reilly WT, Pemberton JH, Lieber MM, Tailley NJ. Prevalence of combined fecal and urinary incontinence: a community-based study [abstract Medline 2007]. *J Am Geriatr Soc.* 1999; 47(7): 837-41.

Rortveit G, daltveit AK, Hannestad YS, Hunskaar S: Norwegian EPICONT Study [abstract Medline 2007]. *N Engl J Med.* 2003; 348(10): 900-7.

Ruff CC, van Rijswijk L, Okoli A. The impact urinary incontinence in Africa American woman [abstract Medline 2007]. *J Urol.* 2003; 170(3): 1046-7.

Russo A, Botten R, Kong MF, Chapman IM, Fraser RJ, Horowitz M et al. Effects of acute hyperglycaemia on anorectal motor and sensory function in diabetes mellitus [abstract Medline 2007]. *Diabetes Med.* 2004; 21(2): 176-82.

Saadoun K, Ringa V, Fritel X, Varnoux N, Zins M, Bréart G. Negative impact of urinary incontinence on quality of life, a cross-sectional study among women aged 49-61 years enrolled in the GAZEL cohort [abstract Medline 2007]. *Neurourol Urodyn.* 2006; 25(7): 696-702.

Sacco E, Prayer-Galett T, Pinto F, Fracalanza S, Betto G, Pagano F et al. Urinary incontinence after radical prostatectomy: incidence by definition, risk factors and temporal trend in a large series with a long-term follow-up [abstract Medline 2008]. *BJU Int.* 2006; 97 (6): 1234-41.

Samuelsson E. Five-year incidence and remission rates of female urinary incontinence in Swedish population less than 65 years old. *Am J Obstet Gynecol.* 2000; 183:568-74.

Samuelsson E, Victor A, Tibbin G. A population study of urinary incontinence and nocturia among women aged 20-59 years. Prevalence, well-being and wish for treatment. *Acta Obstet Gynecol Scand* [serial on the Internet] 1997 [cited 2007 Aug]; 76(1): [about 6 p.]. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez?cmd=Retrieve&db=PubMed&list>

Santos PC, Mendonça D, Alves O, Barbosa AM. Prevalência e impacto da incontinência urinária de stress. *Acta Med Port Scand* [serial on the Internet] 2006 [cited 2008 Aug]; 19. [about 7 p.]. Available from: www.actamedicaportuguesa.com

Savoye-Collet C, Savoye G, Koning E, Sassi A, M. Leroi A, N. Dacher J. Endosonography in the evaluation of anal function after primary repair of a third-degree obstetric tear [abstract Medline 2007]. *Scand J Gastroint.* 2003; 38(11): 1149-1153.

Scarpa KP, Herrmann V, Palma PCR, Ricetto CLZ, Morais S. Prevalência de sintomas urinários no terceiro trimestre da gestação. *Rev. Assoc. Med. Bras.* 2006; 52 (3).

Schnelle JF, Leung FW. Urinary and fecal incontinence in nursing homes. *Gastroenterology* [serial on the Internet] 2004 Jan [cited 2008 jun]; 126(1 Suppl 1):

[about 7 p.]. Available from: <http://aboutincontinence.org/site/about-incontinence/treatment/research-priorities/abstracts-from-consensus-conference>

Schulman C, Claes H, Matthijs. Urinary incontinence in Belgium: a population-based epidemiological survey [abstract Medline 2007]. *Eur Urol.* 1997; 32(3): 315-20.

Simeonova Z, Milsom I, Kullendorff AM, Molander U, Begtsson C. The prevalence of urinary incontinence and its influence on the quality of life in women from an urban Swedish population. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 1999; 78:546-51.

Smith DB. Female Pelvic Floor Health. A Developmental Review. *J WOCN.* 2004; 3(3): 130-7.

Soligo M, Salvatore S, Milani R, Lalia M, Malberti S, Digesu G et al. Double incontinence in urogynecologic practice: a new insight [abstract Medline 2007]. *Am J Obstet Gynecol.* 2003; 189(2): 438-43.

Signorello LB, Harlow BL, Chekos AK, Repke T. Midline episiotomy and anal incontinence: retrospective cohort study [abstract Medline 2007]. *BMJ.* 2000; 8;320(7227):86-90

Song YF, Zhang WJ, Song J, Xu B. Prevalence and risk factors of urinary incontinence in Fuzhou Chinese women [abstract Medline 2007]. *Chin Med J.* 2005; 118 (11): 887-892.

Song YJ, Xu B. Prevalence and related factor of urinary incontinence in postmenopausal women [abstract Medline 2007]. *Zhongguo Yi Xue Ke Xue Yuan Xue Bao.* 2004; 26(4): 442-5

Srougi M, Inperio MD, Sakai A, Lopes RN. Prostatectomia radical: correlação entre o número de intervenções realizadas e a preservação da potência sexual e da continência urinária [abstract Lilacs 2007]. *J bras urol.* 1991; 17 (1): 40-4.

Stadnicka G, Iwanowicz Palus GJ. Urinary incontinence in pregnancy. *Wiad Lek* [serial on the Internet]. 2004 [cited 2007 aug]; 57 Suppl 1: [about 4 p.]. Available from: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/>

Stenzelius K, Matiasson A, Hallberg IR, Westergren A. Symptoms of urinary and faecal incontinence among men and women 75 + in relations to health complaints and quality of life [abstract Medline 2007]. *Neurourol Urodyn*. 2004; 23(3): 211-22.

Stoddart H, Donovan J, Whitley E, Sharp D, Harvey I. urinary incontinence in older people in the community: a neglected problem [abstract Medline 2007]. *Br J Gen Pract*. 2002; 51(468): 548-52.

Szwarcwald CL, Leal MC, Gouveia GC, Souza WV. Desigualdades socioeconômicas em saúde no Brasil: resultados da Pesquisa Mundial de Saúde, 2003. *Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.*; 5 (supl).

Teloken C, Caraver F, Weber FA, Teloken PE, Moraes JF, Sogari PR, et al. Overactive bladder: prevalence and implications in Brazil [abstract Medline 2008]. *Eur Urol*. 2006; 49:1087-92.

Temml C, Haidinger G, Schmidbauer J, Schatzl G, Madersbacher S. Urinary incontinence in both sexes: prevalence rates and impact on quality of life and sexual life [abstract Medline 2007]. *Neurourol Urodyn*. 2000; 19(3): 259-71.

Tennstedt SL, Link CL, Steers WD, McKinlay JB. Prevalence of risk factors for urine leakage in a racially and ethnically diverse population of adults :the Boston Area Community Health (BACH) Sourvey [abstract Medline 2008]. *Am J Epidemiol*. 2008; 167(4): 390-9.

Tetzschner T, Sorensen M, Ras mussen OO, Lose G, Christiansen J. Pudendal nerve damage increases the risk of fecal incontinence in women with anal sphincter rupture after childbirth [abstract Medline 2007]. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 1995; 74(6): 434-40.

Tetzschner T, Sorensen M, Lose G, Christiansen J. Anal and urinary incontinence in women with obstetric anal sphincter rupture [abstract Medline 2007]. *Br J Obstet Gynaecol*. 1996; 103(10): 1034-40.

Teunissen TA, Van Den Bosh WJ, Van Den Hooge HJ, Largo-Janssen AL. Prevalence of urinary and faecal incontinence among community-dwelling elderly patients in Nijmegen [abstract Medline 2008]. *Ned Tijdschr Geneesk*. 2006; 150(44): 2415-6.

Thornton MJ, Lubowski DZ. Obstetric-induced incontinence: A black hole of preventable morbidity [abstract Medline 2008]. *Aust N Z J Obstet Gynaecol.* 2006; 46(6): 468-73.

Van Brummen HJ, Bruinse HW, Van de Pol G, Heintz AP, Van de Vaart CH. The effect of vaginal and cesarean delivery on lower urinary tract symptoms: what makes the difference? [abstract Medline 2008]. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct.* 2007; 18(2): 133-9.

Van der Vaart CH, Van der Bom JG, de Leeuw JR, Roovers JP, Heintz AP. The contribution of hysterectomy to the occurrence of urge and stress urinary incontinence symptoms [abstract Medline 2007]. *BJOG.* 2002; 109(2): 149-54.

Vandoninck V, Bemelmans BL, Mazzetta C, Robertson C, Keech M, Boyle P et al. The prevalence of urinary incontinence in community-dwelling married women: a matter definition [abstract Medline 2007]. *BJU Int.* 2004; 94(9): 1291-5.

Wagenius J, Laurin J. Clinical symptoms after anal sphincter rupture: a retrospective study [abstract Medline 2007]. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2003; 82(3): 246-50.

Walter S, Olesen KP. Urinary incontinence and genital prolapse in the female: clinical, urodynamic and radiological examinations [abstract Medline 2007]. *Br J Obstet Gynecol.* 1982; 89(5): 393-401.

Wang A, Guess M, Connell K, Powers K, Lazarou G, Mikhail M. Fecal incontinence: A review of prevalence and obstetric risk factors [abstract Medline 2008]. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct.* 2006; 17(3): 253-60.

Weber AM. The perspective of a gynecologist on treatment-related research for fecal incontinence in women [abstract Medline 2007]. *Gastroenterology.* 2004; 126(1 Suppl 1): S169-71.

Wesnes SL, Rortveit G, Bo K, Hunskaar S. How do incontinence status in pregnancy and delivery mode affect urinary incontinence 6 months post partum? [International Continence Society 37th Annual Meeting; 2007 aug. 20-4; Rotterdam]. REVER

Wilson PD, Herbison RM, Herbison GP. Obstetric practice and the prevalence of urinary incontinence three months after delivery [abstract Medline 2007]. *Br J Obstet Gynecol.* 1996; 103(2): 154-61.

Yusuf SAI, Jorge JMN, Habr-Gama A, Kiss DR, Joaquim Gama R. Avaliação da qualidade de vida na incontinência anal: validação do questionário FIQL(Fecal

Zhu L, Lang JH, WangH, Han SM, Liu CY.. The study on the prevalence and associated risk factors of female urinary incontinence in Beijing women [abstract Medline 2007]. Zhonghua Yi Xue Za Zhi. 2006; 86(11):728-31.

Zetterström J, López Annika, Holmström B, Nilsson BY, Tisell A, Anzen B et al. Obstetric sphincter tears and anal incontinence: an observational follow-up study [abstract Medline 2007]. Acta Obstet Gynecol Scand. 2003; 82(10):921-8.

APÊNDICE 1

Tabela 1 - Características sociais e demográficas da amostra total e sub-amostras com IU, IA e IC, em Pouso Alegre. Pouso Alegre, Minas Gerais; 2008.

Sociais e demográficos	Geral		IU		IA		Incontinência	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Combinada	
							Nº	%
Sexo								
Masculino	177	34,1	24	15,6	12	31,6	2	10,0
Feminino	342	65,9	130	84,4	26	68,4	18	90,0
Total	519	100,0	154	100,0	38	100,0	20	100,0
Idade								
< 20	14	2,7	3	1,9	1	2,6	-	-
20 a 39	181	34,8	27	17,5	11	28,9	6	30,0
40 a 59	197	38,0	60	39,0	15	39,6	7	35,0
≥ 60	127	24,5	64	41,6	11	28,9	7	35,0
Total	519	100,0	154	100,0	38	100,0	20	100,0
Etnia								
Negro/mulato	83	16,0	20	13,0	4	10,5	4	20,0
Branco	436	84,0	134	87,0	34	89,5	16	80,0
Total	519	100,0	154	100,0	38	100,0	20	100,0
Escolaridade								
Analfabeto/fundamental	321	61,8	112	72,7	25	65,8	13	65,0
Médio	162	31,3	38	24,7	13	34,2	7	35,0
Superior	36	6,9	4	2,6	-	-	-	-
Total	519	100,0	154	100,0	38	100,0	20	100,0
Ocupação								
Trabalho manual	167	32,2	37	24,0	16	42,1	9	45,0
Trabalho não manual	89	17,1	12	7,8	3	7,9	1	5,0
Trabalho não remunerado	263	50,7	105	68,2	19	50,0	10	50,0
Total	519	100,0	154	100,0	38	100,0	20	100,0
Situação conjugal								
Solteiro	109	21,0	15	9,8	6	15,8	3	15,0
Casado	298	57,4	91	59,1	25	65,8	12	60,0
Separado	59	11,4	19	12,3	1	2,6	-	-
Viúvo	45	8,7	25	16,2	5	13,2	5	25,0
Missing	8	1,5	4	2,6	1	2,6	-	-
Total	519	100,0	154	100,0	38	100,0	20	100,0
Renda familiar mensal (em salário mínimo)								
Até 3	321	61,8	103	66,9	27	71,1	18	90,0
≥ 4	66	12,7	8	5,2	4	10,5	-	-
Missing	132	25,4	43	27,9	7	18,4	2	10,0
Total	519	100,0	154	100,0	38	100,0	20	100,0

Tabela 2 - Presença de doenças e uso de medicamentos na amostra total e sub-amostras com IU, IA e IC, em Pouso Alegre. Pouso Alegre, Minas Gerais; 2008.

Características clínicas	Geral		IU		IA		Incontinência	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Combinada Nº	%
Doenças								
Hipertensão arterial	192	37,0	94	61,0	16	42,1	12	60,0
Diabetes mellitus	67	12,9	42	27,3	5	13,2	3	15,0
Acidente vascular encefálico	11	2,1	7	4,5	-	-	-	-
Asma	12	2,3	3	1,9	-	-	-	-
Outras doenças	109	21,0	50	32,5	10	26,3	8	40,0
Medicamentos								
Laxante	13	2,5	7	4,5	-	-	-	-
Diurético	59	11,4	33	21,4	-	-	-	-
Descongestionante	5	1,0	3	1,9	5	13,2	2	10,0
Anti-histamínico	4	0,8	3	1,9	-	-	-	-
Calmante	29	5,6	12	7,8	-	-	-	-
Antidepressivo	38	7,3	17	11,0	1	2,6	1	5,0
Hipoglicemiante	60	11,6	41	26,6	3	7,9	3	15,0
Reposição hormonal	20	3,9	10	6,5	4	10,5	3	15,0
Hipotensor	185	35,6	92	61,0	2	5,3	1	5,0
Outros	68	13,1	18	11,69	15	39,5	12	60,0

Tabela 3 - Alterações clínicas e realização de cirurgias na amostra total e sub-amostras com IU, IA e IC, em Pouso Alegre, Minas Gerais; 2008.

Alterações clínicas	Geral		IU		IA		Incontinência	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Combinada	%
							Nº	%
Mulheres								
Fissura anal	6	1,8	3	2,3	-	-	-	-
Abscesso anal	1	0,3	-	-	-	-	-	-
Cistocele	29	8,5	25	19,2	2	7,7	2	11,1
Prolapso uterino	6	1,8	6	4,6	1	3,8	1	5,6
Hemorróida	26	7,6	12	9,2	4	15,4	2	11,1
Laceração do ânus	10	2,9	6	4,6	1	3,8	1	5,6
Alterações clínicas								
Homens								
Fissura anal	4	2,3	-	-	-	-	-	-
Abscesso anal	1	0,6	-	-	-	-	-	-
Hemorróida	7	4,0	1	4,2	1	8,3	-	-
Cirurgia em mulheres								
Curetagem	1	0,3	1	0,8	-	-	-	-
Fissurectomia	1	0,3	1	0,8	1	3,8	1	5,6
Hemorroidectomia	5	1,5	5	3,8	1	3,8	1	5,6
Histerectomia	19	5,5	9	6,9	3	11,5	2	11,1
Perineoplastia	26	7,6	19	14,6	4	15,4	5	27,8
Laqueadura	4	1,2	2	1,5	-	-	-	-
Ooforectomia	5	1,5	4	3,1	2	7,7	1	5,6
Miomectomia	1	0,3	1	0,8	1	3,8	1	5,6
Cirurgia em homens								
Fissurectomia	1	0,6	1	4,2	-	-	-	-
Postectomia	4	2,3	-	-	-	-	-	-
Prostatectomia	1	0,6	1	4,2	-	-	-	-
Hemorroidectomia	5	2,9	-	-	-	-	-	-

Tabela 4 - Número de filhos, tipo e número de partos na amostra total e sub-amostras com IU, IA e IC, em Pouso Alegre, Minas Gerais, 2008.

Características clínicas	Geral		IU		IA		Incontinência	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Combinada	Nº %
Nº de filhos								
1 a 4	237	69,3	85	65,4	17	65,4	11	61,1
5 a 8	32	9,4	20	15,4	5	19,2	2	11,1
9 a 18	10	2,9	7	5,4	2	7,7	2	11,1
Missing	63	18,4	18	13,8	2	7,7	3	16,7
Total	342	100	130	100,0	26	100,0	18	100,0
Nº de Parto normal								
1 a 4	149	42,3	65	50,0	11	42,3	3	16,7
5 a 8	23	6,6	16	12,3	2	7,7	2	11,1
9 a 18	10	2,9	7	5,4	2	7,7	1	5,6
Missing	160	48,2	42	32,3	11	42,3	12	66,6
Total	342	100	130	100,0	26	100	18	100
Nº de parto cesárea								
1 a 2	135	39,5	47	36,1	12	46,1	5	27,8
3 a 5	26	7,6	7	5,4	3	11,5	4	22,2
Missing	181	52,9	76	58,5	11	42,4	9	50,0
Total	342	100	130	100,0	26	100	18	100,0
Nº de parto fórceps								
1	9	2,6	4	3,1	1	3,8	-	-
Missing	333	97,4	126	96,9	25	96,2	-	-
Total	342	100,0	130	100,0	26	100,0	-	-

Tabela 5 - Menopausa, reposição hormonal, disúria, infecções urinárias frequentes e uso de cateter vesical na amostra total e sub-amostras com IU, IA e IC, em Pouso Alegre, Minas Gerais; 2008.

	Geral		IU		IA		Incontinência	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Combinada	Nº %
Menopausa								
Sim	39	11,4	16	12,3	2	7,7	-	-
Não	303	88,6	114	87,7	24	92,3	-	-
Total	342	100	130	100,0	26	100,0	-	-
Reposição hormonal								
Sim	17	5,0	4	3,1	1	3,8	-	-
Não	325	95,0	126	96,9	25	96,2	-	-
Total	342	100,0	130	100,0	26	100,0	-	-

Tabela 6 - Disúria, infecções urinárias freqüentes e uso de cateter vesical na amostra total e sub-amostras com IU, IA e IC, em Pouso Alegre, Minas Gerais; 2008.

	Geral		IU		IA		Incontinência Combinada	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Disúria								
Recente	100	19,3	52	33,8	13	34,2	8	40,0
Passado	120	23,1	40	26,0	11	28,9	8	40,0
Missing	299	57,6	92	59,7	14	36,9	4	20
Total	519	100,0	154	100,0	38	100,0	20	100,0
Infecção urinária freqüente								
Sim	29	5,6	19	12,3	5	13,2	5	25,0
Não	490	94,4	135	87,7	33	86,8	15	75,0
Total	519	100,0	154	100,0	38	100,0	20	100,0
Uso de cateter vesical								
Sim	-	-	-	-	-	-	-	-
Não	519	100,0	154	100,0	38	100,0	20	3,9
Total	519	100,0	154	100,0	38	100,0	20	3,9

APÊNDICE 2

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO ESCOLA DE ENFERMAGEM

Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419 – CEP 05403-000
Tel.: PABX (11) 3066-7546 – Telex: 80902
C.P. 41633 CEP 05422-970 São Paulo – SP - Brasil

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Prezado (a) Sr.(a)

Eu, Claudia Regina de Souza Santos, aluna de mestrado do Programa de Pós-Graduação em Saúde do Adulto da Escola de Enfermagem da USP, sob orientação da professora doutora Vera Lúcia Conceição Gouveia Santos, peço sua autorização e colaboração para participar do estudo: **Prevalência das Incontinências Urinária e Anal na População Geral de Pouso Alegre – MG**, ou seja, verificação da quantidade de moradores da cidade de Pouso Alegre-MG, que possuem perdas de urina e fezes. As informações serão coletadas por meio de entrevista, com tempo aproximado de 20 minutos, em questionário anexo. Sua participação é livre e espontânea e seus dados pessoais serão mantidos em sigilo. Os resultados gerais serão publicados em revistas e eventos científicos.

Autorização

Eu, _____ após orientações recebidas, aceito participar deste estudo, respondendo individualmente a um questionário. Minha participação é de livre e espontânea vontade, com confidência das respostas e o sigilo de minha identidade assegurada. Sei que posso abandonar a entrevista a qualquer momento sem sofrer qualquer tipo de prejuízo moral ou material. Estou ciente que não sofrerei danos decorrentes dessa entrevista.

Assinatura do entrevistado: _____

Assinatura do pesquisador: _____

Qualquer dúvida, entrar em contato com: Claudia: 3421-5143 ou 9947-7525

Comitê de Ética e Pesquisa da Escola de Enfermagem da USP: 3066 7548

Data: ____/____/____

ANEXO 1**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM****INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS DEMOGRÁFICOS E
CLÍNICOS**

Nº. Questionário: _____ Setor: _____

Nome : _____

PARTE I – DADOS SÓCIO-DEMOGRÁFICOS**1. Idade:** _____ (em anos)**2. Etnia:**

1 ☐ negra	2 ☐ amarela	3 ☐ branca
4 ☐ mulato	5 ☐ indígena	

3. Sexo:

1 ☐ masculino	2 ☐ feminino

4. Escolaridade:

☐ ensino fundamental	☐ completo	☐ incompleto
☐ ensino médio	☐ completo	☐ incompleto
☐ ensino superior	☐ completo	☐ incompleto
☐ analfabeto	☐ completo	☐ incompleto

5. Ocupação/profissão: _____**6. Situação conjugal:**

1 ☐ solteiro (a)	2 ☐ casado (a)	3 ☐ separado (a)	4 ☐ viúvo (a)

7. Renda familiar mensal:

- 1 ☐ até 3 salários mínimos
- 2 ☐ entre 4 e 6 salários mínimos
- 3 ☐ entre 6 e 10 salários mínimos
- 4 ☐ maior que salários mínimos

8. Quantas pessoas dependem da renda familiar: _____.**PARTE II – DADOS CLÍNICOS****9. Você possui alguma dessas doenças?**

- 1 ☐ hipertensão arterial
- 2 ☐ diabetes mellitus
- 3 ☐ AVC
- 4 ☐ asma
- 5 ☐ outras

Quais: _____

10. Para mulheres: você possui alguma dessas alterações?

As alternativas abaixo dizem respeito ao sexo feminino:

- 1 ☐ fissura anal (ferida dolorosa no ânus por onde saem as fezes)
- 2 ☐ abscesso anal (infecção ao redor do ânus)
- 3 ☐ prolapso retal (saída do reto pelo ânus)
- 4 ☐ retocele (saída do reto pela vagina)
- 5 ☐ cistocele (queda da bexiga)
- 6 ☐ prolapso uterino (queda do útero para vagina)
- 7 ☐ hemorróida (protusão de qualquer material úmido dentro do ânus)
- 8 ☐ traumas ou ferimentos ao redor do reto ou do ânus
- 9 ☐ laceração do ânus durante o parto que tenha sido necessário alguma correção cirúrgica

Para os homens: você possui alguma dessas alterações?

- 10 ☐ fissura anal (ferida dolorosa no ânus por onde saem as fezes)
- 11 ☐ abscesso anal (infecção ao redor do ânus)

- 12 ☐ prolapso retal (saída do reto pelo ânus)
13 ☐ hemorróida (protusão de qualquer material úmido dentro do ânus)
14 ☐ traumas ou ferimentos ao redor do reto ou do ânus

11. Faz uso de algum medicamento?

1 ☐ laxante	2 ☐ diurético
3 ☐ descongestionante	4 ☐ antidiarreico
5 ☐ anti-histamínico	6 ☐ calmante
7 ☐ antidepressivo	8 ☐ hipoglicemiante
9 ☐ reposição Hormonal	10 ☐ hipotensor
11 ☐ outros: _____	

12. Já realizou alguma cirurgia ginecológica ou urinária / anal ou retal?

- 1 ☐ sim qual: _____
2 ☐ não
3 ☐ não sabe

A questão 13 e 14 destinam-se somente às mulheres:

13. Já teve filhos?

- 1 ☐ sim quantos filhos? _____
 De quantos por parto normal (vaginal)? _____
 De quantos por cesárea? _____
 De quantos por fórceps? _____
2 ☐ não

14. Você está na menopausa?

- 1 ☐ sim → Reposição hormonal: 1 ☐ sim 2 ☐ não
2 ☐ não

15. Você sente ou já sentiu dor, ardência ou dificuldade para urinar?

- 1 ☐ sim → ☐ recentemente ☐ no passado
2 ☐ não
3. ☐ não sabe

16. Você tem tido infecções urinárias freqüentes?

- 1 ☐ sim 2 ☐ não 3 ☐ não sabe

17. Faz uso de:

- 1 ☐ sonda vesical de demora
2 ☐ cateterismo intermitente
3 ☐ nenhum deles

18. Na idade adulta, você já perdeu urina (escape) contra sua vontade?

- 1 ☐ sim → ☐ recentemente ☐ no passado ☐ atualmente
2 ☐ não

19. Na idade adulta, você já perdeu fezes (escape) contra sua vontade?

- 1 ☐ sim → ☐ recentemente ☐ no passado ☐ atualmente
2 ☐ não

20. Na idade adulta, você já perdeu gases (escape) contra sua vontade?

- 1 ☐ sim → ☐ recentemente ☐ no passado ☐ atualmente

Se assinalar o “atualmente”, preencher o instrumento 2

- 2 ☐ não

21. Quantas vezes você foi ao médico por problemas com perda de urina?

(Somente 1 resposta).

- 1 ☐ nenhuma 2 ☐ de uma a duas vezes
3 ☐ de três a cinco vezes 4 ☐ de seis a dez vezes
5 ☐ mais de dez vezes

22. Quantas vezes você foi ao médico por problemas com perda de fezes?

(Somente 1 resposta)

- 1 ☐ nenhuma 2 ☐ de uma a duas vezes
3 ☐ de três a cinco vezes 4 ☐ de seis a dez vezes
5 ☐ mais de dez vezes

23. Quantas vezes você foi ao médico por problemas com perda de gases?

(Somente 1 resposta)

1 ☐ nenhuma

2 ☐ de uma a duas vezes

3 ☐ de três a cinco vezes

4 ☐ de seis a dez vezes

5 ☐ mais de dez vezes

ANEXO 2

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO ESCOLA DE ENFERMAGEM

CARACTERÍSTICAS DAS PERDAS URINÁRIAS

1. Há quanto tempo perde urina?

- 1 ☐ menos de um ano 2 ☐ de um a três anos
3 ☐ de quatro a cinco anos 4 ☐ de seis a mais anos

2. Quando sente vontade de urinar você consegue chegar a tempo no banheiro?

- 1 ☐ sempre 2 ☐ na maioria das vezes
3 ☐ às vezes 4 ☐ nunca

3. Você acorda durante a noite quando percebe que está com vontade de urinar?

- 1 ☐ sim, acorda e vai ao banheiro.
2 ☐ sim, acorda, mas não vai ao banheiro
3 ☐ não

4. Em que condições perde urina? (é possível mais de uma resposta)

- 1 ☐ somente aos grandes esforços
2 ☐ ao tossir, rir, espirrar
3 ☐ ao caminhar rápido ou correr
4 ☐ ao caminhar em superfície plana ou ao levantar-se
5 ☐ com movimentos leves, mesmo deitado

5. Você já teve perda de urina durante as relações sexuais?

- 1 ☐ sim 2 ☐ não

6. Com que frequência perde urina:

- 1 ☐ menos de uma vez ao mês
2 ☐ uma ou várias vezes por semana
3 ☐ todos os dias e algumas noites
4 ☐ uma ou várias vezes por mês
5 ☐ todos os dias

6 ☐ todas as noites

7. Em qual quantidade perde urina?

1 ☐ sensação de estar levemente úmida

2 ☐ sensação de estar úmida

3 ☐ sensação de estar molhada

4 ☐ sensação de estar encharcada

8. Quais os recursos utilizados que utiliza para conter (segurar) a perda de urina?

1 ☐ usa → ☐ absorvente ☐ fralda ☐ outros: _____

2 ☐ não usa

9. Caso tenha respondido afirmativamente à questão 8, com que frequência troca os recursos usados nas 24 horas:

1 ☐ somente para sair de casa

2 ☐ uma vez ao dia

3 ☐ duas vezes ao dia

4 ☐ três ou mais vezes ao dia

10. Houve mudanças em seus hábitos de vida diária, após os sintomas de perda de urina?

1 ☐ sim → ☐ Sono ☐ Deambulação
☐ Sair de casa ☐ Lazer
☐ Trabalho ☐ Alimentação/ Ingestão Hídrica

2 ☐ não

11. Para você esse problema é:

1 ☐ sem gravidade 2 ☐ grave 3 ☐ muito grave 4 ☐ insuportável

12. Você acredita que a incontinência urinária tem afetado suas relações: (Vale mais de uma resposta)

1 ☐ sexuais 2 ☐ de amizade 3 ☐ familiares

4 ☐ profissionais 5 ☐ não afeta

13. Em uma escala de 0 a 10, o quanto desconfortável você considera as perdas urinárias?

ANEXO 3

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO ESCOLA DE ENFERMAGEM

CARACTERÍSTICAS DAS PERDAS ANAIS

1. Você consegue lembrar-se da primeira vez que aconteceu este problema com perda de fezes? (Somente 1 resposta)

- 1 ☐ nos últimos 6 meses
- 2 ☐ de 7 meses a 1 ano atrás
- 3 ☐ mais de 1 a 2 anos atrás
- 4 ☐ mais de 2 a 5 anos atrás
- 5 ☐ mais de 5 a 10 anos atrás
- 6 ☐ mais de 10 a 20 anos atrás
- 7 ☐ mais de 20 anos atrás

2. Alguma vez você tem que usar protetor íntimo para prevenir-se de escapes ou perda de fezes? (Somente 1 resposta)

- 1 ☐ nunca
- 2 ☐ às vezes (menos de 25% das vezes)
- 3 ☐ frequentemente (mais de 25% das vezes)
- 4 ☐ geralmente (mais de 75% das vezes)

3. Se você tem que usar um protetor íntimo para proteger sua roupa íntima da perda de fezes, quando você o usa?

- 1 ☐ acordado
- 2 ☐ dormindo
- 3 ☐ acordado e dormindo
- 4 ☐ não uso protetor

4. Quando a perda de fezes é mais freqüente? (Somente 1 resposta)

- 1 ☐ acordado
- 2 ☐ dormindo
- 3 ☐ tanto acordado quanto dormindo

5. Para você é importante ter sempre um banheiro por perto?

(Somente 1 resposta)

1 ☐ Sim2 ☐ Não**6. Quando a perda de fezes ocorre, elas são fezes líquidas ou amolecidas?**

(Somente 1 resposta)

1 ☐ nunca2 ☐ às vezes (menos de 25% das vezes em que ocorria a perda)3 ☐ frequentemente (mais de 25% das vezes em que ocorria a perda)4 ☐ geralmente (mais de 75% das vezes em que ocorria a perda)**7. Quando a perda de fezes ocorre, elas são fezes sólidas ou formadas?**

(Somente 1 resposta)

1 ☐ nunca2 ☐ às vezes (menos de 25% das vezes em que ocorria a perda)3 ☐ frequentemente (mais de 25% das vezes em que ocorria a perda)4 ☐ geralmente (mais de 75% das vezes em que ocorria a perda)**8. Quando as perdas de fezes “acidentais” ocorre, qual é a quantidade de fezes eliminada? (Somente 1 resposta)**1 ☐ uma pequena quantidade, como o tamanho de uma moeda de vinte e cinco centavos.2 ☐ quantidades moderadas (sempre exigindo uma troca do protetor íntimo ou da roupa íntima)3 ☐ Evacuações com grande quantidade de fezes líquidas (sempre exigindo uma troca completa de roupas)4 ☐ fezes formadas ou sólidas**9. Você consegue perceber quando a perda de fezes está para acontecer?**

(Somente 1 resposta)

1 ☐ nunca2 ☐ às vezes (menos de 25% das vezes)3 ☐ frequentemente (mais de 25% das vezes)

4 ☐ geralmente (mais de 75% das vezes)

10. Quando ocorrem esses “acidentes” com a perda de fezes, você consegue perceber quando a perda está realmente acontecendo? (Somente 1 resposta)

1 ☐ nunca

2 ☐ às vezes (menos de 25% das vezes)

3 ☐ frequentemente (mais de 25% das vezes)

4 ☐ geralmente (mais de 75% das vezes)

11. Você tem dificuldade em sentir a diferença entre a vontade de eliminar gases e a de eliminar fezes? (Somente 1 resposta)

1 ☐ nunca

2 ☐ às vezes (menos de 25% das vezes)

3 ☐ frequentemente (mais de 25% das vezes)

4 ☐ geralmente (mais de 75% das vezes)

12. Você faz tratamento com radioterapia na parte inferior do abdômen ou da pélvis? (Somente 1 resposta)

1 ☐ Sim

2 ☐ Não

ANEXO 4

Processo 673/2007/CEP/EEUSP

ANEXO 5

Calculo do Tamanho da Amostra

De forma geral, têm-se a seguinte expressão para determinação do tamanho amostral, para se testar uma hipótese sobre uma proporção $n = [Z\alpha/2 \sqrt{p_0(1-p_0)} + Z\beta \sqrt{p_1(1-p_1)}]^2 / (p_0 - p_1)^2$.

Essa expressão se aplica para um teste bilateral, onde alfa (α) é a probabilidade de rejeitar uma hipótese nula verdadeira e deve ser pequeno; beta (β) é a probabilidade de aceitar uma hipótese nula falsa e também deve ser pequeno. O poder ($1-\beta$ = poder) é a probabilidade de rejeitar uma hipótese nula falsa.

Estabelecendo-se:

$\alpha=0,05(5\%)$, $Z\alpha/2=1,96$, $\beta=0,20(20\%)$, $Z\beta=0,84$

p_0 = valor da prevalência sob a hipótese nula($p_0= 12,6\%$)

p_1 = valor da prevalência sob a hipótese alternativa($p_1=21,0\%$)