**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

JAQUELINE BETTELONI JUNQUEIRA

**INCONTINÊNCIAS URINÁRIA E FECAL E CONSTIPAÇÃO
INTESTINAL EM PACIENTES HOSPITALIZADOS: PREVALÊNCIA E
FATORES ASSOCIADOS**

**SÃO PAULO
2017**

JAQUELINE BETTELONI JUNQUEIRA

**INCONTINÊNCIAS URINÁRIA E FECAL E CONSTIPAÇÃO
INTESTINAL EM PACIENTES HOSPITALIZADOS: PREVALÊNCIA E
FATORES ASSOCIADOS**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem na Saúde do Adulto da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo para a obtenção do título de Mestre em Ciências.

Área de Concentração: Enfermagem na Saúde do Adulto.

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

VERSÃO CORRIGIDA

A versão original encontra-se disponível na Biblioteca da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo e na Biblioteca Digital de Teses e Dissertações da Universidade de São Paulo.

**SÃO PAULO
2017**

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Assinatura: _____

Data: ____/____/____

Catálogo na Publicação (CIP)
Biblioteca “Wanda de Aguiar Horta”
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Junqueira, Jaqueline Betteloni

Incontinências urinária e fecal e constipação intestinal em pacientes hospitalizados: prevalência e fatores associados / Jaqueline Betteloni Junqueira. São Paulo, 2017.

190 p.

Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Vera Lúcia Conceição de Gouveia Santos
Área de concentração: Enfermagem na Saúde do Adulto

1. Incontinência urinária. 2. Incontinência fecal.
3. Constipação. 4. Epidemiologia. 5. Prevalência. 6. Estudos transversais. 7. Enfermagem em estomaterapia. I. Título.

Nome: Jaqueline Betteloni Junqueira.

Título: Incontinências Urinária e Fecal e Constipação Intestinal em pacientes hospitalizados: prevalência e fatores associados.

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

Aprovado em: ____/____/____

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Dedicatória

Dedico a minha dissertação aos meus queridos pais Nelson e Roseli que, com o exemplo, me ensinaram o valor do trabalho árduo.

Ao meu amoroso esposo Andrei, amor da minha vida, minha fonte vital de energia e inspiração.

À minha amada irmã Monise, com quem aprendi a ser mais forte e mais decidida.

Agradecimentos

Primeiramente, ao meu Deus, criador de todas as coisas, que me sustentou diante das dificuldades aparentemente intransponíveis. Obrigada, meu Pai supremo, pela possibilidade da existência no plano terrestre, ainda tão necessária ao meu adiantamento.

Ao meu mentor espiritual, companheiro de todas as horas. Obrigada pela intuição e inspiração doadas por ti. Elas foram os atalhos desta jornada.

À minha respeitada Prof^{ra}. Dr^a. Vera Lúcia Conceição de Gouveia Santos, a quem devo essa profunda experiência. Você transformou a minha vida profissional, assim como a de muitos outros jovens.

Ao meu amado esposo Andrei, que com humor e tolerância me conduziu nos dias difíceis. Você sempre será a melhor face da vida.

À minha família, meus pais e minha irmã, por todo o investimento em educação, amor e valores pra que eu me tornasse um ser humano digno.

Aos colegas de trabalho, em especial, à Fernanda Biz que me poupou o quanto pode para que fosse possível a finalização deste estudo, à Cleide e Karen pelo fundamental apoio e incentivo.

Às amigas Érika, Patrícia e Mariana que me auxiliaram na difícil tarefa de coletar os dados deste trabalho, sempre com empenho, seriedade e bom humor.

À minha amiga do peito Ana Flávia, a quem eu sempre posso recorrer.

Ao estatístico Bernardo por todo o profissionalismo, agilidade e apoio.

Agradeço, ainda, a todos aqueles não citados aqui, que contribuíram com um sorriso, uma palavra de incentivo ou um café preto. A ajuda, muitas vezes, vem daqueles de quem nem sabemos o nome.

“Por vezes sentimos que aquilo que fazemos não é senão uma gota de água no mar. Mas o mar seria menor se lhe faltasse uma gota.”

Madre Teresa de Calcutá

Junqueira JB. Incontinências urinária e fecal e constipação intestinal em pacientes hospitalizados: prevalência e fatores associados [dissertação]. São Paulo (SP), Brasil: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2017.

RESUMO

Introdução: A ocorrência das diferentes incontinências e da constipação intestinal (CI), de forma isolada ou concomitante, não é pouco frequente no ambiente hospitalar. Esses problemas de saúde ainda são pouco investigados e os estudos com pacientes hospitalizados são escassos. Conhecer sua prevalência e fatores associados em pacientes hospitalizados é necessário para promover a sensibilização dos profissionais de saúde sobre a importância dessas necessidades passíveis de intervenções durante o período da internação. **Objetivo:** Identificar e analisar a prevalência das incontinências urinária (IU) e fecal (IF), de forma isolada e combinada, e da CI e as variáveis sociodemográficas e clínicas associadas às suas ocorrências em pacientes hospitalizados. **Métodos:** Trata-se de um estudo epidemiológico, observacional, transversal, analítico e descritivo, onde a amostra do estudo foi composta de 345 pacientes adultos e idosos hospitalizados no Hospital Universitário da USP. Os dados foram coletados por meio de entrevista, exame físico e registros de prontuários, utilizando-se os seguintes instrumentos: questionário de dados Sociodemográficos e Clínicos, Características das Perdas Urinárias, International Consultation on Incontinence Questionnaire - ICIQ-SF, Hábito Intestinal na População Geral e o Índice de Incontinência Anal – IIA. A prevalência dos eventos estudados foi levantada quatro vezes (prevalência-ponto), em um único dia, nos meses de março, abril, maio e junho, sempre no mesmo dia do mês, de forma a atender o tamanho amostral para a análise dos fatores associados. Os dados foram analisados utilizando-se os testes qui-quadrado e Fisher para as variáveis categóricas, os testes t-student e Mann-Whitney para as variáveis numéricas, além de regressão logística (*forward stepwise*) para a identificação de fatores associados. **Resultados:** Obtiveram-se as seguintes prevalências: 22,9% para IU (28% para mulheres e 16,1% para homens); 7,9% para IF (9,4% para mulheres e 6% para homens); 4,7% para incontinência combinada (IC) (7,3% para mulheres e 1,4% para homens) e 14,9% para CI (15% para mulheres e 14,7% para homens). Dentre as incontinências, conseguiu-se detectar fatores associados somente para a IU: sexo feminino (OR=3,89; IC95% 1,899-7,991); idade (OR=1,03; IC95% 1,019-1,054); asma (OR=3,66; IC95% 1,302-10,290); estar em uso de laxantes (OR=3,26; IC95% 1,085-9,811); o uso de fralda no momento da avaliação (OR=2,75; IC95% 1,096-6,908); o uso de fralda em casa (OR=10,29; IC95% 1,839-57,606) e o uso de fralda em algum momento da internação (OR=6,74; IC95% 0,496-91,834). Especificamente para o sexo feminino, as variáveis associadas à IU foram: idade (OR=1,03; IC95% 1,017-1,056); Diabetes Mellitus (OR=2,59; IC95% 1,039-6,489); asma (OR=4,92; IC95% 1,460-16,588) e número de partos (OR=1,27; IC95% 1,064-1,522). Os fatores que apresentaram associação com a CI foram: anos de estudo (OR=0,91; IC95% 0,856-0,985) e estar em uso de laxantes (OR=8,08; IC95% 3,387-19,282). Conclusão: Os valores de prevalência encontrados no presente estudo, assim como os fatores associados, foram similares aos achados de estudos epidemiológicos nacionais e internacionais realizados com população geral, porém distintos daqueles oriundos da escassa literatura internacional existente sobre o tema para adultos e idosos hospitalizados. Estudos longitudinais fazem-se necessários para a confirmação das relações encontradas entre as variáveis estudadas, contribuindo para o diagnóstico mais acurado da causalidade dessas condições e, portanto, o estabelecimento de medidas mais eficazes de prevenção e tratamento das incontinências e da CI no cenário hospitalar.

Palavras-chave: Incontinência urinária. Incontinência fecal. Constipação intestinal. Epidemiologia. Prevalência. Estudos transversais. Enfermagem. Estomaterapia.

Junqueira JB. Urinary and fecal incontinence and intestinal constipation in hospitalized patients: prevalence and associated factors [dissertation]. São Paulo (SP), Brazil: Nursing School, University of São Paulo; 2017.

ABSTRACT

Introduction: The occurrence of different incontinences and intestinal constipation (IC), alone or concomitantly, is not uncommon in the hospital setting. These health problems are still poorly investigated and studies of inpatients are scarce. Knowing their prevalence and associated factors in hospitalized patients is necessary to promote the awareness of health professionals about the importance of these possible interventional needs during the period of hospitalization. **Objective:** To identify and to analyze the prevalence of urinary (UI) and fecal incontinence (FI), in an isolated and combined manner, and IC, and sociodemographic and clinical variables associated with their occurrences in hospitalized patients. **Methods:** This is an observational, cross-sectional, analytical and descriptive epidemiological study, where the study sample consisted of 345 adult and elderly patients hospitalized at University Hospital of USP. The data were collected through interviews, physical examination and medical records, using the following instruments: Sociodemographic and Clinical Data, Characteristics of Urinary Loss, International Consultation on Incontinence Questionnaire - ICIQ-SF, Intestinal Habit of the General Population and the Anal Incontinence Index - IIA. The prevalence of the events studied was raised four times (point-prevalence) in a single day in March, April, May and June, always on the same day of each month, in order to meet the sample size for the analysis of the factors associated. Data were analyzed using chi-square and Fisher tests for categorical variables, t-student and Mann-Whitney tests for numerical variables, and logistic regression for the identification of associated factors. **Results:** The following prevalences were obtained: 22.9% for UI (28% for women and 16.1% for men); 7.9% for FI (9.4% for women and 6% for men); 4.7% for combined incontinence (CI) (7.3% for women and 1.4% for men) and 14.9% for IC (15% for women and 14.7% for men). Among the incontinences, it was possible to detect factors associated only for UI: female gender (OR=3.89; IC95% 1,899-7,991); age (OR=1.03; IC95% 1.019-1.054); asthma (OR=3.66; IC95% 1.302-10.290); being in use of laxatives (OR=3.26; IC95% 1.085-9.811); The use of the diaper at the time of evaluation (OR=2.75; IC95% 1.096-6.908); The use of diapers at home (OR=10.29; IC95% 1,839-57,606) and the use of diapers at some time of hospitalization (OR=6.74; IC95% 0.496-91.834). Specifically for females, the variables associated with UI were: age (OR=1.03; IC95% 1.017-1.056); Diabetes Mellitus (OR=2.59; IC95% 1.039-6.489); asthma (OR=4.92; IC95% 1,460-16,588) and number of deliveries (OR=1.27; IC95% 1.064-1.522). The factors that showed association with IC were: years of study (OR=0,91; IC95% 0,856-0,985) and being in use of laxatives (OR=8,08; IC95% 3,387-19,282). **Conclusion:** The prevalence values found in the present study as well as the associated factors were similar to the findings of National and International epidemiological studies conducted with the general population. But they were quite different from those of the scarce existing International literature for hospitalized adults and elderly people. Longitudinal studies are necessary to confirm the relationships found between the studied variables, contributing to a more accurate diagnosis of the causality of these conditions and, therefore, the establishment of more effective measures of prevention and treatment of incontinence and IC in the hospital setting.

Keywords: Urinary incontinence. Fecal incontinence. Intestinal constipation. Epidemiology. Prevalence. Cross-sectional studies. Nursing. Wound ostomy care.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Fatores associados à incontinência urinária.	22
Quadro 2 - Fatores associados à incontinência fecal.....	25
Quadro 3 - Fatores associados à incontinência combinada.....	27
Quadro 4 - Fatores associados à constipação intestinal.	30
Quadro 5 - Variáveis independentes selecionadas para as análises de associação com IU, IF, IC e CI.	45
Quadro 6 - Questões definidoras de IU, IF e CI presentes no questionário de dados Sociodemográficos e Clínicos utilizadas para a captação de IU, IF e CI.....	53
Quadro 7 - Caracterização da incontinência urinária, segundo instrumentos Características das Perdas Urinárias e ICIQ-SF. São Paulo, 2016.....	68
Quadro 8 - Caracterização da incontinência fecal, segundo instrumento Hábito Intestinal na População Geral e Índice de Incontinência Anal -IIA. São Paulo, 2016.....	82
Quadro 9 - Caracterização da constipação intestinal, segundo o instrumento Hábito Intestinal na População Geral (*adaptado). São Paulo, 2016.....	102

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Fluxograma de seleção da amostra.	43
Figura 2 - Distribuição dos pacientes por dia de coleta de dados. São Paulo, 2016.	43
Figura 3 - Fluxograma de Coleta de dados. São Paulo, 2016.....	50
Figura 4 - Prevalência pontual de incontinência urinária, segundo meses de coleta de dados. São Paulo, 2016.	67
Figura 5 - Prevalência de incontinência urinária, segundo número de partos. São Paulo, 2016.	80
Figura 6 - Prevalência pontual de incontinência fecal, segundo meses de coleta de dados. São Paulo, 2016.	81
Figura 7 - Prevalência pontual de incontinência combinada, segundo meses de coleta de dados. São Paulo, 2016.	92
Figura 8 - Prevalência pontual de constipação intestinal, segundo meses de coleta de dados. São Paulo, 2016.	101

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Caracterização sociodemográfica da amostra. São Paulo, 2016.	58
Tabela 2 - Caracterização clínica da amostra. São Paulo, 2016.	61
Tabela 3 - Caracterização clínica da amostra, segundo o sexo. São Paulo, 2016.	65
Tabela 4 - Variáveis categóricas de acordo com a presença ou ausência de incontinência urinária. São Paulo, 2016.	72
Tabela 5 - Variáveis numéricas de acordo com a presença ou ausência da incontinência urinária. São Paulo, 2016.	78
Tabela 6 - Variáveis associadas à presença de incontinência urinária. São Paulo, 2016.	79
Tabela 7 - Variáveis associadas à presença de incontinência urinária em mulheres. São Paulo, 2016.	80
Tabela 8 - Variáveis categóricas de acordo com a presença ou ausência de incontinência fecal. São Paulo, 2016.	85
Tabela 9 - Variáveis numéricas de acordo com a presença ou ausência de incontinência fecal. São Paulo, 2016.	91
Tabela 10 - Variáveis categóricas de acordo com a presença ou ausência de incontinência combinada. São Paulo, 2016.	93
Tabela 11 - Variáveis numéricas de acordo com a presença ou ausência de incontinência combinada. São Paulo, 2016.	99
Tabela 12 - Variáveis categóricas de acordo com a presença ou ausência de constipação intestinal. São Paulo, 2016.	106
Tabela 13 - Variáveis numéricas de acordo com a presença ou ausência de constipação intestinal. São Paulo, 2016.	112
Tabela 14 - Variáveis associadas à presença de constipação intestinal. São Paulo, 2016.	113

LISTA DE SIGLAS

AVE –	Acidente Vascular Encefálico
CI –	Constipação Intestinal
CVD –	Cateter Vesical de Demora
DM–	Diabetes Mellitus
DP –	Desvio Padrão
DPOC –	Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica
EAI –	Esfíncter Anal interno
EBCF –	Escala de Bristol para Consistência de Fezes
EEUSP –	Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo
FISI –	Fecal Incontinence Severity Index
HAS –	Hipertensão Arterial Sistêmica
HU-USP-	Hospital Universitário da Universidade de São Paulo
IA –	Incontinência Anal
IC –	Incontinência Combinada
IC 95% –	Intervalo de Confiança ao nível de 95%
ICC –	Insuficiência Cardíaca Congestiva
ICIQ-SF-	International Consultation on Incontinence Questionnaire
ICS-	International Continence Society
ID –	Incontinência Dupla
IF –	Incontinência Fecal
IIA –	Índice de Incontinência Anal
IMC –	Índice de Massa Corpórea
ITU –	Infecção do Trato Urinário
IU -	Incontinência Urinária
IUE –	Incontinência Urinária de Esforço
IUM –	Incontinência Urinária Mista
IUU -	Incontinência Urinária de Urgência
NANDA I -	North American Nursing Diagnosis Association - International
QV -	Qualidade de Vida
RTUP-	Ressecção Transuretral de Próstata
SII –	Síndrome do Intestino Irritável
TCLE –	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UTI –	Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	16
2	REVISÃO DE LITERATURA	19
2.1	Conceito, Classificação e Epidemiologia das Incontinências Urinária, Anal e Combinada e da Constipação Intestinal	19
2.2	Incontinência Urinária	19
2.3	Incontinência Anal/ Fecal.....	23
2.4	Incontinência Combinada.....	26
2.5	Constipação Intestinal	27
3	JUSTIFICATIVA DO TRABALHO.....	33
4	PROBLEMAS DE PESQUISA	35
5	OBJETIVOS.....	37
5.1	Objetivo Geral	37
5.2	Objetivos Específicos	37
6	CASUÍSTICA E MÉTODOS	39
6.1	Tipo de estudo	39
6.2	Aspectos éticos.....	39
6.3	Local do estudo	39
6.4	População/ amostra	40
6.4.1	Cálculo da Amostra.....	40
6.4.2	Seleção da Amostra.....	41
6.4.2.1	Critérios de Inclusão do estudo	41
6.4.2.2	Critérios de Exclusão para investigação de Incontinência Urinária	42
6.4.2.3	Critérios de Exclusão para a investigação de Incontinência Fecal	42
6.4.2.4	Critérios de Exclusão para a investigação de Constipação Intestinal.....	42
6.5	Variáveis do estudo	44
6.5.1	Variável Dependente	44
6.5.2	Variáveis Independentes	45
6.6	Coleta de Dados	49
6.6.1	Procedimentos para a coleta de dados	49
6.6.2	Instrumentos para a coleta de dados.....	51
6.6.2.1	Questionário de dados Sociodemográficos e Clínicos (APÊNDICE B)	51
6.6.2.2	International Consultation on Incontinence Questionnaire - Short Form (ICIQ-SF) (ANEXO A)	54
6.6.2.3	Características das Perdas Urinárias (ANEXO B)	54
6.6.2.4	Índice de Incontinência Anal – IIA (ANEXO C).....	54
6.6.2.5	Hábito Intestinal na População Geral (ANEXOS D)	55
6.6.3	Análise de dados.....	56
7	RESULTADOS.....	58

7.1	Caracterização da amostra.....	58
7.1.1	Caracterização sociodemográfica da amostra	58
7.1.2	Caracterização clínica da amostra	60
7.2	Prevalência e fatores associados a Incontinência Urinária.....	67
7.2.1	Prevalência da Incontinência Urinária	67
7.2.2	Caracterização da Incontinência Urinária	67
7.2.3	Fatores associados à Incontinência Urinária	71
7.3	Prevalência e fatores associados à Incontinência Fecal	80
7.3.1	Prevalência da Incontinência Fecal	80
7.3.2	Caracterização da Incontinência Fecal	81
7.3.3	Fatores associados à Incontinência Fecal.....	85
7.4	Prevalência e fatores associados à Incontinência Combinada.....	92
7.4.1	Prevalência da Incontinência Combinada	92
7.4.2	Caracterização da Incontinência Combinada	93
7.4.3	Fatores associados à Incontinência Combinada	93
7.5	Prevalência e fatores associados à Constipação Intestinal	100
7.5.1	Prevalência da Constipação Intestinal	100
7.5.2	Caracterização da Constipação Intestinal.....	101
7.5.3	Fatores associados à Constipação Intestinal.....	106
8	DISCUSSÃO.....	115
8.1	Incontinência Urinária : prevalência, caracterização e fatores associados	115
8.2	Incontinência Fecal: prevalência, caracterização e fatores associados.....	121
8.3	Incontinência Combinada: prevalência, caracterização e fatores associados	125
8.4	Constipação Intestinal: prevalência, caracterização e fatores associados	127
9	CONCLUSÕES	131
10	CONSIDERAÇÕES FINAIS	133
11	REFERÊNCIAS	136
	APÊNDICES.....	152
	ANEXOS	163

1. Introdução

1 INTRODUÇÃO

Em tempos onde a expectativa de vida nunca foi tão longínqua e a vida produtiva tão intensa, as incontinências e a constipação intestinal causam grande impacto na qualidade de vida (QV) da população em geral, sendo a gravidade desses problemas já descrita como preditor de qualidade de vida¹.

Segundo Gomes et al (2013)², a incontinência urinária (IU) impacta negativamente no relacionamento social e sexual, provoca alterações psicoemocionais e diminuição da qualidade do sono/repouso. Os autores ainda apontam que a IU interfere diretamente nas atividades diárias das mulheres, acarretando prejuízo maior nos níveis de QV dessa população. A necessidade do uso constante de recursos de contenção, como os absorventes, torna a condição onerosa para a pessoa com tal distúrbio. Em revisão sistemática norte americana sobre os custos com a incontinência urinária de urgência (IIU), por exemplo, encontraram-se custo nacional total estimado de \$65,9 bilhões em 2007 e custos futuros de \$82,6 bilhões em 2020³.

No caso da incontinência fecal (IF), além do prejuízo social e financeiro e do impacto emocional, a perda frequente de fezes provoca lesões de pele, infecções urinárias e alterações nutricionais^{4, 5, 6}.

Assim como a IU e IF, a constipação intestinal (CI) é outra condição que predispõe o indivíduo à pior QV. Estudo multicêntrico que avaliou o impacto da CI na QV de 2870 indivíduos em sete países, dentre eles o Brasil, constatou que a QV é pior em constipados comparativamente aos não constipados, com maior impacto também em mulheres. Os brasileiros foram os mais afetados com relação à função social e à percepção geral de sua saúde⁷.

Apesar de sua relevância, as IU, IF e CI ainda são sub-relatadas pelas pessoas em consulta profissional. Isso acontece porque o tema é gerador de sentimentos de vergonha e constrangimento^{8,6,9}, além do vínculo à crença de que são acometimentos naturais decorrentes de eventos como a gestação, o parto e o envelhecimento¹⁰. Essas condições predispoem à baixa autoestima e são, muitas vezes, consideradas como ameaça social, o que incentiva o desenvolvimento de medidas adaptativas como o uso de absorventes, idas ao banheiro em curtos intervalos, uso de roupas escuras ou uso indiscriminado de laxativos ao invés da busca por ajuda profissional^{11,12}. O sub-relato ainda ocorre, pois os profissionais de saúde não investigam essas

questões rotineiramente durante o atendimento, por não as reconhecerem como moléstias graves e impactantes na qualidade de vida.

Estudo randomizado, realizado através de questionários postais na França, Alemanha, Espanha e Inglaterra, constatou que somente 31% das mulheres com IU já tinham procurado por ajuda profissional, sendo que as prevalências parciais encontradas na França e na Alemanha foram maiores que na Espanha e na Inglaterra¹³. Em estudo de Buhmann e Noccito (2014)¹⁴, cerca de 8% da população adulta sofre de IF, mas apenas um terço consulta um médico. No Irã, apenas 50% das mulheres com IF procuraram aconselhamento médico e 77,4% sentiam vergonha em consultá-lo¹⁵. O desejo do tratamento medicamentoso e o compartilhamento do problema com seus pares foram apontados como fatores preditores para a busca da ajuda médica¹³.

Muitas vezes, a internação hospitalar é o momento onde o profissional identifica a presença das IU, IF e CI, que podem ser prévias ou desencadeadas pela internação, podendo, então, intervir e orientar o paciente e o cuidador a respeito do tratamento e do manejo de tais condições dentro e fora da instituição. O profissional de saúde deve estar atento à ocorrência destes eventos e comprometido em ajudar a resgatar a autoestima e as relações pessoais, físicas e sociais dos indivíduos acometidos, restabelecendo a sua qualidade de vida¹⁶.

No âmbito hospitalar, as IU, IF e CI configuram-se como questões relevantes no planejamento da assistência de enfermagem, já que são frequentemente consideradas na classificação da complexidade de cuidado do paciente e no dimensionamento de pessoal¹⁷. Além disso, são necessidades previstas na classificação *International Nursing Diagnoses: Definitions and Classification* – NANDA, que possibilita a implementação de atividades específicas voltadas ao cuidado com a pele, à necessidade de higiene íntima frequente, à prevenção de problemas secundários como a impactação fecal e a educação em saúde do cuidador ou do paciente para o autocuidado¹⁸.

O entendimento da epidemiologia das IU, IF e CI e de seus potenciais fatores associados, causais ou de proteção, tem sido alvo de investigação da comunidade científica nacional e internacional sendo fundamentais para o desenvolvimento de abordagens para a prevenção primária e secundária dessas condições. No entanto, esses estudos ainda são escassos no cenário hospitalar.

2. Revisão de Literatura

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 CONCEITO, CLASSIFICAÇÃO E EPIDEMIOLOGIA DAS INCONTINÊNCIAS URINÁRIA, ANAL E COMBINADA E DA CONSTIPAÇÃO INTESTINAL

Por se tratar de objetos de estudo distintos, o conceito, a classificação e a epidemiologia são explanados separadamente por condição.

2.2 INCONTINÊNCIA URINÁRIA

A *International Continence Society* (ICS) define a incontinência urinária (IU) como “queixa de perda involuntária de urina”¹⁹, classificando-a como:

- Incontinência urinária de esforço (IUE): queixa de perda involuntária de urina no esforço ou durante atividade física (por exemplo, atividades esportivas), ou ao tossir ou espirrar;
- Incontinência urinária de urgência (IUU): é a queixa de perda involuntária de urina associada à urgência;
- Incontinência urinária mista (IUM): é a queixa de perda involuntária de urina, associada à urgência e também com exercícios, esforços, espirros e tosse;
- Enurese noturna: queixa de perda involuntária de urina durante o sono;
- Incontinência urinária contínua: é a queixa de perda involuntária contínua de urina;
- Incontinência urinária invisível: é a queixa de perda involuntária de urina em que não se tem consciência de como ocorreu;
- Incontinência urinária postural: é a queixa de perda involuntária de urina associada à alteração da posição do corpo;
- Incontinência coital: queixa de perda involuntária de urina durante o ato sexual.

A literatura dispõe de um número muito superior de publicações acerca da prevalência da IU comparativamente àquelas referentes à IF e à CI, sendo uma condição mais prevalente em mulheres do que em homens na população geral^{20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28}.

Os estudos internacionais apontam para prevalência geral de UI que varia de 8,2% a 26,8% (13% a 38,7% para mulheres e 2,9 a 10,5% para homens)^{29, 30, 31, 20, 32, 33, 34, 35}. e parciais de 1,15% a 6,5% para IUU (1,15% a 8,2% para mulheres e 1,15% a 4,5% para homens), 3,2% a 14,1% para IUE (5,1% a 21,2% para mulheres e 0,49% a 3,9% para homens) e 1,2% a 5,6% para IUM (1,26% a 9% para mulheres e 0,8% a 1,26% para homens)^{33, 31, 32, 36, 20, 34}.

Para a população idosa, os estudos internacionais apontam prevalências de UI que chegam 63% (19,8% a 38% para as mulheres e 6,4% a 17% para os homens). A IUE foi encontrada com valores muito maiores em mulheres do que em homens (37,8% e 3,1% respectivamente), enquanto a distribuição da IUU foi similar entre os grupos^{37, 25, 38, 39, 34}.

Estima-se que 3,3 milhões de canadenses sofrem de algum tipo de incontinência, condição tão prevalente que já está associada aos significativos custos econômicos com saúde²⁴.

Estudos populacionais brasileiros apontam para prevalência de IU que varia de 10,7% a 20,1% na população geral, sendo mais prevalente entre as mulheres (15,6% a 32,9%) do que em homens (3,7% a 6,2%)^{22, 26, 40}. Em estudo epidemiológico realizado com 657 pessoas de uma comunidade atendida pelo Programa Saúde da Família em São Paulo, a IU estava presente em 10,7% da população, sendo que 50,7% apresentavam-na de maneira esporádica e 74,3% mediante esforços moderados; 93% acordavam durante a noite para urinar e 43,7 % mantinham a continência até o banheiro; 63,4 % tiveram perdas e 77,5% não relataram uso de qualquer recurso de contenção²⁶.

Para os idosos da comunidade, no Brasil, essa prevalência chega a 29,4% (36,3% para as mulheres e 17% para os homens), sendo de até 45,1% em maiores de 80 anos³⁷. Em outro estudo populacional⁴⁰, acerca das condições de vida e saúde de idosos (60 anos e mais) residentes em sete países da América Latina e Caribe, dentre os quais, o Brasil, as prevalências auto referidas de IU foram 11,8% entre os homens e 26,2% entre as mulheres, no município de São Paulo. Investigando apenas mulheres no município de Botucatu (interior do Estado de São Paulo), Amaro et al. (2009)⁴¹ constataram prevalência de 27%, prevalecendo a IUM (58% dos casos).

Prevalências mais elevadas também foram encontradas em estudos com mulheres grávidas, em que as estimativas variaram de 10,4 a 71,11% a depender do trimestre da gestação, sendo mais frequente nas últimas semanas^{42, 43}, e atingindo 33% três meses após o parto^{44, 45}. A IUE é o subtipo de incontinência mais frequente entre as gestantes (41%)⁴⁶.

Alguns estudos apontam o parto cesáreo ao invés do vaginal como fator protetor para IU^{47, 48}, enquanto outros não encontraram diferenças estatisticamente significativas entre os

grupos^{45, 49}. Discussões acerca do parto cesáreo versus parto vaginal para a prevenção de IU são ainda contraditórias. Em estudo realizado na cidade de Bergen, na Noruega, com 5599 puérperas, todas primíparas, 17,1 % relataram a perda de urina seis meses após o parto. As mulheres que tiveram partos vaginais eram mais propensas a ter IU do que as mulheres que tiveram partos cesáreos (OR=4,96 [IC95% 3,82-6,44], $P < 0,001$). O risco de IU aumenta na vigência de laceração perineal⁵⁰. Amaro et al.⁴¹ constataram elevada predominância de parto cesáreo entre as puérperas continentais comparativamente àquelas com parto vaginal. O estudo não mostrou número de gestações muito discrepante entre mulheres continentais (91%) e incontinentes (80%). Barbosa et al. (2013)⁵¹ também compararam os coeficientes de prevalência de IU entre mulheres que realizaram parto via vaginal e cesáreo. Dois anos após o parto vaginal e a cesárea, as prevalências de IU foram 17% e 18,9% respectivamente, não sendo a cesárea considerada fator de proteção para IU. O único fator de risco encontrado no estudo para disfunção muscular do assoalho pélvico foi o ganho de peso durante a gestação, sendo que o Índice de Massa Corpórea (IMC) inferior a 25 foi considerado fator de proteção para IU. A presença de IU na gestação aumentou o risco de desenvolvimento de IU dois anos após o parto⁵¹.

Existem poucos estudos que investigaram a prevalência de IU em pessoas hospitalizadas. Assim, um estudo internacional recente de Clerencia-Sierra et al. (2015)⁵², com 924 pacientes idosos hospitalizados, constatou que a UI estava entre os dez problemas de saúde mais frequentes em ambos os sexos, com prevalência geral de 80% (84,76% para mulheres e 73,9% para homens), superiores à de comorbidades com ampla distribuição como a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e o Diabetes Mellitus (DM) tipo 2. Em estudo nacional mais antigo, realizado por Silva e Santos (2005)⁵³, com 77 adultos e idosos hospitalizados no Hospital Universitário da Universidade de São Paulo (HU-USP), houve prevalência total de 35% de IU e parciais de 48%, 37% e 22% nas Clínicas Cirúrgica, Obstétrica e Médica, respectivamente⁵³. Em estudo internacional com 2765 pacientes ambulatoriais, encontrou-se prevalência geral de 12,0%, sendo a IUE a mais frequente (4,5%) seguida da IUU (3,1%) e IUM (1,2)³⁵. No contexto hospitalar correlações estatisticamente significativas foram verificadas entre a prevalência de IU e disúria, infecções urinárias, tempo de internação e sexo masculino⁵³.

Nos estudos levantados, sexo feminino, idade avançada, baixa escolaridade, raça/etnia, DM tipo 2, HAS, Acidente Vascular Encefálico (AVE), obesidade, asma, tosse crônica, doenças neurológicas, depressão, polifarmácia, tabagismo, diarreia, constipação, incontinência fecal, Infecção do Trato Urinário (ITU) de repetição e limitação funcional foram os fatores mais

fortemente associados à presença de IU^{22, 25, 37, 54, 35, 30, 42, 38, 55, 20, 34, 39}. Como se pode verificar, a IU é mais frequente entre as mulheres, o que tem sido ratificado na maioria dos estudos. No entanto, em um dos estudos⁵³, correlações estatisticamente significativas foram verificadas entre prevalência de IU e sexo masculino. Entre as mulheres, idade avançada, ITU de repetição, menopausa, gestação, multiparidade, parto vaginal, cirurgia ginecológica (incluindo histerectomia) e a cistocele são considerados fatores associados ao desenvolvimento de IU^{22, 26, 40, 48, 50, 41, 45, 47, 46, 56, 44, 42, 55, 39, 25, 54}. Para os homens, a prevalência de IU aumenta progressivamente com a idade e pode ser maior entre aqueles que se encontram em ambientes de cuidados prolongados⁵⁷. Homens submetidos à prostatectomia apresentam maior risco para IU^{34, 58}. Essa tende a ser mais grave imediatamente após a cirurgia, apresentando melhora ao longo do tempo. Ressecção Transuretral da Próstata (RTUP) está associada com incidência relativamente baixa de IU (aproximadamente 1%). No entanto, a prostatectomia radical acarreta um risco muito maior para o desenvolvimento de IU, com prevalências auto referidas que variam de 8% a 56% um ano após a cirurgia^{59, 60, 61}. Os fatores de risco para IU mencionados acima encontram-se sumarizados no Quadro 1.

Quadro 1 - Fatores associados à incontinência urinária.

(continua)

Sexo feminino ^{37, 54, 35}	Tabagismo ⁵⁵
Idade avançada ^{30, 25, 54}	Diarreia ²⁵
Baixa escolaridade ^{37, 30, 42}	Constipação ³⁵
Raça/etnia ^{42, 34}	Incontinência Fecal ^{35, 38}
DM tipo 2 ^{38, 55, 54, 34, 22}	ITU de repetição ²²
HAS ⁵⁵	Menopausa ^{55, 34}
AVE ^{37, 34, 35, 22}	Gestação ^{42, 56, 44, 45, 46}

(continuação)

Obesidade ^{38, 55, 42, 39, 54}	Multiparidade ^{42, 55, 39, 25, 54}
Asma ^{37, 30, 55}	Parto vaginal ^{42, 47, 48, 50, 41}
Tosse crônica ³⁵	Cirurgia ginecológica (histerectomia) ²⁵
Doenças Neurológicas ³⁵	Cistocele ²²
Depressão ²⁵	Prostatectomia radical ^{58, 59, 60, 61, 34}
Polifarmácia ³⁷	Limitação Funcional ^{37, 34}

(conclusão)

2.3 INCONTINÊNCIA ANAL/ FECAL

A ICS¹⁹ define a incontinência anal (IA) como “a queixa de perda involuntária de fezes e/ou flatos” e a incontinência fecal (IF) como “a queixa de perda involuntária de fezes sólidas ou líquidas”, subdividindo-as em:

- Incontinência fecal passiva: perda contínua de fezes sem a sensação ou vontade de evacuar;
- Incontinência fecal coital: que ocorre durante a relação sexual vaginal.
- Existem ainda algumas definições para os sintomas de disfunção anorretal como:
- Incontinência flatal: queixa de perda involuntária de flatos;
- Incontinência fecal de urgência: forte desejo de defecar com dificuldade de adiamento;
- Incontinência flatal de urgência: perda involuntária de flatos associada à urgência.

Além da ICS, a Classificação dos Critérios Diagnósticos de Roma III para os Distúrbios Gastrointestinais Funcionais (DIF) inclui o diagnóstico “Incontinência fecal funcional”, definida como “eliminação recorrente e descontrolada de material fecal em indivíduo com desenvolvimento correspondente a, pelo menos, quatro anos de idade, associada a um ou mais dos itens a seguir: funcionamento anormal dos músculos esfínterianos, normalmente enervados e estruturalmente intactos; discreta anormalidade estrutural e/ou inervação da musculatura esfínteriana; hábito intestinal normal ou alterado (por exemplo, retenção fecal ou diarreia) e causas psicológicas.” Para essa classificação, é preciso excluir as anormalidades estruturais ou neurogênicas como causas da incontinência⁶².

Existem inúmeros sistemas internacionais de classificação da gravidade da IF ou da IA, sendo os mais comuns o *Pescatori Incontinence Score*, o *St Marks (Vaizey) Incontinence Score* e o *Fecal Incontinence Severity Index (FISI)*. Além destes, há ainda o *Wexner (Cleveland Clinic Florida) Incontinence Score System*, proposto por Jorge e Wexner⁶³ em 1993, conhecido no Brasil como Índice de Incontinência Anal (IIA). Tal instrumento consiste em uma escala que inclui os itens *característica da perda* (sólida, líquida e gás), *o uso de protetores de vestes* e a *alteração na QV*, com subescores que variam de zero a quatro, a depender da frequência com que o item ocorre. O escore final varia de zero (completa continência) a 20 (franca incontinência), sendo que as faixas de 1 a 7, 8 a 13 e 14 a 20 correspondem às classificações incontinência leve, moderada e grave, respectivamente⁶³.

Em estudos internacionais de base populacional, a prevalência geral de IF encontrada variou de 6,4% a 15,3%, sendo de 6,4% a 17,7% para mulheres e de 3% a 12,6% para os homens^{64, 65, 66, 34}.

Em estudos internacionais com população de 50 anos ou mais, a IF teve prevalência geral de 4% a 10,4%, sendo de 4% a 8,2% para as mulheres e de 6,4% a 8,4% para os homens^{38, 67, 25}. Já em casas de repouso, as prevalências são ainda maiores, variando de 40 a 57,1% devido à idade avançada dos institucionalizados^{68, 69}. Essa amplitude pode ser explicada, em parte, pelo fato de a IF ser um desdobramento do comprometimento funcional e da demência, razões mais comuns para a institucionalização do idoso^{70, 68, 69}.

No Brasil, alguns poucos estudos populacionais foram desenvolvidos. Santos e Santos (2011)¹⁰ realizaram estudo com 519 adultos moradores na área urbana da cidade de Pouso Alegre, Minas Gerais, por meio de amostragem estratificada por conglomerado. Detectaram prevalência de 7,0% para IA, tanto geral como para homens e mulheres¹⁰. Outro estudo de base populacional realizado em Londrina, Paraná, encontrou prevalência de IF de 3,6% (4% para mulheres e 3% para homens), sendo que 70,1% dos participantes apresentavam incontinência para fezes líquidas⁷¹.

Em estudo realizado com pacientes internados em hospitais australianos, a prevalência global de IF foi de 6,5%, chegando a 24,4% em pacientes críticos⁷². Os fatores associados à IF no contexto hospitalar segundo o estudo foram: sexo feminino, idade avançada, baixo IMC, diagnósticos de internação como demência e lesão raquimedular, lesão por pressão estágio 1 e limitação funcional⁷². Não foram encontrados estudos nacionais sobre a prevalência de IA/IF em pacientes hospitalizados.

Os estudos populacionais nacionais apontam idade, presença de fissura anal, cirurgias uroginecológicas e anorretais, doenças neurológicas, AVE, diarreia, constipação, doença hemorroidária, multiparidade, prolapso uterino e cistocele como fatores associados à presença de IA^{71, 10}.

Os estudos internacionais destacam sexo feminino, idade avançada, raça/etnia, DM tipo 2, obesidade, doenças neurológicas, demência/ déficit cognitivo, depressão, doença inflamatória intestinal, múltiplas comorbidades, tabagismo, diarreia, incontinência urinária, cirurgia anorretal, desnutrição, mobilidade reduzida, limitação funcional e radioterapia pélvica ou abdominal como importantes fatores associados ao desenvolvimento de IF^{68, 69, 66, 38, 65, 43, 72, 25, 67, 73, 34, 64, 74, 75, 76, 77}. Os estudos internacionais apontam ainda que para as mulheres idade avançada, retocele, cirurgia ginecológica (incluindo histerectomia), a gestação e a multiparidade são importantes fatores associados à IF^{66, 25, 73, 34, 65}.

Estudos sobre IF no período pós-parto identificaram lesão do esfíncter anal ocasionada durante o parto como uma das principais causas de IF em mulheres jovens^{76, 77, 75}.

Os fatores de risco para IF mencionados acima encontram-se sumarizados no Quadro 2.

Quadro 2 - Fatores associados à incontinência fecal.

(continua)

Sexo feminino ^{38, 65, 43, 72}	Incontinência urinária ^{73, 66, 68, 69, 65}
Idade avançada ^{25, 67, 43, 72, 66}	Doença Hemorroidária ¹⁰
Raça/Etnia ³⁸	Cirurgia anorretal ^{74, 71}
DM tipo 2 ^{38, 73}	Lesão de esfíncter anal durante o parto ^{75, 76, 77}
Obesidade ³⁴	Cirurgia ginecológica (histerectomia) ^{25, 71}
Doenças neurológicas ^{73, 34, 71}	Gestação ⁷³
AVE ⁷¹	Multiparidade ^{25, 34, 10}
Depressão ^{25, 64}	Cistocele ¹⁰
Doença Inflamatória intestinal ⁴	Limitação funcional ^{73, 72}
Tabagismo ⁷³	Desnutrição ⁷²
Diarreia ^{25, 67, 4, 71, 65, 66, 69}	Radioterapia pélvica ou abdominal ^{75, 65}
Constipação ^{4, 71}	Lesão raquimedular ⁷²

(continuação)

Lesão por pressão estágio 1 ⁷²	Múltiplas comorbidades ^{66, 68}
Demência/déficit cognitivo ^{68, 69}	Mobilidade reduzida ⁶⁸
Retoceles ⁶⁵	

(conclusão)

2.4 INCONTINÊNCIA COMBINADA

Sabe-se que muitos fatores causais associados à gênese da IF e IU são comuns para ambas e, portanto, a ocorrência simultânea dessas incontínências é comum, denominando-se *Incontinência Dupla (ID)* ou *Combinada (IC)*⁷⁸. A IC é considerada a extrema manifestação de disfunção do assoalho pélvico^{38, 79, 78, 80, 81}.

São poucos os estudos internacionais sobre IC na população geral. Estima-se que sua prevalência na comunidade ocorre entre 2,5% a 14,5%^{38, 79, 78, 80, 81}. Em estudo com população com 50 anos ou mais, a prevalência de IC foi de 6% para mulheres e 1,9% para homens²⁵.

Assim como na literatura internacional, também entre as publicações científicas brasileiras encontra-se reduzido número de estudos sobre a IC. Em estudo realizado por Santos e Santos (2011)²² com a população de Pouso Alegre, Minas Gerais, encontrou-se prevalência geral auto referida de 3%, sendo 5% para mulheres e 1% para homens, enquanto que Amaro et al. (2009)⁴¹ constataram 2% de IC em mulheres residentes em Botucatu.

A IC é citada principalmente em estudos com mulheres. Meschia et al. (2002)⁸² relataram que 24% das 881 mulheres com IU participantes de sua pesquisa também tinham IA. No Reino Unido, a associação de ambas as incontínências estava presente em 8,4% das mulheres que faziam tratamento em uma clínica de ginecologia na cidade de Newport. O avanço da idade nas mulheres foi associado ao aumento da prevalência da IC⁸³.

Estudo secundário³⁸, que utilizou dados de um estudo de coorte desenvolvido com enfermeiras, encontrou prevalência de IF superior no grupo com IU comparativamente ao grupo sem a condição prévia (16% e 8%, respectivamente) e a IU era 1,5 vez mais comum em mulheres com IF. No momento da avaliação transversal, as participantes tinham entre 62 e 87 anos²⁵.

No estudo de Hatem et al. (2007)⁸⁴, realizado com 2492 mulheres primíparas, seis meses após o parto, a prevalência da IC chegou a 10,4%.

No contexto hospitalar, estudo realizado com 9861 pacientes em 227 hospitais australianos encontrou prevalência global de 5,2% de IC, chegando a 18,9% entre pacientes de Unidade de Terapia Intensiva (UTI). Os fatores associados à IC no contexto hospitalar foram demência e presença de lesão raquimedular⁷².

Os estudos nacionais e internacionais sobre a combinação das incontinências urinária e fecal mostram sexo feminino, idade avançada, raça/etnia, depressão e diarreia como alguns dos fatores mais importantes no desenvolvimento da IC e não se distinguem dos fatores associados às suas manifestações quando ocorrem isoladamente^{25, 72, 38, 10}. Esses fatores provocam o enfraquecimento das estruturas pélvicas, músculos e ligamentos, que funcionam como uma rede de sustentação dos órgãos abdominais e pélvicos, ocasionando as incontinências⁶³. Para o grupo de mulheres, outros fatores ganham importância na manifestação da IC, tais como: multiparidade e histerectomia^{38, 25}.

Os fatores de risco para IC mencionados acima encontram-se sumarizados no Quadro 3.

Quadro 3 - Fatores associados à incontinência combinada.

Sexo feminino ^{25, 72, 10}	Diarreia ²⁵
Idade avançada ²⁵	Multiparidade ^{38, 25}
Raça/etnia ^{38, 25}	Histerectomia ²⁵
Demência ⁷²	Desnutrição ⁷²
Depressão ^{25, 38}	Limitação funcional ^{38, 72}
Lesão raquimedular ⁷²	

2.5 CONSTIPAÇÃO INTESTINAL

A constipação intestinal (CI) é um sintoma e não uma doença e, na maioria dos casos, é causada por distúrbios fisiológicos e não estruturais do intestino.

Baseada nos Critérios de Roma III, a ICS define a CI como “a ocorrência de movimentos intestinais infrequentes e/ou incompletos e/ou quando há a necessidade de esforço frequente ou assistência manual para defecar”^{19, 62}.

A CI é controversa quanto à sua definição, devido à dificuldade em determinar o que é considerado um hábito intestinal saudável. A frequência evacuatória com três ou mais evacuações por semana é o parâmetro mais utilizado para estabelecer o padrão intestinal

normal, porém, após a publicação dos Critérios de Roma, no final da década de 80, outros fatores vêm sendo incorporados à caracterização do hábito intestinal como o esforço evacuatório, a consistência das fezes e o esvaziamento retal⁶².

A CI tem sido classificada como Distúrbios Gastrointestinais Funcionais, de acordo com os Critérios de Roma III⁶². Esse consenso teve sua primeira versão publicada em 1988 e destinou-se à classificação das disfunções do aparelho gastrointestinal baseada em sintomas clínicos. Segundo os Critérios de Roma III, para o diagnóstico de CI funcional, o quadro deve preencher dois ou mais dos seguintes critérios:

- esforço evacuatório durante, pelo menos, 25% das defecações;
- fezes grumosas ou duras em, pelo menos, 25% das defecações;
- sensação de evacuação incompleta em, pelo menos, 25% das defecações;
- sensação de obstrução/bloqueio anorretal das fezes em, pelo menos, 25% das defecações;
- manobras manuais para facilitar, pelo menos, 25% das defecações (por exemplo, evacuação com ajuda digital, apoio do assoalho pélvico);
- menos de três evacuações por semana.

Esses critérios devem estar presentes nos últimos três meses com início dos sintomas há, pelo menos, seis meses antes do diagnóstico.

Além dos Critérios de Roma, existem alguns instrumentos úteis para auxiliar no estudo e qualificação da CI como a Escala de Bristol para Consistência de Fezes - EBCF (*Bristol Stool Form Scale*), desenvolvida e validada por Lewis e Heaton (1997)⁸⁵, já adaptada culturalmente e validada no Brasil⁸⁶. Seu objetivo é avaliar, de maneira descritiva, a forma do conteúdo fecal, utilizando métodos gráficos que representam sete tipos de fezes, de acordo com sua forma e consistência⁸⁵. A escala identifica sete categorias, incluindo duas que estão associadas à CI: tipo 1-pequenas bolinhas duras, separadas como coquinhos (difícil para sair); tipo 2- formato de linguiça encaroçada, com pequenas bolinhas grudadas; tipo 3- formato de linguiça com rachaduras na superfície; tipo 4- alongada com formato de salsicha ou cobra, lisa e macia; tipo 5 – pedaços macios e separados, com bordas bem definidas (fáceis de sair); tipo 6- massa pastosa e fofa, com bordas irregulares e tipo 7- totalmente líquida, sem pedaços sólidos^{85, 86}.

A CI ainda pode ser classificada de acordo com a sua etiologia em primária ou secundária. A CI primária é aquela provocada por desordens diretamente relacionadas ao funcionamento do intestino e são divididas em constipação com trânsito intestinal normal,

constipação com trânsito intestinal lento e disfunções anorretais. Já a CI secundária ocorre em função de outras doenças, podendo ser elas intestinais (tumores, intussuscepção retal, fissuras anais, estenoses, Doença de Chagas, Megacólon Chagásico, retoccele, Síndrome do Intestino Irritável -SII e prolapso retal), metabólicas (insuficiência renal crônica, DM, hiperparatireoidismo), neurológicas (AVE, demências, esclerose múltipla), cardíacas (insuficiência cardíaca congestiva- ICC) e psiquiátricas (depressão, distúrbios de ansiedade). A CI secundária também pode ocorrer por uso contínuo de medicações como analgésicos opióides, anticolinérgicos, antipsicóticos, anti-histamínicos, antidepressivos tricíclicos, entre outras⁸⁷.

Em revisão de literatura sobre a prevalência de CI em amostras populacionais realizada por Bharucha et al. (2013)⁸⁸, encontrou-se prevalência de 16% em adultos, atingindo a taxa de 33,5% em maiores de 60 anos. A prevalência de CI foi 1,5 vez maior em mulheres e em idosos institucionalizados⁸⁸.

Em estudo multinacional já mencionado anteriormente⁸⁹, os participantes auto referiram a constipação por entrevista realizada através de ligação telefônica. A prevalência média entre os países foi 16,2%, distribuindo-se em 14,1% na Argentina; 21,7% na Colômbia; 16,7% no Brasil; 15,2% na China; 12,9% na Indonésia e 16,7% na Coreia do Sul⁸⁹.

No Brasil, também há poucos estudos sobre a CI. Utilizando os dados obtidos por meio de inquérito domiciliar de pessoas que compuseram amostra por conglomerado, estratificada por sexo e idade, na área urbana da cidade de Londrina, no Paraná, realizaram-se duas publicações, conforme emprego ou não dos Critérios de Roma III. Utilizando tais critérios, os autores obtiveram prevalência total de 14,6%, sendo maior entre as mulheres (21,9%), comparativamente aos homens (5,3%)⁹⁰. Na segunda publicação, baseando-se somente na auto referência, os autores constataram prevalências superiores a 25,2% para a população geral, 37,2% entre as mulheres e 10,2% entre os homens⁹¹. Em outro estudo brasileiro realizado com universitários no município de São Paulo, a prevalência de CI encontrada foi de 20%⁹².

No contexto hospitalar, estudo realizado por Gau et al. (2015)⁹³ com 1076 pacientes com 65 anos ou mais admitidos em um hospital do sudeste de Ohio, encontrou-se uma prevalência de 38% de constipação entre os entrevistados⁹³. Em estudo italiano com 192 pacientes com 67 anos ou mais, a prevalência de CI encontrada foi de 34,9%⁹⁴. O primeiro estudo considerou constipado aquele que apresentasse menos de uma evacuação a cada três dias ou 0,33 evacuação por dia. O segundo estudo definiu como constipado aquele que estava em uso de medicações laxativas ou enemas uma vez por dia, mais que um dia do total de dias

internado. Os fatores associados à constipação intestinal no contexto hospitalar foram: sexo feminino, idade, tabagismo, história de déficit cognitivo, uso prévio de laxativos, diagnósticos de internação como exacerbação da doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), ICC, pneumonia e uso de medicações como anticolinérgicos, diuréticos, antibióticos, cálcio, potássio e relaxantes musculares durante a internação^{93, 94}.

Nas publicações nacionais, os fatores associados à CI foram: sexo feminino, idade avançada, baixo nível socioeconômico, doenças do sistema nervoso, AVE, trauma ou ferimento ao redor do ânus, fissura anal, fístula anal, doenças hemorroidárias e cirurgias anorretais^{90, 91}. Segundo os autores, etnia negra, idade avançada, fissura anal, a cirurgia anorretal, o trauma ou ferimento ao redor do ânus, a retocele e a doença hemorroidária destacam-se entre as mulheres como fatores associados à CI e, para os homens, idade avançada, doenças do sistema nervoso e AVE^{90, 91}.

Já os estudos internacionais apontam o sexo feminino, idade avançada (principalmente acima de 65 anos), baixa escolaridade, baixo nível socioeconômico, história familiar de constipação, DM tipo 2, obesidade, hipotireoidismo, doença renal crônica, doenças neurológicas, AVE, depressão, demência, baixo consumo de líquidos, baixo consumo de fibras, mobilidade reduzida e o estilo de vida sedentário como fatores associados à CI^{95, 96, 21, 97, 98, 99, 89,94, 100}.

Os fatores de risco para CI mencionados encontram-se sumarizados no Quadro 4.

Quadro 4 - Fatores associados à constipação intestinal.

(continua)

Sexo feminino ^{95, 96, 91, 90, 21, 93}	Demência ⁹⁸
Idade avançada ^{97, 91, 21, 93}	Trauma ou ferimento ao redor do ânus ⁹¹
Baixa escolaridade ⁹⁷	Fissura anal ^{90, 91}
Baixa nível socioeconômico ^{97, 21, 90}	Fístula ⁹¹
Etnia negra ⁹¹	Doença hemorroidária ^{90, 91}
História familiar de constipação ⁹⁷ (Mugie et al., 2011)	Prolapso Retal ^{90, 91}
DM tipo 2 ^{100, 98}	Cirurgias anorretais ^{90, 91}
Obesidade ⁹⁷	Retocele ⁹¹
Hipotireoidismo ⁹⁸	Gestação ¹⁰⁰
Doença renal crônica e distúrbios	Baixo consumo de líquidos ⁸⁹

Jaqueline Betteloni Junqueira

(continuação)

eletrolíticos⁹⁸

Doenças neurológicas^{99, 91, 98, 102}

AVE^{91, 94}

Depressão⁹⁷

Medicações (anticolinérgicos, diuréticos, antibióticos, cálcio, potássio, relaxantes musculares)⁹³

Baixo consumo de fibras¹⁰²

Mobilidade reduzida^{102, 97}

Sedentarismo⁹⁷

Diagnósticos de internação (DPOC exacerbado, ICC, Pneumonia)⁹³

(conclusão)

3. Justificativa de Trabalho

3 JUSTIFICATIVA DO TRABALHO

Os estudos epidemiológicos mostram que a ocorrência das diferentes incontinências, de forma isolada ou combinada, e da CI não é pouco frequente na população, principalmente em grupos específicos como idosos e mulheres. Como se pode constatar na revisão de literatura, os estudos epidemiológicos sobre essas condições são predominantemente de base populacional sendo escassa a literatura para o estabelecimento de um diagnóstico dos seus valores em pacientes hospitalizados.

A investigação sobre a prevalência e fatores associados às IU, IF, IC e CI em pacientes hospitalizados certamente promoverá subsídios para a sensibilização dos profissionais de saúde sobre a importância dessas necessidades passíveis de diagnóstico, prevenção e intervenção durante o período de internação. Além disso, o reconhecimento de que essas condições também existem no âmbito hospitalar pode auxiliar a equipe de enfermagem no planejamento do processo de trabalho, a partir da determinação do grau de dependência de cuidados de enfermagem do paciente e no desenvolvimento de ações específicas voltadas ao cuidar dessas pessoas. E sobretudo, a necessidade de tais estudos precede a proposição de intervenções preventivas e terapêuticas, o que justifica a importância da presente investigação.

4. Problemas de Pesquisa

4 PROBLEMAS DE PESQUISA

- Qual a prevalência das incontinências urinária e fecal, de forma isolada e combinada, e da constipação intestinal em pacientes hospitalizados?
- Quais os fatores associados à essas ocorrências em pacientes hospitalizados?

5. Objetivos

5 OBJETIVOS

5.1 OBJETIVO GERAL

- Analisar a prevalência das incontinências urinária e fecal, de forma isolada e combinada, e da CI e as variáveis sociodemográficas e clínicas associadas às suas ocorrências em pacientes hospitalizados.

5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar as características sociodemográficas e clínicas dos pacientes hospitalizados;
- Caracterizar as condições das IU e IF, isolada e combinada, e da CI de acordo com a frequência, a intensidade e a gravidade.

6. Casuística e Métodos

6 CASUÍSTICA E MÉTODOS

6.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo epidemiológico, observacional, transversal, analítico e descritivo.

6.2 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto foi inserido na Plataforma Brasil para seu envio aos Comitês de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da USP (EEUSP) e do HU-USP. Após aprovado pelos Comitês de Ética em Pesquisa da EEUSP e do HU-USP, com os respectivos CAAE 51278715.0.0000.5392 (ANEXO H) e CAAE 51278715.0.3001.0076 (ANEXO J), os dados foram coletados mediante o consentimento do paciente ou de um familiar responsável para a sua participação no estudo. Para tanto, esses foram orientados quanto aos objetivos e procedimentos da pesquisa e seu consentimento foi confirmado por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (Apêndice A) em duas vias, ficando uma com o paciente ou familiar e a outra com a pesquisadora. Utilizando-se o TCLE, assegurou-se o anonimato, o sigilo dos dados coletados e o direito de desistir de participar do estudo em qualquer momento sem penalização, conforme a Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

6.3 LOCAL DO ESTUDO

O estudo foi realizado no HU-USP, nas unidades de Clínica Médica, Clínica Cirúrgica, UTI adulto e Alojamento Conjunto.

O HU-USP é um hospital secundário, referência para a região oeste. Atende à comunidade USP (alunos, professores e trabalhadores) e à população de sua área de abrangência (regiões de Jaguaré, Vila Sônia, Rio Pequeno e Butantã). É composto de 178 leitos ativos em unidades de internação, assim distribuídos: Clínica Médica – 35 leitos, Clínica Cirúrgica - 36

leitos; Pediatria - 30 leitos; Alojamento Conjunto – 36 leitos; Berçário - 16 leitos; Unidade de Terapia Intensiva Adulto - 12 leitos; e Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica - 13 leitos.

Considerando-se as unidades de internação de interesse deste estudo, ou seja, aquelas destinadas a pacientes adultos ou idosos, totalizam 119 leitos.

Na instituição usada como cenário deste estudo, não há a utilização de qualquer protocolo assistencial desenvolvido especificamente para o manejo de incontinências ou da constipação. No entanto, todas as unidades de internação dispõem do sistema para a documentação eletrônica do processo de enfermagem denominado PROCEnf-USP (Peres et al., 2011), organizado segundo a estrutura das classificações da *North American Nursing Diagnosis Association - International* (NANDA-I)¹⁸. Nela encontra-se disponível um amplo conjunto de diagnósticos de enfermagem relacionados às incontinências e à CI: incontinência intestinal, incontinência urinária de esforço, incontinência urinária de urgência, incontinência urinária funcional, incontinência urinária por transbordamento, incontinência urinária reflexa, incontinência urinária total, constipação intestinal, constipação percebida e risco de constipação intestinal. Para cada diagnóstico de enfermagem elencado, o sistema oferece uma gama de possíveis resultados, intervenções e atividades de enfermagem para aquele determinado problema. Dessa forma, apesar da ausência de protocolos assistenciais, o processo de enfermagem informatizado facilita a identificação e o manejo dos problemas em questão.

6.4 POPULAÇÃO/ AMOSTRA

A população do estudo foi constituída de todos os pacientes adultos internados no HU-USP, nas Unidades de Clínica Médica, Clínica Cirúrgica, UTI adulto e Alojamento Conjunto durante o período de coleta de dados.

A taxa média de ocupação dos leitos, nos quatro dias em que se procedeu à coleta de dados, foi de 86,13%, totalizando 410 pacientes internados.

6.4.1 Cálculo da Amostra

O cálculo da amostra do estudo baseou-se na prevalência global de 25% para qualquer uma das condições (IU, IF e CI), a partir da condição mais frequente na população, a

Jaqueline Betteloni Junqueira

incontinência urinária^{33, 31, 32, 103, 54, 34}. Dessa forma, 290 sujeitos deveriam constituir a amostra do presente estudo.

Para a estimativa do tamanho da amostra, assumiu-se margem de erro (α) de 5% e Intervalo de Confiança de 95% (IC95%), utilizando-se a seguinte fórmula:

$$n_o = \frac{Z^2 \cdot \hat{p} \cdot \hat{q}}{d^2}$$

Onde n_o é o tamanho da amostra final, Z^2 é o intervalo de confiança adotado, p é a proporção populacional de indivíduos que pertence a categoria que estamos interessados em estudar, q é a proporção populacional de indivíduos que não pertence à categoria que estamos interessados em estudar ($q = 1 - p$) e d^2 é a margem de erro adotada.

6.4.2 Seleção da Amostra

A amostra do estudo foi constituída de pacientes que atenderam os critérios de seleção descritos a seguir.

6.4.2.1 Critérios de inclusão do estudo:

- Ter idade igual ou superior a 18 anos;
- Ter condições clínicas e cognitivas, ou seja, estar consciente e orientado, para responder às questões ou estar acompanhado de informante no momento da coleta de dados*.

*Esse critério de seleção geral não se aplica à seleção de pacientes investigados para Constipação Intestinal, pois, mesmo que esteja acompanhado de informante, o paciente necessariamente precisa estar consciente e orientado para responder aos questionários específicos de Constipação Intestinal, já que contem questões que só podem ser respondidas pelo próprio indivíduo.

6.4.2.2 Critérios de Exclusão para investigação de Incontinência Urinária:

- Uso de cateter vesical de demora (CVD);
- Anúria;
- Presença de derivação urinária (nefrostomia, cistostomia, vesicostomia, ureteroileostomia de Bricker).

6.4.2.3 Critérios de Exclusão para a investigação de Incontinência Fecal:

- Uso de cateter retal;
- Presença de derivação intestinal (colostomia e/ou ileostomia).

6.4.2.4 Critérios de Exclusão para a investigação de Constipação Intestinal:

- Uso de cateter retal;
- Inconsciência/desorientação;
- Presença de derivação intestinal (colostomia e/ou ileostomia).

Os critérios de exclusão foram estabelecidos especificamente para a investigação de cada condição, o que permitiu que o paciente que apresentasse algum critério de exclusão para uma dada condição permanecesse no estudo para a investigação das demais condições.

Trinta e oito (9,2%) pacientes foram excluídos do estudo, devido idade menor que 18 anos (16), confusão mental sem a presença de informante (15); inconscientes sem a presença de informante (3) e recusa (4); e 27 pacientes (6,5%) não foram abordados (perdas) por motivos diversos: alta hospitalar (11), transferência para o centro cirúrgico ou obstétrico (14), realização de exames ou procedimentos (1) e transferência para outra instituição (1) (Figura 1). Assim, as amostras parciais nos meses de março, abril, maio e junho foram de 90, 83, 79 e 93 pacientes, respectivamente, totalizando amostra final de 345 pacientes (Figura 2).

Figura 1 - Fluxograma de seleção da amostra. **Figura 2** - Distribuição dos pacientes por dia de coleta de dados. São Paulo, 2016.

Do total de pacientes entrevistados, 34,5% estavam internados na Clínica Médica, 29,3% na Clínica Cirúrgica, 26,4% no Alojamento Conjunto e 9,9% na UTI. O tempo médio de internação foi de 8,44 dias (Desvio Padrão -DP=13,9).

6.5 VARIÁVEIS DO ESTUDO

6.5.1 Variável Dependente

- **Incontinência urinária (IU):** perda atual e involuntária de urina.
- **Incontinência Fecal (IF):** perda atual e involuntária de fezes sólidas ou líquidas. Neste estudo, optou-se por investigar a IF ao invés da IA, pois os instrumentos utilizados para a caracterização das perdas - Índice de Incontinência Anal (IIA) e Hábito Intestinal na População Geral- não preveem a caracterização da perda exclusiva de flatos. Portanto, para a caracterização do fenômeno foi considerado o conceito de incontinência fecal (IF), ou seja, foram considerados somente aqueles pacientes que apresentavam a perda de fezes acompanhada ou não da perda de flatos.
- **Constipação Intestinal (CI):** a ocorrência de movimentos intestinais infrequentes e/ou incompletos e/ou quando há a necessidade de esforço frequente ou assistência manual para defecar. Dois ou mais dos seguintes Critérios de Roma III devem estar presentes nos últimos três meses com início dos sintomas há, pelo menos, seis meses: esforço evacuatório durante, pelo menos, 25% das defecações; fezes grumosas ou duras em, pelo menos, 25% das defecações; sensação de evacuação incompleta em, pelo menos, 25% das defecações; sensação de obstrução/bloqueio anorretal das fezes em, pelo menos, 25% das defecações; manobras manuais para facilitar, pelo menos, 25% das defecações (por exemplo, evacuação com ajuda digital, apoio do assoalho pélvico); e menos de três evacuações por semana⁶². No presente estudo optou-se por caracterizar o hábito baseado nos últimos sete dias, adaptando-se a questão temporal dos sintomas contida nos critérios de Roma III, como será esclarecido em item 6.6.2.1.

6.5.2 Variáveis Independentes

A seleção das variáveis independentes do estudo, demográficas e clínicas, baseou-se na revisão bibliográfica e estão descritas no Quadro 5.

Quadro 5 - Variáveis independentes selecionadas para as análises de associação com IU, IF, IC e CI.

(continua)

Variável	Natureza	Categorias de resposta
Sexo	Nominal	Feminino/Masculino
Idade	Discreta	Em anos
Cor da pele	Nominal	Branca/Preto/Pardo/Amarelo
Escolaridade	Discreta	Em anos
Escolaridade	Ordinal	1.Analfabeto / 2.Ensino Fundamental / 3.Ensino Médio / 4.Ensino Superior/ 5.Pós-graduação
Ocupação	Ordinal	1.Planejamento e organização/ 2.Empresário, direção e gerência/ 3.Não qualificado na Execução/ 4.Semi-qualificado na execução/ 5.Qualificado na execução/ 6.Apoio/ 7.Não tem *
Situação empregatícia	Nominal	1.Assalariado com registro em carteira/ 2.Assalariado sem registro em carteira/ 3.Autônomo/ 4.Trabalho informal/5.Aposentado/6.Pensionista/7.Desempregado/ 8.Afastado
Renda	Contínua	Em reais
Tempo de internação	Discreta	Em dias
Diagnóstico de internação	Nominal	1.Doenças infecciosas e parasitárias/ 2. Neoplasias/ 3. Doenças do sangue ou imunológicas/ 4.Doenças endócrinas, nutricionais ou metabólicas/ 5.Transtornos mentais e comportamentais/ 6. Doença do sistema nervoso/ 7. Doenças do aparelho circulatório/ 8. Doenças do aparelho respiratório/

(continuação)

Variável	Natureza	Categorias de resposta
Diagnóstico de internação	Nominal	9. Doenças do aparelho digestivo/ 10. Doenças do aparelho geniturinário/ 11. Doenças do sistema osteomuscular e conjuntivo/ 12. Gravidez e puerpério/ 13. Lesões por envenenamento ou causa externa
HAS	Nominal	Sim/Não
DM	Nominal	Sim/Não
Insuficiência Cardíaca	Nominal	Sim/Não
AVE	Nominal	Sim/Não
Lesão Raquimedular	Nominal	Sim/Não
Esclerose Múltipla	Nominal	Sim/Não
Alzheimer	Nominal	Sim/Não
Parkinson	Nominal	Sim/Não
Demência	Nominal	Sim/Não
Depressão	Nominal	Sim/Não
Megacólon Chagásico	Nominal	Sim/Não
Síndrome do Intestino Irritável/ Doença Inflamatória Intestinal	Nominal	Sim/Não
Insônia	Nominal	Sim/Não
Asma	Nominal	Sim/Não
Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica	Nominal	Sim/Não
Obesidade	Nominal	Sim/Não

(continuação)

Variável	Natureza	Categorias de resposta
Neoplasia de Intestino	Nominal	Sim/Não
Hipotireoidismo	Nominal	Sim/Não
Doença Renal	Nominal	Sim/Não
Hepatopatia	Nominal	Sim/Não
Tabagismo	Nominal	Sim/Não/Ex-Tabagista
Etilismo	Nominal	Sim/Não/Ex-Etilista
Limitação Funcional	Nominal	Sim/Não
Fissura anal	Nominal	Sim/Não
Prolapso retal	Nominal	Sim/Não
Abscesso/Infecção anal	Nominal	Sim/Não
Trauma/Ferimento anal	Nominal	Sim/Não
Doença hemorroidária	Nominal	Sim/Não
Infecção urinária de repetição	Nominal	Sim/Não
Disúria	Nominal	Sim/Não
Diarreia	Nominal	Sim/Não
Medicações em uso	Nominal	Diuréticos/Antinflamatórios/Anti-histamínicos/Aniticolinérgicos/Opióides/Antidepressivos/Laxantes
Cirurgia anorretal	Nominal	Sim/Não
Radioterapia pélvica	Nominal	Sim/Não
Uso prévio de cateterismo vesical intermitente	Nominal	Sim/Não

(continuação)

Variável	Natureza	Categorias de resposta
Uso prévio de cateterismo vesical de demora	Nominal	Sim/Não
Uso de fralda	Nominal	1.Sim, no momento/ 2. Sim, já fazia uso em casa/ 3. Não faz uso de fralda/ 4. Já fez uso de fralda na internação, mas não usa no momento
Retocele	Nominal	Sim/Não
Cistocele	Nominal	Sim/Não
Prolapso Uterino	Nominal	Sim/Não
Número de Gestações	Intervalar	Zero/ Uma/ Duas/ Três/ Quatro/ Cinco ou mais/Nenhuma
Número de Partos	Intervalar	Zero/ Um/ Dois/ Três/ Quatro/ Cinco ou mais/Nenhum
Laceração Anal	Nominal	Sim/Não
Laceração Vaginal	Nominal	Sim/Não
Episiotomia	Nominal	Sim/Não
Menopausa	Nominal	Sim/Não
Cirurgias Uroginecológicas	Nominal	Sim/Não
Impotência sexual	Nominal	Sim/Não
Cirurgia urológica	Nominal	Sim/Não
Hiperplasia Prostática Benigna	Nominal	Sim/Não

(conclusão)

*Fonseca e Salum (1997,2000)

6.6 COLETA DE DADOS

6.6.1 Procedimentos para a coleta de dados

Após aprovação do projeto pelos Comitês de Ética de ambas as instituições (EEUSP e HU-USP), os dados foram coletados pela autora do estudo e por outros três enfermeiros sem vínculo profissional com o HU-USP. Esses foram convidados a participar do estudo, de acordo com os seguintes critérios: ser estomaterapeuta com experiência clínica na área, ter fluência na língua portuguesa e ter interesse e disponibilidade para participar da coleta de dados nos dias estipulados. Para tanto, submeteram-se a uma capacitação para a explanação sobre o projeto com ênfase na aplicação dos instrumentos de coleta. Realizou-se aplicação prática dos instrumentos com uma funcionária do hospital, que se voluntariou a responder à entrevista conduzida pela autora e registrada pelos demais coletadores. Objetivou-se verificar o nível de concordância entre as respostas dos coletadores e da autora, além do esclarecimento de dúvidas. Tendo em vista também serem especialistas em estomaterapia, obteve-se concordância total entre as respostas já com essa única atividade prática.

A coleta de dados foi realizada em quatro etapas, sendo que cada etapa aconteceu em um único dia, sempre no dia 18, nos meses de março, abril, maio e junho, começando às 7h e finalizando às 19h. A coleta de dados foi realizada nas unidades de internação, UTI adulto, Clínica Cirúrgica, Clínica Médica e Alojamento Conjunto.

Na primeira etapa (18 de março), os enfermeiros estomaterapeutas foram distribuídos aleatoriamente entre as unidades de internação, sendo que cada um deles ficou responsável pela coleta de dados do número total de internados naquela unidade. Nas etapas seguintes, houve um rodízio entre os coletadores, de forma que cada um deles passasse a coletar dados na unidade em que ainda não havia coletado.

Tendo em vista que o paciente poderia ser transferido de uma unidade à outra, durante o período da coleta de dados, principalmente da UTI para as unidades de internação, a pesquisadora disponibilizou para os coletadores listas atualizadas, organizadas por ordem alfabética, contendo os nomes dos pacientes já entrevistados, assim como daqueles pacientes recém admitidos em leitos que estavam desocupados no início da coleta de dados.

Os pacientes hospitalizados que atendiam aos critérios de inclusão foram convidados a assinar o TCLE. Somente após a assinatura do TCLE, os participantes foram entrevistados para a sua caracterização sócio-demográfica e clínica, identificação da ocorrência de incontinência

ou constipação intestinal e caracterização da gravidade das incontinências e da CI, quando presentes (Figura 3).

Figura 3 - Fluxograma de Coleta de dados. São Paulo, 2016.

A Figura 3 mostra que o paciente internado nas unidades de interesse e que preencheu os critérios de inclusão participou de uma primeira entrevista com a aplicação do questionário de dados Sociodemográficos e Clínicos (Apêndice B).

Naqueles pacientes em que a IU, IF e/ou CI foram identificadas, foi excluída a presença dos critérios específicos de exclusão para cada condição identificada através de um breve exame

físico. Confirmada a ausência destes critérios específicos, o paciente ou o informante respondeu aos instrumentos de gravidade de cada condição constatada. Importante ressaltar que a presença de algum critério de exclusão para dada condição não o excluiu do estudo para a investigação das demais condições apresentadas. A coleta de dados foi complementada pela consulta aos prontuários e registros do paciente.

6.6.2 Instrumentos para a coleta de dados

Cinco instrumentos foram utilizados para a coleta de dados: questionário de dados Sociodemográficos e Clínicos, *International Consultation on Incontinence Questionnaire - Short Form* (ICIQ-SF) (ANEXO A), Características das Perdas Urinárias (ANEXO B), Índice de Incontinência Anal (IIA) (ANEXO C) e Hábito Intestinal na População Geral (ANEXO D).

O questionário de dados Sociodemográficos e Clínicos foi utilizado para a caracterização geral da amostra, levantamento das variáveis clínicas de interesse e identificação da presença das incontinências e da constipação; ICIQ-SF e Características das Perdas Urinárias para a caracterização da gravidade da IU; Hábito Intestinal na População Geral (questões de 15-28) e Índice de Incontinência Anal - IIA para a caracterização da gravidade da IF; e Hábito Intestinal na População Geral (questões de 34-45) para a caracterização da CI.

6.6.2.1 Questionário de dados Sociodemográficos e Clínicos (APÊNDICE B)

O questionário de dados Sociodemográficos e Clínicos foi baseado naquele desenvolvido por Santos e Santos, em 2010²².

Ele é composto de três partes, sendo a primeira parte referente às variáveis sociodemográficas (sexo, idade, cor da pele, escolaridade, profissão, ocupação, número de filhos, renda familiar, situação marital, religião, etc) e a segunda parte referente às variáveis clínicas para IU, IF e CI (diagnóstico de internação, HAS, DM tipo 2, Insuficiência Cardíaca - IC, DPOC, Lesão raquimedular, Esclerose Múltipla, Alzheimer, Parkinson, demência senil, depressão, tabagismo, etilismo, obesidade, diarreia, cirurgias ginecológicas/ urológicas/ anorretais, radioterapia pélvica ou abdominal, limitação funcional, Megacólon Chagásico, Síndrome do Intestino Irritável (SII)/ Doença Inflamatória Intestinal, neoplasia de intestino/reto, hipotireoidismo, doença renal, hepatopatia, doença hemorroidária, abscesso

/infecção ao redor do ânus, trauma ou ferimento no reto/ânus, fissura anal, retocele, cistocele, prolapso retal, prolapso uterino, menopausa, gestação, tipo de parto, episiotomia, laceração anal ou de vagina, disúria, ITU de repetição, utilização prévia de dispositivos como cateter urinário de demora, cateter vesical de alívio e cateter retal, medicações em uso e uso de fralda durante a internação). A classificação da ocupação baseou-se na adaptação realizada por Salum (2000)¹⁰⁴ e Fonseca (1967)¹⁰⁵(ANEXO G).

A terceira parte consiste em perguntas baseadas nas definições de IU, IF e CI, com o objetivo de identificar os pacientes com perdas ou constipação intestinal e direcioná-los à aplicação dos instrumentos específicos, de acordo com o fluxograma de coleta de dados (Figura 3).

Tanto para a identificação de IU como IF utilizou-se uma questão elaborada com base em suas definições estabelecidas pela *Internacional Continence Society (ICS)*, considerando-se a ocorrência atual do problema como a presença da condição (Quadro 6).

No caso da CI, as perguntas definidoras foram baseadas nos critérios de Roma III, sendo considerada a presença da CI quando dois ou mais critérios fossem preenchidos, conforme preconizam os Critérios de Roma III. A rigor, segundo os critérios de Roma III, as perguntas devem ser feitas baseadas no hábito intestinal dos últimos seis meses. Porém, levantar o hábito intestinal dos últimos seis meses não traria informações específicas sobre a condição atual do indivíduo na situação de hospitalização, mesmo que já apresentasse a condição (incontinência ou constipação) previamente à internação. Isso significaria a perda das perturbações atuais no hábito intestinal provocadas pela internação, devido às mudanças de ambiente, de dieta, ao uso de medicações constipantes, etc. Desta forma, optou-se por caracterizar o hábito baseado nos últimos sete dias, adaptando-se a questão temporal dos sintomas contida nos critérios de Roma III (Quadro 6). Além disso, os pacientes foram esclarecidos quanto à exclusão de sintomas decorrentes de viroses ou doenças intestinais passageiras.

Quadro 6 - Questões definidoras de IU, IF e CI presentes no questionário de dados Sociodemográficos e Clínicos utilizadas para a captação de IU, IF e CI.

Condição	Questões definidoras	Respostas consideradas para inclusão
Incontinência Urinária	Você tem perda atual de urina (escape) contra sua vontade?	Sim
Incontinência Fecal	Você tem perda atual de fezes (escape) contra sua vontade?	Sim
Intestinal	Nos últimos sete dias com que frequência você está evacuando?	Duas vezes ou menos por semana
Constipação	Nos últimos sete dias, você precisou fazer muito esforço para evacuar (por mais de 1 ou 2 minutos)?	Sim, frequentemente (mais de 25 % das vezes) Sim, geralmente (mais de 75% das vezes)
	Nos últimos sete dias, quantas vezes suas fezes se apresentaram endurecidas?	Frequentemente (mais de 25% das vezes) Geralmente (mais que 75% das vezes)
	Nos últimos sete dias, após evacuar, você sentiu que ainda havia fezes para serem eliminadas?	Frequentemente (mais de 25% das vezes) Geralmente (mais que 75% das vezes)
	Nos últimos sete dias, você sentiu que seu reto ou seu ânus estava obstruído dificultando a passagem das fezes?	Frequentemente (mais de 25% das vezes) Geralmente (mais que 75% das vezes)

6.6.2.2 International Consultation on Incontinence Questionnaire - Short Form (ICIQ-SF) (ANEXO A)

O ICIQ-SF é um questionário simples, breve e auto administrável, utilizado para caracterizar a perda urinária e seu impacto na qualidade de vida de pacientes de ambos os sexos. Foi originalmente desenvolvido e validado na língua inglesa por Avery et al. (2001)¹⁰⁶ e traduzido e validado para a língua portuguesa por Tamanini et al. (2004)⁴⁰. É composto de seis questões, as duas primeiras referem-se aos dados demográficos (idade e sexo), as três seguintes tratam da frequência e quantidade das perdas e o quanto ela interfere na vida diária. As questões admitem escores parciais que, quando somados, produzem um escore final de gravidade. A última questão busca caracterizar em que situação ocorre a perda. Nesse instrumento não há ponto de corte para estratificação da gravidade da perda, porém seus escores são diretamente proporcionais à magnitude da incontinência urinária.

6.6.2.3 Características das Perdas Urinárias (ANEXO B)

Desenvolvido por Silva e Santos (2005)⁵³, tem sido utilizado em estudos desenvolvidos por Santos com diferentes colaboradores^{107, 108, 26, 22} nos últimos anos. É composto de 13 questões que se destinam à caracterização das perdas urinárias, incluindo o tempo, as condições, a frequência e a quantidade das perdas urinárias e a utilização e a frequência das trocas de recursos de contenção. Tal instrumento não produz escores parciais ou finais e a compreensão da gravidade da IU depende da interpretação do especialista que o aplica. Embora não tenha sido validado formalmente, sua validação tem ocorrido por meio dos estudos em que já foi empregado^{107, 108, 26, 22}. No presente estudo, só foram utilizadas as questões que tratavam de aspectos não contemplados no instrumento ICIQ-SF para se evitar a duplicidade de dados.

6.6.2.4 Índice de Incontinência Anal – IIA (ANEXO C)

Proposto por Jorge e Wexner⁶³ em 1993, consiste em uma escala que inclui características e frequência das perdas fecais e anais, o uso de protetores de vestes e a alteração da QV devido as perdas. Seus escores variam de zero (completa continência) a vinte (franca

incontinência). Escores de 0 a 7 referem-se à IF leve, de 8 a 13 à IF moderada e de 14 a 20 correspondem à IF grave.

6.6.2.5 Hábito Intestinal na População Geral (ANEXOS D)

O instrumento original *The Bowel Function in the Community* foi desenvolvido por Reilly et al. (2000) e adaptado culturalmente e validado para o Brasil por Domansky e Santos (2009)¹⁰⁹ (*Hábito Intestinal na População Geral*). Baseado nos Critérios de Roma III, é composto de 68 questões subdivididas em agrupamentos específicos, das quais 67 são de múltipla escolha e uma questão é composta por 17 sintomas gerais não relacionados ao hábito intestinal. Os agrupamentos são: hábito intestinal geral (questões 1 a 15 e 52); presença de incontinência anal (questões 16 a 28); sintomas urinários (questões 34 a 45 e 51); história de doenças anorretais e histórico cirúrgico (questões 46 e 50 e 53 a 59); uso de serviços médicos (questões 60 a 63) e fatores de risco para incontinência anal (questões 30 e 64 a 67). O instrumento foi desenvolvido, originalmente, para ser auto administrável. Cada alternativa de resposta recebe uma pontuação que varia de 0 a 9 e não é possível o cálculo de escores, sejam parciais nos agrupamentos, seja total da escala. Desse modo, a interpretação é feita a partir da análise das respostas de cada agrupamento, buscando-se caracterizar o padrão intestinal segundo critérios internacionais, como os Critérios de Roma III, em que se fundamentou o desenvolvimento do questionário¹⁰⁹.

Como já citado anteriormente, cinco questões desse instrumento foram retiradas do agrupamento *hábito intestinal geral* e foram inseridas na terceira parte do questionário de dados Sociodemográficos e Clínicos para a identificação dos indivíduos com CI. As questões selecionadas consistem no levantamento dos Critérios de Roma III que a definem.

Os agrupamentos *hábito intestinal geral* e *presença de incontinência anal* foram utilizados para a caracterização da CI e da IF, respectivamente. Os demais módulos não foram utilizados neste estudo. Importante ressaltar que as questões sobre CI foram adaptadas baseando a resposta no período referente aos últimos sete dias e, além disso, de forma geral, foram adicionadas opções de resposta entre as já disponíveis no instrumento original, referentes ao evento da internação. Exemplificando, tem-se: “desde a internação” e “após a internação” para perguntas que buscavam o início dos sintomas. As versões com os recortes utilizados e

adaptados do instrumento original Hábito Intestinal na População Geral podem ser consultadas nos ANEXOS E e F.

6.6.3 ANÁLISE DE DADOS

Os dados coletados foram codificados e inseridos em planilha do programa MS Office Excel®, versão 2007, para a construção do banco de dados. Após, os dados foram transportados para o software SPSS versão 22.0 para o processamento das análises.

Para a caracterização sociodemográfica e clínica da amostra, empregou-se estatística descritiva de posição, com exposição dos resultados em frequências absoluta e relativa, média, mínimo, máximo, DP e intervalos de confiança para a média. Para associação das variáveis categóricas com as incontinências e a constipação intestinal foram utilizados dois testes: qui-quadrado e teste de Fisher. Já para a associação das variáveis numéricas, utilizaram-se os testes t-student e Mann-Whitney. Além disso, a análise multivariada foi realizada, empregando-se a regressão logística (*forward stepwise*), para identificação das variáveis associadas aos desfechos. Para todas as análises estatísticas do estudo, considerou-se significância estatística ao nível de 5% ($p < 0,05$). Porém, para a inserção de variáveis independentes no modelo de regressão, o nível de significância foi ampliado para 10% ($p < 0,1$). O Intervalo de Confiança adotado foi de 95%.

Para o cálculo da prevalência dos eventos, utilizou-se a prevalência-ponto, que é a proporção de indivíduos que apresentam uma condição clínica em determinado ponto do tempo. No cálculo da prevalência, o numerador considera o total de pessoas que apresentam a condição estudada em um determinado período, enquanto o denominador é a amostra total estudada no mesmo período¹¹⁰, conforme demonstrado na fórmula:

$$\text{Prevalência} = \frac{\text{n}^\circ \text{ de pacientes internados com o desfecho} \times 100}{\text{n}^\circ \text{ total de pacientes internados}}$$

7. Resultados

7 RESULTADOS

Os resultados são apresentados na forma de tabelas e figuras. Primeiramente, são apresentados os perfis sociodemográfico e clínico dos participantes, seguidos da prevalência e fatores associados à ocorrência bem como da caracterização de cada uma das condições aqui estudadas (IU, IF, IC e CI).

7.1 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

7.1.1 Caracterização sociodemográfica da amostra

A Tabela 1 mostra as características sociodemográficas dos 345 pacientes entrevistados. A maioria da amostra foi constituída de mulheres (194/ 56,3%); a idade média dos participantes foi 48,9 anos (DP=21,2) com mediana de 50 anos.

Tabela 1 - Caracterização sociodemográfica da amostra. São Paulo, 2016.

(continua)					
VARIÁVEIS NÚMERICAS	Média	DP	Mediana	Mínimo	Máximo
Idade	48,9	21,2	50	18	103
Anos de estudo	8,3	4,5	8	0	24
Renda familiar (em Reais)	2.717,36	2.801,90	1.900,00	0	20.000
Número de dependentes	2,9	1,6	3	18	103
VARIÁVEIS CATEGÓRICAS				N	%
Sexo					
Feminino				194	56,3
Masculino				151	43,7
Estado civil					
Solteiro				98	28,4
Viúvo				38	11,0
União estável/casado				182	52,8
Separado				27	7,8

Jaqueline Betteloni Junqueira

(continuação)

VARIÁVEIS CATEGÓRICAS	N	%
Cor da pele		
Branco	165	47,8
Preto	57	16,5
Pardo	115	33,4
Amarelo	8	2,3
Situação conjugal		
Solteiro	98	28,4
Viúvo	38	11,0
União estável/casado	182	52,8
Separado	27	7,8
Prática religiosa		
Católico	191	55,4
Espírita	9	2,6
Budista	1	0,3
Protestante	1	0,3
Evangélico	83	24,0
Outra	12	3,5
Sem religião	48	13,9
Nível de escolaridade		
Analfabeto	26	7,5
Ensino Fundamental	151	43,8
Ensino Médio	123	35,7
Ensino Superior	35	10,1
Pós graduação	10	2,9
Situação empregatícia		
Assalariado com registro	91	26,4
Assalariado sem registro	7	2,0
Autônomo	43	12,5
Trabalho informal	20	5,8
Aposentado	92	26,7
Pensionista	14	4,0
Desempregado	74	21,4
Afastado	4	1,2
Classificação da ocupação		
Planejamento e organização	21	6,1
Empresário, direção e gerência	8	2,3
Não qualificado na execução	39	11,3

(continuação)					
VARIÁVEIS CATEGÓRICAS	Média	DP	Mediana	Mínimo	Máximo
Semi qualificado na execução				91	26,4
Qualificado na execução				8	2,3
Serviços gerais/de escritório e apoio				30	8,7
Sem ocupação				148	42,9
(conclusão)					

A maior parte dos entrevistados auto referiram-se como brancos (165/ 47,8%) e pardos (115/ 33,4%); 182 (52,8%) eram casados ou tinham uma união estável; 191 (55,4%) eram católicos; 123 (35,7%) cursaram o ensino médio e 151 (43,8%) referiram ter estudado até alguma série do ensino fundamental; encontrou-se média de 8,3 anos (DP=4,5) de estudo entre os participantes. Com relação à situação empregatícia, 106 (30,7%) eram aposentados e pensionistas e 91 (26,4%) eram assalariados com registro em carteira. Daqueles que referiram ter alguma ocupação (197/ 57,1%), para 91 (26,4%) o trabalho era semiquualificado e para 39 (11,3%) era não qualificado. A renda média da amostra estudada foi R\$ 2.717,00 (DP=2.848,00) com 2,9 dependentes, em média, por família.

7.1.2 Caracterização clínica da amostra

A Tabela 2 mostra que os principais diagnósticos de internação estavam relacionados ao parto, gravidez e puerpério (23,2%), seguidos de doenças do aparelho osteomuscular e tecido conjuntivo (15,1%) e doenças do aparelho gastrointestinal (15,1%). As comorbidades mais frequentes foram HAS (134/ 38,8%) e DM (80/ 23,2%); 76 (22%) sofriam de insônia e 50 (14,5%) eram obesos; 58 (16,8%) eram tabagistas e 76 (22%) ex-tabagistas; 22 (6,4%) eram etilistas e 33 (9,6%) eram ex-etilistas; 151 (43,8%) apresentavam duas ou mais comorbidades; 13,3% (46) dos participantes referiram apresentar diarreia, 122 (35,4%) referiram disúria e 60 (17,4%) referiram ITU de repetição; 272 (78,8%) pacientes estavam em uso de medicamentos, sendo os hipotensores (126/ 36,5%), os antibióticos (115 / 33,3%) e os anticoagulantes (95/ 27,5%) os mais frequentes.

Com relação à funcionalidade, 76 (22%) pacientes possuíam alguma limitação funcional e 39 (11,3%) eram acamados; 110 (31,9%) já haviam utilizado CVD durante a internação e 45

Jaqueline Betteloni Junqueira

(13%) utilizavam fralda no momento da entrevista; somente 13 (3,8%) faziam uso de fralda no domicílio.

As variáveis Esclerose Múltipla, Megacólon Chagásico, uso prévio de cateter retal e uso de anticolinérgico foram avaliadas, porém não foram observadas na amostra estudada.

Tabela 2 - Caracterização clínica da amostra. São Paulo, 2016.

(continua)					
VARIÁVEIS NUMÉRICAS (N=345)	Média	DP	Mediana	Mínimo	Máximo
Tempo de internação (em dias)	8,4	13,5	3	1	113
VARIÁVEIS NUMÉRICAS (N=345)				N	%
Classificação do diagnóstico de internação					
Doenças infecciosas e parasitárias				21	6,1
Neoplasias				5	1,4
Doenças hematológicas e imunitárias				7	2,0
Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas				3	0,9
Doenças do sistema nervoso				2	0,6
Doenças do aparelho circulatório				38	11,0
Doenças do aparelho respiratório				39	11,3
Doenças do aparelho gastrointestinal				52	15,1
Doenças do aparelho genitourinário				35	10,1
Doenças do sistema osteomuscular e conjuntivo				52	15,1
Gravidez, parto e puerpério				80	23,2
Causas externas e envenenamento				5	1,5
Outras				6	1,7
VARIÁVEIS CATEGÓRICAS (N=345)					
HAS					
Sim				134	38,8
Não				211	61,2
DM					
Sim				80	23,2
Não				265	76,8
IC					
Sim				58	16,8
Não				287	83,2
AVE					
Sim				19	5,5
Não				326	94,5
Lesão Raquimedular					
Sim				1	0,3
Não				344	99,7

Jaqueline Betteloni Junqueira

(continuação)		
VARIÁVEIS CATEGÓRICAS (N=345)	N	%
Alzheimer		
Sim	6	1,7
Não	339	98,3
Parkinson		
Sim	1	0,3
Não	344	99,7
Demência Senil		
Sim	3	0,9
Não	342	99,1
Depressão		
Sim	37	10,7
Não	308	89,3
Síndrome do Intestino Irritável/Doença inflamatória intestinal		
Sim	5	1,4
Não	340	98,6
Insônia		
Sim	76	22,0
Não	269	78,0
Asma		
Sim	23	6,7
Não	322	93,3
DPOC		
Sim	26	7,5
Não	319	92,5
Obesidade		
Sim	50	14,5
Não	295	85,5
Neoplasia do intestino/reto		
Sim	4	1,2
Não	341	98,8
Hipotireoidismo		
Sim	9	2,6
Não	336	97,4
Doença Renal		
Sim	26	7,5
Não	319	92,5
Hepatopatia		
Sim	7	2,0
Não	338	98,0
Tabagismo		
Sim	58	16,8
Não	211	61,2
Ex-tabagista	76	22,0

Jaqueline Betteloni Junqueira

(continuação)

VARIÁVEIS CATEGÓRICAS (N=345)	N	%
Etilismo		
Sim	22	6,4
Não	290	84,0
Ex-etilista	33	9,6
Limitação funcional		
Sim	76	22,0
Não	269	78,0
Paciente acamado		
Sim	39	11,3
Não	306	88,7
Fissura anal		
Sim	11	3,2
Não	334	96,8
Prolapso retal		
Sim	5	1,4
Não	340	98,6
Abscesso /infecção ao redor do ânus		
Sim	5	1,4
Não	340	98,6
Trauma ou ferimento no reto/ânus		
Sim	4	1,2
Não	341	98,8
Doença hemorroidária		
Sim	63	18,3
Não	282	81,7
Diarreia		
Sim	46	13,3
Não	299	86,7
Disúria		
Sim	122	35,4
Não	223	64,6
Infecção de Trato Urinário de repetição		
Sim	60	17,4
Não	285	82,6
Cirurgia anorretal		
Sim	16	4,6
Não	329	95,4
Radioterapia pélvica ou abdominal		
Sim	4	1,2
Não	341	98,8
Uso prévio de Cateter Vesical de Demora		
Sim	110	31,9
Não	235	68,1

Jaqueline Betteloni Junqueira

(continuação)		
VARIÁVEIS CATEGÓRICAS (N=345)	N	%
Uso prévio de Cateter Vesical Intermitente		
Sim	13	3,8
Não	332	96,2
Uso de fralda		
Sim, está usando no momento	45	13,0
Sim, já fazia uso de fralda em casa	13	3,8
Não faz uso de fralda	283	82,0
Fez uso de fralda nesta internação, porém não está usando fralda no momento	4	1,2
Uso de Medicações		
Sim	272	78,8
Não	73	21,2
Diuréticos		
Sim	57	16,5
Não	288	83,5
Antinflamatórios		
Sim	53	15,4
Não	292	84,6
Anti-histamínicos		
Sim	5	1,4
Não	340	98,6
Antidepressivos		
Sim	20	5,8
Não	325	94,2
Opióides		
Sim	14	4,1
Não	331	95,9
Hipoglicemiantes		
Sim	73	21,2
Não	272	78,8
Hipotensores		
Sim	126	36,5
Não	219	63,5
Dislipidemiantes		
Sim	45	13,0
Não	300	87,0
Levotiroxina		
Sim	9	2,6
Não	336	97,4
Laxantes		
Sim	26	7,5
Não	319	92,5

(continuação)		
VARIÁVEIS CATEGÓRICAS (N=345)	N	%
Protetor gástrico		
Sim	46	13,3
Não	299	86,7
Antibióticos		
Sim	115	33,3
Não	230	66,7
Ansiolíticos		
Sim	11	3,2
Não	334	96,8
Anticoagulantes/ Antiagregante		
Sim	95	27,5
Não	250	72,5
(conclusão)		

Conforme a Tabela 3, 58,2% (113) das mulheres entrevistadas eram múltiparas (dois ou mais partos); 59,8% (116) tinham história de parto vaginal e 37,1% (72) de cesáreas. A média de gestações entre as mulheres foi 2,5 (DP=2,02) e de partos foi 2,0 (DP=1,82). Além disso, 34 (9,9%) entrevistadas possuíam antecedentes de cirurgia ginecológica. Dentre os homens, 50 (33,1%) referiram impotência sexual e 12 (7,9%) referiram história de cirurgia urológica.

Tabela 3 - Caracterização clínica da amostra, segundo o sexo. São Paulo, 2016.

(continua)					
VARIÁVEIS NUMÉRICAS PARA O SEXO FEMININO (N=194)	Média	DP	Mediana	Mínimo	Máximo
Número de gestações	2,52	2,02	2	0	17
Número de partos	2,20	1,82	2	0	12
Número de filhos	2,58	1,73	2	0	12
Número de partos vaginais	1,48	1,90	1	0	12
Número de partos fórceps	0,15	0,49	0	0	4
Número de cesáreas	0,58	0,88	0	0	4
Número de abortos	0,25	0,64	0	0	5
VARIÁVEIS CATEGÓRICAS PARA O SEXO FEMININO (N=194)	N	%			
Parto vaginal					
Sim	116	59,8			
Não	78	40,2			
Parto fórceps					
Sim	21	10,8			
Não	173	89,2			
Parto cesáreo					
Sim	72	37,1			
Não	122	62,9			

Jaqueline Betteloni Junqueira

(continuação)		
VARIÁVEIS CATEGÓRICAS PARA O SEXO FEMININO (N=194)	N	%
Retocele		
Sim	1	0,3
Não	193	99,7
Cistocele		
Sim	19	5,5
Não	175	94,5
Prolapso uterino		
Sim	4	1,2
Não	190	98,8
Laceração do ânus durante o parto		
Sim	5	1,4
Não	189	98,6
Laceração da vagina durante o parto		
Sim	20	5,8
Não	117	94,2
Episiotomia		
Sim	67	19,4
Não	117	80,6
Menopausa		
Sim	64	18,6
Não	130	81,4
Cirurgia ginecológica		
Sim	34	9,9
Não	160	90,1
VARIÁVEIS CATEGÓRICAS PARA O SEXO MASCULINO (N=151)		
Impotência sexual		
Sim	50	33,1
Não	101	66,9
Cirurgia urológica		
Sim	12	7,9
Não	139	92,1
Hiperplasia Prostática Benigna		
Sim	7	4,6
Não	144	95,4
(conclusão)		

7.2 PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS A INCONTINÊNCIA URINÁRIA

7.2.1 Prevalência da incontinência urinária

A prevalência global encontrada para IU foi 22,9% (73), sendo 28% (51) para mulheres e 16,1% (22) para homens. As prevalências parciais nos meses de março, abril, maio e junho foram 25,3%, 21,5%, 29% e 17%, respectivamente (Figura 4). Das puérperas entrevistadas, 7,5% referiram perda de urina durante a gestação.

Figura 4 - Prevalência pontual de incontinência urinária, segundo meses de coleta de dados. São Paulo, 2016.

7.2.2 Caracterização da incontinência urinária

Segundo dados levantados (Quadro 7), dentre as pessoas com IU, 24 (32,9%) a apresentavam há mais de seis anos, 15 (20,5%) há menos de um ano e 15 (20,5%) entre um e três anos; 8 (11%) referiram o início da incontinência após a internação. Quanto à frequência das perdas urinárias, essas aconteciam uma vez ou menos por semana para 25 (21,9%) pacientes

e diversas vezes ao dia para 22 (30,1%) pacientes. As perdas aconteciam em pequena quantidade para 42 (57,5%) pacientes e em grande quantidade para 20 (27,4%) pacientes.

As circunstâncias mais frequentes em que os pacientes referiram as perdas urinárias foram ao tossir ou espirrar para 38 pacientes (52,1%), seguido de dormindo para 27 (37%) pacientes. Entre os incontinentes, 22 (30,1) referiram “sempre” conseguir chegar ao banheiro a tempo, para 21 (28,8%) pacientes só era possível chegar ao banheiro a tempo “às vezes”, 53 (72,6%) pacientes referiram acordar durante a noite quando percebem que estão com vontade de urinar e vão ao banheiro, 69 (94,5%) pacientes não perdem urina durante a relação sexual.

Ao perguntar sobre o uso de recursos para contenção das perdas, 52,1% (38) referiram usar algum tipo de recurso, sendo que 52,6% (21) deles utilizavam fralda, os demais referiram uso de absorvente. A frequência de troca dos recursos foi de três vezes ao dia para 22 (59,2%) incontinentes.

Quando perguntado se ocorreram mudanças na vida diária devido as perdas urinárias, 33,8% (23) dos pacientes afirmaram que essas mudanças ocorreram, principalmente para sair de casa (18/26,5%), no lazer (8/11,8%) e no sono (8/11,8%). A maioria, 56 (81,2%) pacientes, acreditam que a incontinência urinária não tem afetado suas relações, entre aqueles que responderam o contrário, as relações de amizade foram as mais citadas (8/11,6%). Com relação à percepção do problema, para 35 (52,2%) incontinentes a IU foi considerada um problema sem gravidade, enquanto que para 24 (35,8%) as perdas foram consideradas um problema grave. O escore médio atribuído à interferência que as perdas de urina provocam na vida diária foi 3,8 (DP=3,45). O escore médio final do ICIQ-SF foi 9,5 (DP= 4,8).

Dentre os pacientes com incontinência urinária prévia a internação, somente 16,7% dos pacientes referiram ter procurado ajuda profissional para o manejo do problema.

Quadro 7 - Caracterização da incontinência urinária, segundo instrumentos Características das Perdas Urinárias e ICIQ-SF. São Paulo, 2016.

		(continua)	
ITENS DOS INSTRUMENTOS (N=73)		N	%
TEMPO DE PERDAS*			
Desde a internação		8	11,0
Menos de um ano		15	20,5
De um a três anos		15	20,5

Jaqueline Betteloni Junqueira

(continuação)

ITENS DOS INSTRUMENTOS (N=73)	N	%
De quatro a cinco anos	11	15,1
Seis anos ou mais	24	32,9
FREQUÊNCIA DAS PERDAS**		
Uma vez por semana ou menos	25	34,2
Duas ou três vezes por semana	5	6,8
Uma vez ao dia	13	17,8
Diversas vezes ao dia	22	30,1
O tempo todo	8	11,0
QUANTIDADE DE PERDAS**		
Uma pequena quantidade	42	57,5
Uma moderada quantidade	11	15,1
Uma grande quantidade	20	27,4
CONDIÇÃO DAS PERDA**		
Antes de chegar ao banheiro	19	26,0
Ao tossir ou espirrar	38	52,1
Quando está dormindo	27	37,0
Durante atividades físicas	19	26,0
Ao terminar de urinar enquanto veste a roupa	4	5,5
Sem razão óbvia	14	19,2
O tempo todo	12	16,4
CHEGA AO BANHEIRO A TEMPO*		
Sempre	22	30,1
Na maioria das vezes	18	24,7
Às vezes	21	28,8
Nunca	12	16,4

Jaqueline Betteloni Junqueira

(continuação)

ITENS DOS INSTRUMENTOS (N=73)	N	%
ACORDA DURANTE A NOITE QUANDO SENTE VONTADE DE URINAR*		
Acorda e vai ao banheiro	53	72,6
Acorda, mas não vai ao banheiro	6	8,2
Não acorda	14	19,2
PERDAS DURANTE A RELAÇÃO SEXUAL*		
Sim	4	5,5
Não	69	94,5
RECURSOS PARA CONTER AS PERDAS*		
Utiliza	38	52,1
Absorvente	17	44,7
Fralda	21	52,6
FREQUENCIA DE TROCA DE RECURSOS *		
Somente para sair de casa	5	13,5
Uma vez ao dia	4	10,8
Duas vezes ao dia	6	16,2
Três ou mais vezes ao dia	22	59,5
MUDANÇAS NOS HÁBITOS DE VIDA*		
Sim	23	33,8
Sono	8	11,8
Sair de casa	18	26,5
Trabalho	5	7,4
Deambulação	4	5,9
Lazer	8	11,8
Alimentação/ingesta hídrica	1	1,4

(continuação)

ITENS DOS INSTRUMENTOS (N=73)		N	%
IMPACTO NAS RELAÇÕES*			
Sim		13	18,8
Sexuais		2	2,9
De amizade		8	11,6
Familiares		7	10,1
Profissionais		4	5,8
GRAVIDADE DO PROBLEMA*			
Sem gravidade		35	52,2
Grave		24	35,8
Muito grave		6	9,0
Insuportável		2	3,0
	Média	Mínimo	Máximo
ESCORE DE INTERFERÊNCIA NA VIDA**	3,48	0	10
ESCORE FINAL ICIQ-SF**	9,51	3	20

*Características das Perdas Urinárias

(conclusão)

**ICIQ-SF

7.2.3 Fatores associados à incontinência urinária

As Tabelas 4 e 5 mostram que houve diferenças estatisticamente significativas entre os grupos com e sem IU, para as seguintes variáveis: idade, sexo, anos de estudo, nível de escolaridade, diagnóstico de internação, HAS, DM, IC, Alzheimer, asma, DPOC, tabagismo, ITU de repetição, doença hemorroidária, cirurgia anorretal, uso de diuréticos e laxantes, limitação funcional e uso de fralda. Para as mulheres, as variáveis que mostraram diferenças estatisticamente significativas entre os grupos com e sem UI foram: menopausa, cistocele, número de gestações, número e tipo de partos, parto natural (vaginal e fórceps) e parto vaginal. E para os homens incontinentes, a impotência sexual mostrou-se significativamente mais frequente, comparativamente àqueles sem IU.

As variáveis Lesão Raquimedular, Esclerose Múltipla, Parkinson, Megacólon Chagásico e uso de anticolinérgico foram avaliadas, porém não foram detectadas na amostra estudada.

Tabela 4 - Variáveis categóricas de acordo com a presença ou ausência de incontinência urinária. São Paulo, 2016.

(continua)

VARIÁVEIS (N=319)	Incontinência Urinária				Total	p* valor
	Ausente		Presente			
	N	%	N	%		
VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS						
Sexo						
Feminino	131	72	51	28	182	0,012
Masculino	115	84	22	16	137	
Cor da pele						
Branco	108	73	39	27	147	0,497
Preto	41	79	11	21	52	
Pardo	91	81	21	19	112	
Amarelo	6	75	2	25	8	
Nível de escolaridade						
Analfabeto	16	62	10	38	26	<0,001
Ensino Fundamental	96	71	39	29	135	
Ensino Médio	100	88	13	12	113	
Ensino Superior	29	83	6	17	35	
Pós graduação	5	50	5	50	10	
Situação empregatícia						
Assalariado com registro	75	87	11	13	86	-
Assalariado sem registro	4	67	2	33	6	
Autônomo	34	81	8	19	42	
Trabalho informal	18	90	2	10	20	
Aposentado	49	60	32	40	81	
Pensionista	6	46	7	54	13	
Desempregado	56	84	11	16	67	
Afastado	4	100	-	-	4	
Ocupação						
Planejamento e Organização	14	70	6	30	20	0,140
Empresário, direção e gerência	7	88	1	13	8	
Trabalho não qualificado na execução	31	84	6	16	37	

(continuação)

VARIÁVEIS (N=319)	Incontinência Urinária				Total	p* valor
	Ausente		Presente			
	N	%	N	%		
VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS						
Trabalho semi-qualificado na execução	67	82	15	18	82	
Trabalho qualificado na execução	6	86	1	14	7	
Serviços gerais	26	90	3	10	29	
Serviços de escritório	95	70	41	30	136	
VARIÁVEIS CLÍNICAS						
HAS						
Sim	77	66	39	34	116	0,001
Não	169	83	34	17	203	
DM						
Sim	43	61	28	39	71	<0,001
Não	203	82	45	18	248	
IC						
Sim	31	61	20	39	51	0,002
Não	215	80	53	20	268	
AVE						
Sim	10	67	5	33	15	0,347
Não	236	78	68	22	304	
Alzheimer						
Sim	-	-	3	100	3	0,012
Não	246	78	70	22	316	
Demência						
Sim	1	33	2	67	3	0,132
Não	245	78	71	22	316	
Depressão						
Sim	24	75	8	25	32	0,764
Não	222	77	65	23	287	
Síndrome do Intestino Irritável/Doença inflamatória intestinal						
Sim	2	40	3	60	5	0,081
Não	244	78	70	22	314	
Obesidade						
Sim	32	74	11	26	43	0,651
Não	214	78	62	22	276	
Insônia						
Sim	48	69	22	31	70	0,054
Não	198	80	51	20	249	
Asma						
Sim	9	45	11	55	20	0,001
Não	237	79	62	21	299	

Jaqueline Betteloni Junqueira

(continuação)

VARIÁVEIS (N=319)	Incontinência Urinária				Total	p* valor
	Ausente		Presente			
	N	%	N	%		
VARIÁVEIS CLÍNICAS						
DPOC						
Sim	12	52	11	48	23	0,003
Não	234	79	62	21	296	
Neoplasia do intestino/reto						
Sim	3	75	1	25	4	1,000
Não	243	77	72	23	315	
Hipotireoidismo						
Sim	5	63	3	38	8	0,390
Não	241	77	70	23	311	
Doença Renal						
Sim	13	72	5	28	18	0,572
Não	233	77	68	23	301	
Hepatopatia						
Sim	4	67	2	33	6	0,623
Não	242	77	71	23	313	
Tabagismo						
Sim	43	75	14	25	57	0,030
Não	159	82	36	18	195	
Ex-tabagista	44	66	23	34	67	
Etilismo						
Sim	17	89	2	11	19	0,274
Não	203	75	66	25	269	
Ex-etilista	26	84	5	16	31	
Limitação funcional						
Sim	38	59	26	41	64	<0,000
Não	208	82	47	18	255	
Fissura anal						
Sim	6	55	5	45	11	0,134
Não	240	78	68	22	308	
Prolapso retal						
Sim	3	60	2	40	5	0,322
Não	243	77	71	23	314	
Abscesso /infecção ao redor do ânus						
Sim	2	50	2	50	4	0,226
Não	244	77	71	23	315	
Trauma ou ferimento no reto/ânus						
Sim	3	75	1	25	4	1,000
Não	243	77	72	23	315	
Doença hemorroidária						
Sim	41	67	20	33	61	0,041
Não	205	79	53	21	258	

(continuação)

VARIÁVEIS (N=319)	Incontinência Urinária				Total	p* valor
	Ausente		Presente			
	N	%	N	%		
VARIÁVEIS CLÍNICAS						
Disúria						
Sim	90	78	26	22	116	0,077
Não	156	78	45	22	201	
Infecção de Trato Urinário de repetição						
Sim	36	63	21	37	57	0,006
Não	210	80	52	20	262	
Diarreia						
Sim	29	69	13	31	42	0,182
Não	217	78	60	22	277	
Cirurgia anorretal						
Sim	6	43	8	57	14	0,005
Não	240	79	65	21	305	
Radioterapia pélvica ou abdominal						
Sim	-	-	2	100	2	0,052
Não	246	78	71	22	317	
Uso prévio de Cateter Vesical de Demora						
Sim	64	72	25	28	89	0,169
Não	182	79	48	21	230	
Uso prévio de Cateter Vesical Intermitente						
Sim	10	83	2	17	12	1,000
Não	236	77	71	23	307	
Uso de fralda						
Sim, está usando no momento	16	50	16	50	32	<0,000
Sim, já fazia uso de fralda em casa	2	18	9	82	11	
Não faz uso de fralda	227	83	45	17	272	
Fez uso de fralda nesta internação, porém não está usando fralda no momento	1	25	3	75	4	
Diuréticos						
Sim	30	59	21	41	51	0,001
Não	216	81	52	19	268	
Antinflamatórios						
Sim	38	76	12	24	50	0,838
Não	208	77	61	23	269	
Anti-histamínicos						
Sim	5	100	-	-	5	0,593
Não	241	77	73	23	314	

(continuação)

VARIÁVEIS (N=319)	Incontinência Urinária				Total	p* valor	
	Ausente		Presente				
	N	%	N	%			
VARIÁVEIS CLÍNICAS							
Antidepressivos							
Sim	12	71	5	29	17	0,553	
Não	234	77	68	23	302		
Opióides							
Sim	12	86	2	14	14	0,744	
Não	234	77	71	23	305		
Laxantes							
Sim	11	50	11	50	22	0,002	
Não	235	79	62	21	297		
Diagnóstico de Internação							
Doenças infecciosas e parasitárias	12	67	6	33	18	0,022	
Neoplasias	2	50	2	50	4		
Doenças hematológicas e imunitárias	7	100	-	-	7		
Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	2	67	1	33	3		
Doenças do sistema nervoso	1	50	1	50	2		
Doenças do aparelho circulatório	25	71	10	29	35		
Doenças do aparelho respiratório	22	61	14	39	36		
Doenças do aparelho gastrointestinal	31	72	12	28	43		
Doenças do aparelho genitourinário	23	70	10	30	33		
Doenças do sistema osteomuscular e conjuntivo	42	89	5	11	47		
Gravidez, parto e puerpério	69	88	9	12	78		
Causas externas e envenenamento	4	80	1	20	5		
Outras	4	67	2	33	6		
VARIÁVEIS PARA O SEXO FEMININO							
Retocele (N=182)							
Sim	-	-	1	100	1	0,190	
Não	131	72	50	28	181		
Cistocele (N=182)							
Sim	6	32	13	68	19	<0,000	
Não	125	77	38	23	163		
Prolapso uterino (N=183)							
Sim	1	25	3	75	4	0,066	
Não	131	73	48	27	179		
Laceração do ânus durante o parto (N=172)							
Sim	4	80	1	20	5	1,000	
Não	120	72	47	28	167		

Jaqueline Betteloni Junqueira

(continuação)

VARIÁVEIS (N=319)	Incontinência Urinária				Total	p* valor
	Ausente		Presente			
	N	%	N	%		
VARIÁVEIS PARA O SEXO FEMININO						
Laceração da vagina durante o parto (N=164)						
Sim	15	75	5	25	20	0,693
Não	105	73	39	27	144	
Episiotomia (N=172)						
Sim	49	73	18	27	67	0,808
Não	75	71	30	29	105	
Menopausa (N=182)						
Sim	26	47	29	53	55	<0,000
Não	105	83	22	17	127	
Cirurgia ginecológica (N=182)						
Sim	18	58	13	42	31	0,058
Não	113	75	38	25	151	
VARIÁVEIS PARA O SEXO MASCULINO						
Impotência sexual (N=135)						
Sim	27	61	17	39	44	<0,000
Não	86	95	5	5	91	
Cirurgia urológica (N=136)						
Sim	8	73	3	27	11	0,385
Não	106	85	19	15	125	
Hiperplasia Prostática Benigna (N=141)						
Sim	5	71	2	29	7	0,340
Não	112	84	22	16	134	
(conclusão)						

(conclusão)

Tabela 5 - Variáveis numéricas de acordo com a presença ou ausência da incontinência urinária. São Paulo, 2016.

VARIÁVEIS NUMÉRICAS	IU	N	Média	DP	Med.	Mín.	Máx.	p* valor
Idade	Não	246	44,75	19,423	40,00	18	103	<0,001
	Sim	73	58,90	22,998	66,00	18	96	
Anos de estudo	Não	246	8,85	4,359	10,00	0	24	0,002
	Sim	72	6,94	5,151	5,00	0	21	
Renda familiar	Não	224	\$2.739,17	-	\$2.000,00	\$0	\$20.000	0,707
	Sim	66	\$2.889,47	-	\$1.900,00	\$800	\$16.000	
Tempo de internação (em dias)	Não	246	8,58	14,767	3,00	1	113	0,726
	Sim	73	7,95	8,523	5,00	1	38	
VARIÁVEIS NUMÉRICAS PARA O SEXO FEMININO								
Número de gestações	Não	131	2,25	1,521	2,00	0	9	0,008
	Sim	51	3,14	2,912	3,00	0	17	
Número de partos	Não	131	1,94	1,477	2,00	0	9	0,005
	Sim	51	2,78	2,452	2,00	0	12	
Abortos	Não	131	0,23	0,489	0,00	0	2	0,538
	Sim	51	0,29	0,923	0,00	0	5	
Parto natural	Não	131	1,28	1,580	1,00	0	9	0,001
	Sim	51	2,39	2,570	2,00	0	12	
Parto vaginal	Não	131	1,15	1,486	1,00	0	7	0,001
	Sim	51	2,20	2,546	2,00	0	12	
Parto fórceps	Não	131	0,13	0,419	0,00	0	2	0,422
	Sim	51	0,20	0,664	0,00	0	4	
Parto cesáreo	Não	131	0,66	0,935	0,00	0	4	0,077
	Sim	51	0,39	0,802	0,00	0	3	

No modelo de regressão logística (Tabela 6), as variáveis que permaneceram associadas à presença da IU foram: sexo, idade, asma, estar em uso de laxantes e o uso prévio ou atual de fralda. De acordo com os dados da Tabela 6, as mulheres têm 3,9 vezes mais chances de apresentar IU; a cada ano de idade, a chance de ter IU aumenta em 3,6%; ter asma aumenta em 3,7 vezes as chances de apresentar IU; estar em uso de laxantes aumenta essas chances em 3,3 vezes. O uso de fraldas aumentou as chances de ocorrência de IU em 2,7 vezes quando o paciente a utilizou no momento da avaliação e em 10,3 vezes quando o fez em casa; e ter usado fraldas em algum momento da internação aumentou essas chances em 6,7 vezes.

Tabela 6 - Variáveis associadas à presença de incontinência urinária. São Paulo, 2016.

Variáveis	B	S.E.	Wald	Df	Sig.	Exp(B)	IC 95% for EXP(B)	
							Lower	Upper
Sexo (feminino)	1,360	0,367	13,767	1	0,000	3,896	1,899	7,991
Idade	0,035	0,009	16,932	1	0,000	1,036	1,019	1,054
Asma	1,298	0,527	6,053	1	0,014	3,660	1,302	10,290
Estar em uso de laxantes	1,182	0,562	4,429	1	0,035	3,262	1,085	9,811
Uso de fralda no momento	1,012	0,470	4,645	1	0,031	2,752	1,096	6,908
Uso de fralda em casa	2,331	0,879	7,040	1	0,008	10,293	1,839	57,606
Uso prévio de fralda na internação	1,909	1,332	2,055	1	0,152	6,749	0,496	91,834

Dentre as variáveis associadas à ocorrência de IU nas mulheres estão: idade, DM, asma e número de partos (Tabela 7, Figura 5). Similarmente à amostra total, também para as mulheres, para cada ano a mais de idade, as chances de a mulher apresentar IU aumentam em 3,7%. As chances das mulheres apresentarem IU aumentam em 2,5 vezes quando elas têm DM e para aquelas portadoras de asma, essas chances são 4,9 vezes maiores comparativamente às aquelas não asmáticas. A cada parto, há um aumento de 27,3% nas chances da mulher se tornar incontinente, independentemente do tipo de parto.

Tabela 7 - Variáveis associadas à presença de incontinência urinária em mulheres. São Paulo, 2016.

Variáveis	B	S.E.	Wald	Df	Sig.	Exp(B)	IC 95% for EXP(B)	
							Lower	Upper
Idade	0,036	0,010	14,017	1	0,000	1,037	1,017	1,056
DM	0,954	0,467	4,167	1	0,041	2,596	1,039	6,489
Asma	1,594	0,620	6,607	1	0,010	4,921	1,460	16,588
Número de Parto	0,241	0,091	6,971	1	0,008	1,273	1,064	1,522

Figura 5 - Prevalência de incontinência urinária, segundo número de partos. São Paulo, 2016.

7.3 PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS À INCONTINÊNCIA FECAL

7.3.1 Prevalência da incontinência fecal

A prevalência global de IF em pacientes hospitalizados foi 7,9% (27), sendo 9,4%(18) para mulheres e 6% (9) para homens. As prevalências parciais nos meses de março, abril, maio e junho foram 10%, 11%, 6,4% e 4,3%, respectivamente (Figura 6).

Figura 6 - Prevalência pontual de incontinência fecal, segundo meses de coleta de dados. São Paulo, 2016.

7.3.2 Caracterização da incontinência fecal

Dos entrevistados que apresentaram IF, 11 (39,3%) pacientes referiram que as perdas de fezes começaram após a internação e 7 (25%) entre dois e cinco anos; 14 (50%) referiram que as perdas de fezes são mais frequentes tanto acordado quanto dormindo.

Entre os incontinentes fecais, 24 (82,8%) referiram não tomar medicações para prevenir as perdas e 17 (60,7%) referiram que usariam protetores íntimos tanto dormindo como acordados. Ter um banheiro por perto é importante para 53,6% (15) dos pacientes.

Com relação ao volume das perdas fecais, foram em pequena quantidade para sete (25%) pacientes, moderada quantidade para oito (28,6%) pacientes, grande quantidade de fezes líquidas para sete (25%) pacientes e os demais referiram perder fezes sólidas ou formadas. Entre os entrevistados, 44,4% (12) geralmente percebem a perda antes dela acontecer, enquanto 33,3% (9) nunca a percebem. Durante as perdas de fezes, 50% (13) dos incontinentes as percebem geralmente, enquanto 26,9% (7) deles nunca as percebem e 42,3% (11) não conseguem distinguir a diferença entre a presença de fezes ou de gases no reto (Quadro 8).

Já, segundo a aplicação do IIA, 21 (63,6) pacientes sempre perdem gases, 16 (48,5%) sempre perdem fezes líquidas, outros 16 (48,5%) nunca perdem fezes sólidas, 16 (48%) sempre

Jaqueline Betteloni Junqueira

fazem uso de proteção de vestes e 13 (46,4%) incontinentes referem que sempre ocorre alteração da qualidade de vida por conta das perdas de fezes.

Quadro 8 - Caracterização da incontinência fecal, segundo instrumento Hábito Intestinal na População Geral e Índice de Incontinência Anal -IIA. São Paulo, 2016.

(continua)

ITENS DOS INSTRUMENTOS (N=26)	N	%
INÍCIO DAS PERDAS*		
Após a internação	11	39,3
Nos últimos 6 meses	3	10,7
De 7 meses a 1 ano atrás	2	7,1
Mais de 1 a 2 anos atrás	1	3,6
Mais de 2 a 5 anos atrás	7	25,0
Mais de 5 a 10 anos atrás	3	10,7
Mais de 10 a 20 anos atrás	1	3,6
USO DE MEDICAÇÃO PARA PREVENIR AS PERDAS*		
Não	24	82,8
Sim, às vezes (menos de 25% das vezes)	2	6,9
Sim, freqüentemente (mais de 25% das vezes)	1	3,4
Sim, geralmente (mais de 75% das vezes)	2	6,9
OCASIÃO EM QUE USA OS RECURSOS DE CONTENÇÃO*		
Acordado	2	7,1
Dormindo	-	-
Acordado e dormindo	17	60,7
Não uso protetor	9	32,1
OCASIÃO EM QUE AS PERDAS SÃO MAIS FREQUENTE*		
Acordado	11	39,3
Dormindo	3	10,7
Tanto acordado quanto dormindo	14	50,0

(continuação)

ITENS DOS INSTRUMENTOS (N=26)	N	%
IMPORTÂNCIA DE TER UM BANHEIRO POR PERTO*		
Sim	13	46,4
Não	15	53,6
QUANTIDADE DAS PERDAS*		
Uma pequena quantidade, como o tamanho de uma moeda de vinte e cinco centavos	7	25,0
Quantidades moderadas (sempre exigindo uma troca do protetor íntimo ou da roupa íntima)	8	28,6
Evacuações em grande quantidade de fezes líquidas (sempre exigindo uma troca completa de roupas)	7	25,0
Fezes formadas ou sólidas	6	21,4
PERCEPÇÃO DE QUANDO AS PERDAS ESTÃO PARA ACONTECER*		
Nunca	9	33,3
Sim, às vezes (menos de 25% das vezes)	3	11,1
Sim, freqüentemente (mais de 25% das vezes)	3	11,1
Sim, geralmente (mais de 75% das vezes)	12	44,4
PERCEPÇÃO DE QUANDO AS PERDAS ESTÃO ACONTECENDO*		
Nunca	7	26,9
Sim, às vezes (menos de 25% das vezes)	4	15,4
Sim, freqüentemente (mais de 25% das vezes)	2	7,7
Sim, geralmente (mais de 75% das vezes)	13	50,0
DIFICULDADE PARA DISTINGUIR A VONTADE DE ELIMINAR FEZES DA VONTADE DE ELIMINAR FLATOS*		
Nunca	11	42,3
Sim, às vezes (menos de 25% das vezes)	6	23,1
Sim, freqüentemente (mais de 25% das vezes)	3	11,5
Sim, geralmente (mais de 75% das vezes)	6	23,1

Jaqueline Betteloni Junqueira

(continuação)

ITENS DOS INSTRUMENTOS (N=26)	N	%
PERDA DE GAZES**		
Nunca	1	3,0
Raro	-	-
Às vezes	5	15,2
Usual	6	18,2
Sempre	21	63,6
PERDA DE FEZES LÍQUIDAS**		
Nunca	6	18,2
Raro	1	3,0
Às vezes	2	6,1
Usual	8	24,2
Sempre	16	48,5
PERDA DE FEZES SÓLIDAS**		
Nunca	16	48,5
Raro	5	15,2
Às vezes	2	6,1
Usual	4	12,1
Sempre	6	18,2
PROTEÇÃO DE VESTES**		
Nunca	12	36,4
Raro	-	-
Às vezes	5	15,2
Usual	-	-
Sempre	16	48,5
ALTERAÇÃO NA QUALIDADE VIDA**		
Nunca	12	42,9
Raro	-	-
Às vezes	1	3,6
Usual	2	7,1
Sempre	13	46,4

*Hábito Intestinal na População Geral

**Índice de Incontinência Anal -IIA

(conclusão)

Dentre os pacientes com incontinência fecal prévia à internação, somente 36% dos pacientes referiram ter procurado ajuda profissional para manejo do problema.

7.3.3 Fatores associados à incontinência fecal

As Tabelas 8 e 9 mostram que houve diferenças estatisticamente significativas entre os grupos com e sem IF, para as seguintes variáveis: cor de pele, anos de estudo, nível de escolaridade, situação empregatícia, ocupação, DM, Síndrome do Intestino Irritável (SII)/Doença Inflamatória Intestinal, DPOC, limitação funcional, disúria, ITU de repetição, diarreia, cirurgia anorretal, uso de fralda e uso de diurético. Para as mulheres, as variáveis que mostraram diferenças estatisticamente significativas entre os grupos com e sem IF foram: prolapso uterino, episiotomia, menopausa, número de gestações, número de partos, parto natural (vaginal e fórceps) e parto vaginal (Tabelas 8 e 9). E, entre os homens, nenhuma variável mostrou diferenças estatisticamente significativas. (Tabela 8).

As variáveis Esclerose Múltipla, Megacólon Chagásico e uso de anticolinérgico foram avaliadas, porém não foram observadas na amostra estudada.

Tabela 8 - Variáveis categóricas de acordo com a presença ou ausência de incontinência fecal. São Paulo, 2016.

						(continua)
VARIÁVEIS (N=342)	Incontinência Fecal				Total	p* valor
	Ausente		Presente			
	N	%	N	%		
VARIÁVEIS SOCIODEMOGRAFICAS						
Sexo						
Feminino	174	91	18	9	192	0,251
Masculino	141	94	9	6	150	
Cor da pele						
Branco	146	88	19	12	165	0,002
Preto	52	93	4	7	56	
Pardo	112	98	2	2	114	
Amarelo	5	71	2	29	7	

Jaqueline Betteloni Junqueira

(continuação)

VARIÁVEIS (N=342)	Incontinência Fecal				Total	p* valor
	Ausente		Presente			
	N	%	N	%		
VARIÁVEIS SOCIODEMOGRAFICAS						
Nível de escolaridade						
Analfabeto	20	77	6	23	26	0,021
Ensino Fundamental	139	93	10	7	149	
Ensino Médio	116	95	6	5	122	
Ensino Superior	32	91	3	9	35	
Pós graduação	8	80	2	20	10	
Situação empregatícia						
Assalariado com registro	88	97	3	3	91	0,004
Assalariado sem registro	7	100	-	-	7	
Autônomo	37	86	6	14	43	
Trabalho informal	19	95	1	5	20	
Aposentado	81	89	10	11	91	
Pensionista	9	64	5	36	14	
Desempregado	70	97	2	3	72	
Afastado	4	100	-	-	4	
Ocupação						
Planejamento e Organização	20	95	1	5	21	0,023
Empresário, direção e gerência	6	75	2	25	8	
Trabalho não qualificado na execução	36	92	3	8	39	
Trabalho semi-qualificado na execução	86	95	5	5	91	
Trabalho qualificado na execução	5	63	3	38	8	
Serviços gerais	30	100	-	-	30	
Serviços de escritório	132	91	13	9	145	
VARIÁVEIS CLÍNICAS						
HAS						
Sim	120	90	13	10	133	0,304
Não	195	93	14	7	209	
DM						
Sim	68	85	12	15	80	0,007
Não	247	94	15	6	262	
IC						
Sim	52	90	6	10	58	0,428
Não	263	93	21	7	284	
AVE						
Sim	17	94	1	6	18	1,000
Não	298	92	26	8	324	
Lesão Raquimedular						
Sim	-	-	1	100	1	0,079
Não	315	92	26	8	341	

Jaqueline Betteloni Junqueira

(continuação)

VARIÁVEIS (N=342)	Incontinência Fecal				Total	p* valor
	Ausente		Presente			
	N	%	N	%		
VARIÁVEIS CLÍNICAS						
Alzheimer						
Sim	4	67	2	33	6	0,074
Não	311	93	25	7	336	
Parkinson						
Sim	1	100	-	-	1	1,000
Não	314	92	27	8	341	
Demência						
Sim	3	100	-	-	3	1,000
Não	312	92	27	8	339	
Depressão						
Sim	30	83	6	17	36	0,050
Não	285	93	21	7	306	
Síndrome do Intestino Irritável/Doença inflamatória intestinal						
Sim	2	40	3	60	5	0,004
Não	313	93	24	7	337	
Obesidade						
Sim	42	86	7	14	49	0,086
Não	273	93	20	7	293	
Insônia						
Sim	70	93	5	7	75	0,655
Não	245	92	22	8	267	
Asma						
Sim	20	87	3	13	23	0,410
Não	295	92	24	8	319	
DPOC						
Sim	21	81	5	19	26	0,043
Não	294	93	22	7	316	
Neoplasia do intestino/reto						
Sim	2	67	1	33	3	0,219
Não	313	92	26	8	339	
Hipotireoidismo						
Sim	8	89	1	11	9	0,527
Não	307	92	26	8	333	
Doença Renal						
Sim	23	88	3	12	26	0,446

Jaqueline Betteloni Junqueira

(continuação)

VARIÁVEIS (N=342)	Incontinência Fecal				Total	p* valor
	Ausente		Presente			
	N	%	N	%		
VARIÁVEIS CLÍNICAS						
Não	292	92	24	8	316	0,441
Hepatopatia						
Sim	6	86	1	14	7	
Não	309	92	26	8	335	0,959
Tabagismo						
Sim	53	91	5	9	58	
Não	192	92	16	8	208	1,000
Ex-tabagista	70	92	6	8	76	
Etilismo						
Sim	20	95	1	5	21	<0,001
Não	264	92	24	8	288	
Ex-etilista	31	94	2	6	33	
Limitação funcional						
Sim	60	81	14	19	74	0,601
Não	255	95	13	5	268	
Fissura anal						
Sim	10	91	1	9	11	0,339
Não	305	92	26	8	331	
Prolapso retal						
Sim	4	80	1	20	5	0,339
Não	311	92	26	8	337	
Abscesso /infecção ao redor do ânus						
Sim	4	80	1	20	5	0,339
Não	311	92	26	8	337	
Trauma ou ferimento no reto/ânus						
Sim	4	100	-	-	4	1,000
Não	311	92	27	8	338	
Doença hemorroidária						
Sim	55	87	8	13	63	0,124
Não	260	93	19	7	279	
Disúria						
Sim	115	94	7	6	122	0,005
Não	200	92	18	8	218	
Infecção de Trato Urinário de repetição						
Sim	50	83	10	17	60	0,014
Não	265	94	17	6	282	
Diarreia						
Sim	31	69	14	31	45	<0,001
Não	284	96	13	4	297	
Cirurgia anorretal						
Sim	12	75	4	25	16	0,029
Não	303	93	23	7	326	

Jaqueline Betteloni Junqueira

(continuação)

VARIÁVEIS (N=342)	Incontinência Fecal				Total	p* valor
	Ausente		Presente			
	N	%	N	%		
VARIÁVEIS CLÍNICAS						
Radioterapia pélvica ou abdominal						
Sim	3	75	1	25	4	0,281
Não	312	92	26	8	338	
Uso prévio de Cateter Vesical de Demora						
Sim	95	88	13	12	108	0,054
Não	220	94	14	6	234	
Uso prévio de Cateter Vesical Intermitente						
Sim	10	83	2	17	12	0,243
Não	305	92	25	8	330	
Uso de fralda						
Sim, está usando no momento	31	70	13	30	44	<0,001
Sim, já fazia uso de fralda em casa	8	62	5	38	13	
Não faz uso de fralda	274	98	7	2	281	
Fez uso de fralda nesta internação, porém não está usando fralda no momento	2	50	2	50	4	
Diuréticos						
Sim	47	82	10	18	57	0,006
Não	268	94	17	6	285	
Antinflamatórios						
Sim	46	88	6	12	52	0,272
Não	269	93	21	7	290	
Anti-histamínicos						
Sim	5	100	-	-	5	1,000
Não	310	92	27	8	337	
Antidepressivos						
Sim	18	95	1	5	19	1,000
Não	297	92	26	8	323	
Opióides						
Sim	14	100	-	-	14	0,613
Não	301	92	27	8	328	
Laxantes						
Sim	22	85	4	15	26	0,137
Não	293	93	23	7	316	
Diagnóstico de Internação						
Doenças infecciosas e parasitárias	18	86	3	14	21	0,094
Neoplasias	4	80	1	20	5	
Doenças hematológicas e imunitárias	7	100	-	-	7	

Jaqueline Betteloni Junqueira

(continuação)

VARIÁVEIS (N=342)	Incontinência Fecal				Total	p* valor
	Ausente		Presente			
	N	%	N	%		
VARIÁVEIS CLÍNICAS						
Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	3	100	-	-	3	-
Doenças do sistema nervoso	1	50	1	50	2	
Doenças do aparelho circulatório	36	97	1	3	37	
Doenças do aparelho respiratório	32	82	7	18	39	
Doenças do aparelho gastrointestinal	39	81	9	19	48	
Doenças do aparelho genitourinário	33	94	2	6	35	
Doenças do sistema osteomuscular e conjuntivo	50	96	2	4	52	
Gravidez, parto e puerpério	80	100	-	-	80	
Causas externas e envenenamento	5	100	-	-	5	
Outras	5	83	1	17	6	
VARIÁVEIS CLÍNICAS PARA O SEXO FEMININO						
Retocele (N=192)						
Sim	-	-	1	100	1	0,101
Não	174	91	17	9	191	
Cistocele (N=192)						
Sim	16	84	3	16	19	0,396
Não	158	91	15	9	173	
Prolapso uterino (N=193)						
Sim	2	50	2	50	4	0,007
Não	173	92	16	8	189	
Laceração do ânus durante o parto (N=182)						
Sim	4	80	1	20	5	0,503
Não	161	91	16	9	177	
Laceração da vagina durante o parto (N=174)						
Sim	20	100	-	-	20	0,359
Não	138	90	16	10	154	
Episiotomia (N=182)						
Sim	65	97	2	3	67	0,025
Não	100	87	15	13	115	
Menopausa (N=192)						
Sim	49	78	14	22	63	<0,001
Não	125	97	4	3	129	
Cirurgia ginecológica (N=192)						
Sim	29	88	4	12	33	0,064
Não	145	91	14	9	159	

Jaqueline Betteloni Junqueira

(continuação)

VARIÁVEIS (N=342)	Incontinência Fecal				Total	p* valor
	Ausente		Presente			
	N	%	N	%		
VARIÁVEIS CLÍNICAS PARA O SEXO MASCULINO						
Impotência sexual (N=147)						
Sim	44	90	5	10	49	0,160
Não	94	96	4	4	98	
Cirurgia urológica (N=149)						
Sim	11	92	1	8	12	0,541
Não	129	94	8	6	137	
Hiperplasia Prostática Benigna (N=149)						
Sim	7	100	-	-	7	1,000
Não	132	92,9	10	7,1	142	

(conclusão)

Tabela 9 - Variáveis numéricas de acordo com a presença ou ausência de incontinência fecal. São Paulo, 2016.

VARIÁVEIS NUMÉRICAS	IF	N	Média	DP	Med.	Mín.	Máx.	p* valor
Idade	Não	315	47,74	21,012	47,00	18	96	0,069
	Sim	27	62,70	20,005	66,00	19	103	
Anos de estudo	Não	315	8,43	4,416	9,00	0	24	0,028
	Sim	26	7,62	5,872	8,00	0	19	
Renda familiar	Não	287	\$2.631,29	-	\$1.800,00	\$0	\$20.000	0,809
	Sim	23	\$4.021,91	-	\$2.000,00	\$905	\$16.000	
Tempo de internação (em dias)	Não	315	8,64	13,663	4,00	1	113	0,995
	Sim	27	8,56	10,464	4,00	1	38	
VARIÁVEIS NUMÉRICAS PARA O SEXO FEMININO								
Número de gestações	Não	174	2,41	1,727	2,00	0	9	0,012
	Sim	18	3,67	3,819	3,50	0	17	
Número de partos	Não	174	2,08	1,653	2,00	0	9	0,005
	Sim	18	3,33	2,849	3,00	0	12	
Abortos	Não	174	0,25	0,561	0,00	0	3	0,588
	Sim	18	0,33	1,188	0,00	0	5	
Parto natural	Não	174	1,47	1,775	1,00	0	9	<0,001
	Sim	18	3,06	3,038	2,50	0	12	
Parto vaginal	Não	174	1,34	1,712	1,00	0	9	0,003
	Sim	18	2,72	3,064	2,00	0	12	
Parto fórceps	Não	174	0,13	0,397	0,00	0	2	0,088
	Sim	18	0,33	1,029	0,00	0	4	
Parto cesáreo	Não	174	0,61	0,891	0,00	0	4	0,132
	Sim	18	0,28	0,826	0,00	0	3	

Não foi possível a execução do Modelo de Regressão Logística para testar as variáveis independentes associadas à presença da IF devido à sua baixa prevalência na amostra estudada.

7.4 PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS À INCONTINÊNCIA COMBINADA

7.4.1 Prevalência da incontinência combinada

A prevalência global da IC, ou seja, da ocorrência concomitante das incontinências urinária e fecal na população estudada, foi 4,7% (16), sendo 7,3% (14) para as mulheres e 1,4%(12) para os homens. As prevalências parciais nos meses de março, abril, maio e junho foram de 5,7%, 9,8%, 1,3% e 2,2%, respectivamente (Figura 7).

Figura 7 - Prevalência pontual de incontinência combinada, segundo meses de coleta de dados. São Paulo, 2016.

7.4.2 Caracterização da incontinência combinada

A caracterização das perdas foi realizada de forma isolada para cada incontinência, urinária e fecal, e apresentada nos respectivos tópicos.

7.4.3 Fatores associados à incontinência combinada

As Tabelas 10 e 11 mostram que houve diferenças estatisticamente significativas entre os grupos com e sem IC, para as seguintes variáveis: idade, sexo, cor de pele, nível de escolaridade, situação empregatícia, diagnóstico de internação, Alzheimer, depressão, Síndrome do Intestino Irritável (SII)/ Doença Inflamatória Intestinal, DPOC, limitação funcional, prolapso retal, disúria, ITU de repetição, diarreia, uso de fralda e uso de diuréticos. Para as mulheres, as variáveis que mostraram diferenças estatisticamente significativas entre os grupos com e sem IC foram: menopausa, prolapso uterino, número de gestações, número e tipo de partos, parto natural (vaginal e fórceps), parto vaginal e parto fórceps (Tabela 10 e 11). Diferenças estatisticamente significativas entre grupos não foram encontradas especificamente para os homens (Tabela 10).

As variáveis Lesão Raquimedular, Esclerose Múltipla, Megacólon Chagásico e uso de anticolinérgico foram avaliadas, porém não foram observadas na amostra estudada.

Tabela 10 - Variáveis categóricas de acordo com a presença ou ausência de incontinência combinada. São Paulo, 2016.

(continua)						
VARIÁVEIS (N=339)	Incontinência Combinada				Total	p* valor
	Ausente		Presente			
	N	%	N	%		
VARIÁVEIS SOCIODEMOGRAFICAS						
Sexo						
Feminino	177	93	14	7	191	0,010
Masculino	146	99	2	1	148	
Cor da pele						
Branco	151	93	11	7	162	0,037
Preto	52	95	3	5	55	
Pardo	113	99	1	1	114	
Amarelo	7	88	1	13	8	

0,010

0,037

Jaqueline Betteloni Junqueira

(continuação)

VARIÁVEIS (N=339)	Incontinência Combinada				Total	p* valor
	Ausente		Presente			
	N	%	N	%		
VARIÁVEIS SOCIODEMOGRAFICAS						
Nível de escolaridade						
Analfabeto	21	81	5	19	26	0,004
Ensino Fundamental	144	97	4	3	148	
Ensino Médio	116	97	4	3	120	
Ensino Superior	34	97	1	3	35	
Pós graduação	8	80	2	20	10	
Situação empregatícia						
Assalariado com registro	89	98	2	2	91	0,004
Assalariado sem registro	7	100	-	-	7	
Autônomo	40	95	2	5	42	
Trabalho informal	19	95	1	5	20	
Aposentado	85	94	5	6	90	
Pensionista	9	64	5	36	14	
Desempregado	70	99	1	1	71	
Afastado	4	100	-	-	4	
Ocupação						
Planejamento e Organização	20	95	1	5	21	0,108
Empresário, direção e gerência	7	88	1	13	8	
Trabalho não qualificado na execução	36	95	2	5	38	
Trabalho semi-qualificado na execução	88	99	1	1	89	
Trabalho qualificado na execução	7	88	1	13	8	
Serviços gerais	30	100	-	-	30	
Serviços de escritório	135	93	10	7	145	
VARIÁVEIS CLÍNICAS						
HAS						
Sim	123	95	7	5	130	0,649
Não	200	96	9	4	209	
DM						
Sim	71	91	7	9	78	0,063
Não	252	97	9	3	261	
IC						
Sim	53	93	4	7	57	0,323
Não	270	96	12	4	282	
AVE						
Sim	17	94	1	6	18	0,591
Não	306	95	15	5	321	

Jaqueline Betteloni Junqueira

(continuação)

VARIÁVEIS (N=339)	Incontinência Combinada				Total	p* valor
	Ausente		Presente			
	N	%	N	%		
VARIÁVEIS CLÍNICAS						
Alzheimer						
Sim	4	67	2	33	6	0,028
Não	319	96	14	4	333	
Parkinson						
Sim	1	100	-	-	1	1,000
Não	322	95	16	5	338	
Demência						
Sim	3	100	-	-	3	1,000
Não	320	95	16	5	336	
Depressão						
Sim	32	86	5	14	37	0,021
Não	291	96	11	4	302	
Síndrome do Intestino Irritável/Doença inflamatória intestinal						
Sim	3	60	2	40	5	0,019
Não	320	96	14	4	334	
Obesidade						
Sim	43	90	5	10	48	0,060
Não	280	96	11	4	291	
Insônia						
Sim	73	96	3	4	76	1,000
Não	250	95	13	5	263	
Asma						
Sim	20	91	2	9	22	0,278
Não	303	96	14	4	317	
DPOC						
Sim	21	84	4	16	25	0,023
Não	302	96	12	4	314	
Neoplasia do intestino/reto						
Sim	3	75	1	25	4	0,177
Não	320	96	15	4	335	
Hipotireoidismo						
Sim	9	100	-	-	9	1,000
Não	314	95	16	5	330	

Jaqueline Betteloni Junqueira

(continuação)

VARIÁVEIS (N=339)	Incontinência Combinada				Total	p* valor
	Ausente		Presente			
	N	%	N	%		
VARIÁVEIS CLÍNICAS						
Doença Renal						
Sim	24	96	1	4	25	1,000
Não	299	95	15	5	314	
Hepatopatia						
Sim	6	86	1	14	7	0,289
Não	317	95	15	5	332	
Tabagismo						
Sim	53	91	5	9	58	0,185
Não	200	97	7	3	207	
Ex-tabagista	70	95	4	5	74	
Etilismo						
Sim	21	100	-	-	21	0,868
Não	270	95	15	5	285	
Ex-etilista	32	97	1	3	33	
Limitação funcional						
Sim	65	89	8	11	73	0,009
Não	258	97	8	3	266	
Fissura anal						
Sim	10	91	1	9	11	0,417
Não	313	95	15	5	328	
Prolapso retal						
Sim	4	80	1	20	5	0,025
Não	319	96	15	4	334	
Abscesso /infecção ao redor do ânus						
Sim	4	80	1	20	5	0,216
Não	319	96	15	4	334	
Trauma ou ferimento no reto/ânus						
Sim	4	100	-	-	4	1,000
Não	319	95	16	5	335	
Doença hemorroidária						
Sim	57	92	5	8	62	0,185
Não	266	96	11	4	277	
Disúria						
Sim	117	98	3	3	120	0,001
Não	206	95	11	5	217	
Infecção de Trato Urinário de repetição						
Sim	52	90	6	10	58	0,038
Não	271	96	10	4	281	
Diarreia						
Sim	36	84	7	16	43	0,002
Não	287	97	9	3	296	

Jaqueline Betteloni Junqueira

(continuação)

VARIÁVEIS (N=339)	Incontinência Combinada				Total	p* valor
	Ausente		Presente			
	N	%	N	%		
VARIÁVEIS CLÍNICAS						
Cirurgia anorretal						
Sim	13	87	2	13	15	0,153
Não	310	96	14	4	324	
Radioterapia pélvica ou abdominal						
Sim	3	75	1	25	4	0,177
Não	320	96	15	4	335	
Uso prévio de Cateter Vesical de Demora						
Sim	98	92	8	8	106	0,098
Não	225	97	8	3	233	
Uso prévio de Cateter Vesical Intermitente						
Sim	11	92	1	8	12	0,446
Não	312	95	15	5	327	
Uso de fralda						
Sim, está usando no momento	35	83	7	17	42	<0,001
Sim, já fazia uso de fralda em casa	8	67	4	33	12	
Não faz uso de fralda	278	99	3	1	281	
Fez uso de fralda nesta internação, porém não está usando fralda no momento	2	50	2	50	4	
Diuréticos						
Sim	48	87	7	13	55	0,007
Não	275	97	9	3	284	
Antinflamatórios						
Sim	47	90	5	10	52	0,080
Não	276	96	11	4	287	
Anti-histamínicos						
Sim	5	100	-	-	5	1,000
Não	318	95	16	5	334	
Antidepressivos						
Sim	19	100	-	-	19	1,000
Não	304	95	16	5	320	
Opióides						
Sim	14	100	-	-	14	1,000
Não	309	95	16	5	325	
Laxantes						
Sim	23	88	3	12	26	0,115
Não	300	96	13	4	313	

Jaqueline Betteloni Junqueira

(continuação)

VARIÁVEIS (N=339)	Incontinência Combinada				Total	p* valor
	Ausente		Presente			
	N	%	N	%		
VARIÁVEIS CLÍNICAS						
Diagnóstico de Internação						
Doenças infecciosas e parasitárias	19	95	1	5	20	0,032
Neoplasias	4	80	1	20	5	
Doenças hematológicas e imunitárias	7	100	-	-	7	
Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	3	100	-	-	3	
Doenças do sistema nervoso	1	50	1	50	2	
Doenças do aparelho circulatório	36	97	1	3	37	
Doenças do aparelho respiratório	34	92	3	8	37	
Doenças do aparelho gastrointestinal	44	92	4	8	48	
Doenças do aparelho genitourinário	33	94	2	6	35	
Doenças do sistema osteomuscular e conjuntivo	50	96	2	4	52	
Gravidez, parto e puerpério	80	100	-	-	80	
Causas externas e envenenamento	5	100	-	-	5	
Outras	5	83	1	17	6	
VARIÁVEIS CLÍNICAS PARA O SEXO FEMININO						
Retocele (N=191)						
Sim	-	-	1	100	1	0,078
Não	177	93	13	7	190	
Cistocele (N=191)						
Sim	16	84	3	16	19	0,150
Não	161	94	11	6	172	
Prolapso uterino (N=192)						
Sim	2	50	2	50	4	0,044
Não	176	94	12	6	188	
Laceração do ânus durante o parto (N=181)						
Sim	4	80	1	20	5	0,436
Não	163	93	13	7	176	
Laceração da vagina durante o parto (N=173)						
Sim	20	100	-	-	20	0,460
Não	140	92	13	8	153	
Episiotomia (N=181)						
Sim	65	97	2	3	67	0,067
Não	102	89	12	11	114	
Menopausa (N=191)						
Sim	51	82	11	18	62	<0,001
Não	126	98	3	2	129	
Cirurgia ginecológica (N=191)						
Sim	29	88	4	12	33	0,269
Não	148	94	10	6	158	

Jaqueline Betteloni Junqueira

(continuação)

VARIÁVEIS (N=339)	Incontinência Combinada				Total	p* valor
	Ausente		Presente			
	N	%	N	%		
VARIÁVEIS CLÍNICAS PARA O SEXO MASCULINO						
Impotência sexual (N=145)						
Sim	47	98	1	2	48	1,000
Não	96	99	1	1	97	
Cirurgia urológica (N=147)						
Sim	12	100	-	-	12	1,000
Não	133	99	2	1	135	
Hiperplasia Prostática Benigna (N=147)						
Sim	7	100	-	-	7	1,000
Não	137	97,8	3	2,2	140	

(conclusão)

Tabela 11 - Variáveis numéricas de acordo com a presença ou ausência de incontinência combinada. São Paulo, 2016.

(continua)

VARIÁVEIS NUMÉRICAS	IC	N	Média	DP	Med.	Mín.	Máx.	p* valor
Idade	Não	323	48,15	21,133	49,00	18	103	0,006
	Sim	16	63,00	19,504	66,50	19	89	
Anos de estudo	Não	323	8,41	4,454	8,00	0	24	0,241
	Sim	15	7,00	6,503	7,00	0	19	
Renda familiar	Não	293	\$2.687,30	-	\$1.800,00	\$0	\$20.000	0,132
	Sim	14	\$3.850,29	-	\$2.250,00	\$905	\$16.000	
Tempo de internação (em dias)	Não	323	8,65	13,545	4,00	1	113	0,849
	Sim	16	9,31	11,937	4,50	1	38	
VARIÁVEIS NUMÉRICAS PARA O SEXO FEMININO								
Número de gestações	Não	177	2,42	1,737	2,00	0	9	0,011
	Sim	14	3,86	4,222	3,00	0	17	
Número de partos	Não	177	2,09	1,663	2,00	0	9	0,005
	Sim	14	3,50	3,082	3,00	0	12	
Abortos	Não	177	0,25	0,559	0,00	0	3	0,544
	Sim	14	0,36	1,336	0,00	0	5	

(continuação)

VARIÁVEIS NUMÉRICAS	IC	N	Média	DP	Med.	Mín.	Máx.	p* valor
VARIÁVEIS NUMÉRICAS PARA O SEXO FEMININO								
Parto natural	Não	177	1,47	1,787	1,00	0	9	0,001
	Sim	14	3,36	3,201	3,00	0	12	
Parto vaginal	Não	177	1,35	1,726	1,00	0	9	0,003
	Sim	14	2,93	3,269	2,00	0	12	
Parto forceps	Não	177	0,12	0,394	0,00	0	2	0,025
	Sim	14	0,43	1,158	0,00	0	4	
Parto cesária	Não	177	0,62	0,904	0,00	0	4	0,055
	Sim	14	0,14	0,535	0,00	0	2	

(conclusão)

Assim como ocorreu para a IF, também para a incontinência combinada não foi possível executar o Modelo de Regressão Logística, devido à sua baixa prevalência na amostra estudada.

7.5 PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS À CONSTIPAÇÃO INTESTINAL

7.5.1 Prevalência da constipação intestinal

A prevalência encontrada para CI atual foi 14,9% (51), sendo 15% (29) para mulheres e 14,7% (22) para os homens. As prevalências parciais da CI nos meses de março, abril, maio e junho foram de 21,1%, 9,6%, 18,2% e 10,8%, respectivamente (Figura 8). Entre os constipados, 19 (37,3%) informaram apresentar o problema durante a internação; no entanto, 29 (8,4%) que eram constipados, segundo os mesmos Critérios de Roma III, referiram apresentar hábito intestinal normal durante a internação.

Figura 8 - Prevalência pontual de constipação intestinal, segundo meses de coleta de dados. São Paulo, 2016.

7.5.2 Caracterização da constipação intestinal

Conforme mostra o Quadro 9 a frequência da evacuação entre os constipados foi de duas vezes por semana para 21 (41,2%) e de uma vez por semana para 6 (11,8%) pacientes. Entre os constipados, 23 (45,1%) relataram já ter ficado mais de dois a quatro dias sem evacuar e 16 (31,4%) de cinco dias a uma semana. Quando questionados quanto ao uso de medicações laxativas, 70,6% (36) revelaram não as utilizarem para estimular as evacuações.

Entre os pacientes que se encontravam constipados, 21 (42%) responderam geralmente fazer força para evacuar (mais de 75% das vezes), sendo que esse esforço é moderado para 11 (22%) indivíduos e leve para 10 (20%) indivíduos. O esforço nunca ocorreu para 14 (27,5%) pacientes e passou a ser necessário somente após a internação para 13 (25,5%) pacientes; 9 (17,6%) pacientes fazem força para evacuar entre dois a cinco anos. As fezes nunca eram de consistência aquosa para 34 (66,7%) constipados e eram geralmente endurecidas para 60,8% dos constipados.

Após evacuar, 88% dos constipados sentiam que ainda havia fezes para serem eliminadas e isso ocorria às vezes para 15 (30%) pacientes e geralmente para 13 (26%) pacientes. Entre os constipados, somente 14% relataram a prática do uso do dedo para auxiliar na saída das fezes, enquanto 30,6% (17) nunca mudavam sua posição sobre o vaso sanitário para facilitar a evacuação.

Jaqueline Betteloni Junqueira

Com relação ao tempo gasto no banheiro para evacuar, 18 (37,5%) pacientes utilizavam entre 10 e 30 minutos e para 13 (27,1%) pacientes esse tempo era de cinco a dez minutos.

Entre os pacientes com hábito intestinal constipado, 37,3% (19) referiram constipação após a internação.

Quadro 9 - Caracterização da constipação intestinal, segundo o instrumento Hábito Intestinal na População Geral (*adaptado). São Paulo, 2016.

(continua)		
ITENS DO INSTRUMENTO (N=51)	N	%
FREQUENCIA DE EVACUAÇÃO		
Uma vez ou menos por mês	0	0
De duas a três vezes por mês	6	11,8
Uma vez por semana	13	25,5
Duas vezes por semana	21	41,1
De três a seis vezes por semana	8	15,7
Uma vez por dia	3	5,9
Duas vezes por dia	0	0
Três vezes por dia	0	0
Mais de três vezes por dia	0	0
MAIOR NÚMERO DE DIAS CONSECUTIVOS SEM EVACUAR		
Dois dias ou menos	2	3,9
Mais de dois a quatro dias	23	45,1
De cinco dias a uma semana	16	31,4

(continuação)

ITENS DO INSTRUMENTO (N=51)	N	%
Mais de uma a uma semana	8	15,7
Mais de duas semanas	2	3,9
USO DE MEDICAÇÕES PARA EVACUAR		
Não	36	70,6
Sim, às vezes (menos de 25% das vezes)	4	7,8
Sim, frequentemente (mais de 25% das vezes)	4	7,8
Sim, geralmente (mais do que 75% das vezes)	7	13,7
FORÇA PARA EVACUAR		
Não	9	18,0
Sim, às vezes (menos de 25% das vezes)	8	16,0
Sim, frequentemente (mais de 25% das vezes)	12	24,0
Sim, geralmente (mais do que 75% das vezes)	21	42,0
CLASSIFICAÇÃO DO ESFORÇO		
Eu nunca tive que fazer esforço para evacuar	9	18,0
Muito pouco	6	12,0
Pouco	10	20,0
Moderado	11	22,0
Intenso	9	18,0
Muito intenso	5	10,0
TEMPO DE ESFORÇO		
Eu nunca me esforço para evacuar	14	27,5
Desde a internação	13	25,5

(continuação)		
ITENS DO INSTRUMENTO (N=51)	N	%
Menos de um ano	1	2,0
De um a dois anos	1	2,0
Mais de dois a cinco anos	9	17,6
Mais de cinco a dez anos	6	11,8
Mais de dez anos	7	13,7
FREQUENCIA DE FEZES SOLTAS OU AQUOSAS		
Nunca	34	66,7
Às vezes (menos de 25% das vezes)	16	31,4
Frequentemente (mais de 25% das vezes)	1	2,0
Geralmente (mais do que 75% das vezes)	0	0
FREQUENCIA DE FEZES ENDURECIDAS		
Nunca	5	9,8
Às vezes (menos de 25% das vezes)	6	11,8
Frequentemente (mais de 25% das vezes)	9	17,6
Geralmente (mais do que 75% das vezes)	31	60,8
EVACUAÇÃO INCOMPLETA		
Nunca	11	22,0
Às vezes (menos de 25% das vezes)	15	30,0
Frequentemente (mais de 25% das vezes)	11	22,0
Geralmente (mais do que 75% das vezes)	13	26,0
USO DE DEDO PARA AUXILIAR NA ELIMINAÇÃO DAS FEZES		
Sim	7	14,0
Não	43	86,0

(continuação)		
ITENS DO INSTRUMENTO (N=51)	N	%
TEMPO GASTO NO BANHEIRO		
Menos que cinco minutos	9	18,8
De cinco a dez minutos	13	27,1
Mais de dez até 30 minutos	18	37,5
Mais de 30 minutos até uma hora	7	14,6
Mais de uma hora	1	2,1
UTILIZAÇÃO DE OUTRA POSIÇÃO, ALÉM DE SENTADA, PARA AUXILIAR NA EVACUAÇÃO		
Nunca	34	69,4
Às vezes (menos de 25% das vezes)	3	6,1
Frequentemente (mais de 25% das vezes)	2	4,1
Geralmente (mais do que 75% das vezes)	10	20,4
SENSAÇÃO DE RETO OBSTRUÍDO		
Nunca	27	54,0
Às vezes (menos de 25% das vezes)	12	24,0
Frequentemente (mais de 25% das vezes)	5	10,0
Geralmente (mais do que 75% das vezes)	6	12,0
REGULARIDADE DA EVACUAÇÃO		
Tive constipação intestinal com frequência (mais de 25% das vezes)	28	54,9
Às vezes tive constipação (menos de 25% das vezes)	3	5,9
Tinha diarreia e constipação, alternadamente	1	2,0
Às vezes tive diarreia (menos de 25% das vezes)	0	0

(continuação)		
ITENS DO INSTRUMENTO (N=51)	N	%
Tinha diarreia frequentemente (mais de 25% das vezes)	0	0
Geralmente normal	0	0
Fiquei constipado após a internação	19	37,3
(conclusão)		

Dentre os pacientes com constipação intestinal prévia à internação, 86,2% (44) informaram já ter procurado ajuda profissional para manejo do problema.

7.5.3 Fatores associados à constipação intestinal

As Tabelas 12 e 13 mostram que houve diferenças estatisticamente significativas entre os grupos com e sem CI para as seguintes variáveis: anos de estudo, diarreia, radioterapia pélvica ou abdominal e estar em uso de laxantes. Para as mulheres, não houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos com e sem CI para qualquer variável, enquanto para os homens, a única variável que emergiu com diferença estatisticamente significativa entre os grupos com e sem CI foi a impotência sexual.

As variáveis Esclerose Múltipla, Megacólon Chagásico e uso de anticolinérgico foram avaliadas, porém não foram detectadas na amostra estudada.

Tabela 12 - Variáveis categóricas de acordo com a presença ou ausência de constipação intestinal. São Paulo, 2016.

(continua)						
VARIÁVEIS (N=343)	Constipação				Total	p* valor
	Ausente		Presente			
	N	%	N	%		
VARIÁVEIS SOCIODEMOGRAFICAS						
Sexo						
Feminino	164	85	29	15	193	0,926
Masculino	128	83	22	14	150	
Cor da pele						
Branco	137	83	28	17	165	0,661
Preto	49	88	7	13	56	
Pardo	98	86	16	14	114	
Amarelo	8	100	-	-	8	

(continuação)

VARIÁVEIS (N=343)	Constipação				Total	p* valor
	Ausente		Presente			
	N	%	N	%		
VARIÁVEIS SOCIODEMOGRAFICAS						
Nível de escolaridade						
Analfabeto	16	64	9	36	25	0,071
Ensino Fundamental	128	85	22	15	150	
Ensino Médio	108	88	15	12	123	
Ensino Superior	31	89	4	11	35	
Pós graduação	9	90	1	10	10	
Situação empregatícia						
Assalariado com registro	83	91	8	9	91	0,067
Assalariado sem registro	7	100	-	-	7	
Autônomo	36	84	7	16	43	
Trabalho informal	15	75	5	25	20	
Aposentado	72	78	20	22	92	
Pensionista	10	71	4	29	14	
Desempregado	65	90	7	10	72	
Afastado	4	100	-	-	4	
Ocupação						
Planejamento e Organização	19	90	2	10	21	0,972
Empresário, direção e gerência	8	100	-	-	8	
Trabalho não qualificado na execução	33	85	6	15	39	
Trabalho semi-qualificado na execução	76	84	15	16	91	
Trabalho qualificado na execução	7	88	1	13	8	
Serviços gerais	26	87	4	13	30	
Serviços de escritório	123	84	23	16	146	
VARIÁVEIS CLÍNICAS						
HAS						
Sim	108	82	24	18	132	0,173
Não	184	87	27	13	211	
DM						
Sim	66	84	13	16	79	0,651
Não	226	86	38	14	264	
IC						
Sim	47	81	11	19	58	0,336
Não	245	86	40	14	285	
AVE						
Sim	15	79	4	21	19	0,502
Não	277	85	47	15	324	
Lesão Raquimedular						
Sim	-	-	1	100	1	0,149
Não	292	85	50	15	342	

Jaqueline Betteloni Junqueira

(continuação)

VARIÁVEIS (N=343)	Constipação				Total	p* valor
	Ausente		Presente			
	N	%	N	%		
VARIÁVEIS CLÍNICAS						
Alzheimer						
Sim	4	67	2	33	6	0,220
Não	288	85	49	15	337	
Parkinson						
Sim	1	100	-	-	1	1,000
Não	291	85	51	15	342	
Demência						
Sim	1	50	1	50	2	0,276
Não	291	85	50	15	341	
Depressão						
Sim	33	89	4	11	37	0,463
Não	259	85	47	15	306	
Síndrome do Intestino Irritável/Doença inflamatória intestinal						
Sim	4	80	1	20	5	0,555
Não	288	85	50	15	338	
Obesidade						
Sim	46	94	3	6	49	0,063
Não	246	84	48	16	294	
Insônia						
Sim	67	88	9	12	76	0,401
Não	225	84	42	16	267	
Asma						
Sim	20	87	3	13	23	1,000
Não	272	85	48	15	320	
DPOC						
Sim	23	88	3	12	26	0,780
Não	269	85	48	15	317	
Neoplasia do intestino/reto						
Sim	4	100	-	-	4	1,000
Não	288	85	51	15	339	
Hipotireoidismo						
Sim	8	89	1	11	9	1,000
Não	284	85	50	15	334	

Jaqueline Betteloni Junqueira

(continuação)

VARIÁVEIS (N=343)	Constipação				Total	p* valor
	Ausente		Presente			
	N	%	N	%		
VARIÁVEIS CLÍNICAS						
Doença Renal						
Sim	18	72	7	28	25	0,075
Não	274	86	44	14	318	
Sim	6	86	1	14	7	1,000
Não	286	85	50	15	336	
Tabagismo						
Sim	53	91	5	9	58	0,078
Não	180	86	29	14	209	
Ex-tabagista	59	78	17	22	76	
Etilismo						
Sim	19	86	3	14	22	0,138
Não	249	86	39	14	288	
Ex-etilista	24	73	9	27	33	
Limitação funcional						
Sim	61	80	15	20	76	0,176
Não	231	87	36	13	267	
Fissura anal						
Sim	9	82	2	18	11	0,671
Não	283	85	49	15	332	
Prolapso retal						
Sim	2	40	3	60	5	0,300
Não	290	86	48	14	338	
Abscesso /infecção ao redor do ânus						
Sim	4	80	1	20	5	0,600
Não	288	85	50	15	338	
Trauma ou ferimento no reto/ânus						
Sim	2	50	2	50	4	0,100
Não	290	86	49	14	339	
Doença hemorroidária						
Sim	51	81	12	19	63	0,300
Não	241	86	39	14	280	
Disúria						
Sim	105	86	17	14	122	0,908
Não	186	85	33	15	219	
Infecção de Trato Urinário de repetição						
Sim	49	82	11	18	60	0,400
Não	243	86	40	14	283	
Diarreia						
Sim	44	96	2	4	46	<0,001
Não	248	84	49	16	297	

(continuação)

VARIÁVEIS (N=343)	Constipação				Total	p* valor
	Ausente		Presente			
	N	%	N	%		
VARIÁVEIS CLÍNICAS						
Cirurgia anorretal						
Sim	12	75	4	25	16	0,300
Não	280	86	47	14	327	
Radioterapia pélvica ou abdominal						
Sim	1	25	3	75	4	<0,001
Não	291	86	48	14	339	
Uso prévio de Cateter Vesical de Demora						
Sim	87	80	22	20	109	0,100
Não	205	88	29	12	234	
Uso prévio de Cateter Vesical Intermitente						
Sim	11	85	2	15	13	1,000
Não	281	85	49	15	330	
Uso de fralda						
Sim, está usando no momento	38	84	7	16	45	0,132
Sim, já fazia uso de fralda em casa	9	75	3	25	12	
Não faz uso de fralda	243	86	39	14	282	
Fez uso de fralda nesta internação, porém não está usando fralda no momento	2	50	2	50	4	
Diuréticos						
Sim	47	82	10	18	57	0,500
Não	245	86	41	14	286	
Antinflamatórios						
Sim	44	83	9	17	53	0,638
Não	248	86	42	14	290	
Anti-histamínicos						
Sim	4	80	1	20	5	0,600
Não	288	85	50	15	338	
Antidepressivos						
Sim	16	80	4	20	20	0,500
Não	276	85	47	15	323	
Opióides						
Sim	10	71	4	29	14	0,100
Não	282	86	47	14	329	
Laxantes						
Sim	13	50	13	50	26	<0,001
Não	279	88	38	12	317	

(continuação)

VARIÁVEIS (N=343)	Constipação				Total	p* valor	
	Ausente		Presente				
	N	%	N	%			
VARIÁVEIS CLÍNICAS							
Diagnóstico de Internação							
Doenças infecciosas e parasitárias	17	81	4	19	21	0,106	
Neoplasias	3	75	1	25	4		
Doenças hematológicas e imunitárias	6	86	1	14	7		
Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	3	100	-	-	3		
Doenças do sistema nervoso	-	-	2	100	2		
Doenças do aparelho circulatório	29	78	8	22	37		
Doenças do aparelho respiratório	35	90	4	10	39		
Doenças do aparelho gastrointestinal	44	88	6	12	50		
Doenças do aparelho genitourinário	27	77	8	23	35		
Doenças do sistema osteomuscular e conjuntivo	46	88	6	12	52		
Gravidez, parto e puerpério	70	88	10	13	80		
Causas externas e envenenamento	5	100	-	-	5		
Outras	5	83	1	17	6		
VARIÁVEIS CLÍNICAS PARA O SEXO FEMININO							
Retocele (N=193)							
Sim	1	100	-	-	1	1,000	
Não	163	85	29	15	192		
Cistocele (N=193)							
Sim	16	84	3	16	19	1,000	
Não	148	85	26	15	174		
Prolapso uterino (N=194)							
Sim	3	75	1	25	4	0,600	
Não	162	85	28	15	190		
Laceração do ânus durante o parto(N=183)							
Sim	5	100	-	-	5	0,406	
Não	150	84,2	28	15,8	178		
Laceração da vagina durante o parto (N=175)							
Sim	18	90	2	10	20	0,817	
Não	130	84	25	16	155		
Episiotomia (N=183)							
Sim	61	91	6	9	67	0,100	
Não	94	81	22	19	116		
Menopausa (N=193)							
Sim	50	79	13	21	63	0,129	
Não	114	88	16	12	130		
Cirurgia ginecológica (N=193)							
Sim	27	82	6	18	33	0,700	
Não	137	86	23	14	160		

Jaqueline Betteloni Junqueira

(continuação)

(continuação)						
VARIÁVEIS (N=343)	Constipação				Total	p* valor
	Ausente		Presente			
	N	%	N	%		
VARIÁVEIS CLÍNICAS PARA O SEXO MASCULINO						
Impotência sexual (N=147)						
Sim	37	76	12	24	49	<0,001
Não	88	90	10	10	98	
Cirurgia urológica (N=149)						
Sim	10	83	2	17	12	0,700
Não	118	86	19	14	137	
Hiperplasia Prostática Benigna (N=149)						
Sim	4	57	3	43	7	0,100
Não	123	86,6	19	13,4	142	

(conclusão)

Tabela 13 - Variáveis numéricas de acordo com a presença ou ausência de constipação intestinal. São Paulo, 2016.

(continua)

(continua)								
VARIÁVEIS NUMÉRICAS	Const.	N	Média	DP	Med.	Mín.	Máx.	p* valor
Idade	Não	292	48,04	20,769	49,00	18	103	0,069
	Sim	51	53,90	23,595	53,00	18	96	
Anos de estudo	Não	291	8,60	4,460	9,00	0	24	0,028
	Sim	51	7,10	4,700	7,00	0	16	
Renda familiar	Não	266	\$2.744,41	-	\$1.900,00	\$0	\$20.000	0,809
	Sim	45	\$2.634,89	-	\$1.900,00	\$500	\$16.000	
Tempo de internação (em dias)	Não	292	8,64	14,068	3,00	1	113	0,995
	Sim	51	8,63	8,953	5,00	1	43	
VARIÁVEIS NUMÉRICAS PARA O SEXO FEMININO								
Número de gestações	Não	164	2,51	2,091	2,00	0	17	0,857
	Sim	29	2,59	1,659	2,00	0	6	
Número de partos	Não	164	2,19	1,869	2,00	0	12	0,887
	Sim	29	2,24	1,550	2,00	0	5	
Abortos	Não	164	0,25	0,659	0,00	0	5	0,842
	Sim	29	0,28	0,528	0,00	0	2	

Jaqueline Betteloni Junqueira

(continuação)

VARIÁVEIS NUMÉRICAS	Const.	N	Média	DP	Med.	Mín.	Máx.
Parto natural	Não	164	1,60	2,024	1,00	0	12
	Sim	29	1,76	1,640	2,00	0	5
Parto vaginal	Não	164	1,47	1,977	1,00	0	12
	Sim	29	1,52	1,479	1,00	0	4
Parto forceps	Não	164	0,13	0,472	0,00	0	4
	Sim	29	0,24	0,577	0,00	0	2
Parto cesária	Não	164	0,59	0,905	0,00	0	4
	Sim	29	0,48	0,785	0,00	0	3

(conclusão)

No modelo de regressão, as variáveis que apareceram associadas à constipação intestinal foram: anos de estudo e estar em uso de laxantes (Tabela 14).

Tabela 14 - Variáveis associadas à presença de constipação intestinal. São Paulo, 2016.

Variáveis	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% C.I. for EXP(B)	
							Lower	Upper
Anos de Estudo	-0,085	0,036	5,683	1	0,017	0,918	0,856	0,985
Estar em uso de laxantes	2,090	0,444	22,175	1	0,000	8,081	3,387	19,282

Segundo o modelo de regressão logística (Tabela 14), cada ano de estudo diminui a chance de CI em 8,2%. Estar em uso de laxantes aumentou a chance de CI em 8 vezes.

8. Discussão

8 DISCUSSÃO

A discussão é apresentada de acordo com a prevalência de cada tipo de condição e seus fatores associados.

8.1 INCONTINÊNCIA URINÁRIA: PREVALÊNCIA, CARACTERIZAÇÃO E FATORES ASSOCIADOS

A prevalência de incontinência urinária (IU) encontrada entre os pacientes internados foi 22,9% (28% para mulheres e 16,1% para homens), bem inferior àquela encontrada em estudo realizado por Silva e Santos (2005)⁵³ no mesmo hospital, com 77 pacientes adultos e idosos, de 35%.

Não foram encontrados outros estudos internacionais de prevalência de IU em população hospitalizada, além do estudo espanhol de Clerencia-Sierra et al. (2015)⁵², realizado com 924 pacientes idosos hospitalizados em Zaragoza, onde foi observada prevalência geral de 80% (84,76% para mulheres e 73,9% para homens). O estudo constatou que a IU estava entre os dez problemas de saúde mais frequentes em ambos os sexos, superiores a de comorbidades com ampla distribuição como a HAS e o DM tipo 2. É preciso considerar, no entanto, as diferenças entre as amostras estudadas, tendo em vista serem idosos no estudo espanhol.

Os estudos populacionais internacionais apontam para prevalência geral de UI que varia de 8,2% a 27% (13% a 38,7% para mulheres e 2,9 a 10,5% para homens)^{29,30, 31, 20, 32, 33, 34, 35} e parciais de 1,15% a 6,5% para IUU (1,15% a 8,2% para mulheres e 1,15% a 4,5% para homens), 3,2% a 14,1% para IUE (5,1% a 21,2% para mulheres e 0,49% a 3,9% para homens) e 1,2% a 5,6% para IUM (1,26% a 9% para mulheres e 0,8% a 1,26% para homens)^{33, 31, 32, 36, 20, 34}.

Em estudo de base populacional realizado com 1.705 idosos residentes de Florianópolis, em Santa Catarina, a prevalência encontrada para a IU foi 29,4% (36,3% para mulheres e 17,0% para homens), chegando a 45,1% entre os idosos maiores de 80 anos³⁷. Em outro estudo com idosos de sete países da América Latina e Caribe, incluindo o Brasil⁴⁰, as prevalências auto referidas de IU no município de São Paulo foram 11,8% entre os homens e 26,2% entre as mulheres.

No presente estudo, o sexo feminino, a idade avançada, a asma, estar em uso de laxantes, o uso de fralda em casa, em algum momento da internação ou no momento da avaliação associaram-se à ocorrência da IU, segundo modelo de regressão logística. Em estudo de Silva e Santos (2005)⁵³ outros fatores apresentaram correlações estatisticamente significativas com IU em indivíduos hospitalizados, sendo eles: disúria, infecções urinárias, tempo de internação e sexo masculino.

Apesar da crença popular e da grande quantidade de estudos realizados com idosos, a IU não é uma alteração inerente ao processo de envelhecimento, mas, de fato, sua incidência aumenta proporcionalmente com a idade, podendo ser considerada uma síndrome geriátrica^{111, 112, 113, 114, 30, 25, 54, 12, 23}. A idade avançada traz alterações cognitivas, na coordenação e na mobilidade, bem como a manifestação de doenças associadas, como as neurodegenerativas, fatores que contribuem para o aparecimento da incontinência urinária^{113, 115}. Além disso, nas mulheres, o avanço da idade provoca mudanças hormonais e o ganho de peso que estão associados à diminuição da continência^{113, 116, 55}.

Diferentemente do fator idade, a relação da incontinência urinária com o uso de laxantes é algo ainda pouco explorado e não foi encontrado qualquer outro estudo corroborando essa associação, na literatura nacional e internacional. Mesmo assim, há décadas, a constipação intestinal tem sido associada à incontinência urinária^{117, 118, 12}. A associação entre a bexiga hiperativa e a constipação ganhou importância para a comunidade científica quando se observou que os medicamentos anticolinérgicos, comumente prescritos para inibir a atividade detrusora, exacerbavam a retenção de fezes, e a constipação, por sua vez, agravava os sintomas urinários provocados pelo aumento da pressão do reto sobre a bexiga. Possivelmente, o uso de laxantes pode ter emergido como fator associado à IU pela presença concomitante de IU e da constipação no mesmo indivíduo. Outra hipótese é que na vigência de diarreia, o indivíduo apresenta maior dificuldade para conter a urina durante a evacuação.

Já a associação da asma com a perda de urina vem sendo frequentemente apontada por outros estudos epidemiológicos^{30, 55, 37, 119, 120, 121, 122}. De acordo com a literatura, os problemas respiratórios podem estar relacionados ao risco de IU como resultado da tosse crônica ou de espirros, que aumentam a pressão intra-abdominal e podem causar danos ao assoalho pélvico¹²⁰. Em estudo de Marques et al., (2015)³⁷, indivíduos que reportaram bronquite ou asma apresentaram probabilidade 38% maior de ter IU quando comparados àqueles que não possuíam a doença. Em outro estudo de base populacional, realizado com 5.506 habitantes de Boston (EUA), com idade entre 30 e 79 anos, identificou-se que homens e mulheres com asma

apresentaram probabilidade duas vezes maior de ter perda urinária¹²¹. Em estudo de Paes et al. (2016)¹¹⁹, realizado com 358 mulheres asmáticas, 55,3% delas apresentavam IU. Entretanto, no trabalho de Minassian, Stewart e Wood (2008)¹²², com 2.875 mulheres, em idade acima de 20 anos, a asma não foi associada à IU na análise ajustada.

O aparecimento da fralda entre os fatores associados à IU gera algumas hipóteses sobre a relação entre essas variáveis. A utilização prévia da fralda em casa não deixa dúvidas da existência de colinearidade entre as variáveis. Assim, é natural esperar que quem tem incontinência de longa data, usa fralda e vice-versa. Entretanto, a presença de fralda durante a avaliação ou em algum momento da internação suscita dúvidas sobre a indução da perda de controle da continência pelo estímulo ao uso da fralda em pacientes previamente continentes. Sabe-se que a utilização de fraldas durante a internação pode facilitar o cuidado do idoso, por evitar os esforços para retirá-lo do leito e encaminhá-lo ao banheiro. Além disso, a fralda costuma ser introduzida durante a internação, principalmente à noite, para evitar-se o risco de quedas em idosos. Em estudo de Sourdet et al., (2015)¹²³, o uso excessivo de fraldas em pacientes continentes foi a segunda causa de iatrogenia mais frequente durante a hospitalização, sendo a IU considerada iatrogenia.

Quando realizado o modelo de regressão logística para a associação das variáveis à IU nas mulheres, repetiram-se a idade e a asma, adicionando-se o número de partos e DM.

As mulheres aparecem frequentemente como a população mais afetada pela incontinência urinária, sendo o avanço da idade um fator agravante para o seu surgimento. A presença de IU em homens e mulheres é sistematicamente diferente, predominando sempre no sexo feminino^{124, 125, 126, 127, 128, 129}.

Os estudos nacionais realizados em Porto Alegre (prevalência de IU de 56,4% para mulheres e 28,8% para homens)¹²⁴ e em Uberaba (69,5% para mulheres e 30,5% para homens)¹²⁵ confirmam esses achados. Segundo alguns autores^{126, 127, 128, 129}, essa correlação pode ser explicada pela deficiência estrogênica e pela paridade, dentre outros fatores.

O estrógeno é de grande importância na função do trato urinário inferior (TUI) e seus receptores podem ser encontrados na bexiga, na uretra, na vagina e na musculatura do assoalho pélvico¹²⁶. Desempenha importante papel no mecanismo de suporte da pelve, controlando a síntese e degradação do colágeno¹²⁹. Além disso, os tecidos do TUI são sensíveis ao estrógeno, influenciando no aumento da resistência uretral, na frequência e amplitude das contrações do músculo detrusor e, conseqüentemente, no limiar sensorial da bexiga^{127, 128}. Por essas razões, a

diminuição desse hormônio após a menopausa é um possível fator etiológico para os distúrbios do assoalho pélvico, incluindo a incontinência urinária.

No presente estudo, houve diferenças estatisticamente significativas entre os grupos de mulheres submetidas às gestações e diferentes tipos de partos com relação à ocorrência de incontinência urinária. Dentre os resultados, destaca-se o aumento de chances (27,3%) da mulher tornar-se incontinente a cada parto, independentemente do tipo de parto.

As discussões acerca da associação do tipo de parto com a manifestação da IU ainda são contraditórias, apesar de notar-se uma tendência de publicações mais recentes na defesa do parto cesáreo como fator protetor para a UI^{130, 131, 48, 132}. Em estudo realizado por Kokabi et al. (2016)¹³⁰, a frequência de IUE pós-parto foi significativamente maior para o parto vaginal comparativamente à cesariana um mês ($p < 0,001$), seis meses ($p < 0,001$) e 12 meses ($p < 0,001$) após o parto. Em revisão sistemática realizada por Tahtinen et al. (2016)¹³¹, que incluiu 16 estudos comparando o risco de IUE e IUU entre o parto vaginal e a cesárea, obteve-se que todos, exceto um estudo, apontavam para o risco maior de IUE e IUU após o parto vaginal (OR=1,85 [IC 1,56-2,19]). Outros autores acreditam que a gestação em si é o fator principal para o desencadeamento das perdas de urina como Barbosa et al. (2013)⁵¹. Esses autores constataram que os valores de prevalência de IU entre mulheres que realizaram partos vaginais e cesáreos, dois anos após o parto, não foram estatisticamente diferentes entre os grupos (17% para aquelas submetidas ao parto vaginal e 18,9% para aquelas com parto cesáreo). Esses mesmos autores⁵¹ encontraram somente o IMC superior a 25 durante a gestação como fator de risco para a disfunção muscular do assoalho pélvico. Além disso, a presença de perdas urinárias na gestação aumentou o risco de desenvolvimento de IU dois anos após o parto.

Fatores adicionais como a asma e DM tornam as mulheres mais suscetíveis à IU e também foram apontados por outros estudos realizados com mulheres^{30, 55, 133}. O primeiro dos fatores, já foi discutido anteriormente como associado à presença de IU por provocar tosse persistente e espirros, aumentando a sobrecarga sobre o assoalho pélvico. E o segundo, por acometer o sistema nervoso periférico e, a longo prazo, desencadear a neuropatia. Inúmeros estudos internacionais apontam que o DM é um potente fator de risco para a IU, aumentando sua prevalência e gravidade^{134, 135, 136, 137, 138}. Pesquisas^{139, 140, 141} sugerem que 10 a 50% dos idosos com DM vivenciam a IU.

Para o grupo de homens, nenhuma variável emergiu associada à incontinência urinária. De acordo com o estudo de Silva e Santos (2005)⁵³, correlações estatisticamente significativas foram verificadas entre prevalência de IU no homem e o aumento da idade. Em outros estudos

epidemiológicos, a prostatectomia radical apareceu como importante fator de risco para UI, principalmente no pós operatório imediato, com prevalências auto referidas que variaram de 3% a 56% um ano após a cirurgia, a depender da técnica cirúrgica utilizada, com taxa de recuperação de 26 a 81% após esse período^{59, 60, 61}.

Dados levantados através do ICIQ-SF apontaram que 34,2% (25) dos pacientes referiram perder urina uma vez ou menos por semana, assim como em estudo realizado por Zumrutbas et al. (2014)³³, que utilizou o mesmo instrumento e encontrou que essa mesma frequência de perdas foi relatada por 58,3% dos homens e 54,7% das mulheres. As perdas urinárias aconteciam em pequena quantidade para 57,5% (42) dos pacientes e tossir, rir e espirrar foram apontadas como as situações desencadeantes das perdas urinárias mais comuns entre os entrevistados. A incontinência urinária de esforço é o tipo de incontinência mais prevalente na população^{33, 26}. Em estudo epidemiológico realizado com 657 pessoas de uma comunidade atendida pelo Programa Saúde da Família em São Paulo, 50,7% das pessoas com IU apresentavam as perdas de maneira esporádica e 74,3% mediante esforços moderados²⁶. Isso pode ser explicado devido ao fato do esforço geralmente provocar aumento da pressão intra-abdominal que constitui um fator perturbador do mecanismo de contenção urinária. Durante o aumento da pressão intra-abdominal ocorre a elevação da pressão intravesical, sem elevação da pressão intrauretral. Se a pressão abdominal se transmitisse de forma homogênea e idêntica tanto para a uretra como para a bexiga, a relação entre as duas pressões continuaria a manter-se o que impediria qualquer expulsão de urina do interior da bexiga.

Oito pacientes incontinentes (11%) apresentaram o início do problema durante a internação. A internação constitui um momento onde o paciente está sujeito à perda do controle miccional, devido à deterioração do estado de saúde, à diminuição da funcionalidade e o frequente rebaixamento do nível de consciência ocasionado pela própria doença ou pela necessidade de sedação. Nos idosos, a manifestação da IU durante a internação não é rara. Nessa idade, as alterações funcionais justificam-se pela baixa reserva funcional apresentada por eles, o que os torna mais vulneráveis às disfunções em situação de estresse orgânico¹⁴².

Dos entrevistados que apresentaram IU, a maioria acorda para ir ao banheiro quando percebe a vontade de urinar, mas somente um terço sempre chega ao banheiro a tempo. Em estudo de Menezes et al, (2009)²⁶, esses índices foram maiores, 93% acordavam durante a noite para urinar e 56,3% não mantinham a continência até o banheiro. O estudo de Foley et al. (2011)¹⁴³ aponta que a incontinência de urgência é frequente em idosos e está associada a um

maior risco de queda e consequentes fraturas. Esse risco é ainda maior no período noturno, quando geralmente o cuidador está dormindo.

Mais da metade dos pacientes (38/52,1%) revelou fazer uso de algum protetor íntimo, como absorvente ou fralda, com alta frequência de troca (mais de três vezes ao dia) para 59,5% (22) dos pacientes. No estudo de Menezes, Hashimoto e Santos (2009)²⁶ as autoras verificaram que 77,5% dos incontinentes relataram não usar qualquer recurso de contenção. Em outro estudo (Melo et al., 2012) realizado com 27 idosas participantes do Curso Universidade Aberta à Terceira Idade (UNATI) do Programa Gerontologia Social da Pontifícia Universidade Católica de Goiás, 33,3% recorriam a algum método de adaptação. Além do desenvolvimento de medidas adaptativas, como o uso de protetores íntimos ou a diminuição dos intervalos entre as micções, o indivíduo com IU vê-se forçado a alterar a sua rotina em função do problema. Muitos deles passam a sair menos de casa ou saem para lugares muito próximos do domicílio¹¹. Assim ocorre com a população do presente estudo na qual 33,8% (23) dos incontinentes referiram mudanças nos hábitos diários, com alterações principalmente para sair de casa, no lazer e no sono.

Outro aspecto importante no impacto sobre a qualidade de vida das pessoas com incontinências, é a perda urinária durante as relações sexuais, citado por um número reduzido de pacientes incontinentes neste estudo (5,5%). O receio de perder urina em situações íntimas, principalmente para a mulher, motiva a realização de cuidados excessivos com a higiene íntima, por receio do odor, e a qualidade do sono fica comprometida uma vez que a pessoa levanta-se diversas vezes à noite para urinar¹⁴⁴. Aparentemente, a IU acarretou baixo impacto negativo sobre a qualidade de vida dos indivíduos aqui investigados, pois, embora não tenha constituído objetivo deste estudo, cerca de metade dos pacientes incontinentes revelou que a IU constituía um problema sem gravidade. Quando questionados se a IU afetava suas relações, somente 18,8% responderam afirmativamente, principalmente nas relações com amigos e familiares. Esses resultados foram similares àqueles obtidos por Rodarti, Silva e Araújo (2012)¹⁴⁵, onde o impacto da IU sobre a QV foi considerado baixo.

Adicionalmente, apenas 16,7% dos pacientes referiram ter procurado ajuda profissional para manejo do problema. Estudo randomizado, realizado através de questionários postais na França, Alemanha, Espanha e Inglaterra, constatou que somente 31% das mulheres com IU já tinham procurado por ajuda profissional¹³. Vários autores buscaram justificar esses achados através de explicações como a idade avançada e consequente e natural redução das relações sociais, além de outras limitações impostas pela idade. Ademais, ainda há a crença de que a

incontinência é um fenômeno esperado durante o envelhecimento, conferindo certa resiliência por parte das pessoas por ela afetadas quanto ao convívio com o problema^{145, 146, 147, 112}. Para mulheres nessas condições, falar sobre a IU significa uma ameaça para sua autoestima, o que as incentiva a desenvolver sistemas adaptativos favorecendo a aceitação e o convívio com a IU, quando bem sucedidos¹¹³.

8.2 INCONTINÊNCIA FECAL: PREVALÊNCIA, CARACTERIZAÇÃO E FATORES ASSOCIADOS

Sobre a investigação da incontinência fecal, a prevalência global encontrada neste estudo foi 7,9%, sendo 9,4% para mulheres e 6% para homens. Apesar de não terem sido encontrados estudos nacionais sobre a prevalência de IA/IF em pacientes hospitalizados, esses resultados foram semelhantes àqueles encontrados em estudo australiano nesse cenário, onde a prevalência global de IF foi 6,5%, chegando a 24,4% em pacientes críticos⁷². Em outro estudo australiano, realizado com 396 indivíduos atendidos em serviços primários, encontrou-se a prevalência 12,1% para a IF³⁴.

As prevalências de IF encontradas no presente estudo apresentam, ainda, semelhança com aquelas apontadas por estudos realizados na população geral^{71, 148, 65, 66, 64, 43, 25}.

No Brasil, são poucos os estudos epidemiológicos sobre a IF. Destaca-se o estudo de Santos e Santos (2011)¹⁰ que investigou IA em 519 adultos moradores na área urbana da cidade de Pouso Alegre, Minas Gerais, detectando prevalência de IA, global e para ambos os sexos, de 7,0%. Outro estudo nacional de base populacional realizado no sul do país encontrou prevalência de 3,6% para IF (4% para mulheres e 3% para homens)⁷¹.

Revisão sistemática, que incluiu 16 estudos populacionais internacionais, mostrou prevalências estimadas de IF entre 0,4 e 18% e de IA entre 2 e 24%¹⁴⁸. Em estudos norte-americanos de base populacional, a prevalência geral de IF variou de 8,3% a 15,3% (de 8,9% a 17,7% para mulheres e de 7,7% a 12,6% para os homens)^{65, 66, 64}. Em estudo populacional realizado em Singapura, por meio de questionário aplicado a 381 participantes em seus domicílios, a prevalência de IF foi 4,7%⁴³. Para grupos específicos, como população de 50 anos ou mais, a prevalência global de IF chega a 10,4% (8,2% a 12,4% para as mulheres e de 8,4% a 8,9% para os homens)^{25, 67}.

Já em instituições asilares, as prevalências são ainda maiores, variando de 45% a 55%^{149, 150}. Essa amplitude pode ser explicada, em parte, pelo fato da IF ser um desdobramento do

comprometimento funcional e da demência, razões mais comuns para a institucionalização do idoso^{70, 66, 65}.

Inúmeras variáveis mostraram diferenças estatisticamente significativas entre os grupos com e sem IF no presente estudo, desde variáveis demográficas (cor de pele, escolaridade, situação empregatícia, ocupação e renda) a clínicas (DM, Esclerose Múltipla, SII/ Doença inflamatória intestinal, DPOC, limitação funcional, disúria, ITU de repetição, diarreia, cirurgia anorretal, uso de fralda e uso de diuréticos). A impossibilidade de realização de uma análise estatística mais robusta, como a regressão logística, leva à discussão dessas variáveis oriundas de análises de comparação.

A cirurgia anorretal, as doenças neurológicas, a ITU de repetição, a diarreia, a SII e a limitação funcional também foram apontadas como fatores associados à IF ou à IA em estudos nacionais e internacionais^{71, 10, 65, 66, 64, 25, 38, 72, 151, 152, 63, 153, 154, 4}.

Outros fatores não encontrados neste estudo são citados em literatura como a idade avançada, a presença de fissura anal, constipação, lesão por pressão (exceto categoria I), baixo IMC, desnutrição e doença hemorroidária^{71, 10, 65, 66, 64, 25, 38, 72, 151, 152}.

As doenças neurológicas, incluindo as demências, são acometimentos comuns no idoso e provocam desdobramentos fisiológicos secundários como as incontinências. Disfunções do sistema nervoso em decorrência do próprio envelhecimento, de lesão raquimedular traumática e de doenças como a Esclerose Múltipla, DM e AVE podem levar à diminuição das pressões do esfíncter, da complacência e à perda de sensibilidade anorretal, provocando diminuição ou paralização dos reflexos responsáveis pela continência⁷⁵.

A consistência das fezes está intrinsecamente relacionada com a capacidade de continência, pois o controle das fezes líquidas é mais difícil que o das fezes sólidas, ainda que todos os mecanismos envolvidos na continência estejam intactos e preservados. Assim, as doenças inflamatórias intestinais, a SII, e as demais doenças intestinais que provocam diarreia crônica são importantes fatores de risco para IF^{4, 65}. Em contrapartida, as cirurgias anorretais são consideradas fator de risco para IF pela possibilidade de acometimento direto dos mecanismos de continência, como a lesão do esfíncter anal⁷⁴.

Assim como para a incontinência urinária, as perdas de fezes podem ser precipitadas por circunstâncias onde há esforço abdominal e consequente aumento da pressão intrabdominal. É o caso da DPOC e de outras doenças que provocam crises recorrentes de tosse.

Apesar de não ter sido apontada por este estudo, a idade avançada aparece fortemente correlacionada à maior incidência de IF em muitos estudos o que se justifica pela ocorrência de

uma miscelânea de fatores associado à sua etiologia^{73, 72, 25, 67}. Nos indivíduos mais velhos é possível encontrar condições neurológicas, comorbidades, além de injúrias cirúrgicas ou obstétricas que culminam na manifestação da incontinência. Associado a isso, o processo de envelhecimento dos sistemas orgânicos tem sua particular contribuição para a ineficiência do aparelho esfinteriano. Após os 50 anos, já é possível encontrar algum grau de degeneração muscular do esfíncter anal interno (EAI), com hipertrofia muscular do assoalho pélvico. Embora a sensação retal e a função puborretal/ângulo anorretal pareçam preservadas, as pressões anais e a complacência frequentemente estão reduzidas em sujeitos mais velhos⁶³.

Especificamente para as mulheres, a multipariedade também foi citada como fator associado à IF em outros estudos epidemiológicos nacionais e internacionais^{71, 10, 65, 66, 64, 25, 38, 72, 151, 152}.

Paridade e cirurgias uroginecológicas são frequentemente associadas à IF pelo risco de causarem trauma na musculatura do assoalho pélvico, nos nervos pélvicos e em estruturas de suporte. Estudos sobre IF no período pós-parto^{76, 77, 4} identificaram lesão do esfíncter anal ocasionada durante o parto como uma das principais causas de IF em mulheres jovens.

A incidência de FI após o parto vaginal apresenta declínio de 13% a 8% nas últimas duas décadas, provavelmente em decorrência da mudança das práticas obstétricas incluindo o desuso de fórceps, da extração a vácuo e o uso seletivo de episiotomia. O parto cesáreo parece diminuir os riscos de lesões anais, porém não é possível considerá-lo fator protetor para FI, pois não exclui a ação de outros fatores como a gestação, a idade e a obesidade, fortemente associadas às perdas de fezes.

Para o grupo de homens, nenhuma variável específica emergiu como significativa, porém a presença de UI é mencionada como fator de risco para o desenvolvimento de IF nessa população em estudo recente de Bharucha et al. (2015)⁴.

Cerca de 40% das pessoas com IF referiram que as perdas de fezes começaram após a internação. O desencadeamento da incontinência pode estar associado à deterioração da saúde do indivíduo presente na situação de internação hospitalar.

No presente estudo, ao contrário das perdas urinárias, onde a maioria dos incontinentes apresentou perdas em pequenos volumes, quase um terço dos pacientes (28,6%) referiu perder moderada quantidade de fezes. Em alguns estudos, como de Ng et al. (2015)¹⁵⁵ e de Kang et al. (2012)⁶⁷, realizados com população geral, a gravidade da IF foi definida pela quantidade de fezes perdidas encontrando-se, respectivamente, IF moderada a grave para a maioria dos incontinentes (52%) e IF leve para 78,4% da amostra.

O IIA apontou que as perdas de fezes líquidas predominaram (64,2%), resultado este que vai ao encontro de dois estudos de base populacional, o primeiro internacional e o segundo nacional. Os autores encontraram, respectivamente, 60,3% e 70,1% dos indivíduos com incontinência para fezes líquidas^{71, 155}.

Neste estudo, 33,3% dos incontinentes fecais informaram nunca perceberem que vão perder fezes; 26,9% dos incontinentes também não percebem a perda no momento em que ela está acontecendo e pouco menos da metade (42,3%) não consegue distinguir a diferença de fezes e de gases no reto. A continência fecal depende de um funcionamento orquestrado do aparelho esfinteriano, mas também está intrinsecamente relacionada a complacência e sensibilidade anorretal. Bharucha et al. (2015)⁴ afirmam que os mecanismos fisiopatológicos responsáveis pela IF, incluindo a fragilidade anal e da musculatura pélvica, reduzem a complacência ou a sensação retal. Por isso, não é raro o relato quanto à perda de percepção da presença de fezes na ampola retal e da vontade de evacuar entre os incontinentes fecais. Quando a sensação retal é reduzida, o esfíncter anal externo pode não se contrair prontamente em resposta à distensão retal pelas fezes, predispondo à IF. Por outro lado, a hipersensibilidade retal pode ser parcialmente secundária a uma resposta contrátil exagerada à distensão retal, podendo explicar o sintoma de urgência retal^{156, 4, 157, 158, 159}.

Quanto ao uso de protetor íntimo, 67,9% fazem uso de protetor e para 46,4% é importante ter um banheiro por perto. Assim como para os incontinentes urinários, a incontinência fecal exige medidas adaptativas para que se reduzam os incidentes que provocam tanto constrangimento. No presente estudo, mais da metade dos incontinentes (57,1%) refere alteração da qualidade de vida decorrente das perdas fecais. A FI pode ter um impacto devastador na vida diária, pois a incapacidade de controlar a evacuação resulta em perda de confiança, autorrespeito e autoestima¹⁶⁰. As consequências são agravadas pelo estigma social associado à IF e pela necessidade de esconder tal condição dos pares. Assim, muitas pessoas com IF não compartilham sua condição com seus amigos e parentes e tendem ao isolamento social. A carga de trabalho do cuidador de uma pessoa com IF também é significativamente maior quando comparada àquela do cuidador de uma pessoa com IU, medida por horas de atendimento¹⁶¹.

Apesar do significativo impacto que a IF provoca na qualidade de vida do indivíduo e do cuidador, somente 36% dos pacientes referiram ter procurado ajuda profissional para manejo do problema. Isso se deve, assim como para a IU, à crença de que as incontinências são fenômenos esperados com o processo de envelhecimento, principalmente para as mulheres.

Esses achados também aparecem em outros estudos como de Buhmann e Noccito (2014)¹⁴, para os quais cerca de 8% da população adulta sofre de IF mas apenas um terço consulta um médico. No Irã, apenas 50% das mulheres com IF procuraram aconselhamento médico e 77,4% sentiam vergonha em consultá-lo¹⁵. O desejo do tratamento medicamentoso e o compartilhamento do problema com seus pares foram apontados como fatores preditores para a busca da ajuda médica em estudo de O'Donnell¹³.

8.3 INCONTINÊNCIA COMBINADA: PREVALÊNCIA, CARACTERIZAÇÃO E FATORES ASSOCIADOS

Como já elucidado anteriormente, os mecanismos fisiológicos envolvidos na continência urinária estão intimamente relacionados àqueles envolvidos na continência fecal. Além disso, muitos fatores como o esforço, o sexo feminino, as doenças que acometem o sistema nervoso central ou periférico (como DM, AVE e demências) e a idade avançada aparecem associados a ambos os eventos. Esses fatores provocam o enfraquecimento das estruturas pélvicas, músculos e ligamentos, que funcionam como uma rede de sustentação dos órgãos abdominais e pélvicos, ocasionando as incontinências⁶³.

Dessa forma, não é rara a manifestação da incontinência urinária concomitantemente à incontinência fecal, o que na literatura é descrita como incontinência combinada ou dupla. Segundo alguns autores^{38, 79, 78, 80, 81}, a incontinência combinada (IC) é a extrema manifestação de disfunção do assoalho pélvico.

No presente estudo, a prevalência global da ocorrência de IC foi de 4,7%, sendo maior em mulheres (7,3%) do que em homens (1,4%), próxima daquela encontrada em estudo realizado com 9861 pacientes em 227 hospitais australianos que foi de 5,4%⁷².

Em estudo epidemiológico populacional nacional realizado por Santos e Santos (2011)¹⁶² com a população de Pouso Alegre, Minas Gerais, encontrou-se prevalência geral de 3%, sendo 5% para mulheres e 1% para homens. Similarmente, Amaro et al. (2009)⁴¹ constatarem 2% de IC em mulheres residentes na cidade de Botucatu, no interior de São Paulo. Em estudos internacionais, também realizados na comunidade, a prevalência variou entre 2,5% a 14,5%^{38, 79, 78, 80, 81, 25}.

Tendo em vista a baixa prevalência de IC na amostra do presente estudo, também não foi possível submeter os dados obtidos à regressão logística. Porém, como esperado, variáveis semelhantes àquelas associadas à IU e àquelas com diferenças estatísticas significantes na

comparação entre pacientes com e sem IF foram verificadas para a IC, destacando-se: idade, sexo, cor de pele, nível de escolaridade, diagnóstico de internação, Alzheimer, Depressão, SII/Doença Inflamatória Intestinal, DPOC, limitação funcional, prolapso retal, disúria, ITU de repetição, diarreia, uso de fralda e uso de diuréticos. Para as mulheres, as variáveis que mostraram diferenças estatisticamente significativas entre os grupos com e sem IC foram: menopausa, prolapso uterino, número de gestações, número e tipo de partos, parto natural (vaginal e fórceps), parto vaginal e parto fórceps. Para os homens, nenhuma variável apresentou p valor estatisticamente significativo.

Outros estudos sobre a combinação das incontinências urinária e fecal mostram sexo feminino, idade avançada, obesidade, menopausa, cirurgia pélvica, deficiência orgânica muscular, polifarmácia e alguns fatores obstétricos (como o parto e a utilização de fórceps) como alguns dos fatores mais importantes que favorecem o seu desenvolvimento e não se distinguem dos fatores associados às suas manifestações quando analisadas isoladamente^{163, 72, 162, 23, 84, 25, 83, 82, 38, 79, 78, 80, 81}.

No único estudo encontrado sobre IC em indivíduos hospitalizados, os fatores associados à IC no contexto hospitalar foram demência e presença de lesão raquimedular⁷².

Na literatura internacional, a IC é citada principalmente em estudos com mulheres. Meschia et al. (2002)⁸² relataram que 24% das 881 mulheres com IU participantes da pesquisa também tinham IA. No Reino Unido, a associação de ambas as incontinências estava presente em 8,4% das mulheres que faziam tratamento em uma clínica de ginecologia, na cidade de Newport. Nesse estudo, o avanço da idade nas mulheres associou-se ao aumento da prevalência da IC⁸³. Estudo secundário³⁸, que utilizou dados de um estudo de coorte desenvolvido com enfermeiras, encontrou prevalência de IF superior no grupo com IU comparativamente ao grupo sem a condição prévia (16% e 8%, respectivamente) e a IU era 1,5 vez mais comum em mulheres com IF. No momento da avaliação transversal, as participantes tinham entre 62 e 87 anos²⁵. No estudo de Hatem et al. (2007)⁸⁴, realizado com 2492 mulheres primíparas, seis meses após o parto, a prevalência da IC chegou a 10,4%.

8.4 CONSTIPAÇÃO INTESTINAL: PREVALÊNCIA, CARACTERIZAÇÃO E FATORES ASSOCIADOS

Adentrando o fenômeno da constipação intestinal (CI), tem-se um cenário diferente daquele encontrado para as incontinências. Apesar de aparecer nos estudos associada à idade, a CI também afeta crianças, adolescentes e adultos jovens. Está ainda relacionada ao estilo de vida, aos hábitos alimentares e à predisposição individual¹⁶⁴.

A prevalência de CI, segundo os Critérios de Roma III, foi 14,9% (15% para mulheres e 14,7% para homens) neste estudo, valor muito próximo àquele encontrado por Schmidt et al. (2016)⁹⁰. Em seu estudo, realizado por meio de inquérito domiciliar aplicado a residentes da área urbana da cidade de Londrina, Paraná, os autores obtiveram prevalência total de 14,6%, sendo, no entanto, bastante superior entre as mulheres (21,9%), comparativamente aos homens (5,3%)⁹⁰. Ainda em estudo dos mesmos autores⁹¹, baseando-se somente na auto referência, sem a utilização dos critérios de Roma III, encontrou-se prevalência de 25,2% para a população geral, sendo de 37,2% para as mulheres e de 10,2% para os homens.

Em estudo multinacional⁸⁹, os participantes auto referiram a CI por entrevista realizada através de ligação telefônica. A prevalência média entre os países foi 16,2%, distribuindo-se em 14,1% na Argentina, 21,7% na Colômbia, 16,7% no Brasil, 15,2% na China, 12,9% na Indonésia e 16,7% na Coreia do Sul⁸⁹.

Entre idosos residentes em sete instituições de longa permanência no Rio Grande do Sul, os autores Klaus et al. (2015)¹⁶⁵ obtiveram a prevalência de CI igual a 42,52%, sendo mais frequente nas mulheres (89,2%) e naqueles com idade igual ou superior a 80 anos (67,6%).

A discrepância entre as prevalências obtidas a partir do emprego dos Critérios de Roma III ou somente segundo a percepção do indivíduo aparece principalmente pela divergência conceitual do que é estar constipado. Na cultura brasileira, o conceito de hábito intestinal normal é baseado fundamentalmente na frequência das evacuações, esperando-se que o indivíduo evacue, pelo menos, uma vez ao dia. Por sua vez, os Critérios de Roma III consideram ainda o esforço evacuatório, a obstrução anorretal durante a evacuação, o esvaziamento incompleto do reto, a consistência das fezes e o uso de manobras manuais durante a evacuação, além da persistência dos sintomas em, pelo menos, 25% das evacuações e por seis meses seguidos para o diagnóstico de CI.

Os anos de estudo e estar em uso de laxantes constituíram os fatores associados à presença da CI no presente estudo, de acordo com o modelo de regressão logística. Cada ano

de estudo diminui a chance de CI em 8,2%. O uso de laxantes durante a internação aumentou a chance de CI em 8 vezes.

Nas publicações nacionais é possível encontrar a renda familiar, o sedentarismo, o baixo consumo de líquidos e fibras, a fissura anal, o prolapso retal, a doença hemorroidária, as cirurgias anorretais, o AVE e as doenças do sistema nervoso associados à ocorrência de CI^{90, 91, 165}. Ainda sem relação de causa e efeito identificada, sabe-se que a incidência é, respectivamente, três e duas vezes maior entre os homens e as mulheres com obesidade, quando comparada às pessoas com peso normal¹⁶⁴.

Nos estudos internacionais^{21, 89, 166, 167}, além dos fatores mencionados anteriormente, encontram-se também o sexo feminino, a idade avançada (principalmente acima de 65 anos), a mobilidade reduzida, o consumo de opióides, anticolinérgicos e antidepressivos e a Doença de Parkinson entre os fatores associados à CI. No contexto hospitalar, o único estudo encontrado, o de Gau et al. (2015)⁹³, apontou sexo feminino, idade, tabagismo, história de déficit cognitivo, diagnósticos de internação como exacerbação do DPOC, ICC e pneumonia e o uso de medicações como anticolinérgicos, diuréticos, antibióticos, cálcio, potássio e relaxantes musculares como fatores associados à CI⁹³.

As condições socioeconômicas e o nível educacional interferem diretamente no desenvolvimento da consciência sanitária, na capacidade de entendimento do tratamento prescrito e na prática do autocuidado não apenas no Brasil¹⁶⁸. Os baixos níveis de escolaridade associados a fatores socioeconômicos e culturais contribuem para o aparecimento de doença, pois podem dificultar a obtenção de informações e a conscientização das pessoas sobre a relevância dos cuidados com a saúde ao longo da vida, a necessidade da adesão ao tratamento e a manutenção de hábitos saudáveis¹⁶⁸, além do próprio acesso aos recursos em saúde. Dias-da-Costa et al. (2008)¹⁶⁹ afirmam que ocorre uma menor procura por atendimento médico por parte dessa população. Em estudo de Teston et al. (2016)¹⁷⁰, o nível de instrução e o déficit de autocuidado aparecem como fatores responsáveis pelas reinternações.

Já o uso de laxantes, provavelmente emergiu como fator associado à CI, por ser uma medida comum a prescrição de laxantes durante a internação para pacientes que encontram-se constipados ou que apresentam risco de constipação por história prévia de constipação, uso de opióides, etc. A relação dos laxantes com a CI já foi descrita em outros estudos^{94, 171, 172} englobada em dois aspectos principais: indivíduos constipados fazem uso recorrente de laxantes, sendo que alguns autores já consideram o uso frequente dessas medicações como um critério para diagnóstico de constipação; e o uso abusivo de laxantes provoca alterações dos

receptores nervosos mioentéricos e da inervação da musculatura circular do reto predispondo a piora da constipação a longo prazo. Na presente investigação, 29,4% dos constipados referiram uso frequente de laxantes em domicílio. Santos Júnior (2003)¹⁷³ alerta que os laxantes não tem propriedades terapêuticas para a constipação intestinal, pois na maioria dos casos, não se trata de uma doença e sendo a CI um sintoma, o tratamento deve ser conduzido para busca de sua causa básica.

Entre os constipados, 37,3% apresentaram a CI após a internação. A internação provoca mudanças abruptas na rotina do indivíduo, além de outros fatores que passam a influenciar o funcionamento intestinal. Alguns fatores favorecem o hábito intestinal normal como a alimentação balanceada, fracionada e oferecida de forma a atender as necessidades nutricionais do indivíduo, maior hidratação por conta da diluição dos medicamentos endovenosos, uso de medicações com ação laxativa (antibióticos, manitol, óleo mineral, lactulona), entre outros. Por outro lado, a internação também promove mudanças que desfavorecem o funcionamento intestinal: a atividade geralmente é reduzida e restrita ao leito, é frequente o uso de medicações constipantes (opióides, anti-histamínicos, antidepressivos tetracíclicos, etc.) e além disso, o banheiro disponibilizado na internação, muitas vezes, é de uso coletivo o que pode provocar algumas barreiras psicológicas e sociais para o hábito de evacuar.

Entre os constipados, a maior parte deles evacuava duas vezes por semana (41,1%); a consistência fecal endurecida foi o sintoma mais frequente (92%) seguido do esforço para evacuar que foi relatado por 82% dos constipados. O esforço foi de moderado a muito intenso para 50% deles. Após evacuar, 78% dos constipados sentiam que ainda havia fezes para serem eliminadas e 14% utilizavam a manobra digital para auxiliar nas eliminações. Esses achados corroboram aqueles descritos em estudo de Cottone et al. (2014)⁹⁶, onde os pacientes evacuavam duas vezes por semana ou menos (36,4%), referiam fezes endurecidas (76,2%), esforço para evacuar (86,1%), sensação de defecação incompleta (76,5%) e uso de manobras manuais para auxiliar a defecação (29,4%).

Dentre os pacientes com constipação intestinal prévia à internação, somente 11,8% dos pacientes referiram ter procurado ajuda profissional para manejo do problema. Estudo multicêntrico que avaliou o impacto da CI na QV de 2870 indivíduos em sete países, entre eles o Brasil, constatou que a QV é pior em constipados comparativamente aos não constipados, com maior impacto também em mulheres. Os brasileiros foram os mais afetados com relação à função social e à percepção geral de sua saúde⁷.

9. Conclusões

9 CONCLUSÕES

O presente estudo sobre a prevalência de incontinências urinária e fecal e constipação intestinal em pacientes hospitalizados permitiu concluir que:

- a prevalência global de IU foi 22,9%, sendo 28% para mulheres e 16,1% para homens, com as variáveis sexo feminino (OR=3,89; IC95% 1,899-7,991); idade (OR=1,03; IC95% 1,019-1,054); asma (OR=3,66; IC95% 1,302-10,290); estar em uso de laxantes (OR=3,26; IC95% 1,085-9,811); o uso de fralda no momento da avaliação (OR=2,75; IC95% 1,096-6,908); o uso de fralda em casa (OR=10,29; IC95% 1,839-57,606) e o uso de fralda em algum momento da internação (OR=6,74; IC95% 0,496-91,834) associadas à sua ocorrência.
- a prevalência global encontrada para IF foi 7,9%, sendo 9,4% para mulheres e 6% para homens.
- a prevalência global encontrada para a IC, foi 4,7%, sendo 7,3% para as mulheres e 1,4% para os homens;
- a prevalência global encontrada para CI foi 14,9%, sendo 15% para mulheres e 14,7% para os homens, com as variáveis anos de estudo (OR=0,91; IC95% 0,856-0,985) e estar em uso de laxantes (OR=8,08; IC95% 3,387-19,282) associadas à sua ocorrência.

10. Considerações Finais

10 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os estudos transversais são importantes ferramentas para a detecção de eventos e sua distribuição na população de interesse. Oferecem a possibilidade de identificação de fatores associados ao objeto de estudo, ainda que a fragilidade desta relação impossibilite o estabelecimento de causa-efeito, e oportunizam a ampliação de hipóteses para a elaboração de estudos longitudinais que comprovem a relação causal entre os fatores e o desfecho.

As taxas de prevalência encontradas no presente estudo, assim como os fatores a elas associados, dialogam com a literatura nacional e internacional a respeito das incontinências e da constipação na população geral, porém se depara com uma lacuna de conhecimento quanto à ocorrência desses eventos na população hospitalizada. Assim, suscita a necessidade de novos estudos longitudinais em pacientes hospitalizados, para o diagnóstico destas condições nessa população, assim como para a confirmação da relação entre as variáveis estudadas e os objetos de estudo.

De qualquer maneira, é preciso considerar que, além das reais variações de frequência, as variações na prevalência entre os estudos podem refletir as diferentes metodologias adotadas para o levantamento do fenômeno, como, por exemplo, a população estudada, entrevistas feitas por telefone ou pessoalmente, as perguntas de triagem, a definição teórica da condição, entre outros aspectos.

Importante ressaltar que significativa parcela da amostra referiu apresentar o início da IU, da IF ou da CI durante o período de internação (11%, 39,3% e 37,3%, respectivamente), sugerindo alguma influência da hospitalização sobre essas condições. No caso das incontinências, a piora da saúde e da funcionalidade do indivíduo podem funcionar como “gatilho” para sua manifestação. Já com relação à constipação intestinal, a internação parece interferir no hábito intestinal através das alterações abruptas que provoca no estilo de vida do paciente internado, desde mudanças na alimentação, na hidratação, na atividade, além do uso de medicações constipantes, laxativas, sedativas ou diuréticas.

Para o serviço de enfermagem, a temática tem fundamental importância pelo impacto que provoca na demanda de trabalho, com o aumento da necessidade de higiene íntima, de troca frequente de fralda e de manejo de complicações secundárias como as dermatites associadas à umidade e o desconforto abdominal por impactação fecal.

O envelhecimento progressivo da população e, com ele, o aumento das taxas de prevalência das incontinências e da constipação intestinal suscitam a necessidade de replanejamento dos serviços de saúde e de capacitação dos profissionais para atender às demandas específicas dessa clientela em sua integralidade.

Este estudo teve como limitações não ter considerado o jejum prolongado como critério de exclusão para a constipação intestinal. Além disso, o estudo adotou os Critérios de Roma III de forma flexibilizada, para a identificação da constipação intestinal, baseando o relato do paciente nos últimos sete dias ao invés de nos últimos seis meses, como preconiza o referencial teórico. O diagnóstico de constipação intestinal é assunto ainda permeado de divergências, pela dificuldade de se estabelecer o que é um hábito intestinal saudável e, por isso, o presente estudo insistiu na utilização de critérios que reduzissem a subjetividade e a variância das respostas, sendo os critérios de Roma III aceitos internacionalmente e no Brasil.

11. Referências

A decorative horizontal flourish with symmetrical, swirling, leaf-like patterns at both ends, positioned below the section header.

11 REFERÊNCIAS

- 1 Unsal A, Ayrançi U, Tozun M, Arslan G, Calik E. Prevalence of dysmenorrhea and its effect on quality of life among a group of female university students. *Ups J Med Sci.* 2010;115(2):138-45.
- 2 Gomes AGP, Veríssimo JH, Santos KFO, Andrade CG, Costa IC, Fernandes MGM. Impacto da incontinência urinária na qualidade de vida de mulheres. *Rev Baiana Enferm.* 2013;27(2):181-92.
- 3 Coyne KS, Wein A, Nicholson S, Kvasz M, Chen CL, Milsom I. Economic burden of urgency urinary incontinence in the United States: a systematic review. *J Manag Care Pharm.* 2014;20(2):130-40.
- 4 Bharucha AE, Dunivan G, Goode PS, Lukacz, ES, Markland AD, Matthews CA, et al. Epidemiology, pathophysiology, and classification of fecal incontinence: state of the science summary for the National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases (NIDDK) Workshop. *Am J Gastroenterol.* 2015;110(1):127-36.
- 5 Bharucha AE, Fletcher JG, Melton LJ, Zinsmeister AR. Obstetric trauma, pelvic floor injury and fecal incontinence: a population-based case-control study. *Am J Gastroenterol.* 2012;107(6):902-911.
- 6 Ruiz NS, Kaiser AM. Fecal incontinence-challenges and solutions. *World J Gastroenterol.* 2017;23(1):11-24.
- 7 Wald A, Scarpignato C, Kamm MA, Muller-Lissner S, Helfrich I, Schuijt C. et al. The burden of constipation on quality of life: results of a multinational survey. *Aliment Pharmacol Ther.* 2007;26(2):227-36.
- 8 Higa R, Rivorêdo CRSF, Campos LK, Lopes MHM, Turato ER. Vivências de mulheres brasileiras com incontinência urinária. *Texto Contexto Enferm.* 2010;19(4):627-35.
- 9 Bliss DZ, Norton C, Vodusek DB. Raising awareness about fecal incontinence. *Neurourol Urodyn.* 2010;29(4):612-5.
- 10 Santos CRS, Santos VLCG. Prevalência da incontinência anal na população urbana de Pouso Alegre - Minas Gerais. *Rev Esc Enferm USP.* 2011;45(1):180-6.
- 11 Melo BES, Freitas BCR, Oliveira VRC, Menezes RL. Correlação entre sinais e sintomas de incontinência urinária e autoestima em idosas. *Rev Bras Geriatr Gerontol.* 2012;15(1):41-50.

Jaqueline Betteloni Junqueira

- 12 Honório MO, Santos SMA. Incontinência urinária e envelhecimento: impacto no cotidiano e na qualidade de vida. *Rev Bras Enferm.* 2009;62(1):51-6.
- 13 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. *Eur Urol.* 2005;47(3):385-92.
- 14 Buhmann H, Nocito A. Update on fecal incontinence. *Praxis.* 2014;103(22):1313-21.
- 15 Bener A, Saleh N, Burgut FT. Prevalence and determinants of fecal incontinence in premenopausal women in an Arabian community. *Climacteric.* 2008;11(5):429-35.
- 16 Câmara CNS, Brito MVH, Pinto DS, Alves CCFS, Rabelo CSS, Maruoka FY. Impacto da incontinência urinária na qualidade de vida em um grupo de mulheres de 40 a 70 anos. *Rev Para Med.* 2009;3(1):1-7.
17. Fugulin FMT, Gaidzinski RR, Kurcgant P. Sistema de classificação de pacientes: identificação do perfil assistencial dos pacientes das unidades de internação do HU-USP. *Rev Lat Am Enfermagem.* 2005;13(1):72-8.
- 18 North American Nursing Diagnosis Association. Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2015-2017. Porto Alegre: Artmed, 2015.
- 19 Haylen BT, Ridder D, Freeman RM, Swift SE, Berghmans B, Lee J et al. An International Urogynecological Association (IUGA)/ International Incontinence Society (ICS) joint report on the terminology for female pelvic floor dysfunction. *Neurourol Urodyn.* 2010;29(1):4-20.
- 20 Irwin DE, Kopp ZS, Agatep B, Milsom I, Abrams P. Worldwide prevalence estimates of lower urinary tract symptoms, overactive bladder, urinary incontinence and bladder outlet obstruction. *BJU Int.* 2011;108(7):1132-8. doi: 10.1111/j.1464-410X.2010.09993.x.
- 21 Suares NC, Ford AC. Prevalence of constipation, and risk factors for chronic idiopathic constipation in the community: systematic review and meta-analysis. *Am J Gastroenterol.* 2011;106(9):1582-91.
- 22 Santos CRS, Santos VLCG. Prevalência da incontinência urinária em amostra randomizada da população urbana de Pouso Alegre, Minas Gerais, Brasil. *Rev Lat Am Enferm.* 2010;18(5):903-10.
- 23 Santos CRS, Santos VLCG. Epidemiologia das incontinências urinária e anal combinadas. *Acta Paul Enferm.* 2009;22(3):328-30.

Jaqueline Betteloni Junqueira

24 Bettez M, Tu LM, Carlson K, Corcos J, Gajewski J, Jolivet M, et al. 2012 Update: Guidelines for adult urinary incontinence collaborative consensus document for the Canadian Urological Association. *Can Urol Assoc J*. 2012;6(5):354-63.

25 Wu JM, Matthews CA, Vaughan CP, Markland AD. Urinary, fecal, and dual incontinence in older U.S. Adults. *J Am Geriatr Soc*. 2015;63(5):947-53.

26 Menezes MAJ, Hashimoto SY, Santos VLCG. Prevalence of urinary incontinence in a community sample from the city of São Paulo. *J Wound Ostomy Continence Nurs*. 2009;36(4):436-40.

27 Gibson W, Wagg A, Hunter KF. Urinary incontinence in older people. *Br J Hosp Med*. 2016;77(2):c27-32.

28 Tamanini JTN, Dambros M, D'Ancona CAL, Palma PCR, Netto Júnior NR. Validação para o português do "International Consultation on Incontinence Questionnaire – Short Form" 9ICIQ-SF). *Rev Saude Publica*. 2004;38(3):438-44.

29 Malmsten UGH, Molander U, Pecker R, Irwin DE, Milsom I. Urinary incontinence, overactive bladder, and other lower urinary tract symptoms: a longitudinal population-based survey in men aged 45-103 years. *Eur Urol*. 2010;58(1):149-56.

30 Ghafouri A, Alnaimi AR, Alhothi HM, Alroub I, Alrayashi M, Molhim NA, et al. Urinary incontinence in Qatar: a study of the prevalence, risk factors and impact on quality of life. *Arab J Urology*. 2014;12(4):269-74. doi:10.1016/j.aju.2014.08.002.

31 Lee YS, Lee KS, Jung JH, Han DH, Oh SJ, Seo JT, et al. Prevalence of overactive bladder, urinary incontinence, and lower urinary tract symptoms: results of Korean EPIC study. *World J Urol*. 2011;29(2):185-90. doi:10.1007/s00345-009-0490-1.

32 Irwin DE, Milsom I, Hunskaar S, Reilly K, Kopp Z, Herschorn S, et al. Population-based survey of urinary incontinence, overactive bladder, and other lower urinary tract symptoms in five countries: results of the EPIC Study. *Eur Urol*. 2006;50(6):1306-15.

33 Zumrutbas AE, Bozkurt AI, Tas E, Acar CI, Alkis O, Coban K. Prevalence of lower urinary tract symptoms, overactive bladder and urinary incontinence in western Turkey: Results of a population-based survey. *Int J Urol*. 2014;21(10):1027-33.

34 Australian Institute of Health and Welfare. Incontinence in Australia: prevalence, experience and cost 2009. *Bull*. 2012;112:167.

35 Sumardi R, Mochtar CA, Santoso BI, Setiati S, Nuhonni SA, Trihono PP, et al. Prevalence of urinary incontinence, risk factors and its impact: multivariate analysis from Indonesian nationwide survey. *Acta Med Indones*. 2014;46(3):175-82.

Jaqueline Betteloni Junqueira

- 36 Irwin DE, Abrams P, Milsom I, Kopp Z, Reilly K, EPIC Study Group. Understanding the elements of overactive bladder: questions raised by the EPIC study. *BJU Int.* 2008;101(11):1381-7.
- 37 Marques LP, Schneider IJC, Giehl MWC, Antes DL, D'Orsi E. Fatores demográficos, condições de saúde e hábitos de vida associados à incontinência urinária em idosos de Florianópolis, Santa Catarina. *Rev Bras Epidemiol.* 2015;18(3):595-606.
- 38 Matthews CA, Whitehead WE, Townsend MK, Grodstein F. Risk factors for urinary, fecal, or dual incontinence in the Nurses' Health Study. *Obstet Gynecol.* 2013;122(3):539-45.
- 39 Zeleke BM, Bell RJ, Billah B, Davis SR. Symptomatic pelvic floor disorders in community-dwelling older Australian women. *Maturitas.* 2016;85:34-41. doi: 10.1016/j.maturitas.2015.12.012.
- 40 Tamanini JTN, Lebrão ML, Duarte YAO, Santos JLF, Laurenti R. Analysis of the prevalence of and factors associated with urinary incontinence among elderly people in the Municipality of São Paulo, Brazil: SABE Study (Health, Wellbeing and Aging). *Cad Saude Publica.* 2009;25(8):1756-62.
- 41 Amaro JL, Macharelli CA, Yamamoyto H, Kawano PR, Padovani CR, Agostinho AD. Prevalência e fatores de risco para incontinência urinária e fecal em mulheres brasileiras. *International Braz J Urol.* 2009;35(5):592-8.
- 42 Oliveira CD, Seleme M, Cansi PF, Consentino RF, Kumakura FY, Moreira GA, et al. Urinary incontinence in pregnant women and its relation with socio-demographic variables and quality of life. *Rev Assoc Med Bras.* 2013;59(5):460-6.
- 43 Lim JW, Heng C, Wong MT, Tang CL. Prevalence of faecal incontinence in the community: a cross-sectional study in Singapore. *Singapore Medical J.* 2014;55(12):640-3.
- 44 Wesnes SL, Hunskaar S, Bo K, Rortveit G. The effect of urinary incontinence status during pregnancy and delivery mode on incontinence post partum. A cohort study. *BJOG.* 2009;116(5):700-7.
- 45 Thom DH, Rortveit G. Prevalence of postpartum urinary incontinence: a systematic review. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2010;89(12):1511-22.
- 46 Sangsawang B, Sangsawang N. Stress urinarincontinence in pregnant women: a review of prevalence, pathophysiology, and treatment. *Int Urogynecol J.* 2013;24(6):901-12.

Jaqueline Betteloni Junqueira

- 47 Rørtveit G, Hannestad YS. Association between mode of delivery and pelvic floor dysfunction. *Tidsskr Nor Laegeforen*. 2014;134(19):1848-52.
- 48 Gyhagen M, Bullarbo M, Nielsen TF, Milsom I. A comparison of the long-term consequences of vaginal delivery versus caesarean section on the prevalence, severity and bothersomeness of urinary incontinence subtypes: a national cohort study in primiparous women. *BJOG*. 2013;120(12):1548-55.
- 49 Groutz A, Rimon E, Peled S, Gold R, Pauzner D, Lessing JB, et al. Cesarean section: does it really prevent the development of postpartum stress urinary incontinence? A prospective study of 363 women one year after their first delivery. *Neurourol Urodyn*. 2004;23(1):2-6.
- 50 Boyles SH, Li H, Mori T, Osterweil P, Guise JM. Effect of mode of delivery on the incidence of urinary incontinence in primiparous women. *Obstet Gynecol*. 2009;113(1):134-41.
- 51 Barbosa AMP, Marini G, Piculo F, Rudge CVC, Calderon IMP, Rudge MVC. Prevalence of urinary incontinence and pelvic floor muscle dysfunction in primiparae two years after cesarean section: cross-sectional study. *São Paulo Med J*. 2013;131(2):95-9.
- 52 Clerencia-Sierra M, Calderon-Larranaga A, Martínez-Velilla N, Vergara-Mitxelorena I, Aldaz-Herce P, Poblador-Plou B, et al. Multimorbidity patterns in hospitalized older patients: associations among chronic diseases and geriatric syndromes. *PLoS One*. 2015;10(7):e0132909.
- 53 Silva APM, Santos VLCG. Prevalência da incontinência urinária em adultos e idosos hospitalizados. *Rev Esc Enferm USP*. 2005;39(1):36-45.
- 54 Irwin DE, Milsom I, Chancellor MB, Kopp Z, Guan Z. Dynamic progression of overactive bladder and urinary incontinence symptoms: a systematic review. *Eur Urol*. 2010;58(4):532-43. doi: 10.1016/j.eururo.2010.06.007.
- 55 Townsend DC, Carrington EV, Grossi U, Burgell RE, Wong JY, Knowles CH, et al. Pathophysiology of fecal incontinence differs between men and women: a case-matched study in 200 patients. *Neurogastroenterol Motil*. 2016;28(10):1580-8. doi: 10.1111/nmo.12858.
- 56 Lin KL, Shen CJ, Wu MP, Long CY, Wu CH, Wang CL. Comparison of low urinary tract symptoms during pregnancy between primiparous and multiparous women. *BioMed Res Int*. 2014;2014:303697. doi:10.1155/2014/303697.
- 57 Fowler FJ, Barry MJ, Lu-Yao G, Roman MA, Wasson J, Wennberg JE. Patient-reported complications and follow-up treatment after radical prostatectomy. *Urology*. 1993;42(6):622-9.

Jaqueline Betteloni Junqueira

58 Milsom I. Lower urinary tract symptoms in women. *Curr Opin Urol*. 2009;19(4):337-341. doi: 10.1097/MOU.0b013e32832b659d.

59 Haglind E, Carlssonb S, Strannec J, Wallerstedtb A, Wilderängd U, Thorsteinsdottird T, et al. Urinary incontinence and erectile dysfunction after robotic versus open radical prostatectomy: a prospective, controlled, nonrandomised trial. *Eur Urol*. 2015;68(2):226-7.

60 Pacik D, Fedorko M. Literature review of factors affecting continence after radical prostatectomy. *Saudi Med J*. 2017;38(1):9-17. doi: 10.15537/smj.2017.1.15293.

61 Ficarra V, Novara G, Rosen RC, Artibani W, Carroll PR, Costello A, et al. Systematic review and meta-analysis of studies reporting urinary continence recovery after robot-assisted radical prostatectomy. *Eur Urol*. 2012;62(3):405-17.

62 Apêndice B. Os critérios diagnósticos de Roma III para os distúrbios gastrointestinais funcionais. *Arq Gastroenterol*. 2012;49(1):64-8.

63 Jorge JMN, Wexner SD. Etiology and management of fecal incontinence. *Dis Colon Rectum*. 1993;36(1):77-97.

64 Alsheik EH, Coyne T, Hawes SK, Merikhi L, Naples SP, Kanagarajan N, et al. Fecal Incontinence: prevalence, severity, and quality of life data from an outpatient gastroenterology practice. *Gastroenterol Res Pract*. 2012;2012. doi: 10.1155/2012/947696.

65 Rey E, Choung RS, Schleck CD, Zinsmeister AR, Locke GR, Talley NJ. Onset and risk factors for fecal incontinence in a US Community. *Am J Gastroenterol*. 2010;105(2):412-9.

66 Whitehead WE, Borrud L, Goode PS, Meikle S, Mueller ER, Tuteja A, et al. Fecal Incontinence in U.S. Adults: epidemiology and risk factors. *Gastroenterology*. 2009;137(2):512-7.

67.Hye-Won Kang, Hye-Kyung Jung, Kyoung-Joo Kwon, Eun-Mi Song, Ju-Young Choi, Seong-Eun Kim et al. *J Neurogastroenterol Motil*. 2012;18(1):86-93.

68 Ihnát P, Kozáková R, Rudinská LI, Peteja M, Vávra P, Zonča P. Fecal incontinence among nursing home residents: Is it still a problem? *Arch Gerontol Geriatr*. 2016;65:79-84.

Jaqueline Betteloni Junqueira

69 Blekken LE, Vinsnes AG, Gjeilo KH, Norton C, Mørkved S, Salvesen Ø, et al. Exploring faecal incontinence in nursing home patients: a cross-sectional study of prevalence and associations derived from the Residents Assessment Instrument for Long-Term Care Facilities. *J Adv Nurs*. 2016;72(7):1579–91.

70 Kalantar JS, Howell S, Talley NJ. Prevalence of fecal incontinence and associated risk factors: an underdiagnosed problem in the Australian community? *Med J Aust*. 2002;176(2):54-7.

71 Santos VL, Domansky RC, Hanate C, Matos DS, Benvenuto CVC, Jorge JMN. Self-reported fecal incontinence in a community-dwelling, urban population in Southern Brazil. *J Wound Ostomy Continence Nurs*. 2014;41(1):77-83.

72 Shahin ES, Lohrmann C. Prevalence of fecal and double fecal and urinary incontinence in hospitalized patients. *J Wound Ostomy Continence Nurs*. 2015;42(1):89-93.

73 Townsend MK, Matthews CA, Whitehead WE, Grodstein F. Risk factors for fecal incontinence in older women. *Am J Gastroenterol*. 2013;108(1):113-9.

74 Ros EP, Baños PAP, Buleje JAB, Camarena JMM, Segade CE, Arenas MFC, et al. Short-Term Outcome of Percutaneous Posterior Tibial Nerve Stimulation (PTNS) for the treatment of faecal incontinence. *Coloproctol*. 2016;20(1):19-24.

75 Bharucha AE, Daube J, Litchy W, Traue J, Edge J, Enck P, et al. Anal sphincteric neurogenic injury in asymptomatic nulliparous women and fecal incontinence. *Am J Physiol Gastrointest Liver Physiol*. 2012;303(2):G256-262.

76 Oberwalder M, Conner J, Wexner SD. Meta-analysis to determine the incidence of obstetric anal sphincter damage. *Br J Surg*. 2003;90(11):1333-7.

77 Borello-France D, Burgio KL, Richter HE, Zyczynski H, Fitzgerald MP, Whitehead W, et al. Fecal and urinary incontinence in primiparous women. *Obstet Gynecol*. 2006;108(4):863–72.

78 Teunissen TA, Van den Bosch WJ, Van den Hoogen HJ, Lagro-Janssen AL. Prevalence of urinary, fecal and double incontinence in the elderly living at home. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct*. 2004;15(1):10–3.

79 Nakanishi N, Tatara K, Naramura H, Fujiwara H, Takashima Y, Fukuda H. Urinary and fecal incontinence in a community-residing older population in Japan. *J Am Geriatr Soc*. 1997;45(2):215-9.

80 Markland AD, Goode PS, Burgio KL, Redden DT, Richter HE, Sawyer P, et al. Correlates of urinary, fecal, and dual incontinence in older African-American and white men and women. *J Am Geriatr Soc*. 2008;56(2):285–90.

Jaqueline Betteloni Junqueira

81 Slieker-ten HMC, Pool-Goudzwaard AL, Eijkemans MJ, Steegers-Theunissen RP, Burger CW, Vierhout ME. Prevalence of double incontinence, risks and influence on quality of life in a general female population. *Neurourol Urodyn*. 2010;29(4):545-50.

82 Meschia MMD, Buonaguidi AMD, Pifarotti PMD, Somigliana EMD, Spennacchio MMD, Amicarelli FMD. Prevalence of anal incontinence in women with symptoms of urinary incontinence and genital prolapse. *Am J Obstet Gynecol*. 2002;100(4):719-23.

83 Griffiths AN, Makam A, Edwards GJ. Should we actively screen for urinary and anal incontinence in the general gynecology outpatients setting? A prospective observational study. *J Obstet Gynaecol*. 2006;26(5):442-4.

84 Hatem M, Pasquier JC, Fraser W, Lepire E. Factors associated with postpartum urinary/anal incontinence in primiparous women in Quebec. *J Obstet Gynaecol Can*. 2007;29(3):232-9.

85 Lewis SJ, Heaton KW. Stool Form Scale as a useful guide to intestinal transit time. *Scand J Gastroenterol*. 1997;32(9):920-4.

86 Martinez AP, Azevedo GR. Tradução, adaptação cultural e validação da Bristol Stool Form Scale para a população brasileira *Rev Lat Am Enferm*. 2012;20(3):583-9.

87 Silva CFB, Damião AOMC, Sipahi AM. Constipação Intestinal. In: Damião AOMC, Sipahi AM. *Clínica médica: doenças do aparelho digestivo*. Barueri: Manole; 2009. p. 160-9.

88 Bharucha AE, Pemberton JH, Locke GR. American Gastroenterological Association Technical Review on Constipation. *Gastroenterology*. 2013;144(1):218-38.

89 Wald A, Sacrpignato C, Mueller-Lissner S, Kamm MA, Hinkel U, Richter E, et al. Survey of prevalence and patterns of laxative use among adults with self-defined constipation in South America and Asia: a comparison of six countries. *Aliment Pharmacol Ther*. 2010;31(2):274-84.

90 Schmidt FM, Santos VLCG, Domansky RC, Jorge JMN. Constipation: prevalence and associated factors in adults living in Londrina, Southern Brazil. *Gastroenterol Nurs*. 2016;39(3):204-11.

91 Schmidt FMQ, Santos VLCG, Domansky RC, Barros Elaine, Bandeira MA, Tenório MA, et al. Prevalência de constipação intestinal autorreferida em adultos da população geral. *Rev Esc Enferm USP*. 2015;49(3):443-52.

92 Olivon EV, Costa JJ, Machado AD, Chaud AMA, Abreu ES. Prevalência e fatores associados à constipação intestinal funcional em universitários. *Cienc Saude*. 2016;9(3):150-5.

Jaqueline Betteloni Junqueira

- 93 Gau JT, Acharya UH, Khan MS, Kao TC. Risk factors associated with lower defecation frequency in hospitalized older adults: a case control study. *BMC Geriatr*. 2015;15:44. doi: 10.1186/s12877-015-0041-0.
- 94 Cardin F, Minicuci N, Droghi AT, Inelmen GS, Terranova O. Constipation in the acutely hospitalized older patients. *Arch Gerontol Geriatr*. 2010;50(3):277-81.
- 95 Enck P, Leinert J, Smid M, Kohler T, Schwille-Kiuntke J. Prevalence of constipation in the German population- a representative survey (GECCO). *United European Gastroenterol J*. 2016;4(3):429-37.
- 96 Cottone C, Tosetti C, Disclafani G, Ubaldi E, Cogliandro R, Stanghellini V. Clinical features of constipation in general practice in Italy. *United European Gastroenterol J*. 2014;2(3):232-8.
- 97 Mugie SM, Benninga MA, Lorenzo C. Epidemiology of constipation in children and adults: a systematic review. *Best Pract Res Clin Gastroenterol*. 2011;25(1):3-18.
- 98 Roque MV, Bouras EP. Epidemiology and management of chronic constipation in elderly patients. *Clin Interv Aging*. 2015;2:919-30. doi: 10.2147/CIA.S54304. eCollection 2015.
- 99 Omair MA, Lee P. Effect of gastrointestinal manifestation on quality of life in 87 consecutive patients with systemic sclerosis. *J Rheumatol*. 2012;39(5):992-6.
- 100 Jang-Hwan Oh, Myung-Gyu Choi, Moo-II Kang, Kang-Moon Lee, Jin II Kim, Byung-Wook Kim et al. The prevalence of gastrointestinal symptoms in patients with non-insulin dependent diabetes mellitus. *Korean J Intern Med*. 2009;24(4):309-17.
- 101 Johnson P, Mount K, Graziano S. Functional bowel disorders in pregnancy: effect on quality of life, evaluation and management. *Acta Obstetr Gynecol Scand*. 2014;93(9):874-9.
102. Mueller-Lissner AS, Wald A. Constipation. *BMJ Clin Evid*. 2010: 5. 0413.
- 103 Wennberg AL, Molander U, Fall M, Edlung C, Peeker R, Milsom I. Lower urinary tract symptoms: lack of change in prevalence and help-seeking behaviour in two population-based surveys of women in 1991 and 2007. *BJU Int*. 2009;104(7):954-9.
- 104 Salum MJL, Queiroz VM. A construção de perfis epidemiológicos e a responsabilidade da universidade pública na luta pela saúde como direito social. In: *Anais do 8º Congresso Latino-americano de Medicina Social e 11º Congresso da Associação Internacional de Políticas de Saúde*; 2005, 29 nov. – 01 dez.; La Habana. La Habana; 2005.

Jaqueline Betteloni Junqueira

105 Fonseca TG. Modelo para uma criação de ocupações. *Rev Bras Estud Pedagog*. 1967;48(107):274-331.

106 Avery K, Donovan J, Abrams P. Validation of a new questionnaire for incontinence: the International Consultation on Incontinence Questionnaire (ICIQ). *International Continence Society 31st annual meeting. Neurourol Urodynamics*. 2001;20(4):510-1.

107 Ferolla EC, Santos VLCG. Incontinência urinária de esforço: um perfil da clientela. *Rev Estima*. 2003;1(1):32-7.

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

109 Domansky RC, Santos VLCG. Adaptação cultural e validação do instrumento *The Bowel Function in the Community* para o Brasil. *Rev Esc Enferm USP*. 2009;43(spe):1114-29.

110. Fletcher RH, Fletcher SW, Fletcher GS. *Epidemiologia clínica: elementos essenciais*. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2014.

111 Brown RT, Kiely DK, Bharel M, Mitchell SL. Factors associated with geriatric syndromes in older homeless adults. *J Health Care Poor Underserved*. 2013;24(2):456-68.

112 Higa R, Lopes MHBM, Turato ER. Significados psicoculturais da incontinência urinária feminina: uma revisão. *Rev Lat Am Enferm*. 2008;16(4):779-86.- A

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

114 Vethanayagam N, Orrell A., Dahlberg L, McKee K J, Orme S, Parker SG, et al. Understanding help-seeking in older people with urinary incontinence: an interview study. *Health Soc Care Community*. 2016. doi: 10.1111/hsc.12406. [Epub ahead of print].

115 Buchman NM, Leurgans SE, Shah RJ, VanderHorst V, Wilson RS, Bachner YG, et al. Urinary incontinence, incident parkinsonism, and Parkinson's Disease pathology in older adults. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2016. doi: 10.1093/gerona/glw235.

116 Suskind AM, Cawthon PM, Nakagawa S, Subak LL, Reinders I, Satterfield S, et al. Urinary Incontinence in older women: the role of body composition and muscle strength: from the health, aging, and body composition study. *J Am Geriatr Soc*. 2017;65(1):42-50.

Jaqueline Betteloni Junqueira

- 117 Loening-Baucke V. Urinary incontinence and urinary tract infection and their resolution with treatment of chronic constipation of childhood. *Pediatrics*. 1997;100(2 Pt 1):228-32.
- 118 Yazbeck S, Schick E, O'Regan S. Relevance of constipation to enuresis, urinary tract infection and reflux. A review. *Eur Urol*. 1987;13(5):318-21.
- 119 Paes FGS, Salgado Filho N, Silva MACN, Lima HCM, Ferreira DAP, Nascimento MDSB, et al. Effect of urinary incontinence on the quality of life of asthmatic women. *J Asthma*. 2016;53(5):553-8.
- 120 Tennstedt SL, Link CL, Steers WD, McKinlay JB. Prevalence of and risk factors for urine leakage in a racially and ethnically diverse population of adults: the Boston Area Community Health (BACH) Survey. *Am J Epidemiol*. 2008;167(4):390-9.
- 121 Bø K, Borgen JS. Prevalence of stress and urge urinary incontinence in elite athletes and controls. *Med Sci Sports Exerc*. 2001;33(11):1797-802.
- 122 Minassian VA, Stewart WF, Wood GC. Urinary incontinence in women: variation in prevalence estimates and risk factors. *Obstet Gynecol*. 2008;111(2 Pt 1):324-31.
- 123 Sourdhet S, Lafont C, Rolland Y, Nourhashemi F, Andrieu S, Vellas B. Preventable Iatrogenic disability in elderly patients during hospitalization. *J Am Med Dir Assoc*. 2015;16(8):674–681. doi: 10.1016/j.jamda.2015.03.011.
- 124 Viegas K, Welfer M, Lucho GD, Souza CC, Santos BR, Melo DA, et al. Qualidade de vida de idosos com incontinência urinária. *Rev Cienc Saude*. 2009;2(2):50-7.
- 125 Bolina AF, Dias FA, Santos NM, Tavares DM. Incontinência urinária autorreferida em idosos e seus fatores associados. *Rev RENE*. 2013;14(2):354-63.
- 126 Iosif CS, Batra S, Ek A, Astedt B. Estrogen receptors in the human female lower urinary tract. *Am J Obstet Gynecol*. 1981;141(7):817-20.
- 127 Matsubara S, Okada H, Shirakawa T, Gotoh A, Kuno T, Kamidono S. Estrogen levels influence beta-3-adrenoceptor-mediated relaxation of the female rat detrusor muscle. *Urology*. 2002;59(4):621-25.
- 128 Shenfeld OZ, McCammon KA, Blackmore PF, Ratz PH. Rapid effects of estrogen and progesterone on tone and spontaneous rhythmic contractions of the rabbit bladder. *Urol Res*. 1999;27(5):386-92.
- 129 Chung da J, Bai SW. Roles of sex steroid receptors and cell cycle regulation in pathogenesis of pelvic organ prolapse. *Curr Opin Obstet Gynecol*. 2006;18(5):551-4.

Jaqueline Betteloni Junqueira

130 Kokabi R, Yazdanpanh D. Effects of delivery mode and sociodemographic factors on postpartum stress urinary incontinence in primipara women: a prospective cohort study. *J Chin Med Assoc.* 2016;79.doi: 10.1016/j.jcma.2016.06.008.

131 Tähtinen RM, Cartwright R, Tsui JF, Aaltonen RL, Aoki Y, Cárdenas JL, et al. Long-term impact of mode of delivery on stress urinary Incontinence and urgency urinary incontinence: a systematic review and meta-analysis. *Eur Urol.* 2016;70(1):148-58. doi:10.1016/j.eururo.2016.01.037.

132 Singh U, Agarwal P, Verma ML, Dalela D, Singh N, Shankhwar P. Prevalence and risk factors of urinary incontinence in Indian women: a hospital-based survey. *Indian J Urol.* 2013;29(1):31-6.

133 Barghouti FF, Yasein NA, Jaber RM, Hatamleh LN, Takruri AH. Prevalence and risk factors of urinary incontinence among Jordanian women: impact on their life. *Health Care Women Int.* 2013;34(11):1015-23.

134 Lawrence JM, Lukacz ES, Liu IL, Nager CW, Luber KM. Pelvic floor disorders, diabetes, and obesity in women: findings from the Kaiser Permanente Continence Associated Risk Epidemiology Study. *Diabetes Care.* 2007;30(10):2536–41.

135 Danforth KN, Townsend MK, Curhan GC, Resnick NM, Grodstein F. Type 2 diabetes mellitus and risk of stress, urge and mixed urinary incontinence. *J Urol.* 2009;181(1):193-7.

136 Izci Y, Topsever P, Filiz TM, Cinar ND, Uludag C, Lagro-Janssen T. The association between diabetes mellitus and urinary incontinence in adult women. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct.* 2009;20(8):947-52.

137 Lewis CM, Schrader R, Many A, Mackay M, Rogers RG. Diabetes and urinary incontinence in 50- to 90-year-old women: a cross-sectional population-based study. *Am J Obstet Gynecol.* 2005;193(6):2154-8.

138 Lifford KL, Curhan GC, Hu FB, Barbieri RL, Grodstein F. Type 2 diabetes mellitus and risk of developing urinary incontinence. *J Am Geriatr Soc.* 2005;53(11):1851-7.

139 Burti JS, Santos AM, Pereira RM, Zambon JP, Marques AP. Prevalence and clinical characteristics of urinary incontinence in elderly individuals of a low income. *Arch Gerontol Geriatr.* 2012;54(2):e42–e46.

140 Lee PG, Cigolle C, Blaum C. The co-occurrence of chronic diseases and geriatric syndromes: the health and retirement study. *J Am Geriatr Soc.* 2009;57(3):511-6.

141 Cigolle CT, Langa KM, Kabeto MU, Tian Z, Blaum CS. Geriatric conditions and disability: the health and retirement study. *Ann Intern Med.* 2007;147(3):156–64.

Jaqueline Betteloni Junqueira

142 Marin MJS, Angerami ELS. Alterações funcionais de um grupo de idosas durante a hospitalização e na alta hospitalar. *Cogitare Enferm.* 2002;7(1):68-74.

143 Foley AL, Loharuka S, Barrett JA, Mathews R, Williams K, McGrother CW, et al. Association between the Geriatric Giants of urinary incontinence and falls in older people using data from the Leicestershire MRC Incontinence Study. *Age Ageing.* 2012;41(1):35-40. doi: 10.1093/ageing/afr125

144 Auge AP, Zucchi CM, Costa FMP, Nunes K, Cunha LP, Silva PVF, et al. Comparações entre os índices de qualidade de vida em mulheres com incontinência urinária submetidas ou não ao tratamento cirúrgico. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2006;28(6):352-7.

145 Rodarti AC, Silva RG, Araújo RC. Prevalência e impacto da incontinência urinária na qualidade de vida de idosas institucionalizadas. *Rev Bras Geriatr Gerontol.* 2012;15(4):619-26.

146 Feldner Júnior 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. *Femina.* 2003;1(10):851-4.

147 Yusuf SAI, Jorge JMN, Habr-Gama A, Kiss DR, Gama JR. Avaliação da qualidade de vida na incontinência anal: validação do questionário FIQL (Fecal Incontinence Quality of Life). *Arq Gastroenterol.* 2004;41(3):202-8.

148 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.* 2004;47(8):1341-9.

149 Borrie MJ, Davidson HA. Incontinence in institutions: costs and contributing factors. *Can Med Assoc J.* 1992;147(3):322-28.

150 Nelson R, Furner S, Jesudason V. Fecal incontinence in Wisconsin nursing homes: prevalence and associations. *Dis Colon Rectum.* 1998;41(10):1226-9.

151 Edwards NI, Jones D. The prevalence of faecal incontinence in older people living at home. *Age Ageing.* 2001;30(6):503-7.

152 Norton C, Thomas L, Hill J. Management of faecal incontinence in adults: summary of NICE guidance. *BMJ.* 2007;334(7608):1370-71.

153 Miner Jr PB. Economic and personal impact of fecal and urinary incontinence. *Gastroenterology.* 2004;126(1 suppl):s8-13.

Jaqueline Betteloni Junqueira

154 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. *Gut*. 2002;50(4):480-4.

155 Ng KS, Nassar N, Hamd K, Nagarajah A, Gladman MA. Prevalence of functional bowel disorders and faecal incontinence: an Australian primary care survey. *Colorectal Dis*. 2015;17(2):150-9.

156 Sun WM, Donnelly TC, Read NW. Utility of a combined test of anorectal manometry, electromyography, and sensation in determining the mechanism of 'idiopathic' faecal incontinence. *Gut*. 1992;33(6):807-13.

157 Siproudhis L, El Abkari M, El Alaoui M, Juquet F, Bretagne JF. Low rectal volumes in patients suffering from fecal incontinence: what does it mean? *Aliment Pharmacol Ther*. 2005;22(10):989-96.

158 Andrews C, Bharucha AE, Seide B, Zinseinsten AR. Rectal sensorimotor dysfunction in women with fecal incontinence. *Am J Physiol Gastrointest Liver Physiol*. 2007;292(1):G282-G289.

159 Deutekom M, Dobben AC, Terra MP, Engel AF, Stoker J, Bossuyt PM, et al. Clinical presentation of fecal incontinence and anorectal function: what is the relationship? *Am J Gastroenterol*. 2007;102(2):351-61.

160 Norton NJ. The perspective of the patient. *Gastroenterology*. 2004;126(Suppl. 1):s175-s179.

161 Finne-Soveri H, Sorbye LW, Jonsson PV, Carpenter GI, Bernabei R. Increased workload associated with faecal incontinence among home care patients in 11 European countries. *Eur J Public Health*. 2008;18(3):323-8.

162 Santos CRS, Santos VLCG. Prevalence of self-reported double incontinence in the urban population of a Brazilian city. *Neurourol Urodyn*. 2011;30(8):1478-84.

163 Smith DB. Female pelvic floor health: a developmental review. *J Wound Ostomy Continence Nurs*. 2004;31(3):130-7.

164 Santos Júnior JCM. Constipação intestinal. *Rev Bras Coloproct*. 2005;25(1):79-93.

165 Klaus JH, Nardin V, Paludo J, Scherer F, Dal Bosco SM. Prevalência e fatores associados à constipação intestinal em idosos residentes em instituições de longa permanência. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2015;18(4):835-43.

Jaqueline Betteloni Junqueira

166 Higgins PD, Johanson JF. Epidemiology of constipation in North America: a systematic review. *Am J Gastroenterol*. 2004;99(4):750-9.

167 Cruz FRN. Constipação intestinal: abordagem medicamentosa e não medicamentosa. *Int J Nutrology*. 2014;7(1):15-20.

168 Meireles VC, Matsuda LM, Coimbra JAH, Mathias TAF. Características dos Idosos em área de abrangência do Programa Saúde da Família na região noroeste do Paraná: contribuições para a gestão do cuidado em enfermagem. *Saude Soc*. 2007;16(1):69-80.

169 Dias-da-Costa JS, Olinto MTA, Gigante DP, Menezes AMB, Macedo S, Daltoé T, et al. Utilização de serviços ambulatoriais de saúde em Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil: alguns fatores relacionados com as consultas médicas acima da média. *Cad Saude Publica*. 2008;24(2):353-63.

170 Teston EF, Silva JP, Garanhani ML, Marcon SS. Reinternação hospitalar precoce na perspectiva de doentes crônicos. *Rev RENE*. 2016;17(3):330-7.

171 Wald A, Scarpignato C, Mueller-Lissner S, Kamm MA, Hinkel U, Helfrich I, et al. A multinational survey of prevalence and patterns of laxative use among adults with self-defined constipation. *Aliment Pharmacol Ther*. 2008;28(7):917-30.

172 Dantas RO. Diarréia e constipação intestinal. *Medicina (Ribeirão Preto)*. 2004;37:262-6.

173 Santos Junior JCM. Laxantes e Purgativos - O Paciente e a Constipação Intestinal. *Rev Bras Coloproct*, 2003;23(2):130-134.

Apêndices

Jaqueline Betteloni Junqueira

APÊNDICES

APÊNDICE A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

O meu nome é Jaqueline Betteloni, sou Enfermeira Estomaterapeuta do Hospital Universitário da USP e aluna de mestrado da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EEUSP). Estou desenvolvendo uma pesquisa que tem como título **“Incontinências Urinária e Anal e Constipação em pacientes hospitalizados: prevalência e fatores associados”**. Esta pesquisa tem como objetivo principal conhecer o número de pacientes que apresentam Incontinências Urinária e/ou Anal e Constipação Intestinal e os fatores sociodemográficos e clínicos associadas às suas ocorrências.

Gostaria de convidá-lo(a) a participar da minha pesquisa. Para isso, você terá que responder a cinco questionários com questões de múltipla escolha relacionadas ao assunto através de uma única entrevista realizada por mim ou por outro colaborador deste estudo. Esta entrevista tem duração prevista de aproximadamente 20 minutos e será realizada nas dependências do Hospital Universitário da USP, caso aceite participar do estudo, durante a sua internação. Além disso, será necessária a realização de um breve exame físico onde verificarei se você está em uso de cateter vesical de demora, cateter retal ou se é portador de bolsa de colostomia, além de consultas ao seu prontuário para complementar dados que você não souber informar. Caso você seja o familiar ou cuidador que responderá em nome do paciente, ressaltamos que todos os dados fornecidos deverão ser a respeito do paciente.

Você (paciente) poderá ficar constrangido de ser examinado ou de responder algumas questões da entrevista, se isso acontecer pode se recusar a ser examinado, assim como se recusar a responder estas questões.

Todas as informações fornecidas ou coletadas serão divulgadas em eventos e/ou revistas científicas. Esclareço que você não terá sua identificação revelada, ou seja, o seu nome não será publicado, e a sua participação é voluntária, sendo que a qualquer momento você poderá deixar de participar do estudo, precisando apenas me avisar. A recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação comigo ou com o Hospital onde realiza o seu tratamento. Danos causados ao Sr (a) decorrentes da pesquisa terão garantia de indenização. O/a Sr(a) não terá custo algum ou quaisquer compensações financeiras por participar da pesquisa. A pesquisa não lhe trará benefícios diretos, mas a coleta de seus dados, bem como a de outros pacientes, permitirá saber quantos pacientes internados no Hospital Universitário da USP apresentam perdas urinárias/fezes ou constipação intestinal, visando a promoção de ações educativas, tratamentos e cuidados especiais aos portadores dessas condições que trazem enorme prejuízo a qualidade de vida.

Em qualquer etapa do estudo, você terá acesso ao profissional responsável pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas, sendo que o **principal investigador é a Enfermeira Estomaterapeuta Jaqueline Betteloni**, a qual pode ser encontrada no endereço: Av. Prof. Lineu Prestes, nº 2565, Butantã, Telefone: (11) 999010518 (esclareço que você pode ligar a cobrar para esse telefone). Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da USP (CEP) situado na Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419, Cerqueira César, São Paulo, telefone: (11) 30618858, e-mail: cepee@usp.br; ou através do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário da USP, situado na Av. Prof. Lineu Prestes, 2565, Cidade Universitária, São Paulo, telefone: (11) 30919457, e-mail: cep@hu.usp.br.

Acredito ter sido suficientemente informado a partir do que li ou que foi lido para mim sobre o estudo **“Incontinências Urinária e Anal e Constipação em pacientes hospitalizados: prevalência e fatores associados”**. Recebi uma via deste termo, assinado pela pesquisadora, onde consta o e-mail, telefone e endereço para contato.

Nome do responsável legal pelo paciente: _____

Data: ____/____/____.

Assinatura do participante/representante legal

Jaqueline Betteloni Junqueira

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste paciente para a participação neste estudo.

Assinatura do pesquisador

Jaqueline Betteloni – pesquisador responsável.

Enfermeira Estomaterapeuta do Hospital Universitário da USP, mestranda do Programa de Pós-graduação em Enfermagem na Saúde do Adulto da Escola de Enfermagem da USP.

E-mail:jaque.betteloni@hotmail.com

Telefone: (11) 999010518

Av. Prof. Lineu Prestes nº 2565 Butantã, São Paulo.

São Paulo, ____ de _____ de 2016.

Esta pesquisa atende todas as especificações da Resolução 466, de 12 de dezembro de 2012 que aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Este TCLE deve ser rubricado em todas as suas páginas e assinado nas duas vias.

Jaqueline Betteloni Junqueira

APÊNDICE B**QUESTIONÁRIO DE DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS E CLÍNICOS****Parte I- Dados Sociodemográficos**

Data: ____/____/____ Dias de internação: _____ DN: ____/____/____

Nome do Entrevistado: _____

Unidade de internação: 1.()AC 2.()CM 3.()UTI 4.()CC

Leito: _____ Matrícula: _____

Diagnóstico de internação: _____

1.Sexo: () F () M

2.Idade (em anos): _____

3.Estado Civil:

1.() Solteiro

2.() Viúvo

3.() União estável/casado

4.() Separado

4.Cor de pele:

1.() Branca

2.() Preto

3.() Pardo

4.() Amarela

5.Prática Religiosa:

1.() Católico

2.() Espírita

3.() Budista

4.() Protestante

5.() Evangélico

6.() Outra

7.() Sem religião

6.Anos de estudo: _____

7.Qual o seu nível de escolaridade:

1.() Analfabeto

2.() Ensino Fundamental

3.() Ensino Médio

4.() Ensino Superior

5.() Pós-graduação

Jaqueline Betteloni Junqueira

8. Profissão: _____

9. Ocupação: _____

- 1. () Planejamento e Organização
- 2. () Empresário, direção e gerência
- 3. () Não Qualificado na execução
- 4. () Semi-qualificado na execução
- 5. () Qualificado na execução
- 6. () Serviços gerais/ de escritório e apoio
- 7. () Sem ocupação

10. Situação empregatícia:

- 1. () Assalariado com registro em carteira profissional
- 2. () Assalariado sem registro em carteira profissional
- 3. () Autônomo
- 4. () Trabalho informal
- 5. () Aposentado
- 6. () Pensionista
- 7. () Desempregado
- 8. () Afastado

11. Renda familiar mensal (valor bruto): R\$ _____

12. Nº de pessoas que dependem dessa renda: _____

Parte II-Dados Clínicos

Quais das doenças abaixo você tem:

13. HAS:

- 1. () Sim
- 2. () Não

14. DM:

- 1. () Sim
- 2. () Não

15. IC:

- 1. () Sim
- 2. () Não

16. AVC:

- 1. () Sim
- 2. () Não

17. Lesão raquimedular:

- 1. () Sim
- 2. () Não

18. Esclerose Múltipla:

- 1. () Sim
- 2. () Não

19. Alzheimer:

- 1. () Sim
- 2. () Não

20. Parkinson:

- 1. () Sim
- 2. () Não

21. Demência:

- 1. () Sim
- 2. () Não

Jaqueline Betteloni Junqueira

22. Depressão:

1.() Sim 2.() Não

23. Megacólon Chagásico:

1.() Sim 2.() Não

24. Síndrome do Intestino Irritável:

1.() Sim 2.() Não

25. Obesidade:

1.() Sim 2.() Não Peso e altura habituais: _____/_____

26. Neoplasia de Intestino/reto:

1.() Sim 2.() Não

27. Hipotireoidismo:

1.() Sim 2.() Não

28. Doença Renal:

1.() Sim 2.() Não

29. Hiperplasia Prostática Benigna:

1.() Sim 2.() Não

30. Hepatopatia:

1.() Sim 2.() Não

31. Arritmia:

1.() Sim 2.() Não

32. Outras doenças: _____

33. Tabagista:

1.() Sim Quantos cigarros/ dia? _____ Há quantos anos? _____

2.() Não

3.() Ex-Tbg

34. Etilista:

1.() Sim Quantas doses/dia? _____ Há quantos anos? _____

2.() Não

3.() Ex-Etl

35. Limitação funcional:

1.() Sim 2.() Não

36. Paciente é acamado:

1.() Sim 2.() Não

Questões abaixo são para ambos sexos

37. Fissura anal (ferida dolorosa no ânus por onde saem as fezes):

1.() Sim 2.() Não

38. Prolapso retal (saída do reto pelo ânus):

1.() Sim 2.() Não

Jaqueline Betteloni Junqueira

39. Abscesso/infecção ao redor do ânus;

- 1.(☐) Sim 2.(☐) Não

40. Tem trauma ou ferimento na área ao redor do reto ou do ânus:

- 1.(☐) Sim 2.(☐) Não

41. Hemorróida (protusão de qualquer material úmido dentro do ânus):

- 1.(☐) Sim 2.(☐) Não

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

- 1.(☐) Sim

- 2.(☐) Não

43. Você tem tido infecções urinárias freqüentes?

- 1.(☐) Sim

- 2.(☐) Não

- 3.(☐) Não sabe

44. Diarreia:

- 1.(☐) Sim

- 2.(☐) Não

45. Faz uso de algum medicamento?

- 1.(☐) Diuréticos

- 2.(☐) Anti-inflamatórios

- 3.(☐) Anti-histamínicos

- 4.(☐) Anticolinérgicos

- 5.(☐) Antidepressivos

- 6.(☐) Reposição Hormonal

- 7.(☐) Hipoglicemiantes

- 8.(☐) Hipotensores

- 9.(☐) Dislipidemiantes

- 10.(☐) Levotiroxina

- 11.(☐) Protetor gástrico

- 12.(☐) Antibióticos

- 13.(☐) Ansiolíticos

- 14.(☐) Anticoagulantes

- 15.(☐) Outros

46. Já realizou alguma cirurgia anal ou retal?

- 1.(☐) Sim

qual: _____

- 2.(☐) Não

47. Já realizou radioterapia pélvica ou abdominal:

- 1.(☐) Sim

- 2.(☐) Não

48. Fez, durante a internação, uso de Cateter Vesical de Demora:

- 1.(☐) Sim

- 2.(☐) Não

49. Fez, durante a internação, uso de Cateter Vesical Intermitente:

- 1.(☐) Sim

- 2.(☐) Não

50. Fez, durante a internação, uso de Cateter Retal:

- 1.(☐) Sim

- 2.(☐) Não

51. Fralda:

- 1.(☐) Sim, está usando fralda no momento

Jaqueline Betteloni Junqueira

- 2.() Sim, faz uso de fralda em casa
 3.() Não faz uso de fralda
 4.() Fez uso de fralda na internação, porém não está usando fralda no momento

As questões abaixo são para o sexo feminino

52.Retocele (saída do reto pela vagina):

- 1.() Sim 2.() Não

53.Cistocele (queda da bexiga):

- 1.() Sim 2.() Não

54.Prolapso uterino (queda do útero para vagina):

- 1.() Sim 2.() Não

55. Número de gestações:

- 1.() uma
 2.() duas
 3.() três
 4.() quatro
 5.() cinco ou mais
 6.() nenhuma

56.Número de partos:

- 1.() um
 2.() dois
 3.() três
 4.() quatro
 5.() cinco ou mais
 6.() nenhum

57. Quantos por via vaginal? _____

58. Quantos por via vaginal com fórceps? _____

59. Quantos por cesária? _____

60. Quantos abortos? _____

61.Laceração do ânus (durante o parto que tenha sido necessário alguma correção cirúrgica)

- 1.() Sim 2.() Não

62.Episiotomia (durante o parto):

- 1.() Sim 2.() Não

63. Laceração de vagina (durante o parto):

- 1.() Sim 2.() Não

64. Número de filhos:

- 1.() um
 2.() dois
 3.() três
 4.() quatro
 5.() cinco ou mais
 6.() nenhum

65. Você é menopausada?

- 1.() Sim Reposição hormonal: 1 () Sim 2 () Não
 2.() Não

Jaqueline Betteloni Junqueira

66. Já realizou alguma cirurgia ginecológica?

1. () Sim Qual? _____

2. () Não

Questões abaixo somente para o sexo masculino

67. Você já teve problemas com impotência, ou seja, não tem ereção?

1. () Sim

2. () Não

68. Já realizou alguma cirurgia urológica?

1. () Sim Qual? _____

2. () Não

Parte III- Ocorrência de IU, IA e CI

Identificação da ocorrência de IU

69. Você tem perda atual de urina (escape) contra sua vontade?

1. () Sim

2. () Não

70. A perda de urina começou antes da internação?

1. () Sim

2. () Não

71. Você teve ou tem Incontinência Urinária Gestacional?

1. () Sim

2. () Não

3. () Não se aplica

72. Preenche algum critério de exclusão (cateter vesical de demora, cateter vesical intermitente, anúria, desvio do trajeto urinário):

1. () Sim

2. () Não

Se sim para a questão 69 e nenhum critério de exclusão, preencha os Instrumentos:

ICIQSF

Características da Perda Urinária

Hábito Intestinal da População Geral - Questões sobre IU

Identificação da ocorrência de IA

73. Você tem perda atual de fezes (escape) contra sua vontade?

1. () Sim

2. () Não

Jaqueline Betteloni Junqueira

74. Você tem perda atual de gases (escape) contra sua vontade?

- 1.() Sim
- 2.() Não

75. A perda de fezes/flatos começou antes da internação?

- 1.() Sim
- 2.() Não

76. Preenche algum critério de exclusão (cateter vesical retal, desvio do trânsito intestinal):

- 1.() Sim
- 2.() Não

Se Sim para as questões 73 e nenhum critério de exclusão, preencha os Instrumentos:

Índice de Incontinência Anal-II

Hábito Intestinal da População Geral- Questões sobre IA

Identificação da ocorrência de CI

Condição atual (baseado nos últimos 7 dias)

77. Há quanto tempo você está sem evacuar?

- 1.() Evacuei hoje
- 2.() 1 dia
- 3.() 2 dias
- 4.() 3 dias
- 5.() 4 dias
- 6.() 6 dias ou mais

78. Atualmente, com que frequência você está evacuando? (média dos últimos 7 dias)

- 1.() **1 vez ou menos por mês**
- 2.() **de 2 a 3 vezes por mês**
- 3.() **1 vez por semana**
- 4.() **2 vezes por semana**
- 5.() 1 vez por dia
- 6.() 2 vezes por dia
- 7.() 3 vezes por dia
- 8.() mais de 3 vezes por dia

79. Nos últimos 7 dias, você tem feito muito esforço para evacuar (por mais de 1 ou 2 minutos)? (Somente 1 resposta)

- 1.() NÃO
- 2.() SIM, às vezes (menos que 25% das vezes)
- 3.() **SIM, frequentemente (mais que 25% das vezes)**
- 4.() **SIM, geralmente (mais que 75% das vezes)**

80. Nos últimos 7 dias, quantas vezes suas fezes se apresentaram endurecidas?

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

Jaqueline Betteloni Junqueira

81. Nos últimos 7 dias, após evacuar, você sentiu que ainda havia fezes para serem eliminadas? (Somente 1 resposta)

1.() nunca

2.() às vezes (menos de 25% das vezes)

3.() freqüentemente (mais de 25% das vezes)

4.() geralmente (mais de 75% das vezes)

82. Nos últimos 7 dias, você sentiu que seu reto ou seu ânus estava obstruído dificultando a passagem das fezes? (Somente 1 resposta)

1.() nunca

2.() às vezes (menos de 25% das vezes)

3.() freqüentemente (mais de 25% das vezes)

4.() geralmente (mais de 75% das vezes)

83. Considera-se constipado agora?

1.() Sim

2.() Não

84. Preenche algum critério de exclusão (cateter retal, desvio do trânsito intestinal, inconsciência):

1.() Sim

2.() Não

Se conclusão 2 ou mais Critérios de Roma preenchidos, preencher:

Hábito Intestinal da População Geral- Questões sobre CI

Anexos

ANEXOS

ANEXO A

INTERNATIONAL CONSULTATION ON INCONTINENCE QUESTIONNAIRE - SHORT FORM (ICIQ-SF)

ICIQ - SF																								
<p>Nome do Paciente: _____ Data de Hoje: ____/____/____</p> <p>Muitas pessoas perdem urina alguma vez. Estamos tentando descobrir quantas pessoas perdem urina e o quanto isso as aborrece. Ficaríamos agradecidos se você pudesse nos responder às seguintes perguntas, pensando em como você tem passado, em média nas ÚLTIMAS QUATRO SEMANAS.</p> <p>1. Data de Nascimento: ____/____/____ (Dia / Mês / Ano)</p> <p>2. Sexo: Feminino ☐ Masculino ☐</p>																								
<p>3. Com que frequência você perde urina? (assinale uma resposta)</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="text-align: right;">Nunca</td> <td style="text-align: center;">☐</td> <td style="text-align: right;">0</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Uma vez por semana ou menos</td> <td style="text-align: center;">☐</td> <td style="text-align: right;">1</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Duas ou três vezes por semana</td> <td style="text-align: center;">☐</td> <td style="text-align: right;">2</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Uma vez ao dia</td> <td style="text-align: center;">☐</td> <td style="text-align: right;">3</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Diversas vezes ao dia</td> <td style="text-align: center;">☐</td> <td style="text-align: right;">4</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">O tempo todo</td> <td style="text-align: center;">☐</td> <td style="text-align: right;">5</td> </tr> </table>		Nunca	☐	0	Uma vez por semana ou menos	☐	1	Duas ou três vezes por semana	☐	2	Uma vez ao dia	☐	3	Diversas vezes ao dia	☐	4	O tempo todo	☐	5					
Nunca	☐	0																						
Uma vez por semana ou menos	☐	1																						
Duas ou três vezes por semana	☐	2																						
Uma vez ao dia	☐	3																						
Diversas vezes ao dia	☐	4																						
O tempo todo	☐	5																						
<p>4. Gostaríamos de saber a quantidade de urina que você pensa que perde (assinale uma resposta)</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="text-align: right;">Nenhuma</td> <td style="text-align: center;">☐</td> <td style="text-align: right;">0</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Uma pequena quantidade</td> <td style="text-align: center;">☐</td> <td style="text-align: right;">2</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Uma moderada quantidade</td> <td style="text-align: center;">☐</td> <td style="text-align: right;">4</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Uma grande quantidade</td> <td style="text-align: center;">☐</td> <td style="text-align: right;">6</td> </tr> </table>		Nenhuma	☐	0	Uma pequena quantidade	☐	2	Uma moderada quantidade	☐	4	Uma grande quantidade	☐	6											
Nenhuma	☐	0																						
Uma pequena quantidade	☐	2																						
Uma moderada quantidade	☐	4																						
Uma grande quantidade	☐	6																						
<p>5. Em geral quanto que perder urina interfere em sua vida diária? Por favor, circule um número entre 0 (não interfere) e 10 (interfere muito)</p> <table style="width: 100%; border: none; text-align: center;"> <tr> <td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td> </tr> <tr> <td colspan="5">Não interfere</td> <td colspan="6"></td> <td>Interfere muito</td> </tr> </table>		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Não interfere											Interfere muito
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10														
Não interfere											Interfere muito													
<p>ICIQ Score: soma dos resultados 3 + 4 + 5 = _____</p>																								
<p>6. Quando você perde urina? (Por favor assinale todas as alternativas que se aplicam a você)</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="text-align: right;">Nunca</td> <td style="text-align: center;">☐</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Perco antes de chegar ao banheiro</td> <td style="text-align: center;">☐</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Perco quando tusso ou espiro</td> <td style="text-align: center;">☐</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Perco quando estou dormindo</td> <td style="text-align: center;">☐</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Perco quando estou fazendo atividades físicas</td> <td style="text-align: center;">☐</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Perco quando terminei de urinar e estou me vestindo</td> <td style="text-align: center;">☐</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Perco sem razão óbvia</td> <td style="text-align: center;">☐</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Perco o tempo todo</td> <td style="text-align: center;">☐</td> </tr> </table>		Nunca	☐	Perco antes de chegar ao banheiro	☐	Perco quando tusso ou espiro	☐	Perco quando estou dormindo	☐	Perco quando estou fazendo atividades físicas	☐	Perco quando terminei de urinar e estou me vestindo	☐	Perco sem razão óbvia	☐	Perco o tempo todo	☐							
Nunca	☐																							
Perco antes de chegar ao banheiro	☐																							
Perco quando tusso ou espiro	☐																							
Perco quando estou dormindo	☐																							
Perco quando estou fazendo atividades físicas	☐																							
Perco quando terminei de urinar e estou me vestindo	☐																							
Perco sem razão óbvia	☐																							
Perco o tempo todo	☐																							

"Obrigado por você ter respondido às questões"

Jaqueline Betteloni Junqueira

ANEXO B

CARACTERÍSTICAS DAS PERDAS URINÁRIAS

1. Há quanto tempo perde urina?

- 1.() desde a internação
- 2.() menos de um ano
- 3.() de um a três anos
- 4.() de quatro a cinco anos
- 5.() 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
- 5.() Não se aplica/Não sabe informar

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.() Não se aplica/não sabe informar

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
- 3.() Não se aplica/Não sabe informar

6. Com que frequência perde urina: (é possível mais de uma resposta)

- 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.() todos os dias e todas as noites

7. Em qual quantidade perde urina? (é possível mais de uma resposta)

- 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/Não se aplica

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
- 5.() não se aplica

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
3. () Não se aplica

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?

Jaqueline Betteloni Junqueira**ANEXO C****ÍNDICE DE INCONTINÊNCIA ANAL (II)**

Parâmetros	Nunca	Raro	Às vezes	Usual	Sempre
Gases	0	1	2	3	4
Líquidos	0	1	2	3	4
Sólidos	0	1	2	3	4
Proteção das vestes	0	1	2	3	4
Alteração de QV	0	1	2	3	4

0= Continência Perfeita

Raramente= menor que uma vez por mês

Às vezes= menor que uma vez por semana e maior ou igual a uma vez por mês

Usualmente =menor que uma vez por dia e maior ou igual a uma vez por semana

Sempre= maior ou igual a uma vez por dia

ANEXO D

HÁBITO INTESTINAL NA POPULAÇÃO GERAL (INSTRUMENTO ORIGINAL)

O objetivo mais importante desta pesquisa é conhecer os hábitos intestinais da população no ano passado. Favor não incluir as alterações intestinais ocorridas durante ou que foram decorrentes de doenças passageiras como gripe ou viroses.

1. NO ANO PASSADO, com que frequência você costumava evacuar?

1. ☐ 1 vez ou menos por MÊS
2. ☐ de 2 a 3 vezes por MÊS
3. ☐ 1 vez por SEMANA
4. ☐ 2 vezes por SEMANA
5. ☐ de 3 a 6 vezes por SEMANA
6. ☐ 1 vez POR DIA
7. ☐ 2 vezes POR DIA
8. ☐ 3 vezes POR DIA
9. ☐ mais de 3 vezes POR DIA

2. NO ANO PASSADO, qual foi o maior número de dias consecutivos que você ficou sem evacuar?

(Somente 1 resposta)

1. ☐ 2 dias ou menos
2. ☐ mais de 2 a 4 dias
3. ☐ mais de 4 dias a 1 semana
4. ☐ mais de 1 a 2 semanas
5. ☐ mais de 2 semanas

3. NO ANO PASSADO, você tomou alguma coisa para poder evacuar (tal como: laxantes, enemas ou supositórios, mas não incluindo dieta rica em fibras)? (Somente 1 resposta)

1. ☐ NÃO
2. ☐ SIM, às vezes (menos de 25% das vezes)
3. ☐ SIM, freqüentemente (mais de 25% das vezes)
4. ☐ SIM, geralmente (mais do que 75% das vezes)

Caso sua resposta seja SIM, o que você tomou? _____

4. NO ANO PASSADO, você precisou fazer muito esforço para evacuar (por mais de 1 ou 2 minutos)?

(Somente 1 resposta)

1. ☐ NÃO
2. ☐ SIM, às vezes (menos que 25% das vezes)
3. ☐ SIM, freqüentemente (mais que 25% das vezes)
4. ☐ SIM, geralmente (mais que 75% das vezes)

5. NO ANO PASSADO, como você classificaria o seu esforço para evacuar? (Somente 1 resposta)

0. ☐ Eu **nunca** tive que fazer esforço para evacuar
1. ☐ muito pouco
2. ☐ pouco
3. ☐ moderado
4. ☐ intenso
5. ☐ muito intenso

Jaqueline Betteloni Junqueira

6. Há quantos anos você vem fazendo força ou se esforçando para evacuar? (Somente 1 resposta)

- 0. ☐ Eu **nunca** me esforço para evacuar
- 1. ☐ menos de 1 ano
- 2. ☐ de 1 a 2 anos
- 3. ☐ mais de 2 a 5 anos
- 4. ☐ mais de 5 a 10 anos
- 5. ☐ mais de 10 anos

7. NO ANO PASSADO, quantas vezes suas fezes se apresentaram **soltas** ou de **consistência aquosa** ?
(Somente 1 resposta).

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

8. NO ANO PASSADO, quantas vezes suas fezes se apresentaram **endurecidas**? (Somente 1 resposta)

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

9. NO ANO PASSADO, após evacuar, você sentiu que ainda havia fezes para serem eliminadas?(Somente 1 resposta)

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

10. NO ANO PASSADO, alguma vez você precisou pressionar seu dedo ao redor do ânus ou dentro dele para ajudar na eliminação das fezes? (Somente 1 resposta)

- 1. ☐ SIM
- 2. ☐ NÃO

11. NO ANO PASSADO, geralmente quanto tempo você precisou ficar no banheiro para evacuar?
(Somente 1 resposta)

- 1. ☐ menos de 5 minutos
- 2. ☐ de 5 a 10 minutos
- 3. ☐ mais de 10 até 30 minutos
- 4. ☐ mais de 30 minutos até 1 hora
- 5. ☐ mais de 1 hora

12. NO ANO PASSADO, além de sentado você precisou adotar outra posição para ajudar na evacuação?(Somente 1 resposta)

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

Caso sua resposta tenha sido SIM, que posição você **SEMPRE** usou? _____

13. NO ANO PASSADO, você sentiu que seu reto ou seu ânus estava obstruído dificultando a passagem das fezes? (Somente 1 resposta)

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

Jaqueline Betteloni Junqueira

14. NO ANO PASSADO, com que regularidade ou frequência você evacuou? (Somente 1 resposta)

1. ☐ tive constipação intestinal com frequência (mais de 25% das vezes)
2. ☐ às vezes tive constipação (menos de 25% das vezes)
3. ☐ tinha diarreia e constipação ,alternadamente
4. ☐ às vezes tive diarreia (menos de 25% das vezes)
5. ☐ tinha diarreia frequentemente (mais de 25% das vezes)
6. ☐ geralmente normal

15. NO ANO PASSADO, você já precisou correr ao banheiro devido à sua urgência para evacuar? (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)

**A seguir, gostaríamos de fazer algumas perguntas sobre alguma perda de fezes no passado.
(Favor não incluir alterações intestinais provenientes de doenças passageiras como gripe ou viroses)**

16. Você já teve algum problema com perda ou pequenos escapes de fezes (eventual ou devido à incapacidade de controlar a evacuação até chegar ao banheiro)? (Somente 1 resposta).

1. ☐ NÃO
2. ☐ SIM

Caso sua resposta seja SIM, responda as perguntas 17 à 29**Caso sua resposta seja NÃO, favor ir para a pergunta 30****17. NO ANO PASSADO**, você tomou alguma medicação para prevenir a perda de fezes (antidiarréicos caseiros, água morna com maisena, kaomagma, Lomotil, Imosec, Tiorfan, Carbonato de cálcio, etc.)? (Somente 1 resposta)

1. ☐ NÃO
2. ☐ SIM, às vezes (menos de 25% das vezes)
3. ☐ SIM, frequentemente (mais de 25% das vezes)
4. ☐ SIM, geralmente (mais de 75% das vezes).

Caso sua resposta seja SIM, o que você tomou? _____

18. 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

19. NO ANO PASSADO, alguma vez você teve 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)

20. Se você tivesse que usar um protetor íntimo para proteger sua roupa íntima da perda de fezes, quando você o usaria?

1. ☐ acordado
2. ☐ dormindo

Jaqueline Betteloni Junqueira

- 3. ☐ acordado e dormindo
- 4. ☐ não uso protetor

21. NO ANO PASSADO, quando a perda de fezes foi mais freqüente? (Somente 1 resposta)

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

22. NO ANO PASSADO, para você era importante ter sempre um banheiro por perto? (Somente 1 resposta)

- 1. ☐ SIM
- 2. ☐ NÃO

23. NO ANO PASSADO, quando a perda de fezes ocorreu elas eram fezes líquidas ou amolecidas? (Somente 1 resposta)

- 1. ☐ nunca
- 2. ☐ às vezes (menos de 25% das vezes em que ocorria a perda)
- 3. ☐ freqüentemente (mais de 25% das vezes em que ocorria a perda)
- 4. ☐ geralmente (mais de 75% das vezes em que ocorria a perda)

24. NO ANO PASSADO, quando a perda de fezes ocorreu elas eram fezes sólidas ou formadas? (Somente 1 resposta)

- 1. ☐ nunca
- 2. ☐ às vezes (menos de 25% das vezes em que a perda ocorria)
- 3. ☐ freqüentemente (mais de 25% das vezes em que a perda ocorria)
- 4. ☐ geralmente (mais de 75% das vezes em que a perda ocorria)

25. NO ANO PASSADO, quando as perdas de fezes “acidentais” ocorreram, qual foi 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

26. NO ANO PASSADO, você conseguia perceber quando a perda de fezes estava para acontecer? (Somente 1 resposta)

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

27. Quando ocorriam esses “acidentes” com a perda de fezes, você conseguia perceber quando a perda estava realmente acontecendo? (Somente 1 resposta)

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

28. NO ANO PASSADO, você teve 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. ☐ freqüentemente (mais de 25% das vezes)
- 4. ☐ geralmente (mais de 75% das vezes)

Jaqueline Betteloni Junqueira

29. NO ANO PASSADO, você ficou de cama por mais de um mês? (Somente 1 resposta)

1. ☐ SIM
2. ☐ NÃO

Caso tenha respondido SIM, por que? _____

Por quanto tempo? _____

Todos os respondentes devem retornar neste ponto.

30. Você já fez tratamento com radioterapia na parte inferior do abdômen ou da pélvis? (Somente 1 resposta)

1. ☐ SIM
2. ☐ NÃO

Para ajudar na interpretação dos resultados deste estudo, gostaríamos de perguntar sobre suas atividades, hábitos e trabalho. Tenha certeza de que todas as informações aqui contidas serão mantidas estritamente confidenciais.

31. Primeiro, marque um “X” indicando a **IMPORTÂNCIA** de cada uma das atividades pra você **durante o ANO PASSADO**. (Uma resposta por linha)

	Sem Importância (1)	Pouco Importante (2)	Importante (3)	Muito Importante (4)	Extremamente Importante (5)
Esportes/Recreação					
Trabalho em casa					
Social / Lazer					
Relações Familiares					
Viagens					
Vida sexual					
Trabalho (ocupação)					
Você é aposentado? () sim () não					

32. A seguir, marque um “X” indicando se algum problema com a sua função intestinal afetou a cada uma dessas atividades, **durante o ANO PASSADO**. (Não incluir as alterações provocadas por enfermidades temporárias como viroses, etc.) (Uma resposta por linha)

	Não tive problemas intestinais (1)	Tenho problemas intestinais mas pouco afetaram as atividades (2)	Pouco afetada (3)	Moderadamente afetada (4)	Extremamente afetada (5)
Esportes/Recreação					
Trabalho em casa					
Social / Lazer					
Relações Familiares					
Viagens					
Vida sexual					
Trabalho (ocupação)					

Jaqueline Betteloni Junqueira

33. A seguir, marque um “X” indicando se seus problemas com perda de fezes afetaram a cada uma destas atividades **durante o ANO PASSADO**. (Uma resposta por linha)

	Não tive problema com perda de fezes (1)	Não Afeta (2)	Pouco afetada (3)	Muito Afetada (4)	Extremamente Afetada (5)
Esportes/Recreação					
Trabalho em casa					
Social / Lazer					
Relações Familiares					
Viagens					
Vida sexual					
Trabalho (ocupação)					

Por favor, verifique se você respondeu cada uma das partes das questões 31,32 e 33 .

Outra parte importante deste estudo visa conhecer seus hábitos urinários, também no ano passado

34. NO ANO PASSADO, você teve gotejamento de urina ao longo do dia? (Somente 1 resposta)

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

35. NO ANO PASSADO, você teve algum “evento” em que houvesse o esvaziamento total da sua bexiga antes de você conseguir chegar ao banheiro? (Somente 1 resposta)

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

36. NO ANO PASSADO, você usou algum protetor íntimo para perda urinária? (Somente 1 resposta)

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

37. NO ANO PASSADO, você perdeu urina ao tossir ou espirrar? (Somente 1 resposta)

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

38. NO ANO PASSADO, você conseguia sentir vontade de urinar **antes** de acontecer a perda da urina? (Somente 1 resposta)

1. ☐ Eu nunca tive perda urinária durante o dia
2. ☐ nunca
3. ☐ às vezes (menos de 25% das vezes)
4. ☐ freqüentemente (mais de 25% das vezes)
5. ☐ geralmente (mais de 75% das vezes)

Jaqueline Betteloni Junqueira

Favor responder às seguintes perguntas com relação a outros sintomas urinários (Somente 1 resposta)

Frequência / Perguntas	De maneira nenhuma (0)	Menos de 1x em 5 vezes (1)	Menos da metade (2)	Metade das vezes (3)	Mais da metade das vezes (4)	Quase sempre (5)
39. Durante o mês passado, com que frequência você teve a sensação ter esvaziado completamente sua bexiga após ter urinado?						
40. No mês passado, com que frequência você teve que urinar novamente com menos de 2 horas da última micção?						
41. Durante o mês passado, com que frequência você teve vontade de urinar e teve que esperar pela micção?						
42. Durante o mês passado, com que frequência você achou difícil segurar a urina?						
43. Durante o mês passado, com que frequência você teve o jato de urina fraco?						
44. Durante o mês passado, com que frequência você teve que fazer força para começar a urinar?						
45. Durante o mês passado, quantas vezes você acordou à noite para urinar desde a hora em que você deitou até acordar pela manhã?	nenhuma	1 vez	2 vezes	3 vezes	4 vezes	5 ou mais vezes

O próximo grupo de perguntas são sobre problemas que você pode ter tido no ânus ou na região anal, **NO ANO PASSADO**.

46. Você já teve algum abscesso/infecção ao redor do ânus (por trás ou por onde saem as fezes)? (Somente 1 resposta)

1. ☐ SIM
2. ☐ NÃO

47. Você já teve alguma fístula (orifício perianal com drenagem de secreção ou pús) ao redor do ânus (por trás ou por onde saem as fezes)? (somente 1 resposta)

1. ☐ SIM
2. ☐ NÃO

48. Você já teve alguma fissura anal (ferida dolorosa no ânus – por trás ou por onde saem as fezes)? (Somente 1 resposta)

1. ☐ SIM
2. ☐ NÃO

49. Você já fez alguma cirurgia no reto ou no ânus (por trás ou por onde saem as fezes)? (Somente 1 resposta)

1. ☐ SIM
2. ☐ NÃO

Caso sua resposta seja sim, operou de que? _____
Quando? _____

50. Você teve algum trauma ou ferimento na área ao redor do reto ou do ânus (por trás ou por onde saem as fezes)? (Somente 1 resposta)

1. ☐ SIM
2. ☐ NÃO

A próxima questão é somente para homens. Caso seja mulher, favor ir para a questão 52

51. Você já teve problemas com impotência, ou seja, não tem ereção? (Somente 1 resposta)

1. ☐ SIM
2. ☐ NÃO

Jaqueline Betteloni Junqueira

52. NO ANO PASSADO, alguma vez você teve que pressionar dentro ou ao redor da vagina para ajudar na evacuação? (Somente 1 resposta)

1. ☐ SIM
2. ☐ NÃO

53. Você já teve algum parto/filho? (Somente 1 resposta)

1. ☐ SIM
2. ☐ NÃO

Caso sua resposta seja SIM, de quantos filhos? _____
de quantos por parto normal (vaginal)? _____
de quantos por cesárea? _____
de quantos por fórceps? _____

54. Você já teve alguma lesão ou laceração do ânus durante o parto que tenha sido necessário alguma correção cirúrgica? (Somente 1 resposta)

1. ☐ SIM
2. ☐ NÃO
3. ☐ Eu nunca dei à luz

Caso sua resposta seja SIM, que cirurgia foi feita? _____

55. Você já fez histerectomia (retirada do útero)? (Somente 1 resposta)

1. ☐ SIM
2. ☐ NÃO

Caso sua resposta seja SIM, quando? _____

56. Você já teve a saída do reto através da vagina (chamada retocele)? (Somente 1 resposta)

1. ☐ SIM
2. ☐ NÃO

Caso sua resposta seja SIM, quando? _____

57. Você já teve a saída do reto através do ânus (chamado prolapso retal)? (Somente 1 resposta)

1. ☐ SIM
2. ☐ NÃO

Caso sua resposta seja SIM, quando? _____

58. Você tem hemorroidas (protrusão de qualquer material úmido de dentro do ânus)? (Somente 1 resposta)

1. ☐ SIM
2. ☐ NÃO

Caso SIM, responda a questão 59

Caso NÃO, siga para questão 60

59. Você já teve que reduzir/empurrar as hemorroidas para dentro do ânus ou do reto? (Somente 1 resposta)

1. ☐ NÃO, a hemorróida voltou sozinha
2. ☐ SIM, eu empurro a hemorróida para dentro
3. ☐ NÃO, a hemorróida está sempre para fora e não dá para empurrar para dentro.

60. NO ANO PASSADO, quantas vezes você foi ao médico por qualquer motivo? (Somente 1 resposta)

1. ☐ nenhuma
2. ☐ de 1 a 2 vezes
3. ☐ de 3 a 5 vezes
4. ☐ de 6 a 10 vezes
5. ☐ mais de 10 vezes

Jaqueline Betteloni Junqueira

61. NO ANO PASSADO, quantas vezes você foi ao médico por problemas com seu intestino?

(Somente 1 resposta)

1. ☐ nenhuma
2. ☐ de 1 a 2 vezes
3. ☐ de 3 a 5 vezes
4. ☐ de 6 a 10 vezes
5. ☐ mais de 10 vezes

62. NO ANO PASSADO, quantas vezes você foi ao médico por problemas com perda de fezes? (somente 1 resposta)

1. ☐ nenhuma
2. ☐ de 1 a 2 vezes
3. ☐ de 3 a 5 vezes
4. ☐ de 6 a 10 vezes
5. ☐ mais de 10 vezes

63. NO ANO PASSADO, quantas vezes você foi ao médico por problemas urinários? (homens devem incluir problemas na próstata) (Somente 1 resposta)

1. ☐ nenhuma
2. ☐ de 1 a 2 vezes
3. ☐ de 3 a 5 vezes
4. ☐ de 6 a 10 vezes
5. ☐ mais de 10 vezes

64. Você tem diabetes mellitus (açúcar no sangue)? (Somente 1 resposta)

1. ☐ SIM
2. ☐ NÃO

65. Você tem alguma doença ou distúrbio do sistema nervoso? (Somente 1 resposta)

1. ☐ SIM
2. ☐ NÃO

Em caso positivo, que doença? _____

66. Você já teve alguma lesão na sua coluna espinhal (no nervo dentro da espinha)? (Somente 1 resposta)

1. ☐ SIM
2. ☐ NÃO

Em caso positivo, favor explicar _____

67. Você já teve derrame? (Somente 1 resposta)

1. ☐ SIM
2. ☐ NÃO

68. DURANTE O ANO PASSADO, como você avaliaria a sua saúde? (Somente 1 resposta)

1. ☐ Extraordinária
2. ☐ Excelente
3. ☐ Muito boa
4. ☐ Boa
5. ☐ Razoável
6. ☐ Ruim
7. ☐ Muito ruim
8. ☐ Péssima
9. ☐ Não poderia ter sido pior

Jaqueline Betteloni Junqueira

FINALMENTE, POR FAVOR COMPLETE A LISTA DE SINTOMAS A SEGUIR

IMPORTANTE: Indique com que frequência cada sintoma ou doença abaixo ocorreram e o quanto eles lhe incomodaram no ano passado. (Escreva um número de 0 a 4 para **TODAS** as 17 questões abaixo em ambas as colunas)

FREQUÊNCIA

- 0 não é um problema
 1 ocorre 1 vez por mês
 2 ocorre 1 vez por semana
 3 ocorre várias vezes por semana
 4 ocorre diariamente

NÍVEL DE INCOMODO

- 0 não é um problema
 1 incomoda pouco quando ocorre
 2 incomoda moderadamente
 3 incomoda bastante quando ocorre
 4 incomoda demasiadamente quando ocorre

	Frequência (0-4)	Incomodo (0-4)
(1) dor de cabeça		
(2) dor nas costas		
(3) úlcera gástrica ou duodenal		
(4) dor de estômago		
(5) asma		
(6) colo espástico (intestino irritado)		
(7) insônia (dificuldade em dormir)		
(8) pressão arterial alta		
(9) cansaço		
(10) depressão		
(11) náusea		
(12) rigidez geral		
(13) palpitação		
(14) dor nos olhos associada à leitura		
(15) diarreia / constipação		
(16) tontura		
(17) fraqueza		

ANEXO E**HÁBITO INTESTINAL DA POPULAÇÃO GERAL- CONSTIPAÇÃO INTESTINAL (ADAPTADO)****ATENÇÃO: PARA OS PACIENTES RECÉM CONSTIPADOS, FAZER AS PERGUNTAS SE BASEANDO NOS ÚLTIMOS SETE DIAS**

1. Com que frequência você está evacuando?

- 1.() 1 vez ou menos por mês
- 2.() de 2 a 3 vezes por mês
- 3.() 1 vez por semana
- 4.() 2 vezes por semana
- 5.() 1 vez por dia
- 6.() 2 vezes por dia
- 7.() 3 vezes por dia
- 8.() mais de 3 vezes por dia

2. Qual foi o maior número de dias consecutivos que você ficou sem evacuar?

- 1.() 2 dias ou menos
- 2.() mais de 2 a 4 dias
- 3.() mais de 4 dias a 1 semana
- 4.() mais de 1 a 2 semanas
- 5.() mais de 2 semanas

3. Você está tomando alguma coisa para poder evacuar (tal como: laxantes, enemas ou supositórios, mas não incluindo dieta rica em fibras)? **CHECAR A PRESCRIÇÃO MÉDICA**

- 1.() não
- 2.() sim, às vezes (menos de 25% das vezes)
- 3.() sim, frequentemente (mais de 25% das vezes)
- 4.() sim, geralmente (mais do que 75% das vezes)

Caso sua resposta seja SIM, o que você tomou? _____

4. Você tem feito muita força para tentar evacuar (por mais de 1 ou 2 minutos)? (Basear-se nos últimos 7 dias)

- 1.() não
- 2.() sim, às vezes (menos que 25% das vezes)
- 3.() sim, frequentemente (mais que 25% das vezes)
- 4.() sim, geralmente (mais que 75% das vezes)

5. Como você classificaria o seu esforço para evacuar?

- 1.() eu nunca tive que fazer esforço para evacuar
- 2.() muito pouco
- 3.() pouco
- 4.() moderado
- 5.() intenso
- 6.() muito intenso

6. Há quanto tempo você vem fazendo força ou se esforçando para evacuar?

- 1.() eu nunca me esforço para evacuar
- 2.() desde a internação
- 3.() menos de 1 ano
- 4.() de 1 a 2 anos
- 5.() mais de 2 a 5 anos

Jaqueline Betteloni Junqueira

- 6.() mais de 5 a 10 anos
7.() mais de 10 anos

7. Quantas vezes suas fezes se apresentaram soltas ou de consistência aquosa? (Basear-se nos últimos 7 dias)

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

8. Quantas vezes suas fezes se apresentaram endurecidas? (Basear-se nos últimos 7 dias)

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

9. Após evacuar, você sentiu que ainda havia fezes para serem eliminadas? (Basear-se nos últimos 7 dias)

- 1.() nunca
2.() sim, às vezes (menos de 25% das vezes)
3.() sim, freqüentemente (mais de 25% das vezes)
4.() sim, geralmente (mais de 75% das vezes)

10. Alguma vez você precisou pressionar seu dedo ao redor do ânus ou dentro dele para ajudar na eliminação das fezes? (Basear-se nos últimos 7 dias)

- 1.() sim
2.() não

11. Geralmente quanto tempo você precisa ficar no banheiro para evacuar? (Basear-se nos últimos 7 dias)

- 1.() menos de 5 minutos
2.() de 5 a 10 minutos
3.() mais de 10 até 30 minutos
4.() mais de 30 minutos até 1 hora
5.() mais de 1 hora

12. Além de sentado você precisa adotar outra posição para ajudar na evacuação? (Basear-se nos últimos 7 dias)

- 1.() nunca
2.() sim, às vezes
3.() sim, freqüentemente (mais de 25% das vezes)
4.() sim, geralmente (mais de 75% das vezes)

Caso sua resposta tenha sido SIM, que posição você SEMPRE usou? _____

13. Você sentiu que seu reto ou seu ânus estava obstruído dificultando a passagem das fezes? (Basear-se nos últimos 7 dias)

- 1.() nunca
2.() sim, às vezes (menos de 25% das vezes)
3.() sim, freqüentemente (mais de 25% das vezes)
4.() sim, geralmente (mais de 75% das vezes)

14. Com que regularidade ou frequência você evacua?

- 1.() tive constipação intestinal com frequência (mais de 25% das vezes)
2.() às vezes tive constipação (menos de 25% das vezes)
3.() tinha diarreia e constipação, alternadamente
4.() às vezes tive diarreia (menos de 25% das vezes)
5.() tinha diarreia freqüentemente (mais de 25% das vezes)
6.() geralmente normal

Jaqueline Betteloni Junqueira

7.() fiquei constipado após a internação

15.Você acha que está constipado?

1.() sim

2.() não

16. Quantas vezes você foi ao médico por problemas com constipação?

1.() nenhuma

2.() de 1 a 2 vezes

3.() de 3 a 5 vezes

4.() de 6 a 10 vezes

5.() mais de 10 vezes

Jaqueline Betteloni Junqueira

ANEXO F

HÁBITO INTESTINAL DA POPULAÇÃO GERAL- INCONTINÊNCIA ANAL (ADAPTADO)

1. Você toma alguma medicação para prevenir a perda de fezes (antidiarréicos caseiros, água morna com maisena, kaomagma, Lomotil, Imosec, Tiorfan, Carbonato de cálcio, etc.)?

- 1.() não
- 2.() sim, às vezes (menos de 25% das vezes)
- 3.() sim, freqüentemente (mais de 25% das vezes)
- 4.() sim, geralmente (mais de 75% das vezes).

Caso sua resposta seja SIM, o que você tomou? _____

2. Você consegue lembrar-se da primeira vez que aconteceu este problema com perda de fezes?

- 1.() após a internação
- 2.() nos últimos 6 meses
- 3.() de 7 meses a 1 ano atrás
- 4.() mais de 1 a 2 anos atrás
- 5.() mais de 2 a 5 anos atrás
- 6.() mais de 5 a 10 anos atrás
- 7.() mais de 10 a 20 anos atrás
- 8.() mais de 20 anos atrás

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

- 1.() acordado
- 2.() dormindo
- 3.() acordado e dormindo
- 4.() não uso protetor

4. Quando a perda de fezes é mais freqüente?

- 1.() acordado
- 2.() dormindo
- 3.() tanto acordado quanto dormindo

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

- 1.() sim
- 2.() não

6. Quando a perda de fezes ocorre, elas são fezes líquidas ou amolecidas?

- 1.() nunca
- 2.() às vezes (menos de 25% das vezes em que ocorria a perda)
- 3.() freqüentemente (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?

- 1.() nunca
- 2.() às vezes (menos de 25% das vezes em que a perda ocorria)
- 3.() freqüentemente (mais de 25% das vezes em que a perda ocorria)
- 4.() geralmente (mais de 75% das vezes em que a perda ocorria)

8. Quando as perdas de fezes “acidentais” ocorrem, qual é a quantidade de fezes eliminada?

- 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)

Jaqueline Betteloni Junqueira

- 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?

- 1.() nunca
- 2.() sim, às vezes (menos de 25% das vezes)
- 3.() sim, freqüentemente (mais de 25% das vezes)
- 4.() sim, 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?

- 1.() nunca
- 2.() sim, às vezes (menos de 25% das vezes)
- 3.() sim, freqüentemente (mais de 25% das vezes)
- 4.() sim, 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?

- 1.() nunca
- 2.() sim, às vezes (menos de 25% das vezes)
- 3.() sim, freqüentemente (mais de 25% das vezes)
- 4.() sim, geralmente (mais de 75% das vezes)

12. Quantas vezes você foi ao médico por problemas com perda de fezes ou flatos?

- 1.() nenhuma
- 2.() de 1 a 2 vezes
- 3.() de 3 a 5 vezes
- 4.() de 6 a 10 vezes
- 5.() mais de 10 vezes

Jaqueline Betteloni Junqueira

ANEXO G**CLASSIFICAÇÃO DAS OCUPAÇÕES SEGUNDO ADAPTAÇÃO DE FONSECA E SALUM (1997, 2000)**

1. DIREÇÃO E PLANEJAMENTO	2.2. Semi-qualificado na execução
1.1. Planejamento e Organização	Enfermeiros não diplomados
Farmacêuticos, químicos	Jogadores de futebol e outros atletas
Arquitetos, engenheiros	Inspetores fiscais, guardas sanitários
Médicos	Representantes, praticistas e viajantes comerciais
Dentistas	Corretores de títulos de valores, de seguros, de bolsa de valores e de imóveis
Estatísticos	Promotor de vendas e propagandistas
Programadores de computadores	Vendedores
Economistas	Cozinheiros
Contadores e auditores contábeis	Cabeleireiro, manicure, barbeiro, esteticista, maquiador
Fiscais e técnicos de arrecadação e tributação, advogados e defensores públicos	Vigias particulares, guardas de presídios, carcereiros
Professores de ensino superior, professores pesquisadores	Tecelões, tricoteiros, tapeceiros
Diretores de escola, professores de ensino não especificado, técnicos de ensino, inspetores de alunos, orientadores de ensino	Pasteleiro, confeitiro, padeiro
Arquivologistas, bibliotecários, museólogos, ocupações técnicas e científicas não especificadas	Costureiro, alfaiates, bordadeira, cerzadeiras, sapateiros
Antropólogos, geógrafos, arqueólogos, sociólogos, demógrafos	Marceneiro, ferreiro, serralheiro
Chefes e encarregados de seção de serviços administrativos de empresas	Furadores, frisadores, retificadores, torneiros mecânicos
Chefes e encarregados de sessão na produção industrial	Estampadores mecânicos, operadores d prensa mecânica de metais
	Mecânicos sem especificação
1.2. Empresários, direção e gerência	Montadores de equipamentos elétricos
Diretores e produtores de espetáculos	Eletricistas de instalações, reparadores de equipamentos elétricos
Empresários do comércio	Operadores de equipamento de som e cenografia e outros operadores não especificados
Administradores e gerentes da indústria de transformação	Soldadores
Administradores do setor bancário e financeiro	Lanterneiros de veículos e funileiros
Outros administradores e gerentes não classificados	Rebitadores e montadores de estruturas metálicas
	Borracheiros, vulcanizadores e recauchutadores
2. EXECUÇÃO	
2.1 Não qualificado na execução	Impressores e outras ocupações da indústria gráfica
Carteiros	Pedreiros
Frentistas, repositores de mercadorias	Caldeireiros, operadores de máquinas (exclusive de agropecuária e construção, operadores de tratamento e bombeamento)
Baleiro, sorveteiros, doceiros, comerciantes ambulantes, bilheteiro, leiteiro, feirante, peixeiro, quitandeiro	Motoristas, operadores de máquinas de construção civil
Copeiros, garçons, atendentes de bares e lanchonetes	2.3. Qualificados na execução
Camareiros, empregados domésticos	Técnicos em estatística, em análise de dados, de contabilidade e pesquisadores de mercado
Operadores de máquina de marcenaria	Técnicos de agropecuária, eletrônica, eletrotécnica, mecânica, enfermagem, análises clínicas
Operadores de máquina na indústria de artefatos de borracha e plástico	Técnicos de estrada, de saneamento, edificações, de agrimensura, ocupações auxiliares de engenharia e de arquitetura, desenhistas
Pintores e caiadores	Técnicos químicos
Vidraceiros	Ortopistas e óticos
2.3. Qualificados na execução	3.2. Serviços de escritório
Professores de ensino fundamental	Secretárias
Instrutores e professores de formação profissional	
Artistas plásticos, escultores, pintores, artesãos	Pagadores, caixas, auxiliares de contabilidade e contas a pagar
Operadores de câmeras e fotógrafos	

Jaqueline Betteloni Junqueira

Ferramenteiros	3.3. Não Operacional/apoio
Montadores na indústria metalúrgica	Oficiais forças armadas, bombeiros, guardas metropolitanos e civis
Mecânicos de veículos automotores	Telegrafista, radiotelegrafista, telefonista
Ajustadores e montadores mecânicos, lubrificadores	Despachante de cargas, ônibus e trens, armazenistas, conferentes de materiais, almoxarifes, estoquistas
Encanadores	Apontador, auxiliares de escritórios e administrativos, escriturários
	Instaladores e reparadores de equipamentos e aparelhos de telecomunicação
3.1. Serviços gerais	Operadores de empilhadoras
Recepcionistas	Condutores e chefes de trem, maquinistas de trem
Porteiros, zeladores, ascensoristas	
Faxineiros, serventes, lixeiros	4. MAL DEFINIDAS
Guardadores de automóveis	Outras ocupações da indústria de transformação
	Outras ocupações ou ocupações mal definidas

Jaqueline Betteloni Junqueira

ANEXO H

ESCOLA DE ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE DE SÃO
PAULO - EEUSP

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Incontinências Urinária e Anal e Constipação Intestinal em pacientes hospitalizados: prevalência e fatores associados.

Pesquisador: Jaqueline Betteloni

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 51278715.0.0000.5392

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo - EEUSP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.400.116

Apresentação do Projeto:

Projeto de mestrado vinculado ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem na Saúde do Adulto da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. Estudo transversal a ser realizado com pacientes adultos internados nas unidades de Clínica Médica, Clínica Cirúrgica, UTI adulto e Alojamento Conjunto do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo (HU-USP). O estudo trata da incontinência urinária e anal e constipação intestinal em pacientes internados em ambiente hospitalar. Serão utilizados cinco instrumentos: um deles comum a todos destinado a dados sociodemográficos e clínicos e quatro específicos para cada condição (International Consultation on Incontinence Questionnaire - Short Form (ICIQ-SF); Características das Perdas Urinárias; Índice de Incontinência Anal – IIA; Hábito Intestinal na População Geral). A análise dos dados será realizada por meio de estatísticas descritiva e inferencial.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo geral

Analisar a prevalência das Incontinências Urinária e Anal, de forma isolada e combinada, e da Constipação Intestinal e as variáveis sociodemográficas e clínicas associadas às suas ocorrências em pacientes hospitalizados.

Objetivos específicos

Endereço: Av. Dr Enéas de Carvalho Aguiar, 419

Bairro: Cerqueira Cesar

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)3061-8858

CEP: 05.403-000

E-mail: cepee@usp.br

Jaqueline Betteloni Junqueira

ESCOLA DE ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE DE SÃO
PAULO - EEUSP

Continuação do Parecer: 1.400.116

- Identificar as características sociodemográficas e clínicas dos pacientes hospitalizados;
- Comparar os coeficientes de prevalência de Incontinências Urinária e Anal e Constipação Intestinal prévias a internação hospitalar e os coeficientes de prevalência das Incontinências Urinária e Anal e Constipação Intestinal apresentadas durante a internação;
- Caracterizar as condições das Incontinências Urinária e Anal, isolada e combinada, e da Constipação Intestinal de acordo com a frequência, a intensidade e a gravidade.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Risco – constrangimento durante o exame físico e a entrevista. Nessas condições o paciente pode se recusar a ser examinado, bem como responder as questões.

Benefícios: - menciona que não há benefícios diretos para o participante; como benefício indireto a pesquisa possibilitará conhecer e analisar a epidemiologia das incontinências urinária e anal e da constipação intestinal em pacientes internados, visando a prevenção destas condições, a promoção de ações educativas, de tratamento e cuidados especiais aos portadores

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa aborda tema relevante com benefício esperado para a área de conhecimento. Apresenta fundamentação teórica pertinente, justificativa apropriada, objetivos claramente definidos e metodologia adequada para o propósito do estudo.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O TCLE foi reformulado conforme solicitado.

No projeto foram esclarecidas a condição de informante familiar ou cuidador como respondente autorizado e o significado condições cognitivas para responder às questões.

Na Plataforma Brasil foi atualizado o cronograma e descrito os riscos e benefícios.

Recomendações:

Sem recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

As pendências foram atendidas adequadamente e o projeto pode ser aprovado.

Considerações Finais a critério do CEP:

- Este CEP informa a necessidade de registro dos resultados parciais e finais na Plataforma Brasil;
- Esta aprovação não substitui a autorização da instituição coparticipante, antes do início da coleta

Endereço: Av. Dr Enéas de Carvalho Aguiar, 419

Bairro: Cerqueira Cesar

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)3061-8858

CEP: 05.403-000

E-mail: cepee@usp.br

Jaqueline Betteloni Junqueira

ESCOLA DE ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE DE SÃO
PAULO - EEUSP

Continuação do Parecer: 1.400.116

de dados.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_631127.pdf	07/01/2016 04:02:07		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEmodificado.docx	06/01/2016 15:29:23	Jaqueline Betteloni	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetodePesquisa_modificado.docx	06/01/2016 15:26:54	Jaqueline Betteloni	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	24/11/2015 20:08:54	Jaqueline Betteloni	Aceito
Outros	InstrumentosdeColeta.docx	24/11/2015 16:36:31	Jaqueline Betteloni	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetodePesquisa.docx	24/11/2015 16:19:27	Jaqueline Betteloni	Aceito
Outros	CadastroProtocoloHU.PDF	24/11/2015 15:16:06	Jaqueline Betteloni	Aceito
Outros	CartaAnuenciaAreaHU.PDF	24/11/2015 15:15:18	Jaqueline Betteloni	Aceito
Outros	CartaAnuenciaCamaraHU.PDF	24/11/2015 15:12:27	Jaqueline Betteloni	Aceito
Outros	DeclaracaoBeneficiosHU.PDF	24/11/2015 15:11:50	Jaqueline Betteloni	Aceito
Orçamento	OrcamentoHU.PDF	24/11/2015 15:10:07	Jaqueline Betteloni	Aceito
Declaração de Pesquisadores	DeclaracaoCompromissoHU.PDF	24/11/2015 15:09:47	Jaqueline Betteloni	Aceito
Cronograma	CronogramaHU.PDF	24/11/2015 15:09:32	Jaqueline Betteloni	Aceito
Folha de Rosto	FolhaRosto.PDF	24/11/2015 15:08:56	Jaqueline Betteloni	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Endereço: Av. Dr Enéas de Carvalho Aguiar, 419

Bairro: Cerqueira Cesar

UF: SP

Município: SÃO PAULO

CEP: 05.403-000

Telefone: (11)3061-8858

E-mail: cepee@usp.br

Jaqueline Betteloni Junqueira

ESCOLA DE ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE DE SÃO
PAULO - EEUSP

Continuação do Parecer: 1.400.116

Não

SAO PAULO, 01 de Fevereiro de 2016

Assinado por:
Lisabelle Mariano Rossato
(Coordenador)

Endereço: Av. Dr Enéas de Carvalho Aguiar, 419

Bairro: Cerqueira Cesar

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)3061-8858

CEP: 05.403-000

E-mail: cepee@usp.br

Jaqueline Betteloni Junqueira

ANEXO I

São Paulo, 24 de fevereiro de 2016.

Il^{mo}(a). S^{ra}(a).

Jaqueline Betteloni
Escola de Enfermagem
UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

REFERENTE: **Projeto de Pesquisa** "Incontinência urinária e anal e constipação intestinal em pacientes hospitalizados: prevalência e fatores associados"

Pesquisador(a) responsável: Jaqueline Betteloni

Orientadora: Profa. Dra. Vera Lúcia Conceição de Gouveia Santos

CAAE: 51278715.0.3001.0076

Registro CEP-HU/USP: 1523/16

Prezado(a) Senhor(a)

O Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo, em reunião ordinária realizada no dia 19 de fevereiro de 2016 analisou o Projeto de Pesquisa acima citado, considerando-o como **APROVADO**, bem como o seu **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**.

Lembramos que cabe ao pesquisador elaborar e apresentar a este Comitê, relatórios parciais e final, de acordo com a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, inciso XI.2, letra "d".

O primeiro relatório está previsto para 19 de agosto de 2016.

Atenciosamente,

Dr. Mauricio Seckler
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa
Hospital Universitário da USP