UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
Escola de Enfermagem

RITA DE CÁSSIA DOMANSKY

**AVALIAÇÃO DO HÁBITO INTESTINAL E FATORES DE RISCO
PARA INCONTINÊNCIA ANAL NA POPULAÇÃO GERAL**

SÃO PAULO
2009

RITA DE CÁSSIA DOMANSKY

**AVALIAÇÃO DO HÁBITO INTESTINAL E FATORES DE RISCO
PARA INCONTINENCIA ANAL NA POPULAÇÃO GERAL**

Tese apresentada à Escola de Enfermagem da
Universidade São Paulo, para a obtenção do título
de Doutor em Enfermagem.

Programa de Pós-Graduação em Enfermagem na
Saúde do Adulto – PROESA

Orientadora:

Prof^a Dr^a Vera Lúcia Conceição de Gouveia
Santos

SÃO PAULO

2009

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.

CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO
ELABORADA PELA BIBLIOTECÁRIA MARIA INÊS DE CAMARGO

Domansky, Rita de Cássia
Avaliação do hábito intestinal e fatores de risco para
incontinência anal na população geral / Rita de Cássia
Domansky. São Paulo, 2009.

125 fl.

Tese (Doutorado) Enfermagem. Escola de Enfermagem
Universidade de São Paulo.

1. Hábito intestinal. 2. Função intestinal. 3. Fatores de risco.
4. Incontinência anal. 5. Epidemiologia. 6. Estomaterapia.
7. Enfermagem.

FOLHA DE APROVAÇÃO

Nome: Rita de Cássia Domansky

Título: Avaliação do Hábito Intestinal e Fatores de Risco Incontinência Anal na População Geral

Tese apresentada à Escola de Enfermagem da Universidade São Paulo, para a obtenção do título de Doutor em Enfermagem.

Programa de Pós-Graduação em Enfermagem na Saúde do Adulto – PROESA

Orientadora: Profª Drª Vera Lúcia C. de Gouveia Santos

Banca Examinadora

Prof. Dr. Virgínio Cândido Tosta de Sousa

Professor Titular do Departamento de Cirurgia

Universidade do Vale do Sapucaí – UNIVÁS

Profª Drª Ana Maria Kazue Miyadahira

Professor Titular do Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgico

Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo – EEUSP

Prof. Dr. José Márcio Neves Jorge

Livre Docente do Departamento de Coloproctologia/ Disciplina de Cirurgia do
Aparelho Digestivo

Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo – FMUSP

Prof. Dr. Pedro de Paula

Professor Titular do Departamento de Cirurgia

Universidade de Taubaté – UNITAU

São Paulo, 30 de janeiro de 2009.

DEDICATÓRIA

Aos meus pais, Casemiro e Teresinha,

Não sei... Se a vida é curta
Ou longa demais pra nós,
Mas sei que nada do que vivemos
Tem sentido, se não tocamos o coração das pessoas.

Muitas vezes basta ser:
Colo que acolhe,
Braço que envolve,
Palavra que conforta,
Silêncio que respeita,
Alegria que contagia,
Lágrima que corre,
Olhar que acaricia,
Desejo que sacia,
Amor que promove.

E isso não é coisa de outro mundo,
É o que dá sentido à vida.
É o que faz com que ela
Não seja nem curta,
Nem longa demais,
Mas que seja intensa,
Verdadeira, pura... Enquanto durar.

- Cora Coralina -

Agradecimento Especial

À Prof^a Dr^a Vera Lúcia Conceição de Gouveia Santos,

Não precisa ser homem, basta ser humano, ter sentimentos.
Não é preciso que seja de primeira mão, nem imprescindível, que seja de
segunda mão.

Não é preciso que seja puro, ou todo impuro, mas não deve ser vulgar.

Pode já ter sido enganado (todos os amigos são enganados).

Deve sentir pena das pessoas tristes e compreender o imenso vazio dos
solitários.

Deve gostar de crianças e lastimar aquelas que não puderam nascer.

Deve amar o próximo e respeitar a dor que todos levam consigo.

Tem que gostar de poesia, dos pássaros, do por do sol e do canto dos
ventos.

E seu principal objetivo de ser o de ser amigo.

Precisa-se de um amigo que faça a vida valer a pena, não porque a vida é
bela, mas por já se ter um amigo.

Precisa-se de um amigo que nos bata no ombro, sorrindo ou chorando, mas
que nos chame de amigo.

Precisa-se de um amigo para ter-se a consciência de que ainda se vive.

- Carlos Drummond de Andrade -

Agradecimentos

A *DEUS*, obrigada pelo dom e beleza da vida. "Como não ter Deus?! Com Deus existindo, tudo dá esperança: sempre um milagre é possível, o mundo se resolve. Mas, se não tem Deus, há-de a gente perdidos no vaim-vem, e a vida é burra. É o aberto perigo das grandes e pequenas horas, não se podendo facilitar, é todos contra os acasos. Tendo Deus, é menos grave se descuidar um pouquinho, pois no fim dá certo."
- Guimarães Rosa -

Às minhas irmãs Lhana e Simone, pelas horas dedicadas a me ajudar a conquistar mais esta vitória, aceitando minha ausência, sorrindo pelas minhas conquistas, me amando como sou, e tendo fé na minha capacidade de vencer obstáculos.

Aos meus familiares que sempre estiveram ao meu lado, mesmo que distantes orgulhosos de meus êxitos.

Ao Profº Dr. Carlos Walter Sobrado Junior, Profº Dr. Marcos Barros, Profº Dr. José Márcio Neves Jorge e Profº Dr. Pedro Roberto de Paula, pois ... "Feliz aquele que transfere o que sabe e aprende o que ensina."
- Cora Coralina -

À "família" da Divisão de Assistência à Saúde da Comunidade - DASC - pela compreensão, carinho e apoio fundamentais a esta conquista.

À "família" da Pontifícia Universidade Católica do Paraná - PUCPR - pela compreensão, respeito e apoio indispensáveis

Ao Departamento de Estatística da Universidade Estadual de Londrina.

Aos graduandos de enfermagem: Angélica, Ângela, Bruna, Douglas, Gislene Kelly, Léo, Lilian, Robson, Silmara e Thiago, pois sem a ajuda de vocês na coleta de dados, seria impossível a concretização deste trabalho.

Às minha amigas que sempre estiveram presentes, mesmo na minha ausência, num silencioso apoio.

Às "Meninas" das secretarias de Pós-Graduação, Cultura e Extensão e Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica pela atenção, carinho e respeito com os quais me trataram durante todo o percurso para conclusão deste trabalho.

À Maria Inês de Camargo, pela gentileza e humildade de se fazer presente sempre que precisei de sua ajuda para atender minhas dúvidas.

Às pessoas que gentilmente acolheram os graduandos para a coleta de dados.

À Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo - FAPESP, pelo auxílio financeiro concedidos à esta pesquisa.

Cada pessoa que passa em nossa vida,

passa sozinha, é porque cada pessoa é única e nenhuma substitui a outra!

Cada pessoa que passa em nossa vida passa sozinha e não nos deixa

só porque deixa um pouco de si e

leva um pouquinho de nós.

Essa é a mais bela responsabilidade da vida e a prova de que as pessoas não

se encontram por acaso.

- Charles Chaplin -

Que o outro saiba quando estou com medo, e me tome nos braços
sem fazer perguntas demais.

Que o outro note quando preciso de silêncio e não vá embora
batendo a porta, mas entenda que não o amarei menos porque estou
quieta.

Que o outro aceite que me preocupo com ele e não se irrite com
minha solicitude, e se ela for excessiva saiba me dizer isso com
delicadeza ou bom humor.

Que o outro perceba minha fragilidade e não ria de mim, nem se
aproveite disso.

Que se eu faço uma bobagem o outro goste um pouco mais de mim,
porque também preciso poder fazer tolices tantas vezes.

Que se estou apenas cansada o outro não pense logo que estou
nervosa, ou doente, ou agressiva, nem diga que reclamo demais.

Que o outro sinta quanto me dói a idéia da perda, e ouse ficar
comigo um pouco - em lugar de voltar logo à sua vida.

Que se estou numa fase ruim o outro seja meu cúmplice, mas sem
fazer alarde nem dizendo "Olha que estou tendo muita paciência
com você!"

Que quando sem querer eu digo uma coisa bem inadequada diante de
mais pessoas, o outro não me exponha nem me ridicularize.

Que se eventualmente perco a paciência, perco a graça e perco a
compostura, o outro ainda assim me ache linda e me admire.

Que o outro não me considere sempre disponível, sempre
necessariamente compreensiva, mas me aceite quando não estou
podendo ser nada disso.

Que, finalmente, o outro entenda que mesmo se às vezes me
esforço, não sou, nem devo ser a mulher-maravilha, mas apenas uma
pessoa: vulnerável e forte, incapaz e gloriosa, assustada e audaciosa
- UMA MULHER.

- Lya Luft -

Domansky RC. Avaliação do hábito intestinal e fatores de risco para incontinência anal na população geral [tese]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2008.

RESUMO

Este estudo teve por objetivo avaliar o hábito intestinal e os fatores de risco para incontinência anal (IA) em adultos da população geral, residentes na área urbana da cidade de Londrina - Pr. Estudo epidemiológico de base populacional, de corte transversal, realizado após a aprovação do Comitê de Ética da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. Dois mil cento e sessenta e dois indivíduos, com idade igual ou superior a 18 anos, condições físicas e mentais adequadas e que aceitaram a participar do estudo, compuseram a amostra, estabelecida a partir de amostragem estratificada por conglomerado, constituídos pelas ruas sorteadas aleatoriamente dentro dos 390 setores censitários do município. Todos os residentes nos domicílios das ruas sorteadas, que atenderam aos critérios de inclusão foram entrevistados utilizando-se dois instrumentos: Dados demográficos e o *Hábito intestinal na comunidade* (adaptado e validado para a língua portuguesa por Domansky e Santos, 2007). Os dados foram submetidos aos testes de Qui-Quadrado e Exato de Fischer. O predomínio foi do sexo feminino (1203 / 56%); média etária de 40,6±16,4; brancos (1591/74%); união estável (1290 / 60%); 9 a 12 anos de estudo (784/ 36%); 37% pessoas sem ocupação definida; 44% tinham remuneração entre 2 e 3,9 SM; 38% com renda per capita entre 0,6 a 1 salário mínimo. *Para o padrão intestinal normal* (1.875/87%; p<,0001), predominância de uma evacuação por dia (1.133/52%; p<0,0001), entre as mulheres (968/52%; p<0,0001); os brancos (1591/85%; p<0,0001), ausência de esforço evacuatório (1956/90%), exonerações de fezes macias (1379/64%), esvaziamento retal completo (1938/90%). *Padrão intestinal constipado* (261/12,1%), entre mulheres (219/84%), esforço evacuatório (99/41,8%), fezes endurecidas (176/67%); esvaziamento retal incompleto (99/38%).

Padrão intestinal diarréico (26/1,2%), sem esforço evacuatório (26/100%) fezes líquidas e amolecidas (5/19%), esvaziamento retal completo (16/61%). A prevalência das *doenças anorretais*, foi de 53 (2%) abscessos, 22 (1%) fístulas, 81 (3%) fissuras, 20(1%) prolapsos retais, 30 (1%) traumas anais; 229 (11%) doença hemorroidária, 58 (3%) cirurgias anorretais, para todas o predomínio foi feminino. *O histórico de parto e ginecológico*: 886 (74%) tiveram partos, 709 (73%) com padrão intestinal normal; 432 (49%) entre 31 e 50 anos; 168 (14%) tiveram um parto normal; destas 33 (3%) tiveram laceração anal pós-parto que necessitou de intervenção cirúrgica; porém mantiveram o padrão intestinal normal (25/75%); 109 (9%) fizeram histerectomia (109 /9%), 90 (90%) padrão intestinal normal e menos de um por cento tiveram retocele e quatro (50%) eram constipadas. *Os fatores de risco para incontinência anal*: 35 (2%) radioterapia pélvica, 133 (6%) diabetes mellitus, 330 (15%) doenças ou distúrbios do sistema nervoso, 291 (13%) lesão na coluna espinhal e 29 (1%) relataram o acidente vascular encefálico (AVE), para todos os fatores houve predomínio do padrão intestinal normal, predomínio feminino para distúrbios do sistema nervoso e AVE. Este estudo permitiu conhecer o hábito intestinal da população geral de uma cidade no norte do Paraná, os fatores de risco para IA que estão expostos, cooperando para a elucidação do tema entre a população, ampliando os conhecimentos daqueles que atuam na área, e colaborando para o desenvolvimento de programas de prevenção ou diagnóstico precoce das doenças intestinais.

Descritores: hábito intestinal; função intestinal; fatores de risco; incontinência anal; epidemiologia; estomaterapia; enfermagem.

Domansky RC. Bowel habits evaluation and anal incontinence risk factors in the general population [thesis]. São Paulo (SP): Nursing School, University of São Paulo; 2008.

Abstract

The objective of this study was to evaluate the bowel habits and anal incontinence (AI) risk factors in adults living in the urban area of Londrina, PR, Brazil. This population-based, transversal epidemiological study was carried out after being approved by the University of São Paulo Nursing School Ethics Committee. Population sample established from a stratified sampling procedure by a conglomerate constituted of streets taken randomly from 390 county census sectors, included 2162 individuals, 18 years old and over, in adequate physical and mental conditions, who accepted to participate in the study. All residents in the selected streets who met the inclusion criteria established by the study were interviewed, using two instruments: Demographic data and the *Bowel function in the community* (adapted and validated for the Portuguese language by Domansky and Santos, 2007). Data were submitted to Chi-square and Fischer exact tests. There was a predominance of female subjects (1203/56%); ages $40,6 \pm 16,4$; white (1591/74%); with a stable relationship (1290/60%), with 9 to 12 years of formal education (784/36%), subjects without a defined job (37%) with salaries around 2 to 3,9 / minimum wage (44%) and per capita income between 0,6 to one/minimum wage (38%). As for *normal intestinal pattern* (1.875/87%; $p < 0,0001$), there was the predominance of one bowel movement per day (1.133/52%; $p < 0,0001$), among women (968/52%; $p < 0,0001$); whites (1591/85%; $p < 0,0001$), absence of defecation strain (1956/90%), soft feces (1379/64%), total rectal emptying (1938/90%). *Constipated intestinal pattern* (261/12,1%), among women (219/84%), defecation strain (99/41,8%), hard feces (176/67%); incomplete rectal emptying (99/38%). *Diarrheic intestinal pattern* (26/1,2%), no defecation

strain (26/100%) liquid and soft feces (5/19%), total rectal emptying (16/61%). Prevalence of *anorectal diseases* was 53 (2%) abscesses, 22 (1%) fistules, 81 (3%) fissures, 20(1%) rectal prolapse, 30 (1%) anal traumas; 229 (11%) hemorrhoidal disease 58 (3%) ; anorectal surgeries, mainly among females. *Gynecological and delivery history*, 886 (74%) had deliveries, 709 (73%) with normal intestinal pattern; 432 (49%) between 31 and 50 years old; 168 (14%) had normal deliveries; 33 (3%) with postpartum laceration that needed surgical intervention; however, they maintained a normal intestinal pattern (25/75%); 109 (9%) had hysterectomy (109 /9%), 90 (90%) normal intestinal pattern and less than one percent had rectocele and four (50%) were constipated. *Anal incontinence risk factors*, 35 (2%) pelvic radiotherapy, 133 (6%) diabetes mellitus, 330 (15%) nervous systems diseases and dysfunctions, 291 (13%) spinal cord lesion and 29 (1%) reported having had an encephalic vascular stroke. In all factors there was the predominance of the normal intestinal pattern; however, females presented more nervous system dysfunctions and encephalic vascular strokes. This study reports on the bowel habits of a general population in a city in Northern Paraná, and the AI risk factors they are exposed to, bringing more information about the topic to the population and to those who work in the area , helping develop prevention programs or early diagnoses of intestinal diseases.

Keywords: bowel habits; bowel function; risk factors; anal incontinence; epidemiology; stomatherapy; nursing.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Características sócio-demográficas da amostra	44
Tabela 2	Características sócio-econômicas da amostra	46
Tabela 3	Padrão intestinal da amostra segundo a frequência evacuatória	48
Tabela 4	Padrão intestinal da amostra segundo o esforço evacuatório, consistência das fezes e esvaziamento retal .	49
Tabela 5	Padrão intestinal da amostra segundo o intervalo entre as evacuações e consumo de laxantes	51
Tabela 6	Padrão intestinal segundo a presença e a intensidade do esforço evacuatório	53
Tabela 7	Padrão intestinal segundo a presença e o tempo de esforço evacuatório	54
Tabela 8	Padrão intestinal da amostra segundo o tempo para evacuar	56
Tabela 9	Padrão intestinal da amostra segundo a posição para evacuar	57
Tabela 10	Padrão intestinal da amostra segundo a regularidade evacuatória auto-referida	58
Tabela 11	Padrão intestinal da amostra segundo urgência para evacuar	59
Tabela 12	Padrão intestinal da amostra segundo as doenças anorretais e o histórico cirúrgico	61
Tabela 13	Padrão intestinal da amostra feminina segundo o histórico de partos	63
Tabela 14	Padrão intestinal da amostra feminina segundo o histórico cirúrgico-ginecológico	64
Tabela 15	Padrão intestinal da amostra segundo os fatores de risco para incontinência anal	66

LISTA DE ABREVIATURAS

AVE	Acidente vascular encefálico
<i>BSFS</i>	<i>British Stool Form Scale</i>
CCR	Câncer colo-retal
CF	Constipação funcional
CI	Constipação Intestinal
DGIF	Distúrbio gastrointestinal funcional
DGIFs	Distúrbios gastrointestinais funcionais
DII	Doenças inflamatórias intestinais
IA	Incontinência Anal
K-S	Teste Kolmogorov-Smirnov
PIC	Padrão intestinal constipado
PID	Padrão intestinal diarréico
PIN	Padrão intestinal normal
QV	Qualidade de Vida
SII	Síndrome do Intestino Irritável
SII - C	Síndrome do Intestino Irritável com predominância da constipação
T.E.Fischer	Teste Exato de Fischer
χ^2	Teste Qui-Quadrado

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	15
2 OBJETIVOS	19
2.1 Geral	19
2.2 Específicos	19
3 REVISÃO DE LITERATURA	20
4 CASUÍSTICA E MÉTODO	29
4.1 Tipo de Pesquisa	29
4.2 Local	29
4.3 População e Amostra	31
4.3.1 Amostragem Probabilística para Conglomerados	31
4.4 Procedimentos para a Coleta de Dados	34
4.4.1 Capacitação dos coletadores	34
4.4.2 Coleta dos dados	36
4.5 Instrumentos para a Coleta de Dados	38
4.6 Tratamento Estatístico	42
5 RESULTADOS	43
5.1 Caracterização Sócio-Demográfica da Amostra	43
5.2 Caracterização do Hábito Intestinal da Amostra	47
5.2.1 Hábito Intestinal Geral	47
5.2.2 Doenças Anorretais e Histórico Cirúrgico	60
5.2.3 Fatores de Risco para Incontinência Anal	66
6 DISCUSSÃO	68
6.1 Hábito Intestinal	68
6.2 Doenças Anorretais e Histórico Cirúrgico	76
6.2 Fatores de Risco para IA	86

7 CONCLUSÕES	92
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS	93
REFERÊNCIAS	95
APÊNDICES	110
ANEXOS	125

1 INTRODUÇÃO

O hábito intestinal varia entre as pessoas, sendo difícil o estabelecimento de padrões de normalidade. Esta variação não ocorre apenas de um indivíduo para outro, mas também no mesmo indivíduo e em momentos diferentes da vida. Pode ser afetado pela dieta, pelo estresse, por medicamentos, por doenças e comorbidades, inclusive por padrões sociais e culturais, entre outros.

As eliminações intestinais têm merecido investigação sistemática entre adultos da população geral (Sandler, Drossman, 1987; Everhard et al., 1989). No entanto, ainda hoje, uma das dificuldades consideradas continua sendo a falta de consenso sobre as definições de funções normal e anormal, tal como acontece com os distúrbios funcionais do aparelho digestório, como a constipação intestinal (CI), síndrome do intestino irritável (SII) e a incontinência anal (IA), estabelecidos pelos Critérios de Roma (Rome Foundation, 2008).

Estudos amplos e criteriosos sobre o hábito intestinal, em populações aparentemente saudáveis, mostram que os autores não chegaram a um consenso sobre o que é considerado hábito intestinal normal, embora indiquem que 94 a 100% da população sadia apresentam entre até três evacuações por dia e três evacuações por semana (Cruz, 1999; Freitas, Tacla, 2001). Assim, não só a *freqüência evacuatória*, mas também a *consistência das fezes*, *ausência de dor ou esforço para evacuar*, *sensação de evacuação completa* e *sensação de prazer* constituem o conjunto de informações que definem o hábito intestinal normal (Cruz 1999; Freitas, Tacla 2001, Dantas, 2004).

Na maioria das sociedades ocidentais, a variação na freqüência evacuatória considerada normal é de duas a três vezes por semana a até duas a três vezes ao dia. As fezes devem ser formadas e macias, não oferecendo desconforto ou dificuldade para sua eliminação,

com peso variando entre 35 a 450 gramas, nos homens e 5 a 335 gramas, nas mulheres. As alterações de frequência, consistência ou volume das evacuações ou a presença de esforço, dor, sangue, muco, pus ou excesso de gordura pode indicar uma doença (Cruz, 1999; Laraia, 1999; Freitas, Tacla, 2001; Dantas, 2004).

No Brasil, constata-se a carência de estudos sobre o padrão intestinal, considerando-se especificamente a cultura, hábitos de vida, hábitos alimentares entre outros, já citados em estudos internacionais. Também são escassos os estudos epidemiológicos, de base populacional, sobre a constipação e a incontinência anal ou outros distúrbios funcionais gastrointestinais e, embora estudos internacionais sejam úteis, não são adaptados à nossa população.

A inexistência de publicações brasileiras que tratam desse tema levou a autora, na etapa do mestrado, à tradução e adaptação transcultural do instrumento Hábito Intestinal na População Geral (*Bowel function in the community*), bastante útil para o presente estudo, também inédito em nosso meio, e que visa à avaliação do hábito intestinal e dos fatores de risco para o desenvolvimento de doenças intestinais na população geral (Domansky, Santos, 2007a).

Durante o processo de aplicação clínica da versão adaptada do instrumento para a avaliação das propriedades de medida, foram entrevistados 356 indivíduos sadios, trabalhadores de um serviço público, com idade entre 24 e 70 anos; 54% mulheres; 76% brancos; 46% com ensino médio; 69% casados; 44% com renda mensal entre quatro e seis salários mínimos¹. Quanto à frequência evacuatória, 56% apresentavam uma evacuação por dia; 66% disseram que o máximo que ficaram sem evacuar foi dois dias; 83% não usavam laxantes; 70% evacuavam sem esforços; 30% apresentavam fezes macias de fácil exoneração; 51% com sensação de evacuação completa; 48% permaneciam no banheiro menos de 5 minutos para evacuar; 98% evacuavam sentados; 82% não relataram

¹ Salário mínimo de referência nacional em 2004 – R\$ 260,00.

nenhum tipo de dificuldade para a saída das fezes; 95% negaram qualquer afecção, entretanto, 66% já haviam sido submetidos à hemorroidectomia; 84% das mulheres tiveram partos e destes 56% vaginais; 7% relataram ser diabéticos. Os achados demonstraram que a população estudada apresentou um hábito intestinal considerado normal, à luz da literatura internacional (Domansky, Santos, 2007b)

A importância de se conhecer o padrão intestinal da população geral brasileira relaciona-se à elaboração de planos educativos que levem à diferenciação do normal e anormal. Isto facilitaria a criação de programas de prevenção ou diagnóstico precoce de alterações intestinais como CI, IA, SII, doenças inflamatórias intestinais (DII) e o câncer colo-retal (CCR), dentre outras.

Essa importância tem sido reiterada por Habr-Gama (2005), ao comentar as dificuldades inerentes à realidade brasileira, relacionadas às condições socioeconômicas desfavoráveis, desconhecimento da população sobre o CCR, retardo ou mesmo falta de acesso ao sistema de saúde e insuficiente disponibilidade diagnóstica. Pode-se atribuir a essas condições o atraso no diagnóstico e tratamento das lesões, em geral em estágios avançados, portanto mais complexos e demandando internações prolongadas. Com a implementação de um amplo programa de conscientização, elucidação e acesso ao diagnóstico precoce, além do benefício da cura da doença, essas medidas seguramente reverteriam em economia de recursos em saúde para o país (Habr-Gama, 2005).

O despertar da população para o conhecimento do hábito intestinal normal, incluindo as variações de frequência e consistência, presença ou não de dor ou esforço durante as evacuações e os seus respectivos limites, considerando a cultura, hábitos alimentares e de vida, entre outros, baseia-se nos paradigmas da educação e promoção à saúde, contribuindo para a responsabilização pela própria saúde dos cidadãos, levando-os a buscar a atenção à saúde de maneira mais precoce e resolutiva.

A importância do tema e a escassez de estudos sobre essa temática, em nosso meio, justificam o desenvolvimento deste estudo epidemiológico sobre o hábito intestinal da população geral na cidade de Londrina, no Paraná.

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

Avaliar o hábito intestinal em adultos da população geral, residentes na área urbana da cidade de Londrina, no Paraná.

2.2 Específicos

- Verificar as relações existentes entre os padrões intestinais estabelecidos e as variáveis sócio-demográficas e clínicas dessa amostra.
- Verificar as relações existentes entre os padrões intestinais estabelecidos e os fatores de risco predisponentes para a incontinência anal.

3 REVISÃO DE LITERATURA

As investigações sobre o hábito intestinal, incluindo todos os seus parâmetros de variação estabelecidos como normais são, há muito tempo, considerados relevantes para a comunidade científica. As pesquisas recentes sobre o tema citam os estudos de Connell et al. (1965), Martelli et al. (1978), Sandler e Drossman (1987), Everhard et al. (1989), entre outros, como referências clássicas.

Em seu estudo com 1455 ingleses, Connell et al. (1965) relataram, já naquela época, a preocupação em distinguir a frequência do hábito intestinal em pessoas saudáveis, pois era comum dizer que uma pessoa sadia evacuava uma vez por dia, sendo considerado não só um hábito natural, mas também necessário, tanto que 99% dos participantes apresentaram essa frequência evacuatória. O limite entre a normalidade e a anormalidade, no entanto, continuou indefinido ainda por vários anos.

No final da década de 70, a partir de um estudo com a participação de 114 indivíduos, Martelli et al. (1978) apresentaram os valores limítrofes do hábito intestinal, ou seja, um intervalo entre 3 e 11 evacuações em sete dias, valores esses usados como referência até hoje, e quanto à consistência, houve predomínio de fezes normais.

Para Ruben (1986), o hábito intestinal normal envolve uma consistência que facilita a exoneração do conteúdo fecal, além da frequência evacuatória. Segundo Laraia (1999), a maioria dos autores concorda que a frequência da exoneração fecal não é o único elemento que caracteriza um hábito intestinal normal, pois existem pessoas que evacuam fezes normais, no aspecto ou consistência, com intervalos superiores à média (a cada dois ou três dias), mas sem qualquer sintoma de desconforto. Outras pessoas, mesmo com evacuações diárias, acusam dificuldade na eliminação das fezes que são endurecidas, por vezes cibiformes.

As escalas que tratam do formato das fezes, como a *Bristol Stool Form Scale (BSFS)* (Lewis, Heaton, 1997), constituem um método simples de avaliar o trânsito intestinal, embora não sejam usadas amplamente tanto na prática clínica ou pesquisa, possivelmente por causa da falta de evidência de que são responsivas a mudanças no tempo de trânsito intestinal.

Os Critérios de Roma III (2006), baseando-se na *BSFS*, têm considerado que os tipos 1 e 2 são indicativos de um padrão constipado; os tipos 3, 4 e 5, de consistência "ideal das fezes", ou seja, um padrão normal de exonerações; e os tipos 6 e 7, um padrão diarréico, com tendência à urgência fecal (Longstreth et al., 2006).

Em uma pesquisa realizada junto a 1.128 adultos jovens norte-americanos, verificou-se que a média de evacuações variava conforme a raça e o sexo, onde brancos apresentavam mais evacuações que os não-brancos; e predomínio das fezes consideradas normais, na maioria das vezes (Sandler, Drossman, 1987).

O hábito intestinal continuou a ser investigado nos Estados Unidos, Everhard et al. (1989) publicaram os resultados de um estudo longitudinal junto a 14.407 pessoas que relataram constipação (27%), diarréia (56%), evacuações irregulares – três evacuações ou menos por semana (22,4%) e evacuações freqüentes – duas ou mais evacuações por dia (22%). As mulheres eram mais constipadas e os homens apresentaram evacuações mais irregulares.

A freqüência das evacuações, tempo e forma das fezes também foram estudados por Heaton et al. (1992), em um estudo prospectivo junto a 1.897 ingleses. A freqüência evacuatória mais comum, em ambos os sexos, foi de uma evacuação diária, com intervalos de aproximadamente 24 horas entre as evacuações. A consistência das fezes do tipo 4 (tipo salsicha, lisa e macia), conforme o *BSFS*, foi predominante em ambos os sexos.

Em outro estudo prospectivo, realizado com 298 italianos, por meio de diário evacuatório, verificou-se frequência evacuatória média de uma vez por dia, independente do gênero. Esforços para eliminação das fezes, sensação de esvaziamento incompleto e/ou de difícil evacuação e manobras manuais para facilitar a defecação foram significativamente mais freqüentes entre as mulheres (Bassotti et al., 2004).

Dois estudos verificaram o hábito intestinal associado à dieta. Davies et al. (1986) avaliaram a função intestinal em 51 indivíduos canadenses, divididos em três grupos: onívoros, vegetarianos e os adeptos do veganismo, cujo consumo de fibras era de 23g, 37g e 47 g, respectivamente. Embora tenha ocorrido variação no tempo de trânsito colônico entre os grupos, essa diferença não foi significativa. Os homens apresentaram maior quantidade de fezes macias, porém menos formadas que as mulheres. Durante o ciclo menstrual, na fase lútea, as mulheres apresentaram fezes mais duras e o tempo de trânsito colônico mais longo. Houve forte correlação entre o tempo de trânsito colônico e a forma das fezes, mais que quaisquer das outras medidas de função intestinal.

Já no estudo de Sanjoaquin et al. (2004), em amostra de 20.630 ingleses, as mulheres apresentaram menos evacuações, em média, que os homens; os vegetarianos, tiveram uma frequência evacuatória maior, sobretudo, aqueles adeptos do veganismo comparativamente aos que comiam peixe ou carne. Associações positivas significativas também foram observadas entre frequência evacuatória e índice de massa corpórea (IMC), ingestão de fibras e bebidas dietéticas não-alcoólicas, tanto para homens quanto para mulheres. Enquanto o exercício vigoroso associou-se positivamente ao número de evacuações em mulheres, esse tipo de associação estatística ocorreu para os homens em relação à ingestão alcoólica.

Além da dieta, outros fatores têm sido considerados para se conhecer melhor o hábito intestinal, dentre os quais encontram-se a atividade física e o estilo de vida. No Japão, 1.699 indivíduos com idade

acima de 40 anos foram avaliados e o arroz demonstrou um efeito preventivo para a constipação intestinal, em ambos os sexos, e o caminhar, somente para os homens. O consumo de álcool também inibiu a constipação no sexo masculino (Nakaji et al. 2002).

Em inquérito nacional de saúde sobre disfunções digestivas com a participação de 42.375 norte-americanos, não houve relação entre frequência evacuatória e o envelhecimento. No entanto, a prevalência da constipação auto-relatada aumentou com a idade avançada. O uso de laxantes também aumentou substancialmente com o envelhecimento, sendo as mulheres mais propensas a usar os laxantes, apesar de seu efeito ser atenuado em idade avançada (Harari et al. 1996).

Apesar dos estudos delinearem o que é considerado normal, vários deles abordam o hábito intestinal a partir dos distúrbios gastrointestinais funcionais (DGIFs) ou doenças intestinais. Também estes constituem um desafio para a atenção à saúde, em função de sua prevalência na população geral, principalmente a CI e a IA. Suas definições variam entre os profissionais, o que explica parcialmente as grandes diferenças entre os estudos epidemiológicos e clínicos. A etiologia é multifatorial e complexa, incluindo não só aspectos anatômicos e funcionais, mas também referentes à dieta, estado psicológico e fatores culturais. Além disto, esses sintomas ainda são rodeados por mitos e tabus, o que dificulta uma avaliação objetiva. Alguns pacientes são submetidos às terapias medicamentosas, sem avaliação fisiológica prévia (Jorge, Wexner, 2000).

Os DGIFs são caracterizados por sintomas gastrintestinais na ausência de anomalias estruturais ou bioquímicas. A partir das dificuldades em se estabelecer parâmetros mensuráveis, um grupo de pesquisadores reuniu-se em Roma, em 1989 (Roma I), em 1999 (Roma II) e em 2005 (Roma III) para discutir suas definições, patogênese, padrões de medidas para os sintomas, diagnósticos e tratamentos (Fischer, 2008).

Ao longo dos últimos 17 anos, a Fundação Roma - uma organização sem fins lucrativos - tem procurado legitimar e atualizar o

conhecimento sobre os DGIFs, por meio da classificação, raciocínio crítico e estabelecimento de recomendações, desenvolvidos por painéis de especialistas do mundo todo, com vistas à sua utilização na investigação e prática clínica (Rome Foundation, 2008). A partir das recomendações, denominadas Critérios de Roma (1989), houve uma padronização dos métodos de seleção de pacientes para os ensaios clínicos, repercutindo no aumento das publicações que usaram tais critérios, nos últimos anos (Drossman, 2007).

Os DGIFs são comuns, mas pouco se sabe sobre sua epidemiologia na população geral. Representam uma variada combinação de sintomas crônicos ou recorrentes atribuídos ao trato gastrointestinal que não são explicados somente por causas estruturais. Somado a isso, causam impacto variado na vida dos indivíduos, podendo provocar isolamento social, comprometimento relacional com o parceiro, faltas ao trabalho, consultas e internações repetidas (para investigações freqüentes ou seguimento ambulatorial prolongado), entre outros (Kolosi al., 2002; Viebig, 2002; Bliss et al., 2004; Teunissen et al., 2004).

Os DGIFs incluem as disfunções funcionais do esôfago, gastrointestinais, anorretais, relacionadas à defecação e específicas dos neonatos, crianças e adolescentes (Drossman, 2006). Longstreth et al. (2006) consideraram a síndrome do intestino irritável, a distensão abdominal, a constipação e as diarréias funcionais e as DGIFs inespecíficas como disfunções intestinais do intestino. Bharucha et al. (2006) enumeram a incontinência anal, a dor anorretal e as disfunções de defecação (dissinergia de assoalho pélvico e propulsão defecatória inadequada) como as disfunções anorretais funcionais.

Na revisão dos Critérios de Roma III, publicada em 2006, foram analisadas e incorporadas novas evidências sobre a epidemiologia, diagnóstico e tratamento das DGIFs, sendo incluídas as de neonatos, crianças e adolescentes. Seus membros, porém, não definiram o conjunto de informações que constituem o hábito intestinal normal (Drossman, 2006 e

2007). Outras modificações importantes nesse consenso incluem a definição de cronicidade para todos os DGIFs, reclassificação dos distúrbios funcionais gastroduodenais e nova caracterização da SII baseada na consistência das fezes, como descrita na *BSFS* (Fischer, 2008).

Diante da proposta estabelecida pelos Critérios de Roma, desde o final da década de 80, vários estudos têm fundamentado as mudanças realizadas nas revisões, acrescentando alguns parâmetros para o hábito intestinal normal da população. Muitos deles, no entanto, ainda são focados em grupos populacionais específicos e poucos são de base populacional.

Prevalência de 20% de doenças gastrintestinais foi verificada por Drossman et al. (1993), por meio de questionários enviados por correio (66%/ 8250). Presença de distensão, disfagia, síndrome do cólon irritável, constipação, dor abdominal, cólica biliar foram mais freqüentes entre as mulheres; e aerofagia e distensão, entre os homens. Esses sintomas diminuía com a idade, exceto a incontinência anal; e a renda familiar baixa estava associada com eles. As taxas de absenteísmo escolar e no trabalho e o número de consultas médicas aumentavam quando os indivíduos apresentavam tais doenças.

A constipação é mais comum no mundo ocidental, sendo responsável por 2,5 milhões de consultas médicas de pessoas acima dos 65 anos, mulheres, não brancas, aumentando nas enfermarias geriátricas (41%) e ultrapassando 80% na assistência domiciliar. Já a incontinência anal, é estimada em aproximadamente 1% da população idosa, podendo chegar a 10% em atendimento domiciliário e 30% em idosos institucionalizados, desconhecendo-se sua incidência na população geral (De Lillo e Rose 2000).

As características das fezes de pessoas com constipação crônica idiopática (20 casos e 20 controles) foram analisadas por Aichbichler et al. (1998). As fezes foram coletadas durante uma semana, sendo que após cada evacuação, era registrada a percepção dos vários desconfortos a

ela associados. O peso das fezes por evacuação foi semelhante nos dois grupos, mas o peso das fezes por semana foi marcadamente reduzido nos constipados. Os constipados relataram vários desconfortos associados à evacuação - como o esforço - não correlacionados com o peso ou a consistência endurecida das fezes eliminadas durante a evacuação.

Discrepância entre os valores auto-referidos, acerca dos hábitos intestinais, foi encontrada também por Jun et al. (2006). Ao avaliarem a constipação entre 1.029 coreanos, com idade superior a 15 anos, constataram frequência evacuatória predominante entre três vezes por dia e três vezes por semana. As prevalências foram de 16,5% para a CI auto-referida, de 9,2% para a constipação funcional (CF) e de 3,9% para a constipação predominante na síndrome do intestino irritável (SII-C). Os índices de constipação intestinal auto-referida e SII-C foram maiores entre as mulheres. Dos entrevistados que auto-referiram constipação, 8,2% utilizavam laxantes.

A prevalência auto-relatada de constipação, baseada nos Critérios de ROMA II e no *BSFS*, foi estudada junto a 995 iranianos, com idade entre 14 e 41 anos. Frequência evacuatória entre três e 21 vezes por semana foi verificada em 87,4% deles. A prevalência de constipação funcional foi de 32,9%, enquanto que apenas 9,6% deles referiram-se constipados; fezes formadas e macias (tipos 3 e 4) foram encontradas em 75,7% dos indivíduos (Adibi et al., 2007).

Nos Estados Unidos, Halder et al. (2007) realizaram um estudo de coorte, prospectivo, junto a 1.365 sujeitos que tinham em média de 47 anos de idade, sendo 55 % mulheres, que preencheram em dois momentos diferentes a um instrumento. A prevalência dos DGIFs foi da SII, inicial de 8,3% e final de 11,4%, seguido pela CI com 4,3% e 4,1%, e da diarreia 5,6% e 5,7%, respectivamente.

Na França, Siproudhis et al. (2006) avaliaram não só os sintomas, mas o estilo de vida, as mudanças comportamentais e a procura por cuidados médicos relacionados aos distúrbios funcionais da defecação,

junto a 7.196 franceses, durante o período de um ano. Destes, 29,1% relataram distúrbios funcionais da defecação, sendo 22% de CI e 17% de IA; relataram também a ocorrência de dificuldades de esvaziamento, defecação incompleta, incontinência de gases e IA, pelo menos, uma vez por mês. Tanto os constipados quanto os incontinentes revelaram comprometimento na qualidade de vida e os incontinentes buscaram cuidados médicos mais freqüentemente, comparativamente aos constipados.

Dois grupos de mulheres norte-americanas, com e sem DGIFs, foram avaliadas quanto ao hábito intestinal (Bharucha et al. 2008). Das 278 participantes, 26% apresentaram diarreia, 21% CI e 53% nenhum sintoma. Urgência para fezes macias ou fezes formadas, tipo 4 da *BSFS*, foi mais freqüente em mulheres com padrão diarreico; as características das fezes, o esforço para iniciar e o para finalizar a defecação aumentaram as chances de constipação. O esforço para a finalização da evacuação, o aumento da freqüência das evacuações, a sensação de evacuação incompleta e a urgência aumentaram as chances de diarreia. No entanto, as variações na freqüência e na forma das fezes não foram úteis para discriminar saúde e doença.

Nos últimos anos, houve um aumento do número de estudos que buscam dados epidemiológicos especificamente, dentre as DIGFs, sobre como a síndrome do cólon irritável, a constipação intestinal e a incontinência anal, esta última associada ou não à incontinência urinária. Dentre esses, predominam os estudos de prevalência da incontinência anal em populações específicas, como os diabéticos (Maleki et al., 1998; Celik et al., 2001), os pacientes após acidente vascular cerebral (Harari et al., 2004), mulheres primíparas (Baumann et al., 2007), menopausadas (Oliveira et al., 2005) ou idosos (Bliss et al., 2004; Teunissen et al., 2004; Goode et al., 2005; Quander et al., 2005), na gestação e conforme o tipo de parto (Mc Kinnie et al., 2005), nas disfunções do assoalho pélvico (Fornell et al., 2004; Casey et al., 2005) - os dois últimos incluem a incontinência urinária - ou ainda associada a outras doenças, como a doença hemorroidária (Johannsson et al., 2005) e a demência (Schnelle, Leung, 2004). Para tanto,

esses estudos têm utilizado diferentes instrumentos de avaliação de sintomas (Eypasch et al., 1995; Chassany et al., 1999; Koloski et al., 2002; Kalantar et al., 2002; Baxter e cols, 2003; Bliss e cols, 2004; Madoff et al., 2004; Nelson, 2004; Teunissen et al., 2004; Goode et al., 2005; Quander et al., 2005; Temple et al., 2005; Deutekon et al., 2005) e, mais recentemente, do impacto dessas condições e doenças na qualidade de vida dos sujeitos (Chang, 2004; Cockell et al., 2004; Halder et al., 2004; Rockwood, 2004; Yusuf et al., 2004; Bharucha et al., 2005; Barber et al., 2005; Borehan et al., 2005; Talley, 2008).

Vale salientar que os DGIFs têm um impacto significativo sobre a qualidade de vida relacionada à saúde, tanto para o paciente quanto para sua família e a sociedade. Há uma diminuição da produtividade e nas suas atividades diárias, chegando a perder pelo menos um dia de trabalho em uma semana, estando entre as causas mais comuns de absentismo no trabalho. Por serem comuns e incapacitantes, são capazes de produzir um grande impacto econômico para os serviços de saúde (Borgaonkar, Irvine, 2000; Riesenman, 2008; Talley, 2008).

Finalizando esta revisão bibliográfica e diante da diversidade de estudos e resultados acerca do hábito intestinal, dos fatores que interferem nessa resposta e dos DGIFs, confirma-se a afirmação de Bassoti et al. (2004), para os quais os hábitos intestinais são difíceis de estudar, principalmente na população geral, continuando a representar um grande desafio para os pesquisadores nessa área.

4 CASUÍSTICA E MÉTODOS

4.1 Tipo de Pesquisa

Trata-se de estudo epidemiológico, de base populacional, do tipo descritivo e exploratório, de corte transversal, com abordagem quantitativa.

4.2 Local

O estudo foi desenvolvido na área urbana do município de Londrina – Paraná, onde vivem aproximadamente 510.000 habitantes (IBGE, 2008). Segundo Instituto de Pesquisa e Planejamento Urbano de Londrina (IPPUL) a sua área é de 164,33 Km² e a zona de expansão urbana é de 80,68 Km², totalizando 245,01 Km² (Londrina, 2007). A densidade demográfica do município é de 299,22 hab/Km², incluindo a área rural, segundo o Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social (IPARDES) (Londrina, 2007).

Para fomentar o crescimento industrial e comercial e dar suporte às novas e atuais empresas, a cidade está se equipando com a implantação do Terminal de Cargas Alfandegárias (Porto Seco), novos condomínios industriais, Aeroporto Internacional, Parque Tecnológico e diversos outros incentivos. Atualmente, Londrina se destaca pelo setor de comércio e prestação de serviços.

A taxa de analfabetismo do município é de apenas 6,42%, o município conta 355 unidades escolares de nível fundamental e médio (Londrina, 2008). Possui uma das maiores universidades do Paraná – a

Universidade Estadual de Londrina, além da Universidade Tecnológica Federal do Paraná e outras universidades bem como faculdades privadas.

Na área de saúde, o município dispõe de 56 Unidades Básicas de Saúde – UBS que realizam cerca de 5,5 milhões de atendimentos/ano. As 21 instituições hospitalares, com cerca de 1653 leitos, 1190 dos quais destinados ao Sistema Único de Saúde (SUS), realizam 825 mil internações/ano. As unidades odontológicas fazem 110 mil atendimentos/ano, em suas 52 unidades (Londrina, 2007).

Segundo o IPARDES, em 2005 o Produto Interno Bruto (PIB) municipal foi de R\$ 6.217.351.000,00, sendo R\$ 75.424.000,00 provenientes da agropecuária, R\$ 1.212.547.000,00 da indústria e R\$ 4.144.811.000,00 de serviços. A renda per capita anual foi de R\$ 12.733,00 e o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 0,824. A população economicamente ativa (PEA) é de 231.144 (51,70%) (Londrina, 2007).

O índice de envelhecimento da população londrinense é de 24%. A taxa de crescimento anual do município é de 2,02%, o que representa uma população estimada de 505.184 habitantes, em 2008. A população da região metropolitana de Londrina, composta de 8 municípios, aproxima-se de 750.000 habitantes (IBGE, 2008).

Londrina constitui-se, portanto, em importante pólo de desenvolvimento regional e exerce grande influência sobre todo o Paraná e região sul. Teve um crescimento acelerado e contínuo, tornando-se não só pólo regional como a terceira maior cidade do Sul do País, depois de Curitiba e Porto Alegre.

4.3 População e Amostra

A população do estudo foi constituída por todos os indivíduos residentes na área urbana do município de Londrina, Paraná, formada principalmente por descendentes portugueses, japoneses, italianos e alemães, mesclados a outros grupos em menor escala, como poloneses, espanhóis, indígenas, búlgaros, britânicos e afro-descendentes. A amostra foi composta de todos os moradores presentes nos domicílios - selecionados através de amostragem probabilística por conglomerado - no período de coleta de dados, considerando-se os seguintes critérios de elegibilidade:

- Ter idade igual ou superior a 18 anos;
- Ter condições para responder às perguntas da entrevista, e
- Aceitar participar do estudo.

4.3.1 Amostragem Probabilística por Conglomerados

A realização de pesquisas por amostragem na área da saúde surge da necessidade de fornecimento de informações úteis para o planejamento e gestão de serviços sociais e de saúde, melhoria da qualidade de vida e de atendimento, investigação de relações de causa e efeito em determinadas doenças, descrição de comportamentos de risco e outros, que são constantemente solicitados por pesquisadores (Torres, 2003). Na operacionalização desses estudos, raramente é possível avaliar todos os indivíduos que compõem a população – principalmente quando se tratam de grandes populações – devido a limitações de recursos humanos e materiais, entre outros motivos, impondo a necessidade de observações ou avaliações somente de parte dessa população.

Para a composição da amostra, a seleção dos indivíduos deve ser feita sob uma metodologia adequada, de modo que os resultados obtidos sejam representativos para avaliar toda a população. Uma das formas de conseguir representatividade é fazer com que o processo de escolha seja, de certa forma, aleatória, preferencialmente por sorteio.

Para amostragens probabilísticas, a seleção dos indivíduos é realizada de forma aleatória, o que permite o cálculo das probabilidades na seleção, facilita a utilização de inferências estatísticas, a análise dos dados e proporciona segurança à generalização dos resultados obtidos para a população (Torres, 2003).

A amostragem probabilística por conglomerados é uma amostra aleatória simples na qual cada unidade de amostragem é um grupo ou conglomerado de elementos. Um conglomerado é um agrupamento natural de elementos da população, os quais, embora sejam bastante heterogêneos internamente em relação à característica estudada, comportam-se similarmente entre os conglomerados. Desse modo, cada conglomerado comporta-se como uma população em miniatura (Cochran, 1965; Torres, 2003). A amostragem por conglomerado é útil quando a população é muito grande e dispersa e é praticamente impossível ter uma lista de todos os elementos que a compõem, associado a custo financeiro menor (Cochran, 1965; Torres, 2003).

O primeiro passo para se utilizar esse método é especificar conglomerados apropriados. O número de elementos em um conglomerado deve ser pequeno em relação ao tamanho da população, e o número de conglomerados razoavelmente grande. Através de mapas, as áreas podem ser divididas em unidades de superfícies, tais como os bairros das cidades com limites facilmente identificáveis, chegando-se às residências (Cochran, 1965; Torres, 2003).

Para este estudo, tomou-se como população todos os habitantes do município de Londrina, segundo o censo de 2000, composta de 447.065 habitantes, subdivididos em 390 setores censitários e agrupados

em cinco regiões: norte, sul, leste, oeste e centro, estratificados por idade e sexo.

Para o dimensionamento da amostra, a Secretaria do Planejamento do Município de Londrina disponibilizou o mapa do município, contendo todos os logradouros, agrupados de acordo com o Decreto nº 31, de 24 de janeiro de 2000, onde ficaram definidas as delimitações das regiões do perímetro urbano de Londrina, ou seja, a divisão por regiões. No mapa, estavam alocados os 390 setores censitários do IBGE, dentro das regiões já definidas. O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), regional Londrina, disponibilizou para a autora a população geral por setor censitário, já estratificado por idade e sexo.

De posse desse material, abstraíram-se as informações necessárias para que fosse possível obter a população total de cada uma delas, já por estratos, chegando assim à composição da amostra total do estudo. Como a faixa etária proposta no estudo é de indivíduos com idade igual ou superior a 18 anos, a população total do município passou de 447.065 para 305.695 indivíduos, conforme apresentado no Quadro 1 (Apêndice A).

O dimensionamento da amostra foi calculado segundo a fórmula:

$$n_o = \frac{Z^2 \cdot \hat{p} \cdot \hat{q}}{d^2} \text{ (tamanho inicial) e } n = \frac{n_o}{1 + n_o / N} \text{ (tamanho final)}$$

Assim, para uma população de 305.695, considerando-se que $d=5\%$ e $Z=1,96$ $p=q=0,50$, e o número de elementos de cada região, segundo o sexo e a idade, obteve-se amostra constituída de 2000 indivíduos, cuja distribuição está demonstrada no Quadro 2 (Apêndice B).

Uma vez estabelecido o tamanho da amostra para o estudo, a seleção dos conglomerados foi realizada por meio de sorteio.

Primeiramente, foram sorteados os setores censitários de cada uma das regiões, seguindo-se o sorteio da rua do setor censitário a ser visitada, ou seja, o conglomerado.

4.4 Procedimentos para a Coleta de Dados

Para o seu desenvolvimento e atendendo aos preceitos legais exigidos pela Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, o projeto de pesquisa foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (Apêndice C), processo nº 485/2005/CEP-EEUSP, emitido em 27 de outubro de 2005 (Anexo A).

Uma vez estabelecido o tamanho da amostra para o estudo e de posse do parecer do comitê de ética em pesquisa, passou-se à seleção dos alunos de graduação do curso de enfermagem, da Universidade Estadual de Londrina – UEL, para a realização da coleta de dados. Antes, porém, submeteram-se a um processo de capacitação.

4.4.1 Capacitação dos coletadores

Dezoito alunos candidataram-se para serem os coletadores, participando de uma primeira reunião, na qual a pesquisadora contou toda a sua trajetória profissional e apresentou a pesquisa, seus objetivos e desdobramentos. Dos candidatos, permaneceram dez que se mostraram interessados em participar, três homens e sete mulheres. Destas, duas desistiram, sendo imediatamente substituídas antes do início da capacitação.

Foram necessárias mais duas reuniões para a realização da capacitação propriamente dita dos coletadores. A capacitação objetivou obter a padronização dos procedimentos de coleta, ou seja, homogeneização da técnica de entrevista (Klein, Bloch, 2003). Durante os encontros, discutiram-se os objetivos do estudo, composição e estrutura do instrumento e etapas a serem cumpridas para sua realização. Os coletadores receberam instruções detalhadas, inclusive escritas, sobre cada item que compõe o instrumento, conforme orientação de Hulley et al. (2003) e como realizar a abordagem do entrevistado em domicílio, incluindo a importância da obtenção de concordância do entrevistado em participar do estudo, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (Apêndice D), em duas vias (ficando uma via com o entrevistado e a outra com o pesquisador). Explicou-se ainda como seria realizado o sorteio dos conglomerados, ou seja, das ruas dos setores censitários que compõem as cinco regiões de Londrina, enfatizando-se a necessidade dos dados serem coletados junto a todos os indivíduos residentes nos domicílios situados nas ruas sorteadas para a coleta, atendendo aos requisitos pré-estabelecidos.

A técnica de simulação foi utilizada para o desenvolvimento das habilidades necessárias à realização da coleta de dados de maneira eficiente e eficaz, considerando as sugestões apresentadas para as dificuldades encontradas, sem prejuízo do conteúdo proposto. Depois disso, cada entrevistador realizou, no mínimo, três entrevistas com pessoas não componentes da população alvo, supervisionadas pela pesquisadora, que também preencheu os instrumentos de coleta de dados.

Ao final, a pesquisadora avaliou não só o desempenho do entrevistador durante os procedimentos, como também o registro feito no instrumento de coleta de dados equiparado com o seu próprio (sendo considerada como padrão ouro para a comparação). Nível de concordância de, no mínimo, 80% entre as respostas de cada entrevistador e da pesquisadora foi exigido para que o entrevistador fosse considerado apto para a coleta de dados. Todos obtiveram aprovação ao final da capacitação.

4.4.2 Coleta dos Dados

A coleta dos dados foi realizada nos meses de abril e maio de 2008.

Para tanto, os coletadores realizaram as visitas aos domicílios, as quintas e sextas-feiras à tarde, nos períodos em que não tinham atividades acadêmicas, e durante o dia todo nos sábados e domingos. Para a visita aos domicílios, exigiu-se que os alunos usassem avental branco e crachá de identificação de aluno, que já é um requisito da Universidade Estadual de Londrina para as atividades extra-curriculares. Ademais, a identificação tornou-se um fator de segurança que facilitou o acesso dos alunos aos domicílios visitados.

Todos os residentes ocupantes dos domicílios, que compuseram os conglomerados, foram entrevistados. Na ausência do(s) residente(s), nos dias e horários de entrevista, o entrevistador retornou ao domicílio até o(s) morador(es) ser(em) encontrados(s), garantindo a participação de todos os domicílios do conglomerado. Nos casos em que o(s) morador(es) não era(m) encontrado(s) para a entrevista, verificava-se se o número de entrevistas previstas para aquele conglomerado havia sido atingida. Em caso afirmativo, encerrava-se a coleta no conglomerado; em caso contrário, outra rua era sorteada para atingir o número previsto. Foram necessários apenas cinco novos sorteios, apenas na região sul, pois as ruas/conglomerados eram muito curtas e mescladas com estabelecimentos comerciais. Como esta característica foi peculiar da região, foram sorteadas duas ruas por setor censitário, o que evitou novos sorteios e o cumprimento da meta prevista para a região.

O controle, a supervisão e o acompanhamento da coleta de dados foram feitos, semanalmente, pela pesquisadora auxiliada por uma das graduandas de enfermagem que, além participar da capacitação para a coleta de dados, foi capacitada também para realizar junto com a

pesquisadora a crítica dos dados, visando à garantia de boa qualidade dos dados coletados e minimização de perdas, por meio da identificação de falhas oriundas da coleta e/ou coletador. Além disso, tal controle garantiu que se atingisse o número de entrevistas, segundo sexo e idade, estipulado para cada conglomerado (Pereira, 1995).

Durante as reuniões semanais com os coletadores, a queixa mais freqüente foi o alcance da meta de entrevistas com os homens, pois estes foram mais resistentes em participar da pesquisa, porém o percentual de homens a serem entrevistados por estrato não foi prejudicado. Além da resistência, os homens mostraram-se receosos com as perguntas sobre impotência e sobre a necessidade de pressionar o dedo ao redor ou dentro do ânus para auxiliar na evacuação, mas acabaram por responder a todas as perguntas da entrevista.

Durante o período de coleta, apenas uma entrevistada retirou o seu consentimento quando perguntada sobre o auxílio com a pressão digital ao redor ou no interior da vagina para auxiliar na evacuação. Outra só deu seguimento à entrevista quando conversou pessoalmente com a pesquisadora, via telefone, e dirimiu todas as suas dúvidas.

Os entrevistadores foram unânimes em dizer que os entrevistados idosos, residentes na periferia, foram mais acolhedores durante a entrevista, porém suas entrevistas exigiram maior tempo. Muitos respondentes surpreenderam-se com a complexidade do hábito intestinal, conhecido por eles como fisiológico, normal e independente da vontade. Solicitaram aos entrevistadores que os resultados do estudo lhes fossem apresentados após a sua conclusão.

4.5 Instrumentos para a Coleta de Dados

Para a coleta de dados, utilizaram-se dois instrumentos.

O primeiro (Apêndice E) referiu-se aos dados sócio-demográficos dos sujeitos (nome, idade e data de nascimento, sexo, cor da pele, escolaridade, profissão e ocupação, situação conjugal, renda mensal familiar e número de dependentes desta renda). A classificação da ocupação baseou-se na adaptação realizada por Yamada e Santos (2005) para a proposta de Fonseca (1967). Este modelo engloba cinco níveis de ocupações que variam de acordo com a quantidade de conhecimento formal e o tipo de conhecimento inerente a cada ocupação, ou seja, quanto maior o número da classificação maior a qualificação profissional, conforme apresentado no Quadro1 (Apêndice F).

O segundo instrumento (Apêndice G), destinado à avaliação do hábito intestinal da amostra, consistiu no Hábito Intestinal na População Geral (*Bowel function in the community*), desenvolvido por Reilly et al. (2000) e adaptado para a língua portuguesa por Domansky e Santos (2007a).

O instrumento é composto de 68 questões, das quais 67 são de múltipla escolha e a última inclui 17 sintomas gerais não relacionados com o hábito intestinal. Embora as questões não sejam agrupadas em domínios, os autores realizaram agrupamentos específicos os quais, no entanto, não prevêem a pontuação com subescores, o que dificulta a sua avaliação quantitativa. Os agrupamentos são:

- *Hábito intestinal geral* (questões 1 a 15 e 52);
- *Presença de incontinência anal* definida como “problema com perda de fezes (acidental ou mancha de fezes na roupa devido à inabilidade em controlar a passagem de fezes até chegar ao banheiro)”, no ano anterior (questão 16). Ao ser afirmativa, seguem-se perguntas que visam a

caracterizar a perda e a medir o grau da incontinência (questões 17 a 28);

— *Sintomas urinários* (questões 34 a 45 e 51);

— *História de doenças anorretais e histórico cirúrgico* (questões 46 a 50 e de 53 a 59);

— *Uso de serviços médicos* (questões 60 a 63);

— *Fatores de risco para IA* (questões 30 e 64 a 67).

As questões 1 a 67 são de múltipla escolha, devendo o respondente relacionar apenas uma resposta, dentre duas a nove alternativas. Cada alternativa de resposta recebe uma pontuação que varia de 0 a 9.

Por meio da adaptação transcultural, Domansky e Santos (2007a) obtiveram a validação de conteúdo do instrumento, sendo mantida sua estrutura básica, com a manutenção dos agrupamentos conforme propostos pelos autores. Algumas modificações foram realizadas e visaram a atender, principalmente, às equivalências semântica e idiomática, sendo poucas as de ordem conceitual e cultural.

Destaca-se que as modificações de ordem clínica facilitaram a compreensão de termos técnicos e a adequação dos medicamentos usados em nosso meio. Apesar das alterações implementadas, detectou-se maior dificuldade de compreensão entre as pessoas com menor nível de escolaridade, o que certamente contra-indicaria a sua aplicação por autopreenchimento, mesmo sob supervisão.

Desse modo, neste estudo, optou-se pela aplicação por intermédio da técnica de entrevista. Além disso, tal técnica garante um índice maior de respostas, com menor recusa, minimiza erros de interpretação e o entrevistador ainda pode produzir mais informações adicionais através da observação. Outro aspecto favorável ao uso da

entrevista é a viabilização de participação de qualquer indivíduo na pesquisa, independente do nível de escolaridade ou da capacidade física, principalmente em nosso meio (Teixeira-Salmela et al., 2004; Nusbaun et al., 2001; Silveira et al., 2000).

No processo de validação do instrumento em nosso meio, ao ser avaliada a confiabilidade interobservadores, constatou-se que todos os agrupamentos, exceto *perda de fezes*, e mesmo as questões tratadas isoladamente (29, 31, 32, 33, 68), obtiveram predomínio de índices *kappa* $\geq 0,80$, caracterizando bom e excelente nível de concordância entre os observadores, ou seja, entre as entrevistadoras e a pesquisadora principal. Quanto à confiabilidade teste-reteste, as autoras obtiveram apenas 27% (17) das questões com índices *kappa* $\geq 0,60$, ou seja, indicadores de boa a excelente concordância. Por outro lado, 33% (21) das questões alcançaram nível moderado de concordância o que, associado aos índices $\geq 0,60$, poderiam confirmar a estabilidade do instrumento, ao serem discutidos à luz dos resultados similares apresentados por Reilly et al. (2000), em seu estudo original (Domansky e Santos, 2007a).

Considerando que este estudo visa à avaliação do hábito intestinal na população geral, optou-se em utilizar apenas os dados obtidos nos agrupamentos: *hábito intestinal*, *história de doenças anorretais* e *histórico cirúrgico e fatores de risco para IA*.

Com base na revisão de literatura, considerando-se que a frequência evacuatória tem sido utilizada como um dos indicadores para delimitação do hábito intestinal normal, as questões que compõem os agrupamentos descritos anteriormente, foram analisadas a partir dos padrões normal, constipado e diarréico, conforme descrito a seguir:

1. *Padrão Intestinal Normal (PIN)*: entre três evacuações diárias a três semanais (Questão 1 – repostas 5-8);
2. *Padrão Intestinal Constipado (PIC)*: menos de três evacuações por semana (Questão 1 – respostas 1-4);

3. *Padrão Intestinal Diarréico* (PID): mais que três evacuações diárias (questão 1 – resposta 9).

Visto que a consistência esperada para o padrão normal é de fezes formadas e macias, de fácil eliminação e o instrumento não contempla este padrão de resposta, pois a sétima questão trata da eliminação de fezes de consistência líquida ou amolecida e a oitava de consistência sólida e endurecida. Assim, para a análise serão consideradas fezes de consistência normal as respostas um e dois das duas questões, ou seja, ausência ou esporádicas, que significa a ocorrência em menos de 25% das vezes. A opção pela inclusão da resposta dois deve-se ao fato de que alterações no cotidiano, como dieta, atividade física, estresse, entre outros, podem alterar a consistência das fezes.

Outra questão que será analisada sob a mesma ótica é o esforço evacuatório (questão 4), pois se espera que a evacuação aconteça sem esforço, serão considerados normais aqueles que apresentarem as respostas um e dois, conforme justificativa anterior.

Finalmente, é esperado que ao término da evacuação haja o esvaziamento retal completo (questão 9), então quando perguntou-se: você sentiu que havia fezes a serem eliminadas após o término da evacuação, as respostas previstas para o padrão intestinal normal foram a um e dois, ausência ou presença em até 25% das vezes, respectivamente, pelos motivos expostos anteriormente.

4.6 Tratamento Estatístico

Os dados foram armazenados, semanalmente, em planilha eletrônica *Excel 2003 (Microsoft Office)* e analisados por meio do *software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) for Windows* versão 13.0.

Os dados contínuos foram, inicialmente, submetidos aos testes de normalidade, comparados com a curva normal por meio do Teste de Distância K-S. Ao serem classificados como paramétricos, são apresentados por meio de Média e Desvio Padrão (DP). Os dados não paramétricos são representados por meio de Mediana (Md) e Quartis.

Os dados categóricos são representados por frequência absoluta (f) e frequência relativa (fr) e foram analisados pelo Teste de Qui-Quadrado (X^2) de Pearson e Teste Exato de Fischer (T.E. Fischer), quando necessário. Nas tabelas, os dados serão apresentados por frequência absoluta e a frequência relativa relacionada ao total da amostra e ao padrão intestinal estabelecido para o estudo.

Para todo o estudo, foi considerado Risco $\alpha \leq 5\%$ de cometer Erro tipo I ou de primeira espécie e Risco $\beta \leq 20\%$ de cometer Erro tipo II ou de segunda espécie.

5 RESULTADOS

Os resultados são apresentados em forma de figuras e tabelas, em dois itens: *Caracterização Sócio-Demográfica da amostra* e *Hábito Intestinal da Amostra*. Este item engloba: *hábito intestinal, doenças anorretais e histórico cirúrgico e fatores de risco para IA*.

5.1 Caracterização Sócio-Demográfica da Amostra

A amostra do estudo foi composta de 2162 indivíduos, residentes em Londrina – PR., distribuídos quantitativamente nas cinco regiões da zona urbana do município (Apêndice A), conforme apresentado na Figura 1.

Fonte: Diretoria de Planejamento Urbano, do Instituto de Pesquisa e Planejamento de Londrina – IPPUL, 2008.

Figura 1. Distribuição da amostra por região urbana de Londrina. Londrina, 2008.

As características sócio-demográficas dos 2162 indivíduos, que compuseram a amostra do estudo, encontram-se na Tabela 1.

Tabela 1 – Características sócio-demográficas da amostra. Londrina, 2008.

Variáveis	Frequência	%
<i>Idade*</i>		
Média (DP)	40,6 ± 16,4	
Mediana	38	
Mínima / Máxima	18 a 93	
<i>Sexo</i>		
Masculino	959	44%
Feminino	1203	56%
<i>Etnia</i>		
Branços	1591	74%
Não Brancos	571	26%
<i>Situação Conjugal</i>		
Solteiro	583	27%
União Estável	1290	60%
Separado/desquitado/divorciado	152	7%
Viúvo	137	6%
<i>Anos de Estudo*</i>		
0 – 4	436	20%
5 – 8	453	21%
9 – 12	784	36%
13 ou mais	484	22%
Não respondeu	5	1%
<i>Escolaridade*</i>		
Pós-graduação	27	1%
Superior	470	22%
Ensino médio	760	35%
Ensino fundamental	838	39%
Alfabetizado	13	1%
Analfabeto	54	2%
TOTAL	2162	100%

* K-S – $p < 0,01$

A Tabela 1 mostra média etária de $40,6 \pm 16,4$, e predominância do sexo feminino (1203 / 56%); de brancos (1591 / 74%); de

união estável (1290 / 60%), havendo diferença estatisticamente significativa ($p<0,0001$) quanto à viuvez entre as mulheres (10%) comparativamente aos homens (2%); 9 a 12 anos de estudo (784/ 36%), com média de $9,4\pm4,5$ anos de estudo, tendo 25% (535) das mulheres estudado até oito anos e 28% (604) dos homens, entre nove e treze anos ou mais ($p<0,0001$); 98% dos respondentes são alfabetizados.

As características sócio-econômicas da amostra estão apresentadas na Tabela 2.

Tabela 2 – Características sócio-econômicas da amostra. Londrina, 2008.

Variáveis	Frequência	%
Ocupação¹		
Nível 0	809	37%
Nível 1	191	9%
Nível 2	490	23%
Nível 3	328	15%
Nível 4	155	7%
Nível 5	189	9%
Renda mensal (salários mínimos – SM)² *		
Até 1,9 SM	292	13%
2 a 2,9 SM	474	23%
3 a 3,9 SM	460	21%
4 a 4,9 SM	327	15%
5 a 5,9 SM	243	11%
6 SM ou mais	126	6%
Não responderam	240	11%
Dependentes da Renda Familiar		
1	232	11%
2	502	23%
3	635	30%
4	476	22%
5	190	9%
6	68	3%
7	24	1%
8 ou mais	16	1%
Renda Per capita*		
0 a 0,5 SM	361	17%
0,6 a 1,0 SM	832	38%
1,1 a 1,5 SM	343	16%
1,6 a 2,0 SM	283	13%
Mais de 2,0 SM	298	14%
Não responderam	45	2%
TOTAL	2162	100%

* K-S – p < 0,01

1. Classificação de Ocupações (Fonseca, 1967), adaptado por Yamada e Santos (2005).
2. Salário mínimo de referência nacional – R\$ 415,00.

Quanto à ocupação, observa-se que o nível predominante foi composto por pessoas sem ocupação definida, com 37% (231 homens e 578

mulheres) no nível zero, constituído principalmente por estudantes, donas de casa e aposentados ($p < 0,0001$). Dos entrevistados, 44% tinham remuneração entre 2 e 3,9 SM, porém, 11% dos participantes recusaram-se em responder esta questão, e não houve diferença estatística significativa entre os sexos ($p = 0,0016$). Verificou-se que o número de dependentes variou de 1 a 13 pessoas. A renda per capita de 38% dos entrevistados ficou entre 0,6 a 1 SM ($p = 0,0027$).

5.2 Caracterização do Hábito Intestinal da Amostra

Conforme estabelecido para este estudo, os resultados que caracterizam o hábito intestinal dos 2162 indivíduos que compuseram a amostra são apresentados de acordo com os agrupamentos propostos por Reilly et al. (2000) e adaptados culturalmente por Domansky e Santos (2007a).

5.2.1 Hábito Intestinal Geral

A Tabela 3 mostra a composição dos padrões intestinais normal, constipado e diarréico, com base na frequência evacuatória da amostra.

Tabela 3 – Padrão intestinal da amostra segundo a frequência evacuatória.
Londrina, 2008.

Frequência Evacuatória		Padrão Intestinal	
1. 1x ou - / MES	6 (0,3%)	Constipado	261 (12,1%)
2. de 2 a 3 x / MÊS	21 (1,0%)		
3. 1x / SEMANA	73 (3,4%)		
4. 2x / SEMANA	161 (7,4%)		
5. 3 a 6 x / SEMANA	297 (13,7%)	Normal	1875 (86,7%)
6. 1x / DIA	1133 (52,4%)		
7. 2x / DIA	377 (17,4%)		
8. 3x / DIA	68 (3,2%)		
9. + 3x / DIA	26 (1,2%)	Diarréico	26 (1,2%)
Total	2162 (100%)		
χ^2	p <0,0001		

Houve predominância de uma evacuação por dia (1.133/52%) ($p < 0,0001$) e do padrão intestinal normal (1.875/87%) ($p < 0,0001$). Esse predominou entre as mulheres (968/52%) ($p < 0,0001$); os brancos (1591/85%) ($p < 0,0001$), em todos os estratos de renda familiar (1875/87%) e nas diferentes regiões de Londrina, com variação de 83% (norte) a 90% (sul). O padrão intestinal normal foi predominante também em todas as faixas etárias ($p < 0,0001$).

Considerando ainda que a frequência evacuatória é o parâmetro mais utilizado para estabelecer o hábito intestinal normal, este foi avaliado associado ao esforço evacuatório, consistência das fezes e esvaziamento retal, conforme demonstrado na Tabela 4, e às demais questões que compõem o agrupamento hábito intestinal.

Tabela 4 – Padrão intestinal da amostra segundo o esforço evacuatório, consistência das fezes e esvaziamento retal. Londrina, 2008.

Padrão Intestinal			Esforço Evacuatório				Consistência Líquida ou Amolecida				Consistência Sólida e Endurecida				Esvaziamento Retal			
			1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Normal	<i>f</i>	1875	1434	344	46	51	1205	587	49	34	904	659	139	173	1234	518	65	58
	<i>fr</i> PIN	100%	76,5	18,3	2,5	2,7	64,3	31,3	2,6	1,8	48,2	35,1	7,4	9,2	65,8	27,6	3,5	3,1
	<i>fr</i> n	86,7%	66,3	15,9	2,1	2,4	55,7	27,2	2,3	1,6	41,8	30,5	6,4	8,0	57,7	24,0	3,0	2,7
Constipado	<i>f</i>	261	79	73	44	65	163	83	10	5	30	55	39	137	67	95	36	63
	<i>fr</i> PIC	100%	30,3	28,0	16,9	24,9	62,5	31,8	3,8	1,9	11,5	21,1	14,9	52,5	25,7	36,4	13,8	24,1
	<i>fr</i> n	12,1%	3,7	3,4	2,0	3,0	7,5	3,8	0,5	0,2	1,4	2,5	1,8	6,3	3,1	4,4	1,7	2,9
Diarréico	<i>f</i>	26	23	3	0,0	0,0	11	10	2	3	15	8	2	1	16	8	0	2
	<i>fr</i> PID	100%	88,5	11,5	0,0	0,0	42,3	38,5	7,7	11,5	57,7	30,8	7,7	3,8	61,5	30,8	0,0	7,7
	<i>fr</i> n	1,2%	1,5	0,7	0,0	0,0	0,5	0,5	0,1	0,1	0,7	0,4	0,1	0,0	0,7	0,4	0,0	0,1
Total	<i>f</i>	2162	1536	420	90	116	1379	680	61	42	949	722	180	311	1317	621	101	123
	<i>fr</i>	100%	71,0	19,4	4,2	5,4	63,8	31,5	2,8	1,9	43,9	33,4	8,3	14,4	60,9	28,7	4,7	5,7
X ²	p<0,0001		p<0,0001				p<0,0001				p<0,0001				p<0,0001			

Legenda: PIN – Padrão Intestinal Normal PIC – Padrão Intestinal Constipado PID – Padrão Intestinal Diarréico

1. Nunca; 2. < de 25% das vezes; 3. > de 25% das vezes das vezes; 4. > de 75% das vezes

Dos participantes, 1956 (90%) relataram que não apresentam **esforço ao evacuar** e foi predominante em todos os padrões ($p<0,0001$); em ambos os sexos, em todas as faixas etárias, exceto para 55 (21%) das mulheres constipadas que relataram o esforço freqüente ($p<0,0001$). Nos 261 (12,1%) constipados, 99 (38%) afirmaram o esforço mais de 25% das vezes em que evacuaram ($p<0,0001$).

A **consistência líquida ou amolecida das fezes** foi negada por 1379 (64%) dos entrevistados, sendo esporádica para 680 (31%) deles ($p<0,0001$); foi semelhante entre ambos os sexos, ocorrendo com maior freqüência para 40 (4%) das mulheres ($p=0,003$) com padrão intestinal normal. Eliminação esporádica foi predominante em ambos os sexos, em todas as faixas etárias ($p=0,022$), principalmente para 15 (8%) mulheres com idade superior a 60 anos ($p=0,022$).

Dos 2162 entrevistados, 949 (44%) nunca apresentaram fezes de **consistência sólida e endurecida**; para 722 (33%) a ocorrência foi esporádica ($p<0,0001$), com idade variando de menos de 30 anos (257/35%) a 51 a 60 anos (84/11%) ($p=0,049$). Dos 261 (12,1%) constipados, 176 (67%) as têm com freqüência ($p<0,0001$). Esse tipo de consistência aparece constantemente para 122 (69%) das mulheres com padrão intestinal constipado ($p<0,0001$).

O **esvaziamento total do reto** ocorreu para 1938 (90%) dos entrevistados que conseguiram perceber o esvaziamento retal ($p<0,0001$) e foi predominante em todas as faixas etárias ($p=0,002$). Para 99 (38%) constipados, havia a sensação de que ainda existiam fezes a serem eliminadas ($p<0,0001$). Já para as mulheres com padrões intestinais normal (85/9%) e constipado (88/40%), essa sensação esteve presente mais de 25% das vezes ($p<0,0001$).

Tabela 5 – Padrão intestinal da amostra segundo o intervalo entre as evacuações e consumo de laxantes. Londrina, 2008.

Padrão Intestinal			Intervalo entre as Evacuações					Consumo de Laxantes			
			1	2	3	4	5	1	2	3	4
Normal	<i>f</i>	1875	1323	383	130	31	8	1667	156	15	37
	<i>fr</i> PIN	100%	70,6	20,4	6,9	1,7	0,4	88,9	8,3	0,8	2,0
	<i>fr n</i>	86,7%	61,2	17,7	6,0	1,4	0,4	77,1	7,2	0,7	1,7
Constipado	<i>f</i>	261	22	58	84	62	35	128	72	29	32
	<i>fr</i> PIC	100%	8,4	22,2	32,2	23,8	13,4	49,0	27,6	11,1	12,3
	<i>fr n</i>	12,1%	1,0	2,7	3,9	2,9	1,6	5,9	3,3	1,3	1,5
Diarréico	<i>f</i>	26	23	2	1	0	0	25	1	0	0
	<i>fr</i> PID	100%	88,5	7,7	3,8	0,0	0,0	96,2	3,8	0,0	0,0
	<i>fr n</i>	1,2%	1,1	0,1	0,0	0,0	0,0	1,2	0,0	0,0	0,0
Total	<i>f</i>	2162	1368	443	215	93	43	1820	229	44	69
	<i>fr</i>	100%	63,3	20,5	9,9	4,3	2,0	84,2	10,6	2,0	3,2
X ²	p<0,0001		p<0,0001					p<0,0001			

Legenda: Intervalo: 1. < de 2 dias 2. > de 2 até 4 dias 3. > de 4 dias até 1 semana 4. > de 1 até 2 semanas
5. > de 2 semanas

Consumo de Laxantes: 1. Nunca 2. < de 25% das vezes 3. > de 25% das vezes
4. > de 75% das vezes

A Tabela 5 mostra que houve predominância do **intervalo** de até dois dias consecutivos **sem evacuar** (1368/63%) ($p<0,0001$). Para 33 (79%) dos homens com padrão intestinal constipado o intervalo foi de até uma semana ($p<0,0001$) e para as mulheres (162/74%) os intervalos foram superiores a uma semana ($p<0,0001$).

Oitenta e quatro por cento (1820) dos entrevistados informou não consumir laxantes para auxiliar na evacuação ($p<0,0001$). O consumo esporádico foi predominante também para aqueles com padrão normal (156/8%) e para 72 (27%) indivíduos constipados ($p<0,0001$), semelhante

em ambos os sexos, embora mulheres constipadas (58/22%) os utilizem com maior frequência ($p < 0,0001$). No geral, 62 (11%) pessoas com 21 a 30 anos o fazem esporadicamente, dos que utilizam com frequência, 24 (8%) entrevistados com idade superior a 60 anos os usam constantemente ($p < 0,0001$); e homens acima de 51 anos (9/7%) fazem uso freqüente de laxantes ($p = 0,003$).

Para aqueles que empregam laxantes (342/16%), independente da frequência de consumo, as substâncias mais citadas foram os medicamentos orais (66%) e, destes, o mais usado foi o Bisacodil (33%) ($p < 0,0001$). Onze por cento fazem uso do medicamento homeopático Almeida Prado 46®. Os chás são usados por 10% dos entrevistados, sendo o de sene citado por 76% deles ($p < 0,0001$). Apenas 2% usam compostos de plantas medicinais, como o Tamarine®. A combinação mais citada foi Bisacodil e supositório, sem especificação do nome ou da marca, apontada por 4% dos entrevistados ($p < 0,0001$).

Tabela 6 – Padrão intestinal segundo a presença e a intensidade do esforço evacuatório. Londrina, 2008.

Padrão Intestinal			Esforço Evacuatório				Intensidade do Esforço					
			1	2	3	4	0	1	2	3	4	5
Normal	<i>f</i>	1875	1434	344	46	51	1393	84	142	157	71	28
	<i>fr</i> PIN	100 %	76,5	18,3	2,5	2,7	74,3	4,5	7,6	8,4	3,8	1,5
	<i>fr n</i>	86,7 %	66,3	15,9	2,1	2,4	64,4	3,9	6,6	7,3	3,3	1,3
Constipado	<i>f</i>	261	79	73	44	65	74	7	42	39	51	48
	<i>fr</i> PIC	100 %	30,3	28,0	16,9	24,9	28,4	2,7	16,1	14,9	19,5	18,4
	<i>fr n</i>	12,1 %	3,7	3,4	2,0	3,0	3,4	0,3	1,9	1,8	2,4	2,2
Diarréico	<i>f</i>	26	23	3	0,0	0,0	23	0	1	0	1	1
	<i>fr</i> PID	100 %	88,5	11,5	0,0	0,0	88,5	0,0	3,8	0,0	3,8	3,8
	<i>fr n</i>	1,2%	1,5	0,7	0,0	0,0	1,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Total	<i>f</i>	2162	1536	420	90	116	1490	91	185	196	123	77
	<i>fr</i>	100 %	71,0	19,4	4,2	5,4	68,9	4,2	8,6	9,1	5,7	3,6
<i>X</i> ²	p<0,0001		p<0,0001				p<0,0001					

Legenda: Esforço: 1. Nunca 2. < de 25% das vezes 3. > de 25% das vezes 4. > de 75% das vezes

Intensidade: 0. Nunca 1. Muito pouco 2. Pouco 3. Moderado 4. Intenso 5. Muito intenso

Dos 482 (22%) entrevistados com padrão intestinal normal, 299 (62%) apresentaram pouco a moderado esforço ($p<0,0001$); 99 (38%) dos constipados consideraram o esforço de intenso a muito intenso ($p<0,0001$); 164 (63%) mulheres constipadas referiram a presença do esforço, que variou de pouco a muito intenso ($p<0,0001$); para 72 (19%) pessoas, com idade igual ou inferior a 30 anos, o esforço foi pouco, e

esforço moderado foi predominante para 95 (18%) daqueles com idade entre 21 e 40 anos ($p = 0,002$).

Tabela 7 – Padrão intestinal segundo a presença e o tempo de esforço evacuatório. Londrina, 2008.

Padrão Intestinal			Esforço Evacuatório				Tempo de Esforço					
			1	2	3	4	0	1	2	3	4	5
Normal	<i>f</i>	1875	1434	344	46	51	1419	91	76	82	43	164
	<i>fr</i> PIN	100%	76,5	18,3	2,5	2,7	75,7	4,9	4,1	4,4	2,3	8,7
	<i>fr n</i>	86,7%	66,3	15,9	2,1	2,4	65,6	4,2	3,5	3,8	2,0	7,6
Constipado	<i>f</i>	261	79	73	44	65	73	16	10	24	26	112
	<i>fr</i> PIC	100%	30,3	28,0	16,9	24,9	28,0	6,1	3,8	9,2	10,0	42,9
	<i>fr n</i>	12,1%	3,7	3,4	2,0	3,0	3,4	0,7	0,5	1,1	1,2	5,2
Diarréico	<i>f</i>	26	23	3	0,0	0,0	23	0	0	0	2	1
	<i>fr</i> PID	100%	88,5	11,5	0,0	0,0	88,5	0,0	0,0	0,0	7,7	3,8
	<i>fr n</i>	1,2%	1,5	0,7	0,0	0,0	1,1	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0
Total	<i>f</i>	2162	1536	420	90	116	1515	107	86	106	71	277
	<i>fr</i>	100%	71,0	19,4	4,2	5,4	70,1	4,9	4,0	4,9	3,3	12,8
X ²	p<0,0001		p<0,0001				p<0,0001					

Legenda: Esforço: 1. Nunca 2. < de 25% das vezes 3. > de 25% das vezes 4. > de 75% das vezes

Tempo: 0. Nunca 1. < de 1 ano 2. < de 1 até 2 anos 3. > de 2 até 5 anos 4. > de 5 até 10 anos
5. > de 10 anos

Dos entrevistados que informaram fazer esforço para conseguirem evacuar (1536/71%), 193 (9%) já o fazem por até dois anos ($p<0,0001$). Para 110 (42%) homens e 102 (38%) mulheres com padrão constipado o esforço vem acontecendo há mais de 10 anos ($p < 0,0001$); 40 (14%) mulheres com idade entre 21 e 30 anos apresentam o esforço há

menos de dois anos e 32 (11%) entre 21 e 30 anos referem-no dentre dois e 10 anos. Esforço com tempo superior a 10 anos foi comum a 221 (99%) das mulheres em todas as faixas etárias, exceto para aquelas com idade inferior ou igual a 20 anos ($p=0,006$).

No que tange às manobras manuais utilizadas para auxiliar a evacuação, a **pressão ao redor ou no interior do ânus** foi negado por 92% (1996) dos entrevistados ($p<0,0001$). Dos 166 (8%) que a utilizam, 120 (72%) têm padrão intestinal normal ($p<0,0001$), predominante para 41 (25%) daqueles com idade superior a 60 anos ($p<0,0001$), principalmente para 32 (19%) mulheres com idade superior a 60 anos, ($p=0,001$). Observa-se que 45 (17%) mulheres constipadas utilizam este recurso para facilitar a evacuação ($p<0,0001$).

A **pressão dentro ou ao redor da vagina** para evacuar, não foi necessária para 1176 (98%) das 1203 mulheres. Porém, 27 (2%) mulheres que utilizam esta manobra, 11 (40%) tinham idade acima de 60 anos ($p=0,009$).

Tabela 8 – Padrão intestinal da amostra segundo o tempo para evacuar. Londrina, 2008.

Padrão Intestinal			Tempo para Evacuar				
			1	2	3	4	5
Normal	<i>f</i>	1875	916	750	188	19	2
	<i>fr</i> PIN	100%	48,9	40,0	10,0	1,0	0,1
	<i>fr n</i>	86,7%	42,4	34,7	8,7	0,9	0,1
Constipado	<i>f</i>	261	58	102	78	22	1
	<i>fr</i> PIC	100%	22,2	39,1	29,9	8,4	0,4
	<i>fr n</i>	12,1%	2,7	4,7	3,6	1,0	0,0
Diarreico	<i>f</i>	26	15	8	3	0	0
	<i>fr</i> PID	100%	57,7	30,8	11,5	0,0	0,0
	<i>fr n</i>	1,2%	0,7	0,4	0,1	0,0	0,0
Total	<i>f</i>	2162	989	860	269	41	3
	<i>fr</i>	100%	45,7	39,8	12,4	1,9	0,1
X²	p<0,0001		p<0,0001				

Legenda: 1. < de 5 minutos 2. > de 5 até 10 minutos 3. > de 10 até 30 minutos
4. > de 30 minutos até 1 hora 5. > de 1 hora

O tempo em que os entrevistados passam no banheiro para evacuar foi de menos de cinco minutos para 989 (46%) dos entrevistados, 916 (92%) deles com padrão normal ($p<0,0001$). A permanência no banheiro por até 10 minutos para evacuar predominou em todos os padrões e em ambos os sexos ($p<0,0001$).

Tabela 9 – Padrão intestinal da amostra segundo a posição para evacuar. Londrina, 2008.

Padrão Intestinal			Posição para Evacuar			
			1	2	3	4
Normal	<i>f</i>	1875	1826	40	3	6
	<i>fr</i> PIN	100%	97,4	2,1	0,2	0,3
	<i>fr n</i>	86,7%	84,5	1,9	0,1	0,3
Constipado	<i>f</i>	261	240	14	4	3
	<i>fr</i> PIC	100%	92,0	5,4	1,5	1,1
	<i>fr n</i>	12,1%	11,1	0,6	0,2	0,1
Diarréico	<i>f</i>	26	25	1	0	0
	<i>fr</i> PID	100%	96,2	3,8	0,0	0,0
	<i>fr n</i>	1,2%	1,2	0,0	0,0	0,0
Total	<i>f</i>	2162	2091	55	7	9
	<i>fr</i>	100%	96,7	2,5	0,3	0,4
X ²	p<0,0001		p<0,0001			

Legenda: 1. Nunca 2. < de 25% das vezes 3. > de 25% das vezes 4. > de 75% das vezes

Para 97% (2091) dos entrevistados, independente do padrão intestinal, a **posição adotada para evacuar** é sentada. Dos 3% (71) que evacuam em outra posição, 94% (67) evacuam de cócoras ($p<0,0001$); 24 (2%) das mulheres com padrão intestinal normal adotam esporadicamente outra posição para evacuar ($p=0,007$).

Dos 2.162 entrevistados, 82% (1774) disseram que nunca tiveram a sensação de obstrução do reto ou ânus dificultando a saída das fezes, independente do padrão evacuatório ($p<0,0001$); 46 (18%) dos constipados apresentaram o sintoma ($p<0,0001$); foi esporádico para 65

(7%) homens com padrão intestinal normal; 68 (6%) mulheres apresentaram freqüentemente este sintoma ($p<0,0001$).

Tabela 10 – Padrão intestinal da amostra segundo a regularidade evacuatória auto-referida. Londrina, 2008.

Padrão Intestinal			Regularidade das Evacuações					
			1	2	3	4	5	6
Normal	<i>f</i>	1875	157	179	43	67	17	1412
	<i>fr</i> PIN	100%	8,4	9,5	2,3	3,6	09	75,3
	<i>fr n</i>	86,7%	7,3	8,3	2,0	3,1	0,8	65,3
Constipado	<i>f</i>	261	183	27	11	3	0	37
	<i>fr</i> PIC	100%	70,1	10,3	4,2	1,1	0,0	14,2
	<i>fr n</i>	12,1%	8,5	1,2	0,5	0,1	0,0	1,7
Diarréico	<i>f</i>	26	0	0	1	7	6	12
	<i>fr</i> PID	100%	0,0	0,0	3,8	26,9	23,1	46,2
	<i>fr n</i>	1,2%	0,0	0,0	0,0	0,3	0,3	0,6
Total	<i>f</i>	2162	340	306	55	77	23	1461
	<i>fr</i>	100%	15,7	9,5	2,5	3,6	1,1	67,6
X ²	p<0,0001		p<0,0001					

Legenda: 1. Constipação intestinal mais de 25% das vezes
 2. Constipação Intestinal menos de 25% das vezes
 3. Diarréia e constipação alternados
 4. Diarréia menos de 25% das vezes
 5. Diarréia mais de 25% das vezes
 6. Normal

A evacuação normal foi auto-referida por 76% (1422) dos 1875 com padrão intestinal normal ($p<0,0001$). A constipação intestinal foi

auto-referida por 80% (210) dos 261 com padrão intestinal constipado ($p<0,0001$). E finalmente, evacuações diarreias foram auto-referidas por 50% (13) dos 26 com padrão intestinal diarreico ($p<0,0001$).

A regularidade intestinal auto-referida como normal teve predominância em ambos os sexos ($p<0,0001$) e em todas as faixas etárias (793/83% homens e 668/55% mulheres) ($p=0,002$).

Tabela 11 – Padrão intestinal da amostra segundo urgência para evacuar. Londrina, 2008.

Padrão Evacuatório			Urgência para Evacuar			
			1	2	3	4
Normal	<i>f</i>	1875	1037	774	33	31
	<i>fr</i> PIN	100%	55,3	41,3	1,8	1,7
	<i>fr n</i>	86,7%	48,0	35,8	1,5	1,4
Constipado	<i>f</i>	261	143	105	9	5
	<i>fr</i> PIC	100%	54,4	40,2	3,4	1,9
	<i>fr n</i>	12,1%	6,6	4,9	0,4	0,2
Diarreico	<i>f</i>	26	7	10	5	4
	<i>fr</i> PID	100%	26,9	38,5	19,2	15,4
	<i>fr n</i>	1,2%	0,3	0,5	0,2	0,2
Total	<i>f</i>	2162	1186	889	47	40
	<i>fr</i>	100%	54,9	41,1	2,2	1,9
X ²	p<0,0001		p<0,0001			

Legenda: 1. Nunca 2. < de 25% das vezes 3. > de 25% das vezes 4. > de 75% das vezes

Para 1186 (55%) dos entrevistados a **urgência para evacuar** foi negada, dos quais 1037 (55%) têm padrão intestinal normal; 889 (41%) necessitam correr ao banheiro esporadicamente para evacuar ($p<0,0001$). Para aqueles em que a urgência está presente (87/4%), predominante para 52 (60%) das mulheres ($p<0,0001$).

Em síntese deste domínio, os resultados mostram que o padrão intestinal predominante em ambos os sexos e em todas as faixas etárias foi o normal. As mulheres mostraram tendências maiores à frequência evacuatória diminuída, ao contrário dos homens. Pessoas de ambos sexos permanecem menos de 10 minutos no banheiro para evacuar, sentados, sem esforço, com fezes de consistência macia e com sensação de esvaziamento retal, após o término das evacuações, também em todas as faixas etárias.

5.2.2 Doenças Anorretais e Histórico Cirúrgico

Tabela 12 - Padrão intestinal da amostra segundo as doenças anorretais e o histórico cirúrgico. Londrina, 2008.

Padrão Intestinal	Abscesso Anorretal		Fístula Anorretal		Fissura Anal		Prolapso Retal		Doença Hemorroidária		Trauma Reto/Ânus		Cirurgia Reto/Ânus	
	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não
Normal	40	1835	11	1864	66	1809	12	1875	182	1693	19	1856	19	1856
	2,1	97,9	0,6	99,4	3,5	96,5	0,6	99,4	9,7	90,3	1,0	99,0	1,0	99,0
	1,9	84,9	0,5	86,2	3,1	86,7	0,6	86,2	8,4	78,3	0,9	85,8	2,0	84,7
Constipado	8	253	9	252	13	248	7	254	43	218	10	251	13	248
	3,1	96,9	3,4	96,6	5,0	95,0	2,7	97,3	16,5	83,5	3,8	96,2	5,0	95,0
	0,4	11,7	0,4	11,7	0,6	11,5	0,3	11,7	2,0	10,1	0,5	11,6	0,6	11,5
Diarreico	5	21	2	24	2	24	1	25	4	22	1	25	2	24
	19,2	80,8	7,7	92,3	7,7	92,3	3,8	96,2	15,4	84,6	3,8	96,2	7,7	92,3
	0,2	1,0	0,1	1,1	0,1	1,1	0,0	1,2	0,2	1,0	0,0	1,2	0,1	1,1
Total	53	2109	22	2140	81	2081	20	2142	229	1933	30	2132	58	2104
	2,5	97,5	1,0	99,0	3,7	96,3	0,9	99,1	10,6	89,4	1,4	98,6	2,7	97,3
X ²	p<0,0001		p<0,0001		p=0,288		p=0,002		p=0,003		p=0,001		p=0,012	

O **abscesso anorretal** foi relatado por 53 (2%) entrevistados, 40 (75%) com padrão normal; 34 (64%) eram mulheres ($p<0,0001$); 8 (15%) homens com 41 a 50 anos ($p=0,038$).

As **fístulas anorretais** foram negadas por 2140 (99%) dos entrevistados. Das 22 (1%) pessoas que as apresentaram, 11 (50%) tinham padrão intestinal normal e 9 (40%) constipados. Dezesete (90%) delas eram mulheres ($p<0,0001$), das quais 9 (53%) constipadas ($p<0,0001$). A ocorrência das fístulas predominou para 11 (6%) pessoas com idade entre 41 e 50 anos ($p=0,009$), inclusive entre as mulheres desse estrato (9/84%) ($p<0,008$).

A **fissura anal** for referida por apenas 81 (3%) pessoas, sendo 66 (81%) com padrão intestinal normal ($p<0,0001$).

O **prolapso retal** foi constatado em 20 (1%) entrevistados, com predominância (12/60%) no padrão intestinal normal ($p=0,002$); 13 (65%) eram mulheres ($p=0,03$).

A **doença hemorroidária** foi relatada por 229 (11%) entrevistados, também com predominância para o padrão intestinal normal (182/79%) ($p=0,003$) e entre as mulheres (173/ 75%), 148 (85%) das quais encontravam-se na faixa etária acima de 31 anos ($p<0,0001$). Quanto à redução das hemorróidas, 150 (66%) negaram tal manobra.

Os **traumas anorretais** estavam presentes em 30 (1%) entrevistados, 19 (63%) deles com padrão normal ($p=0,001$); 22 (73%) eram mulheres ($p=0,003$).

As **cirurgias anorretais** aconteceram para 58 (3%) indivíduos, 43 (74%) com padrão normal ($p=0,012$); 35 (60%) eram mulheres ($p=0,028$); 20 (34%) com idade entre 41 e 50 anos ($p<0,0001$), dos quais 14 (70%) eram mulheres ($p<0,0001$). A cirurgia mais freqüente foi a hemorroidectomia, com 50 (86%) indivíduos operados, sendo 37 (74%) operados há menos de dez anos ($p=0,012$).

Tabela 13 - Padrão intestinal da amostra feminina segundo o histórico de partos. Londrina, 2008.

Padrão Intestinal		Parto										
		Ocorrência		Nº filhos*			Normal Vaginal*			Cesárea*		
		Sim	Não	1	2	3 ou +	1	2	3 ou +	1	2	3 ou +
Normal	968	704	264	165	211	170	125	100	93	201	123	67
	80,5	58,5	21,9	13,7	17,5	14,1	10,3	8,3	7,7	16,7	10,2	5,6
Constipado	219	167	52	43	54	35	42	25	17	48	27	18
	18,2	13,9	4,3	3,6	6,5	3,0	3,5	2,1	1,4	4,0	2,2	1,5
Diarreico	16	15	1	2	7	1	1	3	0	2	4	2
	1,3	1,2	0,1	20	70	10	0,1	0,2	0,0	0,1	0,3	0,1
Total	1203	886	317	210	272	206	168	128	110	251	154	87
	100	73,6	26,4	17,4	22,6	17,1	13,9	10,6	9,1	20,8	12,8	7,2
X ²		p=0,104		p=0,326			p=0,112			p=0,557		

Das 1203 mulheres entrevistadas, 886 (74%) tiveram filhos; das quais 704 (79%) enquadraram-se no padrão intestinal normal ($p<0,0001$); 432 (49%) na faixa etária entre 31 e 50 anos ($p<0,0001$). Das 886 que tiveram filhos, 272 (31%) tinham dois filhos e 176 (65%) idade entre 31 e 50 anos ($p<0,0001$); 168 (14%) tiveram um parto normal ($p<0,0001$) e 251 (28%) uma cesárea ($p=0,0036$).

Um filho foi predominante entre as mulheres mais jovens (174/20%), com idade entre 21 a 50 anos ($p<0,0001$). Três filhos ou mais foi predominante para 53 (26%) mulheres com 31 a 40 anos e para 47 (23%) com idade igual ou superior a 60 anos ($p<0,0001$).

Tabela 14 – Padrão intestinal da amostra feminina segundo o histórico cirúrgico-ginecológico. Londrina, 2008.

Padrão Intestinal		Correção cirúrgica de laceração pós-parto			Histerectomia		Retoceles	
		Sim	Não	Sem parto	Sim	Não	Sim	Não
Normal	968	25	692	251	90	878	4	964
	100%	2,6	71,5	25,9	9,3	90,7	0,4	99,6
	80,5	2,1	57,5	20,9	7,5	73,0	0,3	80,1
Constipado	219	7	164	48	19	200	4	215
	100%	3,2	74,9	21,9	8,7	91,3	1,8	98,2
	18,2	0,6	13,6	4,0	1,6	16,6	0,3	17,9
Diarréico	16	1	14	1	0	16	0	16
	100%	6,3	87,5	6,3	0,0	100	0,0	100
	1,3	0,1	1,2	0,1	0,0	1,3	0,0	1,3
Total	1203	33	870	300	109	1094	8	1195
	100	2,7	72,3	24,9	9,1	90,9	0,7	99,3
X ²		p<0,001			p<0,0001		p=0,043	

Das 168 (14%) mulheres submetidas a parto normal, apenas 33 (20%) relataram algum tipo de **lesão ou laceração anal pós-parto que necessitou de intervenção cirúrgica**. Dessas, 25 (15%) possuíam padrão intestinal normal e 15 (45%) tinham idade superior a 60 anos ($p<0,0001$). Somente 28 (84%) foram submetidas a algum tipo de sutura (que não souberam especificar).

A **histerectomia** foi referida por apenas 109 (9%) mulheres, 90 (82%) com padrão intestinal normal ($p<0,0001$) e 94 (86%) com idade superior a 41 anos ($p<0,0001$).

Quanto à **retocele**, apenas oito (0,7%) mulheres admitiram o sintoma, quatro (50%) delas constipadas ($p=0,043$), com predomínio para a idade acima de 41 anos ($p=0,045$).

5.2.3 Fatores de Risco para Incontinência Anal

Tabela 15 – Padrão intestinal da amostra segundo os fatores de risco para incontinência anal. Londrina, 2008.

Padrão Intestinal		Radioterapia abdome inferior ou pelve		Diabetes mellitus		Doenças do SNC		Lesão coluna espinhal		Acidente Vascular Encefálico	
		Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não
Normal	1875	32	1843	117	1758	265	1610	259	1616	18	1857
	100%	1,7	98,3	6,2	93,8	41,1	85,9	13,8	86,2	1,0	99,0
	86,7	1,5	85,2	5,4	81,3	12,3	74,5	12,0	74,7	0,8	85,9
Constipado	261	3	258	16	245	55	206	28	233	10	251
	100%	1,1	98,9	6,1	93,9	21,1	78,9	10,7	89,3	3,8	96,2
	12,1	0,1	11,9	0,7	11,3	2,5	9,5	1,3	10,8	0,5	11,6
Diarréico	26	0	26	0	26	10	16	4	22	1	25
	100%	0,0	100	0,0	100	38,5	61,5	15,4	84,6	3,8	96,2
	1,2	0,0	1,2	0,0	1,2	0,5	0,7	0,2	1,0	0,0	1,2
Total	2162	35	2127	133	2029	330	1832	291	1871	29	2133
	100	1,6	98,4	6,2	93,8	15,3	84,7	13,5	86,5	1,3	98,7
X ²		p=0,644		p<0,0001		p<0,0001		p=0,376		p<0,0001	

A primeira questão deste agrupamento refere-se à **radioterapia pélvica**, que foi negada por 2127 (98%) dos entrevistados.

Quanto ao **Diabetes mellitus**, 94% dos entrevistados negaram a doença. Dos 133 (6%) que disseram tê-la, 117 (88%) tinham padrão intestinal normal ($p<0,0001$); com predomínio acima de 41 anos

(108/81%) ($p<0,0001$). A doença estava presente em 83 (71%) mulheres, principalmente aquelas acima de 60 anos (38/46%) ($p<0,0001$).

As **doenças ou distúrbios do sistema nervoso** estavam presentes para 330 (15%) dos entrevistados, 256 (77%) com padrão intestinal normal ($p<0,0001$); 54 (16%) pessoas tinham idade entre 21 a 30 anos e 75 (21%), entre 41 a 50 anos ($p<0,0001$). Houve predomínio entre as mulheres (231/70%), principalmente nas faixas etárias entre 41 a 50 anos (52/22%) e acima de 60 anos (48/21%) ($p<0,0001$).

Dos 2162 entrevistados, 291 (13%) disseram que, em algum momento de suas vidas, tiveram uma **lesão na sua coluna espinhal**, 259 (89%) com padrão intestinal normal ($p=0,376$); com predomínio naqueles acima de 60 anos (82/ 28%) ($p<0,0001$). Para os homens (89/30%), foi predominante acima dos 41 anos (63/71%) ($p<0,0001$); para as mulheres (202/70%), o predomínio está na faixa etária acima dos 31 anos (176/ 87%) ($p<0,0001$). As lesões mais comuns foram as hérnias de disco (95), as escolioses (77), as artroses (19) e as lordoses (16), sem qualquer relato de padrão diarreico entre esses indivíduos. Vale ressaltar que o entrevistado podia citar mais de uma lesão.

Dos 2.162 entrevistados, apenas 29 (1%) relataram o **acidente vascular encefálico (AVE)**, com predominância do padrão intestinal normal (18/62%) ($p<0,0001$); 19 (65%) eram mulheres ($p=0,006$) e 16 (5%) possuíam idade acima de 60 anos ($p<0,0001$). Para as mulheres acometidas pelo AVE, predominou a faixa etária acima dos 60 anos (13/68%) ($p<0,0001$).

6 DISCUSSÃO

Este estudo pode representar uma importante contribuição para as pesquisas relacionadas ao hábito intestinal. Diante da escassez de publicações voltadas para o delineamento do hábito intestinal normal na população brasileira, utilizando métodos objetivos e específicos para sua avaliação, trata-se provavelmente do primeiro estudo epidemiológico sobre o tema, de base populacional, realizado no Brasil.

6.1 Hábito Intestinal

O hábito intestinal ainda é um tema que carece de investigação por parte dos profissionais da área de saúde, principalmente estudos de base populacional. Verifica-se que boa parte das publicações existentes sobre esse tema limita-se a amostras de populações específicas como idosos e mulheres (pós-parto, menopausa) ou então de pessoas institucionalizadas. Em outros, as amostras são constituídas por indivíduos que freqüentam ambulatórios gerais e especializados em gastroenterologia ou coloproctologia, o que pode levar a resultados não generalizáveis ou aplicáveis à população geral.

Ressalta-se, ainda, que vários estudos sobre hábito intestinal apontam a freqüência evacuatória como indicador para a delimitação ou definição do hábito intestinal normal. Dessa maneira, optou-se para analisar e apresentar os resultados bem como discuti-los a partir dos padrões intestinais normal, constipado e diarréico.

Neste estudo, houve a predominância do padrão intestinal normal, em ambos os sexos e para todas as faixas etárias, incluindo ausência de esforço evacuatório, exonerações de fezes macias, com

sensação de esvaziamento retal. Também para a maioria, o intervalo máximo sem evacuar foi de até dois dias, com reduzido tempo de permanência no banheiro - até 10 minutos – e em posição habitual sentada. Cerca de 76% das pessoas com padrão intestinal normal auto-referiram-se como tal, ou seja, apresentando evacuações normais.

Para o padrão intestinal constipado (12,1%), as pessoas apresentaram menos de três evacuações por semana, predominante em mulheres, demandando esforço evacuatório em mais de 25% das vezes, para eliminação de fezes endurecidas, com sensação de esvaziamento retal incompleto, em mais de um quarto das vezes, ambas as características ocorrendo principalmente entre as mulheres. Os intervalos sem evacuar foram superiores a dois dias para os homens e superiores a uma semana para as mulheres. Mulheres utilizaram mais laxantes do que homens, particularmente as idosas. Cerca de 80% dos constipados assim se consideraram durante a entrevista.

Somente 26 pessoas (1,2%) apresentaram o padrão intestinal diarréico, predominante em mulheres, sem esforço evacuatório, com predomínio de fezes líquidas ou amolecidas e esvaziamento retal completo, após o término da evacuação. Similarmente às características do padrão intestinal normal, também para este grupo prevaleceu o intervalo máximo de até dois dias sem evacuar, a permanência no banheiro por até 10 minutos para evacuar e na posição sentada. Metade dos indivíduos com esse padrão, auto-referiram-se dessa maneira.

Conforme mencionado antes, a frequência evacuatória tem sido a característica mais investigada nos estudos acerca do hábito intestinal. Como esperado, neste estudo em que predominou o padrão normal, a variação de três evacuações diárias a três por semana também prevaleceu (87%)

Nossos resultados foram similares aos encontrados por Adibi et al. (2007) verificaram a prevalência auto-relatada de constipação, segundo os Critérios de ROMA II, de determinar a frequência média de

defecação e tipos de fezes, baseado no *BSFS*, na população iraniana. Participaram 995 (520 homens e 475 mulheres), com idade entre 14 e 41 anos, a frequência média semanal de evacuações em homens e mulheres foi de $12,5 \pm 7,3$ e $13,8 \pm 8,0$, respectivamente.

Percentual superior foi obtido na Inglaterra, em um estudo realizado com 1455 indivíduos adultos, por meio de entrevista. Os autores verificaram que 99% dos indivíduos tinham essa frequência evacuatória (Connell et al. (1965). Para Bassotti et al. (2004), na Itália, em amostra de 488 pacientes de cinco ambulatórios gerais, sem serem de gastroenterologia, verificaram que 5% tinham frequência evacuatória menor que três vezes por semana. Em dois estudos asiáticos, os resultados também foram iguais e superiores. Em Singapura, um estudo que determinou a frequência evacuatória e os distúrbios intestinais, junto a 271 pessoas, com idade acima de 14 anos, mostrou que para 96% deles a frequência foi entre três vezes semana e três vezes por dia (Chen et al., 2000). Na Coreia, foram entrevistados 1026 indivíduos com idade acima de 15 anos, constatou-se a mesma variação para 96% deles (Jun et al., 2006).

Ainda dentro do intervalo considerado normal, 53% dos indivíduos evacuavam uma vez por dia, sem diferença entre os sexos, estes resultados se assemelham aos encontrados por Heaton et al. (1992), no Reino Unido (n=1897 indivíduos da população geral) e por Bassotti et al. (2004). Os estudos de Connell et al. (1965), Jun et al. (2006) e Adibi et al. (2007) também não mostram diferenças significativas entre os sexos para o intervalo de normalidade.

Quanto à idade, mesmo considerando-se frequência evacuatória normal, constatou-se que o número de evacuações diminuiu com o avanço da idade, achado também mencionado por Connell et al. (1965), Bellini et al. (2006), Jun et al. (2006) e Adibi et al. (2006). Harari et al. (1996), no entanto, não encontraram associação entre frequência evacuatória e envelhecimento, embora a constipação auto-relatada tenha aumentado com a idade avançada.

Em estudo realizado junto a 1.128 adultos jovens norte-americanos, que não procuravam por serviços de saúde, acerca da percepção sobre constipação intestinal e diarreia, Sandler e Drossman (1987) constataram que os brancos apresentaram mais evacuações por semana que os não brancos, resultados também encontrados por Everhart et al. (1989). Embora este dado não tenha sido investigado dessa maneira no presente estudo, verificou-se que a maioria das pessoas da etnia branca, apresentou padrão intestinal normal.

Intervalos sem evacuar inferiores a dois dias também foram encontrados por Martelli et al. (1978), no Canadá (n=114 indivíduos normais), similarmente aos por nós verificados. Em estudo Inglês, os autores identificaram intervalo médio de 24 horas entre as evacuações para 51% dos homens e 46% das mulheres, ocorrendo entre 7:00 e 8:00 horas da manhã para 61,4% dos homens e, uma hora mais tarde, para 58,8% das mulheres (Heaton et al., 1992).

Laxantes para auxiliar nas evacuações foram consumidos por 8% dos entrevistados com padrão intestinal normal principalmente mulheres e idosas, o que também foi encontrado por Connell et al. (1965) e Everhard et al. (1989). Já Bassotti et al. (2004), verificaram que 6% apresentaram fezes endurecidas durante mais que um quarto das evacuações e uso de laxantes foram relatadas pelas mulheres, em comparação com os homens.

O aumento no consumo de laxantes com o avanço da idade também é verificado em dois outros estudos norte-americanos. O primeiro, que avaliou os distúrbios intestinais funcionais em 301 pessoas sadias, o uso ocasional ou regular de laxantes aumentou de 28% para 59% na faixa etária mais idosa (Thompson, Heaton, 1980). No segundo, em que se estudou a relação entre hábito intestinal, idade e gênero (n= 42.375 indivíduos que participaram de uma ampla pesquisa sobre doenças digestivas), verificou-se que 11,5% das pessoas usavam, pelo menos, uma

dose de laxante por mês, mais freqüente entre as mulheres; poucos usavam mais de 30 doses por mês, independente do gênero (Harari et al., 1996).

Para Bassotti et al. (2004), o esforço durante mais de um quarto da evacuação esteve presente para 12% dos entrevistados, abaixo dos encontrados neste estudo (29%). Outros autores, contudo, verificaram que 38% da amostra apresentaram esforço evacuatório, pelo menos, uma vez por ano e para 10%, na maioria das vezes (Thompson, Heaton 1980). Sandler e Drossman (1987) observaram que, dos 7,3% que se encaixaram no perfil constipado, 52% referiram o esforço para evacuar como um dos principais sintomas da constipação, resultado bem superior ao do presente estudo.

Bharucha et al. (2008b) investigaram 278 mulheres com e sem distúrbios gastrintestinais funcionais, primeiramente por meio de um questionário de sintomas intestinais e, posteriormente, por preenchimento de um diário intestinal durante duas semanas. Os autores verificaram que todas as mulheres que relataram a presença de fezes endurecidas apresentaram esforço associado ao início da evacuação. Entre as tidas como normais, o esforço para iniciar a evacuação era habitual e o esforço para finalizá-la era raro, mesmo para fezes duras. O esforço para iniciar a eliminação de fezes duras foi relatado mais freqüentemente nas mulheres com padrão constipado.

A observação rotineira das características das fezes, tais como forma e consistência, não foi comum à população deste estudo. Heaton et al. (1992) também constataram que essa observação não era freqüente, no entanto, verificaram que os homens (93%) observavam mais tais características do que as mulheres, sendo rotineira para 42% deles.

Consistências distintas, líquidas ou amolecidas e sólidas e endurecidas foram relatadas por cerca de um terço dos entrevistados, para cada tipo. Certamente, a consistência mais endurecida predominou para os constipados, principalmente entre as mulheres. Nesse aspecto, os resultados apresentados na literatura são superiores aos encontrados neste

estudo. Martelli et al. (1978) verificaram que 74% dos pesquisados referiram fezes de consistência normal, 10% de fezes duras e 17% de amolecidas. Já, Thompson e Heaton (1980) encontraram 38% de cíbalos e 33% de fezes amolecidas, ambos tipos ocorrendo, pelo menos, uma vez no ano. Para Sandler e Drossman (1987), 70% dos entrevistados disseram ter fezes normais, mas ao separar o padrão constipado do diarréico, 44% referiram fezes endurecidas e 84% fezes amolecidas ou líquidas respectivamente.

Na década de 90, a consistência das fezes passa a ser descrita a partir da BSFS. Heaton et al. (1992), por exemplo, constataram o predomínio de fezes do tipo 3 e 4 (63% mulheres e 70% homens), seguido do tipo 1 e 2 (26% mulheres e 19% homens) e tipo 5 e 6 (11% para ambos os sexos). Para as mulheres em idade fértil, o tipo constipado (1 e 2) diminuiu para 7% e, para as mulheres acima de 50 anos, esse tipo aumentou para 13%. Adibi et al. (2007) verificaram fezes formadas e macias (tipo 3 e 4) em 76% dos indivíduos. Bellini et al. (2006) observaram que dos 55% pacientes constipados, 11% apresentaram fezes duras e encaroçadas de uma vez a mais de 25% das evacuações, com predomínio daqueles com 31 a 60 anos.

Em estudo mais recente, Zutshi et al. (2007) avaliaram 425 mulheres, com idade entre 18 e 80 anos, por meio de questionário, com a finalidade de estabelecer uma base de informações sobre os hábitos intestinais da mulher e determinar as mudanças no decorrer da vida. As mulheres referiram alterações da consistência das fezes para mais macias durante o ciclo menstrual (30%) e após o parto (30%), sem diferença estatisticamente significativa na menopausa.

Sensações de esvaziamento incompleto do reto e de obstrução do reto ou ânus, dificultando a saída das fezes, estavam presentes principalmente entre as pessoas com padrão constipado e, dentre eles, em mulheres. Entre as manobras manuais para facilitação das exonerações intestinais, como a pressão ao redor ou no interior do ânus,

embora pouco empregadas, predominou entre mulheres mais velhas, com padrões normal ou constipado.

Dentre os resultados funcionais do estudo de Bassotti et al. (2004), 11% das pessoas apresentaram sensação de esvaziamento incompleto e ou de difícil evacuação em mais de 25% das vezes e apenas 1% relatou o emprego de manobras manuais para facilitar a defecação também em 25% das vezes, portanto, com valores inferiores àqueles por nós obtidos.

Bellini et al. (2006) observaram que 55% dos pacientes relataram, pelo menos, um parâmetro de funcionamento anormal, em ambos os sexos. Esforço evacuatório em mais de 25% das evacuações (24%); evacuação incompleta ou dificuldade de esvaziamento em mais de 25% das evacuações (20%); e manobras manuais para ajudar na defecação, de 1 vez a maior de 25% das evacuações (3%). Observa-se que esses percentuais são superiores aos identificados no presente estudo, exceto para o esvaziamento incompleto do reto e obstrução do reto e ânus.

Outro aspecto interessante acerca do padrão intestinal refere-se ao tempo em que os entrevistados passam no banheiro para evacuar, obtendo-se de até 10 minutos independente do padrão intestinal, do sexo e faixa etária.

Em seu estudo, Zutshi et al. (2007) mostraram que o tempo que as mulheres levam para evacuar variou de 5 a 6 minutos, independente da idade; 34% delas referiram que lêem no banheiro para relaxar, porque é o único momento que dispõem para essa atividade ou ainda para “fugir das crianças”.

A posição adotada para evacuar foi a sentada para 97% dos entrevistados, independente do padrão intestinal, ocorrendo outras posturas para algumas poucas mulheres em momentos esporádicos.

Objetivando comparar o esforço aplicado para evacuar de acordo com a posição sentada ou de cócoras, Sikirov (2003) avaliou 28 israelitas com idade entre 17 e 66 anos, 14 de cada gênero, com função intestinal normal. O autor utilizou um cronômetro digital para registrar o tempo necessário para o esvaziamento intestinal satisfatório - de 6 minutos inicialmente para todos - enquanto evacuavam em três posições alternativas: sentado sobre um assento de tamanho normal (41–42 cm de altura), sentado sobre um assento mais baixo (31–32 cm de altura) e de cócoras. Registraram subjetivamente a intensidade do esforço evacuatório, observando seis evacuações em cada posição. Tanto o tempo necessário para o esvaziamento intestinal como o esforço, reduziram acentuadamente para todos os voluntários na posição de cócoras, comparativamente às outras duas posições. Pode-se verificar que o tempo utilizado para evacuar, no início das avaliações, foi semelhante ao presente estudo, reduzindo para apenas dois minutos, na posição de cócoras.

Quanto à urgência para evacuar, 41% afirmaram necessitar correr ao banheiro esporadicamente para evacuar; sendo predominante na faixa etária entre 21 e 30 anos e para as mulheres.

Os resultados apresentados por Bharucha et al. (2008), são inferiores aos encontrados neste estudo. Para 278 participantes, a urgência para fezes macias ou fezes formadas foi mais freqüente entre pessoas com padrão diarréico (31%) e constipado (27%) comparativamente àquelas com padrão normal (16%). O esforço para a finalização da evacuação, o aumento da freqüência das evacuações, sensação de evacuação incompleta e urgência aumentaram as chances de diarreia.

A auto-referência dos padrões intestinais parece constituir uma informação importante para o planejamento da educação em saúde e políticas públicas à medida da maior concordância com os resultados dos estudos populacionais que classificam tais padrões, de acordo com parâmetros consensuados internacionalmente. Dessa forma, os elevados percentuais de “acertos” ou concordância nas respostas dos entrevistados,

neste estudo, podem ser indicativos da preocupação e atenção que as pessoas têm dado às exonerações intestinais.

Dos resultados apresentados por Connell et al. (1965), 99% das pessoas tinham freqüência evacuatória no intervalo considerado normal e 1% no padrão diarréico, porém 82% se auto-referiram normais, 15% constipados e 1% diarréicos. Padrões constipado e normal parecem carecer de limites mais precisos, sob o ponto de vista da população geral.

No estudo de Zutshi et al. (2007), 73% das pessoas se auto-referiram normais, porém somente 51% foram classificadas pelos autores nesse padrão. Algumas mulheres com hábitos intestinais normais tenderam a perceber as características dos seus próprios hábitos como normais e indicar hábitos intestinais diferentes desses como anormais

Adotando os critérios de ROMA II e o *BSFS*, Adibi e cols (2007) constataram prevalência de 32,9% de constipação funcional em iranianos. Desses, apenas 9,6% referiram-se como enquadrados nesse padrão, com baixo grau de concordância ($kappa=0,21$; $IC95\%= 0,15$ a $0,27$).

6.2 Doenças Anorretais e Histórico Cirúrgico

Embora apresente elevada prevalência, as doenças anorretais são freqüentemente consideradas de baixa complexidade com reduzidos índices de morbi-mortalidade. Como consequência, poucos têm sido os estudos referentes à sua epidemiologia, elemento de grande importância para a melhor compreensão de seus aspectos fisiopatológicos e história natural. Verifica-se que, freqüentemente, são diagnosticadas e tratadas em âmbito de atenção primária à saúde, perpetuando diagnósticos e tratamentos inadequados, fato que impossibilita o desenvolvimento de estudos epidemiológicos mais amplos. (Pinho et al., 2002)

O abscesso anorretal foi relatado por 2% dos entrevistados, predominante no padrão normal, em mulheres idosas. As fístulas anorretais foram referidas por 1% das pessoas, principalmente as constipadas, com predomínio das mulheres; e para aqueles com idade entre 41 e 50 anos em ambos os sexos. Analisando os aspectos clínicos relativos ao processo inflamatório que acomete as glândulas anais, atualmente, os abscessos e as fístulas são considerados uma só entidade clínica (Andrade, 2001).

Estudos epidemiológicos referentes às doenças anorretais são escassos, verifica-se que são comuns aqueles que tratam das causas, dos sintomas, da abordagem diagnóstica adequada, das relações entre elas e relativas complicações, tratamentos conservadores ou cirúrgicos e o respectivo impacto na continência anal (Hämäläinen, Sainio, 1998; Oliver et al., 2003; Tonkin et al., 2004; Cruz et al., 2006a; Quah et al., 2006; Cazillas et al., 2007; Dal Corso et al., 2007; Ellis, Clarck, 2007, Uribe et al., 2007; Jha et al., 2008).

Os abscessos anorretais afetam 0,18% da população em geral, aproximadamente um terço dos pacientes com doença de Crohn, ocorrem mais em homens do que mulheres, e a maioria na faixa etária entre 20 a 40 anos (Kovalcik et al., 1979; Read, Abcarian, 1979). Neste estudo, os resultados referentes aos abscessos foram superiores, porém, diferentes no que tange o gênero e a idade.

Em estudo brasileiro, realizado junto a 1024 pacientes, sendo 59% (527) do sexo feminino, em ambulatório de coloproctologia, sobre a prevalência das doenças anorretais, Pinho et al. (2002) verificaram que estas representam 44% dos atendimentos, com predominância do sexo masculino para hemorróidas (52%), trombose perianal (55%) e fístulas/abscessos (63%), enquanto que plicomas (88%) e fissuras (68%) foram observadas com maior frequência nas mulheres. Tais resultados mostram uma incidência bem superior aos encontrados neste estudo, que pode ser explicado por se tratar de um estudo realizado em ambulatório especializado e o nosso na população geral.

Numa análise retrospectiva sobre as cirurgias ambulatoriais realizadas em um ambulatório especializado brasileiro, Saad-Hossne et al. (2005) analisaram 437 casos clínicos de doenças orificiais, 63% com idade inferior a 45 anos; 56% mulheres, 45% doença hemorroidária, 16% fissura, 10% fístulas. Resultados superiores aos encontrados neste estudo, porém inferiores ao de Pinho et al. (2002).

Estudos recentes têm mostrado a importância da conservação da integridade esfinteriana anal, principalmente do esfíncter interno para a manutenção da continência anal a gases e fezes. Portanto, as cirurgias orificiais requerem dos respectivos cirurgiões conhecimento, habilidade e precisão para sua execução (Chaves et al., 2000, Pinho et al., 2002).

No estudo finlandês de Hämäläinen, Sainio (1998), que avaliou a incidência de fístula anal e fatores relacionados após a incisão e drenagem de abscessos anorretais, dos 170 pacientes, maioria homens, 37% desenvolveram fístula, e 10% desenvolveram abscesso recorrente; a incidência de fístulas foi maior no sexo feminino (50%). Como em nosso estudo, o predomínio também foi feminino, porém com incidência menor.

Dois estudos analisam resultados cirúrgicos para abscessos e fístulas, porém trazem à luz o comprometimento da continência anal. Em uma metanálise com cinco ensaios controlados randomizados, com amostra de 405 pacientes, sobre drenagem espontânea do abscesso versus fistulotomia e fistulectomia anorretal, houve uma tendência para maior risco de incontinência a gases e *soiling* quando procedimento primário foi realizado (RR 2,46, IC 95% 0,75-8,06, $p = 0,140$) (Quah et al., 2006).

Na Espanha, um estudo prospectivo avaliou os resultados clínicos e funcionais de retalhos endorretais para fístula anorretal; 60 retalhos realizados em 56 pacientes, com média de idade de 49 anos, a cirurgia mostrou-se eficaz, com baixa recidiva e 21% relataram alterações da continência anal (Uribe et al., 2007).

Neste estudo, 3% dos entrevistados referiram fissura anal, predominante no padrão intestinal normal e entre mulheres com idade entre 21 e 40 anos. Nos estudos de Pinho et al. (2002) e Saad-Hossne et al. (2005), a prevalência das fissuras foi bem maior do que a encontrada neste estudo, contudo a predominância no gênero feminino foi igual.

O tratamento das fissuras anais crônicas ainda é desafiador, cerca de 90% das fissuras agudas respondem bem ao tratamento clínico conservador, mais seguros do ponto de vista funcional por não causarem lesões esfinterianas (Scholz et al., 2007; Cesar et al., 2007). Porém, as fissuras anais crônicas são refratárias às estratégias não-cirúrgicas, sendo a esfínterectomia lateral interna (ELI) o tratamento de escolha, com 95% de cura. No entanto, esta cirurgia representa um risco de 45% de incontinência para gases e 22% de IA (Scholz et al., 2007).

Percentuais inferiores quanto à continência anal foram mostrados por Chaves et al. (2000), quando avaliaram a função esfinteriana no pós-operatório tardio de 36 pacientes tratados com a ELI, divididos em 12 casos e 24 controles; 8% dos casos apresentaram incontinência para gases e não para fezes, 2% dos controles apresentaram distúrbios na continência, dois pacientes com incontinência para gases e outro para fezes.

Para Cazillas et al. (2005) ao avaliarem os resultados cirúrgicos a longo prazo e qualidade de vida (QV) de 298 norte-americanos (53% homens) submetidos a ELI, verificaram 6% de recorrência da fissura, com predominância feminina. Comparando registros médicos às respostas do questionário, a incontinência a gases significativamente maior para os pacientes do que nos respectivos registros médicos; 29% das mulheres submetidas a parto vaginal registraram incontinência a gases; incontinência temporária aconteceu para 31% dos pacientes e incontinência de gases persistiu em 30%, a IA não foi significativa. Os escores de QV ficaram na faixa de normalidade.

Neste estudo, cerca de 1% revelaram que já tiveram prolapso retal, com predominância no padrão intestinal normal e em mulheres idosas, ocorrendo há menos de 10 anos.

Estimulados principalmente pela falta de ensaios clínicos randomizados sobre o prolapso retal, Gourgiotis e Baratsis (2007), do Reino Unido, realizaram uma ampla revisão de literatura sobre o tema, onde afirmam que na população adulta, o pico de incidência é após a quinta década, e as mulheres são mais comumente afetadas, representando 80% a 90% dos pacientes prolapso com retal. Pacientes do sexo feminino têm um aumento incidência a cada década até um pico na sétima década, resultados semelhantes aos encontrados neste estudo.

Segundo os mesmos autores, os prolapso retal completo podem contribuir para a IA e, mais da metade dos pacientes com prolapso retal têm em conjunto a incontinência. A constipação está associada com prolapso em 15% a 65% dos pacientes (Gourgiotis, Baratsis, 2007).

Os traumas anorretais neste estudo referem-se a traumas gerais, que foram referidos por 1% dos entrevistados, com predomínio daqueles com padrão intestinal normal, principalmente mulheres na faixa etária entre 21 a 50 anos. Salienta-se que o instrumento não permitiu a indicação do tipo de trauma.

Embora trauma anal de causa não obstétrica seja raro, lesões iatrogênicas, principalmente as decorrentes de cirurgias orificiais, não são incomuns, porém a sua identificação imediata é vital para um bom resultado terapêutico (Hellinger, 2002). A inclusão do ânus na esfera sexual e a utilização de objetos fálcos para prática auto-erótica, trouxeram consigo o risco de lesões anorretais traumáticas de graves repercussões (Santos Jr, 2007).

Num estudo prospectivo sul africano, em que os autores avaliaram o resultado da esfínteroplastia anal em 14 pacientes (mediana de 30 anos) com IA em consequência de traumas anorretais, 64% eram

traumas não obstétricos; 11 (79%) ficaram completamente continentes após reparo inicial (Madiba, Moodley, 2003).

O estudo brasileiro, realizado por Santos Jr (2007), avaliou 20 homens, entre 15 e 62 anos, 30% atendidos com o objeto retido no reto, e 70% com lesão anorretal ocorrida durante a prática erótica, dos quais 71% apresentavam perfuração do reto. As lesões anorretais foram tratadas cirurgicamente, 50% desses pacientes evoluiu com complicações que incluem 2 óbitos (20% entre os que tinham perfuração do reto), o que representa para o grupo todo o índice de 10,5% de mortalidade indicando que tal prática constitui-se em grave problema médico cirúrgico.

Segundo Cruz et al. (2006a), existem muitas controvérsias sobre a epidemiologia da doença hemorroidária, e vários trabalhos têm sido publicados com referência ao estudo da incidência absoluta na população, existem disparidades decorrentes de metodologias completamente diversas aplicadas na execução das pesquisas.

A doença hemorroidária, neste estudo, foi relatada por 11% dos entrevistados, com predominância no padrão intestinal normal e entre as mulheres e na faixa etária acima de 31 anos; 17% fazem a sua redução manual e 17% as têm exteriorizadas.

Para Moreira et al. (2007), a doença hemorroidária ocorre em ambos os sexos, é prevalente entre 45 e 65 anos, com decréscimo após os 65 anos, sendo incomum antes dos 20 anos. Sua prevalência na população geral norte-americana é em torno de 4,4%, e aumenta na medida em que o nível socioeconômico da população aumenta. Os resultados apresentados neste estudo estão acima dos mostrados pela SBCEP, porém a faixa etária acometida foi um pouco inferior à faixa etária por eles apresentada.

Em um estudo randomizado sobre doença hemorroidária, realizado na Suécia por Johannsson et al (2005), comparou um grupo com a doença a dois grupos controle com relação a sintomas intestinais funcionais

e queixas anorretais, por meio de questionário. A frequência evacuatória foi igual nos três grupos, mas 37% dos pacientes descreveram seu hábito como normal, comparado a 55% e 67% dos controles. Dor abdominal associado a evacuação esteve presente para 34% dos paciente e apenas para 3% e 5% dos controles. Esforço excessivo, sensação de evacuação incompleta e repetidos retornos ao banheiro foram significativamente mais comuns aos pacientes. Estes resultados são superiores, tanto no grupo de pacientes, quanto nos dois controles aos encontrados em nosso estudo.

Percentuais bem superiores aos deste estudo foram encontrados por Cruz et al. (2006a) que analisaram dados referentes 34.000 brasileiros, cuja incidência de doença hemorroidária como diagnóstico principal foi de 27% (9.289 pacientes), dos quais 26% (2.417pacientes) submetidos a cirurgia, 54% deles mulheres, que prevaleceram também nas cirurgias. A média etária de diagnóstico foi de 39,9 anos, com 75% entre 21 e 50 anos; e a média de cirurgia de 41,6 anos, com 72% entre 21 e 50 anos. Os sintomas prevalentes foram presença de mamilos anais (90%), sangue nas fezes (83%), exteriorização pelo ânus às evacuações (71%), ardência anal (54%), *soiling* (44%) e sangue nas roupas (41%).

Em outro estudo, realizado Cruz et al. (2006b), com a mesma casuística, extraiu-se apenas os 9.289 pacientes com doença hemorroidária, dos quais 12% (1122) apresentavam doenças anais concomitantes à doença hemorroidária, a mais comum foi a fissura anal (541/ 6%), hipertrofia de papilas anais (312/ 3%), fístulas anais (117/ 1%), hipotonia anal com incontinência parcial (112/ 1%), condilomas anais acuminados (37/ 0,4%) e os tumores anais (3/ 0,03%).

Cerca de 3% dos entrevistados neste estudo foram submetidos a alguma cirurgia anorretal, contudo permanecem com padrão intestinal normal, com predomínio feminino e na faixa etária entre 41 e 50 anos. A cirurgia mais freqüente foi a hemorroidectomia. Estes resultados apresentam relação com os obtidos para as demais doenças anorretais, visto que o tratamento proposto para elas nem sempre é cirúrgico. Embora

neste estudo os resultados referentes às cirurgias anorretais tenham sido apresentados à parte, verifica-se que ao longo da abordagem os respectivos os aspectos cirúrgicos foram apresentados.

No que se refere ao histórico de partos, 74% das entrevistadas tiveram filhos, com prevalência do padrão intestinal normal e na faixa etária entre 31 e 50 anos, a maioria tiveram dois filhos e de parto normal. Destas, apenas 3% relataram algum tipo de lesão ou laceração anal pós-parto que necessitaram de intervenção cirúrgica, com manutenção do padrão intestinal normal; com idade superior a 60 anos e a maioria foram submetidas reparo cirúrgico.

A força dos músculos do assoalho pélvico e as estruturas de sustentação dos órgãos pélvicos são afetadas por vários acontecimentos durante toda a vida da mulher. A gravidez e o parto são situações que influenciam a anatomia e fisiologia materna causando efeito sobre o assoalho pélvico e suas estruturas. Estudos sobre as alterações no hábito intestinal após o parto são escassos, verifica-se um número crescente de estudos que mostram a sua relação com as DGIFs, principalmente com a IA.

Em uma revisão sobre prevalência, fatores de risco obstétricos e IA, Wang et al. (2006) mostram uma prevalência de aproximadamente 2 a 6% para a IA, com associação entre defeitos do esfíncter anal e sintomas de IA; fatores relacionados ao parto estão mais consistentemente associados a um maior risco de IA e incluem: parto à fórceps, 3º e 4º graus de laceração, e duração da segunda fase da do trabalho de parto. Peso fetal de > 4.000 g é também associado com IA.

Em um estudo de coorte prospectivo realizado por Van Brummen et al. (2006) foi verificado o impacto da primeira gravidez e do primeiro parto na defecação para 487 nulíparas, mostrou que a incontinência a gases e fezes, constipação, dor à evacuação presentes no início da gravidez são significativamente preditivos de sintomas após o parto, salvo a IA que é essencialmente relacionada à laceração do esfíncter anal (LEA).

Na Áustria, uma coorte prospectiva com 156 primigestas, 86% submetidas a parto vaginal sem evidência clínica de lesão de 3º grau, avaliadas por meio de questionário e ultra-sonografia (USG), antes e após o parto, identificou 28% de alteração da continência anal após o parto, onde 43% tinham evidências de LEA pela USG; não houve alteração da continência pós-parto para as demais, embora 17% delas mostravam evidências de trauma esfinteriano pela USG (Frudinger et al. 2003).

Baumann et al. (2007) avaliaram os dados de 40923 primíparas, de ampla base de dados na Alemanha para identificar fatores associados com LEA. A regressão logística mostrou episiotomia e parto fórceps mais fortemente associados com LEA. As mulheres com um índice de massa corpórea (IMC) ≥ 30 kg/m², e de fumantes apresentaram significativamente um menor risco de LEA. Anestesia local, pudenda e, peridural reduziram o risco da LEA. Os fatores iatrogênicos mais fortemente associados a LEA em primíparas incluem episiotomia de rotina e parto a fórceps.

Lewis et al. (2008) realizaram um estudo caso-controle para identificar fatores de risco para LEA, em 1066 mulheres de culturas diferentes, onde episiotomia e o uso do fórceps ou vácuo são raramente realizados. O risco da LEA cresceu com aumento da idade materna e com o peso da criança. Multiparidade foi considerado protetor. Hispânicos e indígenas americanos mulheres estavam com risco aumentado de LEA.

A histerectomia é o procedimento cirúrgico ginecológico mais freqüentemente realizado em mulheres adultas, nos países desenvolvidos, com efeitos indesejados na função intestinal no pós-operatório (Altman et al. (2004)

Neste estudo, 9% das mulheres foram submetidas à histerectomia, com manutenção do padrão intestinal normal; com idade superior a 41 anos; e realizadas há menos de dez anos.

Um estudo prospectivo com o objetivo de avaliar a influência de histerectomia na função intestinal, do qual participaram 120 mulheres norte-americanas. As submetidas à histerectomia abdominal apresentaram um risco aumentado para o desenvolvimento de IA leve a moderada no pós-operatório, risco maior quando submetidas também a salpingo-ooforectomia simultânea. Risco aumentado para IA não foram verificadas nas submetidos à histerectomia vaginal (Altman et al., 2004).

Resultados semelhantes foram encontrados na Suécia, em outro estudo que avaliou os efeitos por três anos da histerectomia na função intestinal, junto a 120 mulheres, idade entre 32 e 78 anos, dois filhos em média, 8% em terapia de reposição hormonal; 96% reavaliadas após um ano e 89% após três anos. Histerectomia abdominal foi associada com aumento de sintomas da IA em um ano e três anos de seguimento; histerectomia vaginal, não foi associada ao aumento dos sintomas da IA em um ano, embora se tenha verificado um aumento significativo dos sintomas IA no seguimento de três anos. A análise fatorial de risco indicou correlação entre aquelas que relataram uma história de lesão esfinteriana obstétrica ao aumento do risco de desenvolvimento da IA pós-histerectomia. Não houve aumento significativo nos sintomas de constipação ou dificuldades no esvaziamento retal (Forsgren et al., 2007).

Quanto à retocele, 0,7% das mulheres admitiram o sintoma, principalmente as constipadas; com idade acima de 41 anos e que este vem acontecendo há menos de cinco anos.

A retocele dentre as causas da defecação obstruída é um achado comum e sua contribuição nas alterações do hábito intestinal é complexa e não esclarecida adequadamente, seus sintomas são o esvaziamento incompleto, sensação de pressão retal e sintomas vaginais, sintomas comuns a pacientes constipados (Kahn, Stanton, 1998; Cesar et al., 2008) Estes dados refletem os encontrados em nosso estudo.

Cesar et al. (2008) estudaram 40 pacientes com diagnóstico de defecação obstruída, submetidos exames da fisiologia anorretal,

separados em 2 grupos: portadores e não portadores de retocele. Dezoito pacientes com retocele, e o diagnóstico mais freqüentemente associado foi o anismus. Em relação aos exames foi encontrada diferença significativa apenas na proctografia no ângulo ano retal, demonstrando que a presença de retocele não interferiu nos resultados de exames de fisiologia anal quando comparados com outros constipados, mas esteve associada a outras causas de constipação, como anismus que necessita de outro tipo de tratamento.

Fornell et al. (2004) estudaram a relação entre fatores associados com sintomas de incontinência urinária (IU) e IA e prolapso genital. Foram enviados questionários para 2000 mulheres com 40 anos e acima de 60 anos; 67% responderam ao questionário; a análise multivariada mostrou IU associada com ruptura do esfíncter anal, IMC ≥ 30 kg/m², multiparidade, cirurgia varizes e à idade. Análises univariadas revelaram associações estatisticamente significativas entre IU e incontinência de gases, para fezes líquidas e para fezes sólidas. Sintomas de prolapso foram fortemente associados com IU e IA.

Verifica-se que as doenças anorretais estavam presentes na população estudada, porém os resultados encontrados ficaram abaixo dos apresentados pela literatura, para todas elas houve a manutenção do padrão intestinal normal.

6.3 Fatores de Risco para Incontinência Anal

Neste estudo verificou-se que apenas 2% dos entrevistados foram submetidos à radioterapia (RXT) pélvica, com padrão intestinal normal, predominante para os homens e faixa etária predominante foi de 41 a 50 anos.

Os estudos referentes à RXT tratam principalmente dos seus efeitos, complicações e respectivos tratamentos e do seu impacto na vida daqueles a ela submetidos (Ooi, Tjandra, 1999; Teixeira et al. 2002; Kushwaha et al., 2003; Petersen et al., 2007). Cerca de 75 % dos pacientes irradiados para o tratamento do câncer de próstata desenvolverão sintomas proctológicos, como urgência, dor retal, tenesmo e sangramento (Kotze et al., 2007).

Num estudo prospectivo, realizado por Kushwaha et al. (2003), no Reino Unido, eles investigaram o efeito da RXT pélvica nas funções anorretais juntos a 31 homens (mediana de 70 anos), 28 com carcinoma da próstata e três de bexiga, 25 deles foram estudados após seis meses, havendo aumento da proctite, e da incontinência. A urgência, freqüência evacuatória, dor anorretal, incontinência para gases e fezes líquidas, e modificações no estilo de vida foram significativas após o tratamento.

Estes resultados são semelhantes aos encontrados por Petersen et al. (2007), na Alemanha, que analisaram por meio de revisão de literatura a incidência, os sintomas e o tratamento da IA induzida pela radioterapia (RXT), cujos dados sugerem que a incidência de IA acontece para 1/3 dos pacientes a ela submetidos, decorrente das mudanças nas pressões esfinterianas máxima de repouso e contração, na capacidade e na complacência retal, associados ainda a proctite e a colite.

Os pesquisadores australianos Ooi e Tjandra (1999) revisaram ensaios clínicos controlados sobre as complicações associadas à terapia adjuvante para câncer retal, que incluíram a radioterapia (RXT) e quimioterapia pré e pós-operatória. As complicações agudas da RXT pré-operatória incluem náusea, diarreia, entre outras; a pós-operatória contribui para a constipação (5 a 10%); a RXT pós-operatória está associada com mais complicações do que radioterapia pré-operatória.

Outra situação que pode levar ao comprometimento do hábito intestinal é a presença do Diabetes mellitus, cujos estudos

epidemiológicos também são escassos e são raras as pesquisas dessa natureza publicadas tanto em periódicos nacionais como internacionais. (Celik et al., 2001; Troncon et al., 2001).

Cerca de 6% dos entrevistados neste estudo referiram Diabetes mellitus, com predomínio no padrão intestinal normal e para aqueles com idade acima de 41 anos e principalmente para as mulheres mais idosas.

Dois grupos foram estudados no Brasil por Troncon et al. (2001) com o objetivo de verificar a freqüência de 13 diferentes sintomas digestivos, 153 diabéticos dos tipos I e II e 50 controles sadios; os diabéticos apresentaram 17% de constipação, observada em 12% dos controles, resultados próximos das faixas relatadas em estudos do hemisfério Norte, o que não apóia a hipótese de que fatores inerentes ao meio afetam a ocorrência de queixas digestivas em diabéticos.

Percentuais superiores relacionados a constipação foram encontrados por Celik et al. (2001) num estudo ambulatorial na Turquia, em que compararam a prevalência e a importância da constipação, diarreia, e IA, por meio de questionário, em diabéticos (261) e não diabéticos (309); Dos diabéticos, 56% apresentaram constipação; 8%, diarreia; e 9%, IA, que também foi mais freqüente em pacientes diabéticos, principalmente a gases o que interferia com a vida social do diabético. Sintomas de neuropatias foram correlacionados apenas com o uso de laxantes e esforço, o que pode indicar a presença de mais constipação grave.

No estudo australiano, realizado por Bytzer et al. (2001) para verificar os sintomas gastrointestinais mais freqüentes em 8.657 diabéticos (entre 18 a 101 anos adultos), particularmente com controle glicêmico inadequado; as associações mais fortes foram para IA, disfagia e vômitos. IA foi relatada por 13% dos 423 diabéticos, pelo menos, às vezes, 61% destes com IA, pelo menos, às vezes não referiram quaisquer sintomas de diarreia, o que ocorreu de maneira semelhante para os controles (54%). Um aumento da taxa de prevalência de sintomas foi significativamente associado a piores

níveis de controle glicêmico, mas não com duração da diabetes ou do tipo de tratamento. Os resultados predominantes neste estudo diferem dos de Celik et al. (2001) e Bytzer et al. (2001) onde houve o predomínio da constipação.

Para 15% dos entrevistados as doenças ou distúrbios do sistema nervoso estavam presentes, predominantes para os com padrão intestinal normal, acometendo principalmente mulheres acima de 41 anos. Cerca de 13% dos entrevistados referiram lesão na sua coluna espinhal, com predomínio do padrão intestinal normal e para os homens acima dos 41 anos e para as mulheres na faixa etária acima dos 31 anos. Dos 2.162 entrevistados, apenas 1% relatou a ocorrência de acidente vascular encefálico (AVE), com predominância do padrão intestinal normal e em mulheres na faixa etária de maiores de 60 anos.

A relação entre a doença de Parkinson (DP) e hábito intestinal foi avaliada por Kaye et al. (2006) que mostraram 59% de constipação, 38% com uso de laxantes. Resultados inferiores foram encontrados por Krogh et al. (2008) que avaliaram as repostas de 416 pacientes com DP, a um questionário; 7% apresentaram constipação grave, esvaziamento retal incompleto, necessidade de evacuação assistida e uso de anticoncepcionais orais e laxantes foram relatados com maior frequência pelos pacientes; a gravidade da DP foi associada com evacuação assistida, tentativas frustradas na defecação e esvaziamento retal incompleto e a gravidade da constipação está associada com o tempo desde o diagnóstico e a gravidade da doença.

Campos et al. (2008) realizaram estudo retrospectivo de traumatismo da coluna vertebral, no qual verificaram que 64% tinham entre 20 a 40 anos; 86% homens, 64% tiveram o segmento toracolumbar mais atingido, seguido de 36% cervical; cujas causas foram 40% quedas; 25% acidentes automobilísticos, 23% quedas da laje, ferimentos por arma de fogo (FAF) representaram 7%, mergulho em águas rasas 3% e agressões 2%. Observou-se que nenhum dos traumas referidos pelos entrevistados em nosso estudo, não se relacionam aos citados por Campos et al. (2008).

Furlan e Caliri (2005) descreveram em seu estudo junto a 27 pacientes com traumatismo raquimedular (TRM), as características epidemiológicas, principalmente aquelas relacionadas ao funcionamento intestinal, eram todos homens, entre 18 e 30 anos, 67% solteiros, 48% FAF, 22% acidentes automobilísticos, 15% mergulho em água rasa e queda respectivamente, 50% apresentaram CI e 23% IA; sendo que 32% fazem massagem abdominal para auxiliar na evacuação e 7% fazem extração manual das fezes.

Na Espanha, Vallès et al. (2006) avaliaram os aspectos clínicos, neurológicos e fisiopatológicos do intestino neurogênico em 54 pacientes com TRM completo (56% homens, idade média de 35 anos), com 6 anos em média de evolução. Três padrões neurofisiopatológicos foram observados: *Padrão A*, em lesões acima de T7, 86% constipação e com significativa dificuldade evacuatória, 50% têm pelo menos uma evacuação em 48 horas, 54% levam mais de 60 minutos para evacuar; e IA não muito grave (Wexner, 4,5), que foi relacionado a moderado atraso no tempo de trânsito colônico (TTC), incapacidade de aumentar a pressão intra-abdominal, e ausência de relaxamento anal durante a evacuação; *Padrão B*, presentes em lesões abaixo de T7 e com reflexos sacrais preservados, 50% constipação, com muita dificuldade para evacuar, 54% têm pelo menos uma evacuação em 48 horas, 29% levam mais de 60 minutos para evacuar, IA igual ao padrão A; atraso no TTC consegue aumentar a pressão intra-abdominal, o aumento da resistência anal durante a evacuação, porém o esfíncter anal externo (EAE) contrai quando a pressão intra-abdominal aumenta; *Padrão C*, lesões abaixo de T7 e sem reflexos sacrais, 56% constipação; com menor dificuldade em evacuar e aumento da gravidade da IA (Wexner 7,2); 67% têm pelo menos uma evacuação em 24 horas, 77% levam menos de 30 minutos para evacuar; associada a graves atrasos no TTC, capacidade de aumento pressão intra-abdominal, ausência de resistência anal durante a evacuação.

Harari et al. (2004) realizaram ensaio clínico controlado randomizado para avaliar o tratamento da constipação e IA em pacientes

pós-AVE, 73 casos (63% mulheres, 72±10 anos) e 73 controles, a intervenção usada foi uma avaliação do enfermeiro, com recomendações apresentadas em cartilha educativa, pós-consulta médica; cerca de 72% pacientes referiram frequência evacuatória semanal "normal", em até 6 meses. Aos 12 meses, a intervenção ficou mais suscetível à mudanças, a dieta e ingestão de líquidos para melhora do controle intestinal e da visita ao clínico geral para avaliação do intestino. A prescrição de laxantes e supositórios foi significativamente influenciada 12 meses após o AVE.

Para Khamees et al. (2001) realizaram estudo retrospectivo para avaliar a prevalência e os fatores de risco de incontinência em 123 pacientes com AVE e identificaram prevalência da IA em 20% na admissão e 4% na alta e foi significativamente associada com a idade, afasia, déficit motor grave, grandes e múltiplos infartos, e comorbidade com outras doenças incapacitantes.

Harari et al. (2003) descreveram a prevalência, história natural, associações, e do impacto da IA após AVE, foram selecionados 1563 pacientes com AVE e sem IA. A prevalência de IA foi de 30% (7 a 10 dias), 11% (3 meses), 11% (1 ano), e 15% (3 anos), um terço dos pacientes com IA após três meses ficou continente após um ano; inversamente, 63% incontinentes após 1 ano foram continentes aos três meses. Os fatores de risco modificáveis para IA após três meses de AVE foram drogas constipantes e problemas com o acesso ao banheiro, elevando implicações para o desenvolvimento do tratamento e estratégias de prevenção.

Observa-se que a população estuda apresentou os fatores de risco para IA, num percentual muito inferior ao encontrado na literatura, não se constituindo risco para a mesma, com a manutenção do padrão intestinal e predomínio feminino para as doenças do sistema nervoso e AVE.

7 CONCLUSÕES

Este estudo sobre a avaliação o hábito intestinal em adultos da população geral, residentes na área urbana da cidade de Londrina, no Paraná, possibilitou concluir que:

- Padrão intestinal normal foi predominante, variando entre três evacuações diárias e três semanais, semelhante em ambos os sexos e para todas as faixas etárias, com ausência de esforço evacuatório, eliminação de fezes macias, esvaziamento retal completo, intervalo máximo sem evacuar foi de até dois dias, com reduzido tempo de permanência no banheiro - até 10 minutos – e em posição habitual sentada.
- As doenças anorretais estavam presentes na população, acometeram principalmente as mulheres, porém houve a manutenção do padrão intestinal normal.
- Os fatores de risco predisponentes para incontinência anal apresentaram percentuais baixos para todos os fatores identificados entre os entrevistados, com o predomínio do padrão intestinal normal. Entre as mulheres predominaram as doenças do sistema nervoso e o AVE.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O hábito intestinal varia entre as pessoas, dificultando o estabelecimento de padrões de normalidade, pois não altera apenas entre indivíduos, nos mais diversos momentos de suas vidas, é influenciado também pelos padrões sócio-econômicos culturais, hábitos de vida, doenças e comorbidades, entre outros. Tem um impacto significativo sobre qualidade de vida do indivíduo, afetando as relações pessoais, as rotinas diárias, o desenvolvimento das atividades, quando comprometidos.

Durante o período de coleta de dados, inúmeros entrevistados ficaram surpresos com a riqueza de informações que receberam durante as mesmas, haja vista que para responderem às questões do instrumento, precisavam ser elucidados sobre o assunto e, ao final das mesmas se sentiam esclarecidos sobre os respectivos hábitos intestinais e quais eram os fatores riscos para a sua alteração. Contudo, as questões referentes às manobras manuais para auxiliar as evacuações causaram constrangimento, principalmente para as mulheres idosas.

O instrumento usado para este estudo nos permitiu avaliar aspectos gerais do hábito intestinal da população geral e os fatores de risco potenciais para IA a que estão expostos, porém fatores discutidos em estudos sobre o tema, que interferem neste hábito não foram avaliados, tais como dieta, ingestão de líquidos, atividade física, entre outras. Embora o treinamento tenha uniformizado o padrão de coleta das respostas, o uso de uma escala visual para a opção de escolha da consistência das fezes eliminadas facilitaria a identificação exata da consistência das fezes, entretanto o *BSFS* ainda não está adaptado e validado para a língua portuguesa.

Outro aspecto a ser considerado sobre o instrumento, é o padrão de respostas estabelecido que não só dificultou a escolha da melhor resposta para a questão pelo entrevistado, como para a aplicação dos testes estatísticos, permitindo uma análise mais refinada dos dados. Diante do

exposto, recomenda-se uma reavaliação da estratificação das respostas, por um comitê de especialistas no assunto.

A escassez de publicações de pesquisas, tanto conceituais quanto epidemiológicas, sobre o hábito intestinal normal dificultou a comparação dos achados obtidos neste estudo à luz de outros autores.

Este estudo representa uma contribuição para as pesquisas relacionadas ao hábito intestinal da população geral, utilizando métodos objetivos e específicos para sua avaliação, no qual se procurou estabelecer o hábito intestinal normal desta população e as suas variações, podendo servir de base para novos estudos populacionais no Brasil.

É importante não só o profissional da área de saúde conhecer o padrão intestinal da população brasileira, se faz necessário também a elaboração de planos educativos direcionados para esta população, fazendo com que a mesma tenha acesso a estas informações. Com a implementação de um programa para conscientização, elucidação e acesso ao diagnóstico precoce das alterações intestinais como CI, IA, SII, DII e o CCR, dentre outras, seguramente se teria o benefício da cura destas doenças, refletindo na economia de recursos em saúde para o país.

REFERÊNCIAS

Adibi P, Behzad E, Pirzadeh S, Mohseni M. Bowel habit reference values and abnormalities in young Iranian Healthy Adults. *Dig Dis Sci* 2007; 52 (8): 1810-13.

Aichbichler BW, Wenzl HH, Santa Ana CA, Porter JL, Schiller LR, Fordtran JS. A comparison of stool characteristics fro normal and constipated people. *Dig Dis Sci* 1998; 43 (11): 2353-62.

Altman D, Zetterström J, López A, Pollack J, Nordenstam J, Mellgren A. Effect of Hysterectomy on Bowel Function. *Dis Colon Rectum* 2004; 47: 502–509.

Andrade NA. Doenças anorretais. In: Dani R. *Gastroenterologia essencial*. 2^a Ed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan. 2001. p. 411-426.

Anorectal abscesses. *Dis Colon Rectum* 1998; 41(11):1357-61.

Barber MD, Walters MD, Bump RC. Short forms of two conditions-specific quality-of-life questionnaires for women with pelvic floor disorders (PFDI-20 and PFIQ-7). *Am J Obst Gynecol* 2005; 193: 103-13.

Bassotti G, Bellini M, Pucciani F, Bocchini R, Bove A, Alduini P, et al. An extended assessment of bowel habits in a general population. *World J Gastroenterol* 2004; 10 (5): 713-16.

Baumann P, Hammoud AO, McNeeley SG, DeJose E, Kudish B, Hendrix S. Factors associated with anal sphincter laceration in 40,923 primiparous women. *Int Urogynecol J* 2007; 18: 985–990.

Baxter NN, Rothenberger DA, Lowry AC. Measuring fecal incontinence. *Dis Colon Rectum* 2003; 46(12): 1591-1605.

Bellini M, Alduini P, Bassotti G, Bove A, Bocchini R, Sormani MP, et al. Self-perceived normality in defecations habits. *Dig Liver Dis* 2006; 38 (2): 103-8.

Bharucha AE, Seide BM, Zinsmeister AR, Melton III LJ. Insights into normal and disordered bowel habits from bowel diaries. *Am J Gastroenterol* 2008a; 103 (3): 692-8.

Bharucha AE, Seide BM, Zinsmeister AR, Melton III. Relation of bowel habits to fecal incontinence in women. *Am J Gastroenterol* 2008b; 103 (6): 1470-5.

Bharucha AE, Wald A, Enck P, Rao S. Functional anorectal disorders. *Gastroenterology* 2006; 130 (5): 1510-18.

Bharucha AE, Zinsmeister AR, Locke GR, Seide BM, McKeon K, Schleck CD, Melton III LJ. Prevalence and burden of fecal incontinence: a population-based study in women. *Gastroenterology* 2005; 129 (1): 42-9.

Bliss DZ, Fischer LR, Savik K, Avery M, Mark P. Severity of fecal incontinence in community-living elderly in a health maintenance organization. *Res Nurs Health* 2004; 27: 162-73.

Boreham MK, Richter HE, Kenton KS, Nager CW, Gregory WT, Aronson MP, et al. Anal incontinence in women presenting for gynecologic care: prevalence, risk factors, and impact upon quality life. *Am J Obst Gynecol* 2005; 192: 1637-42.

Borgaonkar MR, Irvine EJ. Quality of life measurement in gastrointestinal and liver disorders. *Gut* 2000; 47: 444-454.

Brasil. Fundação IBGE. 2000. Taxa de analfabetismo. [citado: 15 set 08], Disponível em: <<http://www.londrina.pr.gov.br/cidade/londados.php3>>

Brasil. Fundação IBGE. Anuário estatístico de Brasil: 2000. [citado: 08 jan 2002]. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/estatística/população/censo2000>>

Bytzer P, Talley NJ, Leemon M, Young LJ, Jones MP, Horowitz M. Prevalence of gastrointestinal symptoms associated with diabetes mellitus. *Arch Intern Med.* 2001; 161: 1989-1996.

Campos MC, Ribeiro AT, Listik S, Pereira CAB, Andrade Sobrinho J, Rapoport A. Epidemiologia do traumatismo da coluna vertebral. *Rev. Col. Bras. Cir.* 2008; 35(2): 88-93.

Casey BM, Schaffer JI, Bloon SL, Heartwell SF, McIntire DD, Leveno KJ. Obstetric antecedents for postpartum pelvic floor dysfunction. *Am J Obst Gynecol* 2005; 192: 1655-62.

Casillas S, Hull TL, Zutshi M, Trzcinski R, Bast JF, Xu M. Incontinence after a lateral internal sphincterotomy: are we underestimating it? *Dis Colon Rectum* 2005; 48: 1193–1199.

Celik Af, Osar Z, Damci T, Pamuk ÖN, Pamuk GE, Ilkova H. How important are the disturbances of lower gastrointestinal bowel habits in diabetic outpatients? [Letter to the Editor] *Am J Gastroenterol* 2001; 96: 1314-6.

Cesar MAP, Klug WA, Aguida HAC, Ortiz JÁ, Bin FC, Kapelhuchnik P. A Presença de retoccele interfere nos resultados de exames de fisiologia anal? *Rev bras Coloproct.* 2008; 28(3): 329-333.

Cesar MAP; Jehá MR; Ferretti CEA; Cesar RP; Paula PR; Bassi DG, et al. Avaliação manométrica anal pré e pós-tratamento da fissura anal crônica com nifedipina tópica 0,2%. *Rev bras Coloproct*, 2007; 27(2): 185-189.

Chang L. Review article: epidemiology and quality of life in functional gastrointestinal disorders. *Aliment Pharmacol Ther* 2004; 20 (suppl. 7): 31 – 39.

Chassany O, Marquis P, Scherrer B, Read NW, Finger T, F Bergmann J, et al. Validation of a specific quality of life questionnaire for functional digestive disorders. *Gut* 1999; 44: 527–533.

Chaves DNB, Petroianu AO, Oliveira HM, Capobianco A. Avaliação pós-operatória tardia de pacientes submetidos a esfínterectomia anal interna. Rev. Bras. Coloproctol 2000; 20(3):168-70.

Chen LY, Ho KY, Phua KH. Normal Bowel Habits and Prevalence of Functional Bowel Disorders in Singaporean Adults – Findings from a Community Based Study in Bishan. Singapore Med J 2000; 41(6) : 255-258.

Cochran WG. Amostragem por conglomerado. In: Cochran WG . Técnicas de amostragem. Rio de Janeiro: Ed. Fundo de Cultura 1965. p. 318-65.

Cockell SJ, Oates-Johnson T, Gilmour DT, Vallis TM, Turnbull GK. Postpartum flatal and fecal incontinence quality-of-life scale: a disease-and population-specific measure. Qual Health Res 2003; 13(8): 1132-44.

Connell AM, Hilton C, Irvine G, Lennard-Jones JE, Misiewicz JJ. Variation of bowel habit in two population samples. BMJ 1965; 2: 1095-99.

Cruz GMG, Ferreira RMRS, Neves PM. Doença Hemorroidária – Aspectos Epidemiológicos e Diagnósticos de 9.289 Pacientes Portadores de Doença Hemorroidária. Rev bras Coloproct, 2006a; 26(1): 6-23.

Cruz GMG. Propedêutica da constipação intestinal. In: Cruz GMG. Coloproctologia: propedêutica geral. São Paulo: Revinter; 1999. p. 656-682.

Cruz GMG; Santana JL; Santana SKAA; Ferreira RMRS; Neves PM; Faria MNZ. Doenças Anais Concomitantes à doença Hemorroidária: revisão de 1.122 Pacientes. Rev bras Coloproct, 2006b; 26(3): 369-376.

Dal Corso HM, D'Elia A, De Nardi P, Cavallari F, Favetta U, Pulvirenti D'Urso U, et al. Anal endosonography: a survey of equipment, technique and diagnostic criteria adopted in nine Italian centers. Tech Coloproctol 2007; 11: 26-33.

Dantas RO. Diarréia e constipação intestinal. Medicina, Ribeirão Preto 2004; 37: 262-266.

Davies GJ, Crowder M, Reid B, Dickerson JWT. Bowel function measurements of individuals with different eating patterns. *Gut* 1986; 27 (2): 164-9.

De Lillo AR, Rose S. Functional bowel disorders in the geriatric patient: constipation and fecal impaction, and fecal incontinence. *Am J Gastroenterol* 2000; 95(4): 901-5.

Deutekon M, Terra MP, Dooben AC, Dijkgraaf MGW, Baeten CGMI, Stoker J, Bossuyt PMM. Impact of faecal incontinence severity on health domains. *Colorectal Disease* 2005; 7: 263-9.

Domansky RC, Santos VLCG. Cross-Cultural Adaptation and Validation of the Portuguese Version of the Bowel Function in the Community Instrument. *J Wound Ostomy Continence Nurs* 2007a; 34 (6): 671-677.

Domansky RC, Santos, VLCG. Prevalence of the bowel habits in the general community: a pilot study. 9th ECET Congress Proceeding, 2007b. [Apresentado no 9th ECET Congress; 2007 Jun. 17 – 20; Salzburg, Austria].

Drossman DA, Li Z, Andruzzi E, Temple RD, Talley NJ, Thompson WG, et al. US householder survey of functional gastrointestinal disorders: prevalence, sociodemography, and health impact. *Dig dis sci* 1993; 38(9): 1569-80.

Drossman DA. Introduction. The Rome Foundation and Rome III. *Neurogastroenterol Motil* 2007; 19 (10): 783-6.

Drossman DA. The functional gastrointestinal disorders and the Rome III. *Gastroenterol* 2006; 130 (5): 1377-90.

Ellis CN, Clarck S. Effect of tobacco smoking on advancement flap repair of complex anal fistulas. *Dis Colon Rectum* 2007; 50: 459–463.

Everhard JE, Go VLM, Johannes RS, Fitzsimmons SC, Roth HP, White LR. A longitudinal survey of self reported bowel habits in the United States. *Dig dis sci* 1989; 34(8): 1153-62.

Eypasch E, Williams J I, Wood-Dauphinee S, Ure BM, Schmulling C, Neugebauer E, Troidl H. Gastrointestinal Quality of Life Index: development, validation and application of a new instrument. *Br J Surg* 1995; 82(2): 216-222.

Fischer R. Rome III: The Functional Gastrointestinal Disorders. Print and media reviews [Section Editor]. *Gastroenterology* 2008; 134 (2): 361–364.

Fonseca TG. Modelo para uma criação de ocupações. *Rev. Brasileira de Est. Pedag.* 1967; 48(107): 274-331.

Fornell EU, Wingren G, Kjølhede P. Factors associated with pelvic floor dysfunction with emphasis on urinary and fecal incontinence and genital prolapse: an epidemiological study. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2004; 83: 383-9.

Forsgren C, Zetterström J, López A, Nordenstam J, Anzen B, Altman D. Effects of hysterectomy on bowel function: a three-year, prospective cohort study. *Dis Colon Rectum* 2007; 50: 1139–1145.

Freitas JA; Tacla M. Constipação intestinal e fecaloma. In: Dani R. *Gastroenterologia essencial*. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan; 2001. p.336-344.

Frudinger A, Halligan S, Bartram CI, Spencer J, Kamm MA, Winter R. Assessment of the predictive value of a bowel symptom questionnaire in identifying perianal and anal sphincter trauma after vaginal delivery. *Dis Colon Rectum* 2003; 46: 742–747.

Furlan MLS, Caliri MHL. Complicações do funcionamento intestinal e práticas de autocuidado em pacientes com trauma raquimedular. *Coluna/Columna* 2005; 4 (1): 16-21.

Goode PS, Burgio KL, Halli AD, Jones RW, Richter HE, Redden DT, et al. Prevalence and correlates of fecal incontinence in community-dwelling older adults. *J AM Geriatr Soc* 2005; 53(4): 629-35.

Gourgiotis S, Baratsis S. Rectal prolapse. *Int J Colorectal Dis* 2007; 22: 231–243.

Habr-Gama A. Câncer colorretal – a importância da sua prevenção. [Editorial]. *Arq Gastroenterol* 2005; 42(1): 2-3.

Halder SLS, Locke III GR, Schleck CD, Zinsmeister AR, Melton III LJ, Talley NJ. Natural history of functional gastrointestinal disorders: a 12-year longitudinal population-based study. *Gastroenterology* 2007; 133 (3): 799-807.

Halder SLS, Locke III GR, Talley NJ, Fett SL, Zinsmeister AR, Melton III LJ. Impact of functional gastrointestinal disorders on health-related quality of life: a population-based case-control study. *Aliment Pharmacol Ther* 2004; 19 (3): 233-42.

Hämäläinen KP, Sainio AP. Incidence of fistulas after drainage of acute anorectal abscesses. *Dis Colon Rectum*. 1998; 41(11): 1357-61.

Harari D, Coshall C, Rudd AG, Wolfe CDA. New-onset fecal incontinence after stroke prevalence, natural history, risk factors, and impact. *Stroke* 2003; 34: 144-150.

Harari D, Gurwitz JH, Avorn A, Bohn R, Minaker KL. Bowel habit in relation to age and gender. *Arch Intern Med* 1996; 156 (3): 315-20.

Harari D, Norton C, Lockwood L, Swift C. Treatment of constipation and fecal incontinence in stroke patients: randomized controlled trial. *Stroke* 2004; 35: 2549-55.

Heaton KW, Ghosh S, Braddon FEM. How bad are the symptoms and bowel dysfunction of patients with the irritable bowel function? A prospective, controlled study with emphasis on stool form. *Gut* 1991; 32: 73-79.

Heaton KW, Radvan J, Cripps H, Mountford RA, Braddon FEM, Hughes AO. Defecation frequency and timing, and stool form in the general population: prospective study. *Gut* 1992; 33 (6): 818-24.

Hellinger MD. Anal trauma and foreign bodies. *Surg Clin North Am.* 2002; 82(6):1253-60.

Hulley SB; Newman TB; Cummings SR. Escolhendo os sujeitos: especificações, amostragem e recrutamento. In: Hulley SB, Cummings SR, Browner WS, Grady D, Hearst N, Newman TB. *Delineando a pesquisa clínica: uma abordagem epidemiológica.* 2ª Ed. Porto Alegre: Artmed 2003. p. 43-54

Jha S, Radley S, Shorthouse A. Infected midurethral tape presenting as an ischiorectal abscess. *Int Urogynecol J* 2008; 19: 877–879.

Johannsson HÖ, Graf W, Pålman L. Bowel habits in hemorrhoid patients and normal subjects. *Am J Gastroenterol* 2005; 100: 401-6.

Jorge JMN, Wexner S. Evaluation of functional studies on anorectal diseases. In; Reis Neto JA. *News trends in coloproctology.* Rio de Janeiro: Revinter; 2000. p. 21-44.

Jun DW, Park HY, Lee OY, Lee HL, Yoon BC, Choi HS, et al. A population-based study on bowel habits in a Korean community: prevalence of functional constipation and self-reported constipation. *Dig Dis Sci* 2006 (8): 51:1471-7.

Kahn HM, Stanton SL. Techniques of rectocele repair and their effects on bowel function. *Int Urogynecol J* 1998; 9:37-47.

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

Kaye J, Gage H, Kimber A, Storey L, Trend P. Excess burden of constipation in Parkinson's disease: a pilot study. *Mov Disord* 2006; 21:1270–1273.

Khamees MF, Ivanova MK, Eyadeh AA, Shanthini SJ. Incontinence and its risk factors in 123 patients with stroke in a rehabilitation setting in Kuwait. *Kuwait Med J* 2001, 33 (3): 240-243.

- Klein CH, Bloch KV. Estudos seccionais. In: Medronho RA, Carvalho DM, Block KV, Werneck GL. Epidemiologia. São Paulo: Atheneu; 2003. p. 125-150.
- Kolosi NA, Talley NJ, Boyce PM. Epidemiology and health care seeking in the functional GI disorders: a population-based study. *Am J Gastroenterol* 2002; 97 (9): 2290-99.
- Kotze PG; Martins JF; Sella GV; Rocha JG; Miranda EF. Necrose pelvi-perineal pós-radioterapia para câncer de próstata: relato de caso. *Rev bras Coloproct* 2007; 27(4): 452-455.
- Kovalcik PJ, Peniston RL, Cross GH. Anorectal abscess. *Surg Gynecol Obstet*. 1979; 149:884-886.
- Krogh K, Ostergaard K, Sabroe S, Laurberg S. Clinical aspects of bowel symptoms in Parkinson's disease. *Acta Neurol Scand* 2008; 117: 60–64.
- Kushwaha RS, Hayne D, Vaizey CJ, Wrightham E, Payne H, Boulos PB. Physiologic changes of the anorectum after pelvic radiotherapy for the treatment of prostate and bladder cancer. *Dis Colon Rectum* 2003; 46: 1182–1188.
- Laraia CB. Constipação intestinal. In: Souza, VCT. Coloproctologia. 4ª Ed. Rio de Janeiro: Medsi; 1999. p. 140-5.
- Lewis C, Williams AM, Rogers RG. Postpartum anal sphincter lacerations in a population with minimal exposure to episiotomy and operative vaginal delivery. *Int Urogynecol J* 2008; 19: 41–45.
- Lewis SJ, Heaton KW. Stool form scale as a useful guide to intestinal transit time. *Scand J Gastroenterol* 1997; 32 (9): 920-4.
- Londrina. Decreto nº 31, de 24 de janeiro de 2000. Define as regiões e bairros do perímetro urbano de Londrina. [dados na Internet] [citado: 20 jul. 2002]. Disponível em:<<http://www.londrina.pr.gov.br/planejamento/perfil2001/f.população.php3>>

Londrina. Instituto de Pesquisa e Planejamento Urbano – IPPUL. [citado em 26 fev. 2007]. Disponível em: <<http://www.londrina.pr.gov.br/ippul>>.

Londrina. Perfil de Londrina – 2007. Taxa de alfabetização de adultos. [citado: 15 dez. 08]. Disponível em: <<http://www.londrina.pr.gov.br/perfil>>

Londrina. Perfil de Londrina – 2008. Taxa de alfabetização de adultos. [citado: 15 set. 08]. Disponível em: <http://www.caminhos.ufms.br/matriz_dados/pr/londrina.html>

Longstreth GF, Thompson WG, Chey WD, Houghton LA, Mearin F, Spiller RC. Functional Bowel Disorders. *Gastroenterology* 2006; 130 (5): 1480-91.

Madiba TE, Moodley MM. Anal sphincter reconstruction for incontinence due to non-obstetric sphincter damage. *East Afr Med J.* 2003; 80(11): 585-8.

Madoff RD, Parker SC, Varma MG, Lowry AC. Faecal incontinence in adults. *Lancet* 2004; 364: 621-32.

Maleki D, Camilleri M, Burton DD, Rath-Harvey DM, Oenning L, Pemberton JH, Low PA. Pilot study of pathophysiology of constipation among community diabetics. *Dig Dis Sci* 1998; 43(11): 2373-78.

Martelli H, Devroede G, Arhan P, Duguay C, Dornic C, Faverden C. Some parameters of large bowel motility in normal man. *Gastroenterology* 1978; 75(4): 612-18.

McKinnie V, Swift SE, Wand W, Woodman P, O'Boyle A, Kahn M, et al. The effect of pregnancy and mod of delivery on the prevalence of urinary and fecal incontinence. *Am J Obst Gynecol* 2005; 193: 512-8.

Moreira JPT, Araujo SEA, Oliveira Jr O. Diagnóstico da hemorróida. *Rev Assoc Med Bras* 2007; 53(1): 11-12.

Nakaji S, Tokunaga S, Sakamoto J, Todate M, Shimoyama T, Umeda T, Sugawara K. Relationship between lifestyle factors and defecation in Jananese population. *Eur J Nutr* 2002; 41 (6): 244-48.

-
- Nelson RL. Epidemiology of fecal incontinence. *Gastroenterology* 2004; 126 (1 Suppl): S3-S7.
- Nusbaum L, Natour, Ferraz MB, Goldenberg J. Translation, adaptation and validation of the Roland-Morris Questionnaire – Brazil Rolland-Morris. *Braz J Med Biol Res* 2001; 34(2); 203-10.
- O'Donnell LJD, Virjee J, Heaton KW. Detection of pseudodiarrhea by simple clinical assessment of intestinal transit rate. *BMJ* 1990; 300 (6722): 439-40.
- Oliveira SCM, Pinto-Neto AM, Goés JRN, Conde DM, Santos-Sá D, Costa-Paiva L. Prevalência e fatores associados à constipação intestinal em mulheres na pós-menopausa. *Arq Gastroenterol* 2005; 42(1): 24-9.
- Oliver I, Lacueva FJ, Vicente FP, Arroyo A, Ferrer R, Cansado P, et al. Randomized clinical trial comparing simple drainage of anorectal abscess with and without fistula track treatment. *Int J Colorectal Dis* 2003; 18: 107–110.
- Ooi BS, Tjandra JJ. Morbidities of adjuvant chemotherapy and radiotherapy for resectable rectal cancer. *Dis Colon Rectum* 1999; 42: 403-418.
- Pereira MG. Morbidade. In: Pereira MG. *Epidemiologia: teoria e prática*. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan; 1995. p.76-104.
- Petersen S, Jongen J, Petersen C, Sailer M. Radiation-induced sequelae affecting the continence organ: incidence, pathogenesis, and treatment. *Dis Colon Rectum* 2007; 50: 1466–1474.
- Pinho MS, Ferreira LC, Vasconcelos ECG, Souza Filho NA, Reis MC. Análise da prevalência por sexo e idade nas doenças anorretais freqüentes. *Rev bras coloproct.* 2002; (3): 158-163.
- Quah HM, Tang CL, Eu KW, Chan SYE, Samuel M. Meta-analysis of randomized clinical trials comparing drainage alone vs primary sphincter-cutting procedures for anorectal abscess–fistula. *Int J Colorectal Dis* 2006; 21: 602–609.

Quander CR, Morris MC, Melson J, Bienias JL, Evans DA. Prevalence of and factors associated with fecal incontinence in a large community study of older individuals. *Am J Gastroenterol* 2005; 100: 905-909.

Read DR, Abcarian H. A prospective survey of 474 patients with anorectal abscess. *Dis Colon Rectum*. 1979; 22: 566-568.

Reilly WT; Talley NJ; Pemberton JH; Zinsmeister AR. Validation of questionnaire to assess fecal incontinence and associated risk factors. *Dis Colon Rectum* 2000; 43(2): 146-56.

Riesenman R. Impact On Productivity From Functional Gastrointestinal Disorders Measured By Study. [atualizado 2007 out. 16; citado 28 out 2008]. Disponível em: <<http://www.medicalnewstoday.com/articles/85656.php>>

Rockwood TH. Incontinence severity and QOL scales for fecal incontinence. *Gastroenterology* 2004; 126 (1 Suppl): S106 - 113.

Rome Foundation. About the Rome Foundation. [citado 27 out 2008]. Disponível em: <<http://www.romecriteria.org/about/>>

Ruben BD. Public perceptions of digestive health and disease – survey findings and communications implications. *Pract. Gastroenterol* 1986; 10(2): 35-42.

Saad-Hossne R, Prado RG, Bakonyi-Neto A. Cirurgia ambulatorial em proctologia: análise retrospectiva de 437 casos. *Arq Gastroenterol* 2005; 42(3): 136-8.

Sandler RS, Drossman DA. Bowel habits in young adults not seeking health care. *Dig dis scie* 1987; 32(8): 841-45.

Sanjoaquin MA, Appleby PN, Spencer EA, Key TJ. Nutrition and lifestyle in relation to bowel movement frequency: a cross-seccional study fo 20.630 men and women in EPIC – Oxford. *Public Health Nutr* 2004; 7 (1): 77-83.

Santos JR. JCM. Instrumentação Anal Erótica: Um Problema Médico-Cirúrgico. Rev bras Coloproct, 2007; 27(1): 96-100.

Schnelle JF, Leung FW. Urinary and fecal incontinence in nursing homes. Gastroenterology 2004; 126 (1 Suppl): S41- 47.

Scholz TH, Hetzer FH, Dindo D, Demartines N, Clavien PA, Hahnlose D. Long-term follow-up after combined fissurectomy and Botox injection for chronic anal fissures. Int J Colorectal Dis 2007; 22: 1077–1081.

Sikirov D. Comparision of straining during defecation in three positions: results and implications for human health. Dig Dis Sci 2003; 48(7): 1201-5.

Silveira DX, Vieira AC, Palomo V, Silveira ED. Validade de critério e confiabilidade da versão brasileira da escala de rastreamento para dependência de sexo. Rev Bras Psiquiatr 2000; 22(1): 4-10.

Siproudhis L, Pigot F, Godeberge P, Damon H, Soudan D, Bigard MA. Defecation disorders: a French population survey. Dis Col Rectum 2006; 49 (2): 219-227.

Talley NJ. Functional gastrointestinal disorders as a public health problem. Neurogastroenterol Motil 2008; 20 (suppl.1): S121-9.

Teixeira FV, Pilon B, Marchioni R. Tratamento da retite actínica hemorrágica com o uso de solução de formalina intra-retal: relato de caso. Rev bras Coloproct, 2002; 22(3): 184-189.

Teixeira-Salmela LF, Magalhães LC, Souza AC, Lima MC, Lima RCM, Goulart F. Adaptação do Perfil de Saúde de Nottingham: um instrumento simples de avaliação de qualidade de vida. Cad Saúde Pública 2004; 20(4): 905-14.

Temple LK, Bacik J, Savatta SG, Gottesman L, Paty PB, Weiser MR, et al. The development of a validated instrument to evaluate bowel function after sphincter-preserving surgery for rectal cancer. Dis Colon Rectum 2005; 48(7): 1353-65.

Teunissen TAM, Lagro-Jansen ALM, van den Bosh WJHM, van den Hoogen HJM. Prevalence of urinary, fecal and double incontinence in the elderly living home. *Int Urogynecol J* 2004; 15: 10-13.

Thompson WG, Heaton KM. Functional bowel disorders in apparently healthy people. *Gastroenterology* 1980; 79(2): 283-288.

Tonkin DM, Murphy E, Brooke-Smith M, Hollington P, Rieger N, Hockley S, et al. Perianal abscess: a pilot study comparing packing with nonpacking of the abscess cavity. *Dis Colon Rectum* 2004; 47: 1510–1514.

Torres Neto JR; Souza Jr MCA; Santiago RR; Prudente ACL. Cirurgias colorretais no Hospital Universitário da Universidade Federal de Sergipe: três anos de criação do serviço de coloproctologia (série histórica). *Rev bras Coloproct*, 2008; 28(1): 077-083.

Torres, TZG. Amostragem. In: Medronho, RA; Carvalho, DM; Bloch, KV; Luiz, RR; Werneck, GL. *Epidemiologia*. São Paulo: Ed. Atheneu 2003. p. 283-294.

Troncon LEA, Lopes RP, Simão MN, Iquegami M, Rosa-e-Silva L, Nobre-e-Souza MA, Foss MC. Frequência de sintomas digestivos em pacientes brasileiros com diabetes mellitus. *Rev Assoc Med Bras* 2001; 47(2): 157-64.

Uribe N, Millán M, Minguez M, Ballester C, Asencio F, Sanchiz V, et al. Clinical and manometric results of endorectal advancement flaps for complex anal fistula. *Int J Colorectal Dis* 2007; 22: 259–264.

Valarini R; Campos FGCM. Resultados do Registro Nacional Brasileiro em Vídeo-Cirurgia Colorretal 2007. *Rev bras Coloproct*, 2008; 28(2): 145-155.

Vallès M, Vidal J, Clavé P, Mearin F. Bowel dysfunction in patients with motor complete spinal cord injury: clinical, neurological, and pathophysiological associations. *Am J Gastroenterol* 2006; 101: 2290–2299.

van Brummen HJ, Bruinse HW, van de Pol G, Heintz APM, van der Vaart CH. Defecatory symptoms during and after the first pregnancy: prevalences and associated factors. *Int Urogynecol J* 2006; 17: 224–230.

Viebig RG. The diagnostic in fecal incontinence. [Editorial] *Arq Gastroenterol* 2002; 39(3): 137-8.

Wang A, Guess M, Connell K, Powers K, Lazarou G, Mikail M. Fecal incontinence: a review of prevalence and obstetric risk factors. *Int Urogynecol J* 2006; 17(3): 253–260

Wang JY, Patterson TR, Hart SL, Varma MG. Fecal incontinence: does age matter? characteristics of older vs. younger women presenting for treatment of fecal incontinence. *Dis Colon Rectum* 2008; 51: 426–431.

Yamada BFA, Santos VLGG. Quality of life of individuals of chronic venous ulcers. *Wounds* 2005; 17(7): 178-89.

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

Zutshi M, Hull TL, Bast J, Hammel J. Female bowel function: the real history. *Dis Colon Rectum* 2007; 50(3): 351-58.

APÊNDICE A
Distribuição Populacional de acordo com a região demográfica de
residência, sexo e idade**Quadro 1.** População de Londrina de acordo com a região geográfica de residência, sexo e idade. Londrina, 2005.

Idade Região	18-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	≥ 80	Total
Centro	3692	9198	4580	4984	5717	5911	5643	3957	2877	2625	2298	1792	1190	1259	55723
H	1809	4415	2198	2343	2630	2719	2596	1820	1323	1234	1034	806	512	504	25943
M	1883	4783	2382	2641	3087	3192	3047	2137	1554	1391	1264	986	678	755	29780
Norte	4656	10452	10315	10261	9516	8170	6602	5720	4390	3468	2639	1877	1155	1009	80230
H	2281	5017	4951	4823	4377	3758	3037	2631	2019	1630	1188	845	497	404	37458
M	2375	5435	5364	5438	5139	4412	3565	3089	2371	1838	1451	1032	658	605	42772
Sul	2977	6689	6708	6706	6392	5199	4339	3526	2811	2293	1713	1163	689	650	51855
H	1459	3211	3220	3152	2940	2392	1996	1622	1349	1078	771	523	296	260	24269
M	1518	3478	3488	3554	3452	2807	2343	1904	1462	1215	942	640	393	390	27586
Leste	3350	7525	7249	7293	6889	5756	4925	4064	3193	2625	1979	1388	903	882	58021
H	1641	3612	3480	3428	3169	2648	2265	1869	1469	1234	891	625	388	353	27072
M	1709	3913	3769	3865	3720	3108	2660	2195	1724	1391	1088	763	515	529	30949
Oeste	3512	7944	7213	7402	6995	5911	5111	4236	3359	2804	2011	1535	918	915	59866
H	1721	3813	3462	3479	3218	2719	2351	1949	1545	1318	905	691	395	366	27932
M	1791	4131	3751	3923	3777	3192	2760	2287	1814	1486	1106	844	523	549	31934
TOTAL	18187	41808	36065	36646	35509	30947	26620	21503	16630	13815	10640	7755	4855	4715	305695
H	8911	20068	17311	17225	16334	14236	12245	9891	7705	6494	4789	3490	2088	1887	142674
M	9276	21740	18754	19421	19175	16711	14375	11612	8925	7321	5851	4265	2767	2828	163021

Legenda: H – homem; M – Mulher; Idade – em anos.

APÊNDICE B
Distribuição da amostra de acordo com faixa etária, sexo e a região
demográfica de residência

Quadro 2. Distribuição da amostra de acordo com a faixa etária, sexo e região domiciliar. Londrina, 2005.

Idade	H	M		C(H)	C(M)	N(H)	N(M)	S(H)	S(M)	L(H)	L(M)	O(H)	O(M)	Total/FE	Total/FE
18 -- 19	8911	9276	0,0569	11	11	15	16	10	10	11	11	11	12	119	393
20 -- 24	20068	21740	0,1334	24	26	34	37	22	24	25	27	26	28	274	
25 -- 29	17311	18754	0,115	21	22	30	32	19	21	21	23	22	24	236	476
30 -- 34	17225	19421	0,1191	21	23	30	33	19	21	21	24	22	25	240	
35 -- 39	16334	19175	0,1176	19	23	28	33	18	21	20	24	21	25	232	434
40 -- 44	14236	16711	0,1025	17	20	24	29	16	18	18	21	18	21	202	
45 -- 49	12245	14375	0,0882	15	17	21	25	14	16	15	18	16	18	174	315
50 -- 54	9891	11612	0,0712	12	14	17	20	11	13	12	14	13	15	141	
55 -- 59	7705	8925	0,0547	9	11	13	15	9	10	10	11	10	11	109	199
60 -- 64	6494	7321	0,0449	8	9	11	13	7	8	8	9	8	9	90	
65 -- 69	4789	5851	0,0359	6	7	8	10	5	6	6	7	6	8	70	121
70 -- 74	3490	4265	0,0262	4	5	6	7	4	5	4	5	4	5	51	
75 -- 79	2088	2767	0,017	2	3	4	5	2	3	3	3	3	4	32	63
≥80	1887	2828	0,0173	2	3	3	5	2	3	2	4	2	4	31	
TOTAL	142674	163021	0,9999	170	195	245	280	159	180	177	202	183	209	2000	2000

Legenda: H - homem; M - mulher; C - centro; N - norte; S - sul; L - leste; O - oeste; FE - faixa etária

APÊNDICE C
Carta enviada para o Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de
Enfermagem da Universidade de São Paulo

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM

Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419 - CEP 05403-000
Tel.: PABX (011) 30667544 - Fax: 30667546 - Telex: 80.902
C.P. 41633 CEP 05422-970 São Paulo - SP - Brasil

São Paulo, 03 de outubro de 2005.

Exmo (a) Sr(a)
Presidente do Comitê de Ética em Pesquisa
Universidade de São Paulo

Venho por meio desta, submeter a apreciação deste Comitê o projeto de pesquisa: **Avaliação do Hábito Intestinal e dos Fatores de Risco para Doenças Intestinais na População Geral**, através do instrumento *Habito Intestinal na População Geral* (*Bowel function in the community*), na versão adaptada para a língua portuguesa, com vistas à titulação de doutor em enfermagem, na Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (SP), sob a orientação da Profª Drª Vera Lúcia Conceição Gouveia Santos.

Trata-se de um estudo epidemiológico, de base populacional, que visa o levantamento do hábito intestinal e fatores de risco para doenças intestinais na população geral, utilizando o instrumento acima citado. Para que possa realiza-lo, solicito o parecer deste Comitê, para que possa ser efetuada a coleta dos dados junto aos habitantes da zona urbana, que atendam aos critérios de elegibilidade, do município de Londrina (PR), no decorrer de 2006.

Certo de contar com a colaboração de V. Sª para o desenvolvimento deste importante estudo na área de coloproctologia, colocando-me à disposição para quaisquer esclarecimentos adicionais e despeço-me.

Atenciosamente,

Rita de Cássia Domansky
Doutoranda em Enfermagem

Profª Drª Vera Lúcia C. de G. Santos
Orientadora

APÊNDICE D
Termo de Consentimento de Consentimento Livre e Esclarecido

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM

Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419 - CEP 05403-000
Tel.: PABX (011) 30667544 - Fax: 30667546 - Telex: 80.902
C.P. 41633 CEP 05422-970 São Paulo - SP - Brasil

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu,, declaro que aceito participar da pesquisa que visa a AVALIAÇÃO DO HÁBITO INTESTINAL E DOS FATORES DE RISCO PARA DOENÇAS INTESTINAIS NA POPULAÇÃO GERAL, cujos dados serão coletados através do instrumento *Hábito Intestinal na População Geral*, por meio da técnica de entrevista, desenvolvida pela enfermeira estomaterapeuta, Rita de Cássia Domansky, aluna de doutorado do Programa de Pós-Graduação em Saúde do Adulto, da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

Tal pesquisa tem por objetivo avaliar a função intestinal e fatores de risco para doenças intestinais na população geral e a pesquisadora informou todas as etapas para que o estudo alcance seus objetivos, sendo que também fui informado que posso desistir de participar em qualquer etapa da mesma, sem sofrer algum tipo de penalização. A mesma garantiu sigilo assegurando a minha privacidade quanto aos dados elencados pela pesquisa.

Assinatura do Entrevistador

Assinatura do Entrevistado

Londrina, ____ de _____ de 2008.

Registro **SISNEP** – FR 73.123

Projeto Aprovado sob o **Processo Nº 485/2005**, em 27/10/05.

Telefones para contato: **Comitê de Ética em Pesquisa:** (11) 3066-7548

Pesquisadora: (43) 3325-7805 / (43) 9991-7805

Rita de Cássia Domansky

APÊNDICE E

Instrumento para Coleta de Dados Sócio Demográficos

INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS

Região / Nº Amostra

Nº Questionário _____ / _____

Dados sócio-demográficos

Nome ou Apelido _____ Data ____/____/____ Coletador _____

1. Idade (anos): _____ 2. DN ____/____/____ 3. Cor Pele: (1) branca (2) negra 4. Alfabetizado (1) sim

5. Sexo: (1) masculino (3) mulato (4) amarela (2) não

(2) feminino

(5) Outro _____

6. Anos de Estudo _____ 7. Nível Escolaridade _____

8. Profissão _____ 9. Ocupação _____

10. Situação Conjugal: (1) solteiro

11. Renda Familiar Mensal (salário mínimo): _____

(2) união estável

12. Quantas pessoas dependem da renda familiar: _____

(3) separado/divorciado

(4) viúvo(a)

APÊNDICE F

Classificação das Ocupações

Quadro 1. Ocupação da amostra segundo a classificação das ocupações. Londrina, 2008.

Nível	Característica	Requisito	Ocupações da Amostra
0	Sem ocupação definida	Nenhum	Aposentados, donas de casa, afastados, desempregados e estudantes
1	Cargos de ocupação manual não especializada	Exigem esforço físico mínimo até as que exigem grande esforço físico.	Biscateiro, balconista, contínuo, faxineiro ou zelador, jornalista, lixeiro, lavrador, vigia ou vigilante ou segurança, diarista, babá, servente, entregador, motoboy ou moto taxista, ajudante de entrega, recicladora, coletor de correspondência, movimentador de mercearia, auxiliares sem formação (mecânico, pintor, marcenaria, costura, operador, limpeza, veterinária, lustrador, motorista, depósito, serviços gerais, cozinha), operário, cozeiro, atendentes em geral, garota de programa, embarcador, lavador, movimentador de carga, lavadeira, passadeira e outros
2	Cargos de ocupação manual especializada	Requerem conhecimento completo e detalhado dos processos que intervêm no trabalho, com elevado grau de habilidade manual.	Auxiliar (produção, odontologia, técnico), motorista, taxista, cabeleireiro, esteticista, manicure, massagista, encanador, eletricista, carpinteiro, pedreiro, pintor, azulejista, gesso, serralheiro, frisador, soldador, mecânico, montador, costureiro, doméstica, cozinheira, salgadeira, doceira, padeiro, confeitiro, merendeira, churrasqueiro, pizzaiolo, copeiro, garçom, barmen, camareira, manutenção de computador, encarregado de expedição, serigrafista, produção, funcionário público sem qualificação, operador de máquinas, pescador, auxiliar operacional, encadernador, agente comunitário, cuidadora, agente de vendas, funileiro, vidraceiro, feirante, metalúrgico, jardineiro, gráfico, relojoeiro, torneiro, telefonista, artesão, frentista, cortadeira de fábrica de roupas, auxiliar de estoque, montador, operador de caldeira, plantista, extrusor, armador, agente de endemias, lubrificador, lactarista, caminhoneiro, tapeceiro, instalador de alarmes, maleiro, fiandeira, operador de impressora, repositor, orientador de trânsito, horticultor, colorista, diagramador, ascensorista, maquinista, mestre de obras e outros.
3	Programação e organização do trabalho	Exigido cultura geral, conhecimento técnico e de problemas sociais e de organização	Auxiliar com formação específica (enfermagem, farmácia, laboratório, administrativo, escritório, RH, design), cobrador, caixa, despachante, telefonista, policial, telegrafista, projetista, vendedor, promotor de vendas, representante comercial, bancário, bandeirinha, oficial de manutenção, encarregados em geral, músico, tatuador, atleta, instrutor de auto-escola, bombeiro, corretor de imóveis, comerciário, locutor, inspetor de escola, consultor técnico, coordenador de produção, sindicalista, agente penitenciário, e outros
4	Gerência e técnico de nível médio.	Exigido espírito de observação muito desenvolvido, capacidade de invenção e concentração, capacidade de abstração, tendência pessoal pela pesquisa analítica	Administrador (pequeno), comerciante, gerente, inspetor, supervisor, fiscal, chefe de vendas, chefe de produção, técnicos de formação em nível médio (enfermagem, raios X, eletrônica, laboratório, etc.), Estética e massoterapia (nível superior), comprador, magistério, fotógrafo, manutenção de aeronaves, desenho industrial, controlador de voo, comissário de bordo, corretor de seguros, e outros
5	Profissionais liberais e os com cargos de alta administração	Exigido Nível superior	Superintendente, diretor presidente, piloto, redator, enfermeiro, médico, sociólogo e outras profissões cujo requisito é a conclusão do curso superior

APÊNDICE G

Instrumento para a coleta de dados do Habito Intestinal na População Geral

Habito Intestinal na População Geral

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, 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. 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, frequentemente (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

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)

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 freqüentemente (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. ☐ freqüentemente (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, freqüentemente (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. ☐ freqüentemente (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
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)

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 pelvis? (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)					

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)

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

Freqüência 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 freqüência você teve a sensação ter esvaziado completamente sua bexiga após ter urinado?						
40. No mês passado, com que freqüência você teve que urinar novamente com menos de 2 horas da última micção?						
41. Durante o mês passado, com que freqüência você teve vontade de urinar e teve que esperar pela micção?						
42. Durante o mês passado, com que freqüência você achou difícil segurar a urina?						
43. Durante o mês passado, com que freqüência você teve o jato de urina fraco?						
44. Durante o mês passado, com que freqüência 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

As questões 52 to 56 são para mulheres. Caso seja homem, favor ir para a questão 57

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

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

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		

Por favor, verifique se você respondeu a **TODAS** as 17 questões, cada uma tem um número de 0 a 4 nas colunas “frequência” e “nível de incomodo”. **OBRIGADA.**

ANEXO A

Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM

Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419 - CEP 05403-000

Fone.: 3066-7548 - Fax.: 280-8213

C.P. 41633 - CEP 05422-970 - e-mail.: edipesq@usp.br

São Paulo, 27 de outubro de 2005.

Ilm.^a Sr.^a
Rita de Cássia Domansky

Ref.: Processo nº 485/2005/CEP-EEUSP

Prezada Senhora,

Em atenção à solicitação referente à análise do projeto "AVALIAÇÃO DO HÁBITO INTESTINAL E DOS FATORES DE RISCO PARA DOENÇAS INTESTINAIS NA POPULAÇÃO GERAL", informamos que o mesmo foi considerado aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (CEP/EEUSP).

Analisado sob o aspecto ético-legal, atende às exigências da Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Esclarecemos que após o término da pesquisa, os resultados obtidos deverão ser encaminhados ao CEP/EEUSP, para serem anexados ao processo.

Atenciosamente,

Prof.ª Dr.ª Dulce Maria Rosa Gualda
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa da
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo