

Faculdade Pernambucana de Saúde - FPS

Graduação em Medicina



**PREVALÊNCIA DE INCONTINÊNCIA FECAL E QUALIDADE DE
VIDA EM MULHERES ATENDIDAS PELA ESTRATÉGIA DE SAÚDE
DA FAMÍLIA**

PREVALENCE OF FECAL INCONTINENCE AND QUALITY OF LIFE OF WOMEN
ATTENDED BY FAMILY HEALTH STRATEGY

Recife

2016

PREVALÊNCIA DE INCONTINÊNCIA FECAL E QUALIDADE DE VIDA
EM MULHERES ATENDIDAS PELA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA
FAMÍLIA

Monografia apresentada à Faculdade Pernambucana de Saúde – FPS, como requisito para obtenção do título de Graduação em Ciências Médicas, sob orientação da Profa. Dra. Raquel Kelner.

Sonmi Lee

Estudante de Graduação do 8º período do Curso de Medicina

Faculdade Pernambucana de Saúde (FPS-IMIP)

Endereço: Rua Padre Bernardino Pessoa, Boa Viagem, Recife-PE, CEP: 51350-360

Telefone: 81 99543-7700

Email: sonmi_lee@hotmail.com

Luísa de Andrade Lima Vieira de Melo

Estudante de Graduação do 10º período do Curso de Medicina

Faculdade Pernambucana de Saúde (FPS-IMIP)

Endereço: Rua Laurindo Coelho, Casa Forte, Recife-PE, CEP: 52060-340

Telefone: 81 98801-0691

Email: lu9melo@hotmail.com

Coautora: Camila Bezerra Quariguasi

Estudante de Graduação do 8º período do Curso de Medicina

Faculdade Pernambucana de Saúde (FPS-IMIP)

Endereço: Rua Jorge de Lima, Imbiribeira, Recife-PE, CEP: 51160-070

Telefone: 81 99243-2009

Email: camilaquariguasi@hotmail.com

Orientadora: Raquel Kelner

Médica coloproctologista do IMIP e Hospital Barão de Lucena-PE. Título de especialista em coloproctologia pela Sociedade Brasileira de coloproctologia. Professora tutora da Faculdade de Pernambuco de Saúde-FPS.

Telefone: 81 99737379

Email: rkelnorsilveira@gmail.com

Coorientador: Djalma Agripino de Melo Filho

Médico epidemiologista

Telefone: 81 96627554

E- mail: djalma.melofilho@hotmail.com

RESUMO

Introdução: A incontinência fecal (IF) é um problema comum em mulheres que, quando acometidas por essa condição, sofrem prejuízo físico e psicológico acarretando limitações de estilo de vida. Sua prevalência varia entre 1 e 16% e apesar do grande impacto na saúde geral, há poucos estudos na atenção primária sobre a magnitude do problema e sua relação com a qualidade de vida. **Objetivo:** Determinar a prevalência, fatores associados e o perfil da qualidade de vida de mulheres com incontinência fecal atendidas na atenção primária no Recife. **Método:** Corte transversal com 350 mulheres adultas que responderam aos questionários: sociodemográfico, história clínica, Escore de Wexner, Short Form Health Survey – SF – 36 e Fecal incontinence Quality of Life – FIQL. O X² de Pearson e, quando necessário, o teste exato de Fisher, foram usados para comparar variáveis categóricas. E o teste de Mann-Whitney e o t de Student, para as variáveis contínuas. As correlações entre as variáveis foram avaliadas pelo coeficiente de correlação de Pearson (r). Foram calculadas as OR (odds ratio), brutas e ajustadas, os respectivos intervalos de confiança (95%) e valores de p. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisas da FPS. **Resultados:** A prevalência da incontinência fecal (IF) foi de 6,57%. Após o ajuste de fatores de confusão, por meio de regressão logística, status econômico (p=0,039), gravidez gemelar (p=0,003) e uso de antidepressivo (p=0,019) mantiveram a associação com IF. A média dos escores em seis dos oito domínios e nos dois escores sumários do SF-36 das mulheres com IF foi menor do que a do grupo sem incontinência. **Conclusões:** Nesse sentido, o estudo revelou uma magnitude de IF entre mulheres atendidas na atenção primária que não deve ser negligenciada pela Estratégia da Saúde da Família, pois se mostrou associada a aspectos econômicos, obstétricos influenciando a qualidade de vida.

Palavras chave: incontinência fecal, saúde da mulher, atenção primária em saúde, qualidade de vida.

ABSTRACT

Introduction: Fecal incontinence (FI) is a common problem among women, When affected by that problem, they usually suffer psychology and physical consequences, which affect their daily basis. The disease prevalence is between 1 and 16%. Apart from the high impact on the general health of the patient, there are not many studies on the magnitude of the primary care related to the life quality of the patient. **Objectives:** To determine the prevalence, associated factors and quality of life profile of women with fecal incontinence assisted by primary care in Recife. **Method:** A transversal study was conducted with 350 women over 18 years old who answered to questionnaires: sociodemographic, Wexner, Short Form Health Survey – SF – 36 e Fecal incontinence Quality of Life – FIQL. The Pearson's chi-squared test and, when necessary, the Fisher's test, were used to compare the categorical variables. Mann-Whitney U test and the Student's t test, for the continuous variables. The correlations between the variables were evaluated using the Pearson's correlation coefficient (r). OR (odds ratios), brute and adjusted, their related confidence intervals and p values were calculated. The project was approved by the Ethic Committee in Research of FPS. **Results:** The prevalence of fecal incontinence was 6,57%. After adjusting the cofounding factors, using logistic regression, the economic status (p=0,039), twin pregnancy (p=0,003) and use of antidepressives (p=0,019) were significantly related with FI. The mean scores in six out of eight domains and the two resumed scores of the SF-36 were significantly lower in women with FI when compared to women without incontinence. **Conclusions:** In this sense, the study demonstrated the relevance of the IF in women assisted by the primary care which cannot be neglected by the Primary Attention Strategy, as it is associated to economic status, obstetric care and influences the quality of life.

Keywords: fecal incontinence, women health, primary care, quality of life.

1. INTRODUÇÃO

A incontinência fecal (IF) é definida como a perda involuntária de fezes líquidas, pastosas, sólidas ou flatos, caracterizada pela incapacidade de manter o controle fisiológico do conteúdo intestinal em local e tempo socialmente adequados.^{1,2}

Essa condição tem um significativo impacto no status físico e psicológico dos doentes, uma vez que pode gerar insegurança, perda da autoestima, angústia, depressão, transtornos físicos, mentais e sociais contribuindo para uma piora na sua qualidade de vida.³⁻⁶

As estimativas da prevalência IF oscilam entre 2% e 8,3 % na população adulta, e são ainda maiores em grupos de risco, como mulheres ou pessoas com mais de 60 anos,⁷⁻⁹, uma vez que a incidência da IF aumenta com idade.^{10,11} A prevalência em mulheres, em geral, varia entre 1% e 16 %, o que é explicado pela falta de padronização na definição de caso, escolha da população de estudo e outros aspectos metodológicos. A possibilidade de subestimação da prevalência encontra-se sempre presente nos estudos e uma das explicações se vincula ao fato de as mulheres acometidas sentirem-se envergonhadas ao falar sobre os sintomas.^{8, 12 - 15}

A etiologia específica da IF ainda não foi esclarecida, mas a explicação enfoca o mau funcionamento das estruturas que controlam a defecação, geralmente decorrente de diarreia, trauma das estruturas anatômicas ou danos nos nervos.^{16,17} As lesões do esfíncter anal por causas obstétricas são a causa mais frequente de IF entre as mulheres.^{18,19} Além disso, também pode ser consequência de complicações de procedimentos anorretais, como a esfínterectomia, a fistulotomia, a hemorroidectomia.²⁰

Existe um consenso de que sequelas físicas, demência, diabetes, incontinência urinária, diarreia crônica e multiparidade constituem os mais importantes para a ocorrência de IF¹. Outros fatores de risco, como distopias genitais, histerectomia, diabetes, problemas

neuroológicos, uso de estrógenos e síndrome do intestino irritável^{3, 21}, também foram identificados.

A associação entre obesidade e IF tem sido verificada, o que decorre do aumento das pressões abdominal e pélvica, tanto em repouso quanto em esforço, ocasionando danos ao assoalho pélvico. É importante destacar que alguns desses fatores são evitáveis e/ou modificáveis, como a obesidade, diabetes e síndrome do intestino irritável.³

A incontinência fecal é incapacitante com implicações médico-sociais, incluindo medo, vergonha, isolamento, depressão. A maioria dos pacientes vive em reclusão e planeja sua vida em torno da sintomatologia, o que compromete sua qualidade de vida, levando ao sofrimento e desesperança.^{8, 17, 22 – 25}

Apesar do impacto na qualidade de vida, as mulheres afetadas não compartilham o sofrimento com os médicos. Estudo realizado nos Estados Unidos detectou que apenas 10% das mulheres, diagnosticadas tardiamente com IF, reportaram seus sintomas aos médicos no ano anterior.^{17, 26, 27}

São escassos os estudos com o objetivo de determinar a prevalência de no âmbito da atenção primária, onde primordialmente o diagnóstico deveria ser feito. Isso limita a adoção de estratégias efetivas para seu controle incluindo, por exemplo, a estratégia da busca ativa de casos em populações de maior risco.¹⁶

Diante disso o desconhecimento da magnitude do problema e as implicações na qualidade de vida fazem da IF um importante problema de saúde pública. Nesse sentido, o objetivo deste estudo foi determinar a prevalência, os fatores associados e o perfil da qualidade de vida das mulheres com IF atendidas pela Estratégia de Saúde da Família dos distritos sanitários III e VII do Recife (PE).

2. MÉTODO

População alvo

A população alvo foi constituída por mulheres com 18 e mais anos atendidas pela Estratégia de Saúde da Família dos distritos sanitários III e VII do Recife (PE). A amostra foi composta de 350 mulheres cujo cálculo considerou uma frequência esperada de 12% de incontinência fecal²⁸ com precisão absoluta de 5% e um nível de confiança de 95%. Foram excluídas as mulheres com antecedente pessoal de câncer colorretal, câncer anal e doenças neurológicas assim como as gestantes. O processo de amostragem foi realizado em múltiplos estágios. Os distritos sanitários III e VII foram escolhidos entre os sete que compõem a rede assistencial pública do Recife, uma vez que são os mais representativos da diversidade da condição sociodemográfica e assistencial do município. Posteriormente, sortearam-se 50% das unidades de saúde da família (USFs) desse território, o que resultou em dez unidades: Poço da Panela, Apipucos, Santana, Passarinho baixo, Bola na rede, Alto do Eucalipto, Vila Boa Vista, Alto José do Pinho, Mangabeira, Alto José Bonifácio. Por meio do cadastro das famílias, as mulheres com 18 anos ou mais foram selecionadas de forma aleatória sistemática.

Desenho de estudo e Coleta de dados

Realizou-se, entre agosto de 2014 e agosto de 2016, um estudo transversal cujos dados foram coletados no domicílio, de forma padronizada, pelos pesquisadores. Apenas uma mulher foi selecionada em cada um deles. Após assinarem o termo de consentimento livre e esclarecido, responderam aos instrumentos de coleta de dados: questionário contendo variáveis sociodemográficas e clínicas, o Escore de Wexner, The Medical Outcomes Study 36 – item Short Form Health Survey (SF-36) e Fecal Incontinence Quality of Life (FIQL). As questões foram lidas para as participantes e as respostas foram listadas em uma folha de dados

padronizada. Para evitar o constrangimento e garantir a confidencialidade, esse processo ocorreu em um cômodo privado.

Variáveis

As características gerais foram idade, estado civil, cor da pele referida pela participante, procedência e escolaridade (anos completos de estudo). Para mensurar o nível socioeconômico, foi utilizado o Critério de Classificação Econômica Brasil (CCEB), construído por escores vinculados à posse de bens de consumo e ao grau de instrução do chefe da família. A pontuação varia de 0 a 46 e quanto mais alta, melhor será a situação econômica do indivíduo. Segundo esse critério, oito classes econômicas são formadas: A1, A2, B1, B2, C1, C2, D e E. Os indivíduos em melhor situação estão na A1 e os em pior situação, na E. No estudo, preferiu-se classificar dois grupos de mulheres segundo a mediana observada (=15). Os escores ≤ 15 definiram a situação econômica “mais baixa” e os > 15 , a “mais alta”⁶⁹. O índice de massa corporal (IMC) foi calculado com base no peso e altura autorreferidos. As variáveis sobre hábitos de vida tiveram como base as definições adotadas pelo Vigitel Brasil (2012).⁷⁰ Considerou-se fumante toda mulher que relatou fumar atualmente, independentemente da frequência e intensidade do hábito. No lazer, foi considerada suficiente a prática de pelo menos trinta minutos diários de atividade física de intensidade leve ou moderada por no mínimo cinco dias semanais, ou pelo menos vinte minutos diários de atividade física de intensidade vigorosa por no mínimo três dias semanais. Considerou-se como o uso abusivo de bebida alcoólica o consumo de quatro ou mais doses em uma única ocasião no último mês.

Incontinência fecal. Foram consideradas incontinentes, mulheres que responderam positivamente para a pergunta: você sofreu quaisquer episódio recorrente de perda involuntária de fezes ou flatos nas últimas 4 semanas? ²⁹

A severidade da incontinência fecal foi avaliada através do Escore de Wexner, validado no Brasil³². Essa escala consiste em cinco questões: três sobre incontinência fecal

(perda de fezes sólidas, fezes líquidas e gases), uma questão sobre uso de absorventes e uma questão sobre alterações no estilo de vida. As entrevistadas foram orientadas a responder com qual frequência as questões citadas ocorrem. Para cada pergunta, existem cinco respostas possíveis que fornecem um escore final de zero a vinte. Quanto maior o escore, maior a gravidade dos sintomas e pior a qualidade de vida. Variando de zero (normal) a 20 (completamente incontinente). o escore compreendido entre 1 e 7 pontos remetem a situações de incontinência leve; escore compreendido entre 8 e 13 a situações de incontinência moderada e escore compreendido entre 14 e 20 em situações de incontinência grave.⁵¹

História gestacional, obstétrica e menopausa. Número de partos e desses, quantos vaginais, gravidez gemelar, lacerações, apresentação pélvica, uso de fórceps, parto prolongado, episiotomia, sutura perineal e menopausa.

Qualidade de vida geral. Foi utilizado o Short Form Health Survey (SF-36)⁷¹ instrumento genérico de avaliação de qualidade de vida, já validado no Brasil, não sendo específico para determinada idade, doença ou tratamento. O atual SF-36 é multidimensional formado por 36 quesitos, englobados em oito domínios: capacidade funcional, aspectos físicos, aspectos emocionais, dor, estado geral de saúde, vitalidade, aspectos sociais, saúde mental e mais uma questão de avaliação comparativa entre as condições de saúde atual e a de um ano atrás. Essa ferramenta é composta por oito domínios (capacidade funcional, aspectos físicos, dor corporal, estado geral de saúde, vitalidade, aspectos sociais, aspectos emocionais, saúde mental) e dois escores sumários (saúde física e saúde mental). O escore final varia entre 0 e 100. Zero corresponde ao pior e 100 ao melhor estado geral de saúde.

Qualidade de vida específica para incontinência fecal. Fecal Incontinence Quality of Life (FIQL)⁶⁵ é uma ferramenta com questões específicas de qualidade de vida para pacientes com incontinência fecal. É composto por vinte e nove questões distribuídas em quatro domínios que representam grupos de itens ou questões que abordam o mesmo aspecto referente à

qualidade de vida: domínio um (estilo de vida), composto por dez itens; domínio dois (comportamento), nove itens; domínio três (depressão), sete itens; domínio quatro (constrangimento), três itens.

Comitê de ética. O estudo obteve aprovação pelo comitê de ética em pesquisa da Faculdade Pernambucana de Saúde (CEP-FPS) sob o número de protocolo CAAE: 39264114.8.0000.5569

Análise estatística. Os dados foram duplamente digitados, processados e analisados no programa SPSS 13.0. As inconsistências foram detectadas e corrigidas por meio de consulta aos questionários. Foi calculada a prevalência de incontinência fecal e as proporções de tipo de perda fecal. As variáveis categóricas e as contínuas foram resumidas, respectivamente, em proporções e em médias e desvios-padrão. Para comparar as variáveis categóricas, foi usado o X^2 de Pearson e, quando necessário, o teste exato de Fisher. Utilizou-se o teste de Mann-Whitney para comparar as variáveis contínuas. As correlações entre as variáveis contínuas foram analisadas pelo coeficiente de correlação de Pearson (r) e a significância avaliada pelo t de Student. Para identificar os fatores associados à IF, procedeu-se à realização de uma análise uni e multivariada por meio de regressão logística para controle de fatores de confusão. Foram calculadas as OR (odds ratio), brutas e ajustadas, e os respectivos intervalos de confiança (95%) e valores de p . A probabilidade máxima de erro para rejeição da hipótese nula foi de 5%.

3. RESULTADOS

Durante o estudo, foram selecionadas 367 mulheres que preenchem os critérios de elegibilidade. Dezesete delas se recusaram a participar da pesquisa ou não estavam em casa no momento da coleta, o que, portanto, corresponde a uma perda de 4,63%.

Incontinência fecal

A prevalência geral de IF foi de 6,57% (23/350). A Tabela 1 mostra o tipo e a frequência de escape relatada por essas pacientes. A perda de flatos foi referida por 17 (73,9%) das incontinentes, fezes líquidas por 14 (60,8%) e fezes sólidas por 10 (43,4%) delas. O resultado do escore pela Escala de Wexner variou entre 1 e 14 com valor mediano de 6 pontos (Tabela 2).

Características demográficas, socioeconômicas e clínicas

As mulheres com IF eram mais velhas ($p=0,021$) e tinham status econômico “mais baixo” ($p=0,024$) do que as sem IF. Não houve diferença entre os grupos quanto à raça/cor ($p>0,05$). O grau de instrução mais baixo foi mais frequente no grupo com IF, mas a diferença não foi significativa ($p>0,05$). A média do Índice de Massa Corporal foi semelhante em ambos os grupos ($p>0,05$). A média de partos vaginais ($p=0,006$) e a proporção de partos gemelares ($p=0,003$) e de partos prolongados ($p=0,032$) ou com uso de fórceps ($p=0,004$) foram diferentes nos dois grupos de mulheres com e sem sintomas de IF. As proporções de partos com apresentação pélvica, com lacerações de períneo, com episiotomia ou sutura perineal foram maiores no grupo com IF, mas a diferença não foi significativa ($p>0,05$). A proporção de mulheres em menopausa foi maior no grupo com IF, mas a diferença não foi significativa ($p>0,05$). O uso contínuo de medicamentos foi maior no grupo com IF, mas a diferença não foi significativa ($p>0,05$). O uso de antidepressivos foi maior no grupo com IF ($p=0,006$). Não foram observadas diferenças entre os grupos na prática de sexo anal, na vida e nos últimos seis meses, no consumo abusivo de bebidas alcoólicas, no tabagismo e na prática de atividade física no lazer ($p>0,05$) (Tabela 2)

Incontinência fecal e Qualidade de Vida

Os escores médios de qualidade de vida do SF-36 foram maiores no grupo de mulheres sem IF, embora nos domínios estado geral de saúde, vitalidade e saúde mental, a diferença não tenha sido significativa ($p > 0,05$) (Figura 1). A subescala referente à depressão do FIQL apresentou correlação direta e significativa com todos os domínios do SF-36, exceto os referentes à capacidade funcional, aspectos sociais e saúde mental. A subescala constrangimento do FIQL só apresentou correlação direta e significativa com o domínio vitalidade e aspectos emocionais do SF-36. O domínio comportamento do FIQL está correlacionado de maneira direta e significativa com os aspectos emocionais do SF-36. Não se observaram correlações significativas entre o domínio estilo de vida do FIQL e os domínios do SF-36 (Tabela 4).

Fatores associados à incontinência fecal

Na análise univariada, status econômico “mais baixo” ($p = 0,024$), partos vaginais ($p = 0,011$), gravidez gemelar (0,003), partos prolongados ($p = 0,032$), uso de fórceps (0,019) e uso de antidepressivos ($p = 0,006$) foram fatores associados à incontinência fecal. Após o ajuste de fatores de confusão por meio de regressão logística, apenas o status econômico ($p = 0,039$), gravidez gemelar ($p = 0,003$) e uso de antidepressivo ($p = 0,019$) mantiveram a associação.

4. DISCUSSÃO

A prevalência estimada de IF na população adulta é cerca de 8%^{7,9} e oscila entre 1 e 16% nas mulheres⁸. O valor real é difícil de ser determinado devido ao elevado número de afetados terem dificuldade em revelar seus sintomas e também por depender do delineamento do estudo, critérios diagnósticos e seleção dos sujeitos²⁸. Nós encontramos uma prevalência de 6,57%, em consonância com o intervalo descrito na literatura, uma vez que nossa população alvo é constituída apenas por mulheres, a partir dos 18 anos, não restringindo, assim, apenas às

mulheres menopausadas ou idosas. Se a amostra fosse constituída apenas por mulheres em faixa etária mais elevada, provavelmente a prevalência seria maior, como é descrito em estudos que analisam a relação entre a menopausa¹³ e o aumento da idade^{8,26} com a IF.

Estudo realizado na Espanha com uma amostra de 332 mulheres, acima dos 18 anos, atendidas na atenção primária, mostrou uma prevalência de 12%²⁹. Essa discrepância pode refletir diferenças metodológicas uma vez que o estudo espanhol realizou as entrevistas com pacientes atendidas por demanda espontânea na atenção primária, enquanto nossa investigação utilizou busca ativa em domicílio. Ambos os estudos consideraram perda de flatos como sintomas de IF.

Estudos realizados por Bohle²⁹ e col. e B. Alnaif³⁰ verificaram que a perda de flatos mostrou-se ser mais frequente. Nosso estudo corrobora com isso já que a maioria das participantes com IF relataram esse sintoma.

A severidade da IF é avaliada objetivamente com uso de escores ou escalas. De acordo com Vaizey e col. e Manchio³¹, a Escala de Wexner³² possui ampla utilização devido a sua simplicidade. Em nosso estudo encontramos um escore médio condizente com a literatura cujos dados mostram que a incontinência leve é mais prevalente.⁹ Nesse sentido, verificamos que nenhuma das pacientes com sintomas de IF procurou a atenção primária ou compartilhou dos seus sintomas com a equipe de saúde, o que também constatado por Whitehead³³.

Em alguns estudos, o aumento da idade está associado à IF e isso é enfatizado como um achado importante^{34,35}, porém observa-se neles uma limitação metodológica, não houve ajuste para fatores de confusão. Quando procedemos à análise multivariada, verificamos que não há associação estatisticamente significativa entre idade e IF.

Não se observou associação entre cor ou raça e IF. Essa relação tem sido pouco avaliada na literatura atualmente, mas um estudo epidemiológico realizado nos Estados Unidos³⁶ não

mostrou tal associação. A grande miscigenação racial, em especial no Brasil, torna difícil a interpretação desse dado.

O status econômico “mais baixo” mostrou-se associado à IF em ambas as análises uni e multivariada. Não encontramos na literatura dados que correlacionem condições socioeconômicas e IF. Existe a possibilidade das classes econômicas menos favorecidas muitas vezes não usufruírem de assistência ao parto adequada, culminando em uso inadequado de ocitocina, por exemplo. Agravando, assim, o risco de lesão do períneo nas primíparas, podendo culminar em IF, demonstrado por Baracho e col³⁷.

Muitos fatores de risco para a ocorrência de IF são citados na literatura, embora não haja consenso sobre eles.^{2,3,7,18,21,29} Grande parte da investigação sobre o desenvolvimento da IF em mulheres tem se concentrado na história obstétrica enfatizando-se a relação entre número de partos vaginais, uso de fórceps e a IF³⁸. O dano ao esfíncter relacionado com episiotomia ou perturbações do períneo também tem sido identificado como fator de risco para a ocorrência dessa disordem.^{37,39} Porém o estudo com 2800 mulheres de Bharucha e col. verificou que os fatores obstétricos não têm uma influência significativa. Nossos achados corroboraram com os encontrados por Bharucha e col²⁵. Quando foram controlados os fatores de confusão, por meio da regressão logística, o número de partos vaginais, uso de fórceps, parto prolongado, lacerações e apresentações anômalas não se associaram à IF.

A ausência de associação entre apresentação pélvica e IF no presente estudo pode ter ocorrido devido à baixa incidência de apresentações pélvicas nas gestações a termo⁴⁰, exigindo assim, uma amostra maior no estudo para demonstrar essa possível associação.

Numa recente revisão sistemática, apenas dois estudos reportaram associação significativa entre IF e episiotomia. Em um estudo a IF esteve significativamente associada à episiotomia, porém essa encontrava-se estratificada em grau e tipo, o que não foi proposto pelo

presente estudo.^{32,33} Embora estudos mostrem uma frágil associação, o National Institute of Health alega que a episiotomia é um dos fatores de risco mais modificáveis para a IF.³³

Associação entre lacerações espontâneas e IF é controversa. Sete estudos^{43,44,45,46,47,48,49} não a encontraram. Entretanto, estudos que especificaram os graus de laceração, de terceiro ou quarto grau, detectaram essa associação^{50,51,52,53,54}

Foi encontrado na literatura apenas um estudo que trata da IF e gravidez gemelar⁵⁵. Observou-se uma incidência de IF menor em partos cesáreos. Nosso estudo mostrou uma associação significativa que permanece na análise multivariada.

A IF é claramente uma desordem multifatorial e que o efeito do declínio hormonal durante a menopausa ainda não foi esclarecido⁵⁴ por isso há poucas evidências de que a menopausa seja um fator de risco para a IF.⁹ O presente estudo não identificou a menopausa como fator associado à IF.

A relação entre obesidade e IF ainda não foi bem estabelecida. E apesar de existir estudos demonstrando o aumento da prevalência em obesos^{47,48}, o nosso não encontrou essa relação quando se compararam os IMC.

Apesar dos agentes medicamentosos, especialmente os antidiarreicos, participarem da melhora dos sintomas de IF, no nosso estudo nenhuma das entrevistadas com IF afirmaram utilizar essa classe de medicamento. A única classe que se mostrou associação estatisticamente significativa foi o consumo de antidepressivos. Diante da limitação do desenho de estudo, não podemos confirmar a relação temporal existente entre a IF e o uso de antidepressivos. Uma vez que existe a possibilidade da IF poder provocar depressão, sendo necessário o antidepressivo ou vice versa, não sendo possível explicar a causa-efeito, nesse modelo de estudo. Há estudos que mostram o tratamento empírico da IF com amitriptilina, utilizando-se dos seus efeitos no cólon, reto e esfíncter anal.^{56,57} Isso possibilita que a prevalência da IF possa ter sido

subestimada, já que o uso de amitriptilina é muito comum em nosso meio. Em nosso estudo não foi possível determinar as classes de antidepressivos utilizadas pelas participantes.

De acordo com Nelson e col. , a prática do sexo anal pode aumentar o risco de IF⁵⁸. No presente estudo, não foi demonstrado relação entre sexo anal e IF. Essa relação foi possivelmente subestimada uma vez que as perguntas sobre o tema não possuíram boa aceitação e trouxeram constrangimento para a entrevistada.

Os hábitos de vida como consumo abusivo de bebida alcoólica, tabagismo atual e atividade física suficiente no lazer não mostraram relação com a IF.

Este é o primeiro estudo brasileiro a avaliar o impacto da IF na qualidade de vida das mulheres a partir dos 18 anos na atenção primária. Dados consistentes da literatura⁶⁰⁻⁶³ mostram que a IF reduz a qualidade de vida dos indivíduos acometidos por esta desordem, corroborando com os achados do presente estudo.

Portela e col.⁶³ e Ríos e col.⁶⁴ avaliaram a qualidade de vida de indivíduos incontinentes utilizando os escores sumários do SF-36. Ambos encontraram uma associação significativa entre a IF e a redução na qualidade de vida, achado que também corrobora com nosso estudo e demonstra o impacto negativo da IF nos aspectos sociais, físicos e emocionais das acometidas.

A redução da qualidade de vida em incontinentes pode ser explicada pelo fato dessa desordem afetar física e psicologicamente seus portadores, além de interferir de forma significativa na sua vida diária e bem-estar. As pessoas que têm distúrbios funcionais do aparelho gastrointestinal enfrentam um estigma social de que seus problemas não são reais. Estes rótulos sociais negativos podem afetar a autoestima e a crença na própria capacidade de lidar com situações de vida e levar os indivíduos com estas desordens a esconder sua condição e restringir suas experiências de vida, incluindo lazer, viagens, alimentação, emprego, vida social e vida sexual.⁵⁶ A maioria das pessoas não compreende sua desordem e sofrem de

isolamento social por medo de apresentar sintomas quando estão fora de casa e se sentem frustrados.

O questionário FIQL foi desenvolvido para avaliar a qualidade de vida específica dos incontinentes.⁶⁵ A depressão foi o aspecto mais significativo, corroborando com estudos anteriores.^{29,66,67,68} O presente estudo encontrou uma correlação significativa entre suas subescalas e os domínios e escores sumários do SF – 36, também encontrado em um estudo prévio.²⁹

Além das limitações já citados, pode ter ocorrido o viés de seleção. Embora a coleta tenha ocorrido em domicílio, evitando, assim, a demanda espontânea, a área de coleta foi presumidamente de baixa condição socioeconômica. Isso pode ter influído na mensuração da prevalência do evento investigado. Além disso, embora tenhamos entrevistado cada participante pessoalmente e, portanto, capazes de esclarecer dúvidas a respeito de alguma informação imediatamente durante a entrevista, todos os dados obtidos a partir da história passada foram susceptíveis ao viés de recordação. Em algumas pacientes mais idosas, a obtenção exata de informações sobre a história obstétrica foi especialmente difícil.

5. CONCLUSÃO

Em conclusão, os achados do presente estudo demonstraram que a prevalência de incontinência fecal em mulheres atendidas pela estratégia de saúde da família do Recife tem uma magnitude expressiva. Além disso, o problema está associado a piores escores de qualidade de vida. Além disso nossos dados não sugeriram uma associação de FI com história obstétrica. A associação ocorreu na história gestacional, quando analisamos a gestação gemelar. Estes resultados devem ser confirmados por novos estudos, incluindo amostras maiores de mulheres afetadas. É necessário que seja dada uma atenção especial à ocorrência do problema no âmbito

da atenção primária onde o problema foi estudado. Uma busca ativa de sintomas de IF poderá detectar o problema precocemente e instituir uma terapêutica adequada para as mulheres.

5. REFERÊNCIAS

1- Ebbert, J. Gaining Control Over Fecal Incontinence. *Caring for the Ages*, v. 16, n. 1, p. 15, 2015.

2- Kang, H. et al. Prevalence and Predictive Factors of Fecal Incontinence. *J Neurogastroenterol Motil*, v. 18, n. 1, p. 86-93, 2012.

3- Varma, M. et al. Fecal Incontinence in Females Older Than Aged 40 Years: Who is at Risk?. *Diseases of the Colon & Rectum*, v. 49, n. 6, p. 841-851, 2006.

4- Bartlett, L. Impact of fecal incontinence on quality of life. *World Journal of Gastroenterology*, v. 15, n. 26, p. 3276, 2009.

5- Quintão, M.; Oliveira, S.; Guedes, H. Incontinência fecal: perfil dos idosos residentes na cidade de Rio Piracicaba, MG. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, v. 13, n. 2, p. 191-201, 2010.

6- Ferreira, M. et al. Correlação entre a incompetência esfinteriana anal e a prática de sexo anal em homossexuais do sexo masculino. *Rev bras. colo-proctol.*, v. 30, n. 1, p. 55-60, 2010.

7- Talley, N. Fecal Incontinence in US Adults: Epidemiology and Risk Factors. *Yearbook of Gastroenterology*, v. 2010, p. 43, 2010.

8- Perry, S. Prevalence of faecal incontinence in adults aged 40 years or more living in the community. *Gut*, v. 50, n. 4, p. 480-484, 2002.

9- Pretlove, S. et al. Prevalence of anal incontinence according to age and gender: a systematic review and meta-regression analysis. *International Urogynecology Journal*, v. 17, n. 4, p. 407-417, 2006.

- 10- Aitola, P. et al. Prevalence of faecal incontinence in adults aged 30 years or more in general population. *Colorectal Disease*, v. 12, n. 7, p. 687-691, 2009.
- 11- Ebbert, J. Gaining Control Over Fecal Incontinence. *Caring for the Ages*, v. 16, n. 1, p. 15, 2016.
- 12- Meyer, I.Richter, H. Evidence-Based Update on Treatments of Fecal Incontinence in Women. *Obstetrics and Gynecology Clinics of North America*, v. 43, n. 1, p. 93-119, 2016.
- 13- Wald, A. New Treatments for Fecal Incontinence: Update for the Gastroenterologist. *Clinical Gastroenterology and Hepatology*, v. 12, n. 11, p. 1783-1788, 2014.
- 14- Faltin, D. et al. Prevalence of Anal Incontinence and Other Anorectal Symptoms in Women. *International Urogynecology Journal*, v. 12, n. 2, p. 117-121, 2001.
- 15 - Walter, S. et al. A Population-based Study on Bowel Habits in a Swedish Community: Prevalence of Faecal Incontinence and Constipation. *Scandinavian Journal of Gastroenterology*, v. 37, n. 8, p. 911-916, 2002.
- 16- Rao, S. Diagnosis and Management of Fecal Incontinence. *The American Journal of Gastroenterology*, v. 99, n. 8, p. 1585-1604, 2004.
- 17- Gump, K. Gaining control over fecal incontinence. *MedSurg Nursing*, p. 97. 2016
- 18- Jangö, H. et al. Mode of delivery after obstetric anal sphincter injury and the risk of long-term anal incontinence. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, v. 214, n. 6, p. 733.e1-733.e13, 2016.
- 20- Lindsey I, Jones OM, Smilgin-Humphreys MM, Cunningham C, Mortensen NJ. Patterns of fecal incontinence after anal surgery. *Dis Colon Rectum*. 2004;47:1643-9.
- 21- Oliveira, S. et al. Incontinência fecal em mulheres na pós-menopausa: prevalência, intensidade e fatores associados. *Arq. Gastroenterol.*, v. 43, n. 2, p. 102-106, 2006.
- 22- Chiarioni, G. Neuromodulation for fecal incontinence: An effective surgical intervention. *World Journal of Gastroenterology*, v. 19, n. 41, p. 7048, 2013.

- 23- Heymen, S. Psychological and cognitive variables affecting treatment outcomes for urinary and fecal incontinence. *Gastroenterology*, v. 126, p. S146-S151, 2004.
- 24- Miner, P. Economic and personal impact of fecal and urinary incontinence. *Gastroenterology*, v. 126, p. S8-S13, 2004.
- 25- Rothbarth, J. et al. What is the impact of fecal incontinence on quality of life?. *Diseases of the Colon & Rectum*, v. 44, n. 1, p. 67-71, 2001.
- 26- Bharucha, A. et al. Prevalence and Burden of Fecal Incontinence: A Population-Based Study in Women. *Gastroenterology*, v. 129, n. 1, p. 42-49, 2005.
- 27- Schüssler-Fiorenza Rose, S. et al. Increasing Discussion Rates of Incontinence in Primary Care: A Randomized Controlled Trial. *Journal of Women's Health*, v. 24, n. 11, p. 940-949, 2015
- 28- Nelson, R. Epidemiology of fecal incontinence. *Gastroenterology*, v. 126, p. S3-S7, 2004.
- 29- Bohle, B. et al. Menopause and Obstetric History as Risk Factors for Fecal Incontinence in Women. *Diseases of the Colon & Rectum*, v. 54, n. 8, p. 975-981, 2011.
- 30- Alnaif, B. Drutz, H. The Prevalence of Urinary and Fecal Incontinence in Canadian Secondary School Teenage Girls: Questionnaire Study and Review of the Literature. *International Urogynecology Journal*, v. 12, n. 2, p. 134-138, 2001.
- 31- Wexner, S. Steven D. Wexner. *Diseases of the Colon & Rectum*, v. 55, n. 11, p. 1101-1110, 2012.
- 32- Furtado, M. Adaptação cultural e validação da escala de Wexner em mulheres com incontinência anal na população brasileira.
- 33- Whitehead WE. Diagnosing and managing fecal incontinence: if you don't ask, they won't tell. *Gastroenterology*. v.6, n 129, 2005.

- 34- Botlero R, Bell RJ, Urquhart DM, Davis SR. Prevalence of fecal incontinence and its relationship with urinary incontinence in women living in the community. *Menopause*. v. 18, p.685–689, 2011
- 35-. Melville JL, Katon W, Delaney K, Newton K. Urinary incontinence in US women: a population-based study. *Arch Intern Med*. v. 165, p.537–542, 2005
- 36- Nelson R, Norton N, Cautley E, Furner S. Community-based prevalence of anal incontinence. *JAMA*. V. 274, p. 559-61, 1995.
- 37- Baracho, S. et al. Influência da posição de parto vaginal nas variáveis obstétricas e neonatais de mulheres primíparas. V. 9, 2009
- 38- Oberwalder M, Connor J, Wexner SD. Meta-analysis to determine the incidence of obstetric anal sphincter damage. *Br J Surg*. V. 90, p. 1333–1337, 2003.
- 39- Huebner, M. et al. Fecal incontinence after obstetric anal sphincter injuries. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, v. 121, n. 1, p. 74-77, 2013.
- 40-http://amb.org.br/diretrizes/_DIRETRIZES/cesariana-na-apresentacao-pelvica/files/assets/common/downloads/publication.pdf>. Acesso em: 21 ago. 2016.
- 41- Eason E, Labrecque M, Marcoux S, Mondor M. Anal incontinence after childbirth. *CMAJ*. v.166, p. 326-330, 2002.
- 42- National Institute of Health. NIH state-of-the-science conference statement on prevention of fecal and urinary incontinence in adults. *NIH Consens State Sci Statements*. v. 24, p.1-37, 2007.
- 43- Handa VL, Blomquist JL, McDermott KC, Friedman S, Munoz A. Pelvic floor disorders after vaginal birth: Effect of episiotomy, perineal laceration, and operative birth. *Obstet Gynecol*. v. 119, p. 233- 239, 2012.

- 44- Fenner DE, Genberg B, Brahma P, Marek L, DeLancey JO. Fecal and urinary incontinence after vaginal delivery with anal sphincter disruption in an obstetrics unit in the United States. *Am J Obstet Gynecol.* v. 189, p.1543-1549, 2003.
- 45- Baydock SA, Flood C, Schulz JA, et al. Prevalence and risk factors for urinary and fecal incontinence four months after vaginal delivery. *J Obstet Gynaecol Can.* v. 31, p. 36-41, 2009.
- 46- MacArthur C, Glazener CM, Wilson PD, et al. Obstetric practice and faecal incontinence three months after delivery. *BJOG.* v. 108, p. 678-683, 2001.
- 47- Signorello LB, Harlow BL, Chekos AK, Repke JT. Midline episiotomy and anal incontinence: Retrospective cohort study. *BMJ.* v. 320, n. 7227, p.86-90, 2000.
- 48- Casey BM, Schaffer JI, Bloom SL, Heartwell SF, McIntire DD, Leveno KJ. Obstetric antecedents for postpartum pelvic floor dysfunction. *Am J Obstet Gynecol.* v. 192, n. 5, p.1655-1662, 2005.
- 49- Hall W, McCracken K, Osterweil P, Guise JM. Frequency and predictors for postpartum fecal incontinence. *Amer J Obstet Gynecol.* v. 188, n. 5, p.1205-1207, 2003.
- 50- Kammerer-Doak DN, Wesol AB, Rogers RG, Dominguez CE, Dorin MH. A prospective cohort study of women after primary repair of obstetric anal sphincter laceration. *Am J of Obstet Gynecol.* v. 181, n. 6, p. 1317-1322, 1999.
- 51-.Sundquist JC. Long-term outcome after obstetric injury: A retrospective study. *Acta Obstet Gynecol Scand.* v. 91, n. 6, p. 715- 718, 2012.
- 52- Abramowitz L, Sobhani I, Ganansia R, et al. Are sphincter defects the cause of anal incontinence after vaginal delivery? Results of a prospective study. *Dis Colon Rectum.* v. 43, n. 5, p. 590-596, 2000.
- 53- Samarasekera DN, Bekhit MT, Wright Y, et al. Long-term anal continence and quality of life following postpartum anal sphincter injury. *Colorectal Dis.* v. 10, n. 8, p. 793-799, 2008.

- 54- Lacima G, Pera M, Valls-Sole J, et al. Electrophysiologic studies and clinical findings in females with combined fecal and urinary incontinence: a prospective study. *Dis Colon Rectum*. v. 49, p. 353–359, 2006.
- 55 Cuerva, M. et al. Incontinencia urinaria y fecal postparto en gestación gemelar según vía y tipo de parto. *Ginecol Obstet*. v. 79, n.9, 540-546, 2011.
- 56- J. A. Ritchie. Comparison of various treatment for irritable bowel syndrome. *BMJ*. V. 281, p. 1317–1319, 1980.
- 57- J.T. Farrar The effects of drugs on intestinal motility *Clin Gastroenterol*, v.11, p. 673–681, 1982
- 58- Anal sex linked to increased risk of incontinence in both males, females
- 59- Bordeianou L, Rockwood T, Baxter N et al (2008) Does incontinence severity correlate with quality of life? Prospective analysis of 502 consecutive patients. *Colorectal Dis* 10(3):273–279
- 60- Smith, T. et al. Factors associated with quality of life among women with fecal incontinence. *International Urogynecology Journal*, v. 24, n. 3, p. 493-499, 2012.
- 61- Schüssler-Fiorenza Rose, S. et al. Increasing Discussion Rates of Incontinence in Primary Care: A Randomized Controlled Trial. *Journal of Women's Health*, v. 24, n. 11, p. 940-949, 2015.
- 62-Alimohammadian, M. et al. Suffering in silence: a community-based study of fecal incontinence in women. *International Journal of Colorectal Disease*, v. 29, n. 3, p. 401-406, 2013.
- 63- Walter, S. et al. Association between bowel symptoms, symptom severity, and quality of life in Swedish patients with fecal incontinence. *Scandinavian Journal of Gastroenterology*, v. 46, n. 1, p. 6-12, 2010.

- 64- de Mello Portella, P. et al. Prevalence of and quality of life related to anal incontinence in women with urinary incontinence and pelvic organ prolapse. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, v. 160, n. 2, p. 228-231, 2012.
- 65- Chang L, Toner BB, Fukudo S, Guthrie E, Locke GR, Norton NJ, et al. Gender, Age, Society, Culture, and the Patient's Perspective in the Functional Gastrointestinal Disorders. *Gastroenterology*. v. 130, p.1435–1446, 2006.
- 66- Jennifer L. Mellville, MD, MPH, Ming-Yu Fan, PhD, Katherine Newton, PhD, Dee Fenner, MD. Fecal incontinence in US women: A population-based study. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. v. 193, p.2071–6, 2005.
- 67- Muriel K. Boreham, MD, Holly E. Richter, PhD, MD, Kimberly S. Kenton, MD, Charles W. Nager, MD, W. Thomas Gregory, MD, Michael P. Aronson, MD, Val Y. Vogt, MD, Don D. McIntire, PhD, Joseph I. Schaffer, MD. Anal incontinence in women presenting for gynecologic care: Prevalence, risk factors, and impact upon quality of life. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. v. 192, p.1637–42, 2005
- 68- Gena C. Dunivan, MD; Steve Heymen, PhD; Olafur S. Palsson, PsyD; Michael von Korff, ScD; Marsha J. Turner, MS; Jennifer L. Melville, MD; William E. Whitehead, PhD. Fecal incontinence in primary care: prevalence, diagnosis, and health care utilization. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*. Maio, 2010.
- 69- Critério Brasil - ABEP. Disponível em: <<http://www.abep.org/criterio-brasil>>. Acesso em: 21 ago. 2016.
- 70- <http://www.abeso.org.br/uploads/downloads/74/553a2473e1673.pdf>>. Acesso em: 21 ago. 2016.
- 71- Ciconelli RM, Ferraz MB, Santos W, Mainão I, Quaresma MR. Tradução para língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36). *Rev Bras Reumatol*. 1999; 39 (Suppl 3): 143- 150.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Tabela 1. Composição e frequência de perda de gases e de fezes líquidas ou sólidas em mulheres com diagnóstico de incontinência fecal (n = 23)

Frequência	Composição da perda		
	Gases	Fezes líquidas	Fezes sólidas
Nunca	6(26,1)	9(39,1)	13(56,5)
Raramente	-	5(21,7)	2(8,7)
Algumas vezes	6(26,1)	7(30,4)	8(34,8)
Frequentemente	3(13,0)	2(8,7)	-
Sempre	8 (34,8)	-	-

Nunca = 0; Raramente = < 1 vez/mês; Algumas vezes = < 1 vez/semana, mas > 1 vez/mês; Frequentemente = < 1 vez/dia, mas > 1 vez/semana; Sempre = > 1 vez/dia.

Os dados são números de pacientes com percentuais entre parênteses

Tabela 2. Características demográficas, socioeconômicas e clínicas das mulheres com e sem incontinência fecal.

Variáveis	Com incontinência fecal (n=23)	Sem incontinência fecal (n=327)	p
Características demográficas e socioeconômicas			
Idade (em anos) (média, DP)	55,0(16,7)	46,1(15,8)	0,021 ^a
Analfabeta ou até Fundamental II incompleto	14 (60,9)	133 (40,7)	0,058 ^b
Raça/cor negra ou parda	15(65,2)	220(67,3)	0,839 ^b
Status econômico “mais baixo”^d	17 (73,9)	162 (49,5)	0,024 ^b
Índice de Massa Corporal IMC kg/m² (média, DP)	26,6(5,4)	27,0(5,8)	0,834 ^a
História gestacional, obstétrica e menopausa			
Nº de partos vaginais (média, DP)	2,8(2,3)	1,7(1,9)	0,006 ^a
Nº de partos gemelares	5 (21,7)	12 (3,7)	0,003 ^c
Nº de partos com lacerações de períneo	5(21,7)	31(9,5)	0,074 ^c
Nº de partos com apresentações pélvicas	2(8,7)	5(1,5)	0,071 ^c
Nº de partos com uso de fórceps	4(17,4)	13(4,0)	0,019 ^b
Nº de partos prolongados^f	5(21,7)	24(7,3)	0,032 ^c
Nº de partos com episiotomia	7(30,4)	77 (23,5)	0,455 ^b
Nº de partos com sutura perineal	10(43,5)	94(28,7)	0,135 ^b
Menopausa	13(56,5)	161(49,2)	0,499 ^b
Uso contínuo de medicamentos ^e			
Uso de pelo menos um medicamento	14(60,9)	164(50,2)	0,320 ^b
Analgésicos	1(4,3)	9 (2,8)	0,320 ^b
Antidiarreicos	-	-	-
Anti-hipertensivos	11(47,8)	139(42,5)	0,618 ^b
Antidiabéticos	2(8,7)	51(15,6)	0,550 ^c
Antidepressivos	6(26,1)	22 (6,7)	0,006 ^c
Prática de sexo anal			
Na vida	4(17,4)	80(24,5)	0,443 ^b

Nos últimos seis meses	1(4,3)	34(10,4)	0,715 ^e
Hábitos			
Consumo abusivo de bebidas alcoólicas	3(13,0)	53(16,2)	1,000 ^e
Tabagismo atual	2(8,7)	42(12,8)	0,752 ^e
Atividade física suficiente no lazer	4(17,4)	56(17,1)	1,000 ^e

Os dados são frequências absolutas e percentuais entre parênteses, a menos que seja especificado o contrário.

a Teste de Mann-Whitney

b X² de Pearson

c Teste exato de Fisher

d Escore do Critério de Classificação Econômica Brasil ≤ 15 (mediana do estudo) ABEP. Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa. Critério de Classificação Econômica Brasil (2014). ABEP: São Paulo (SP), 2015.

Disponível em: <http://www.abep.org/criterio-brasil>. Acessado em: 03/06/2016

e Foi considerado uso contínuo, os medicamentos tomados diariamente, independente do tempo de início do uso

f Foram considerados partos prolongados aqueles que excederam 3 horas de duração.

Figura 1. Escores médios de qualidade de vida (IC 95%) segundo domínios do SF-36 em mulheres com incontinência fecal comparadas com mulheres sem incontinência fecal. * p<0,01 ** p<0,05 (Teste t Student)

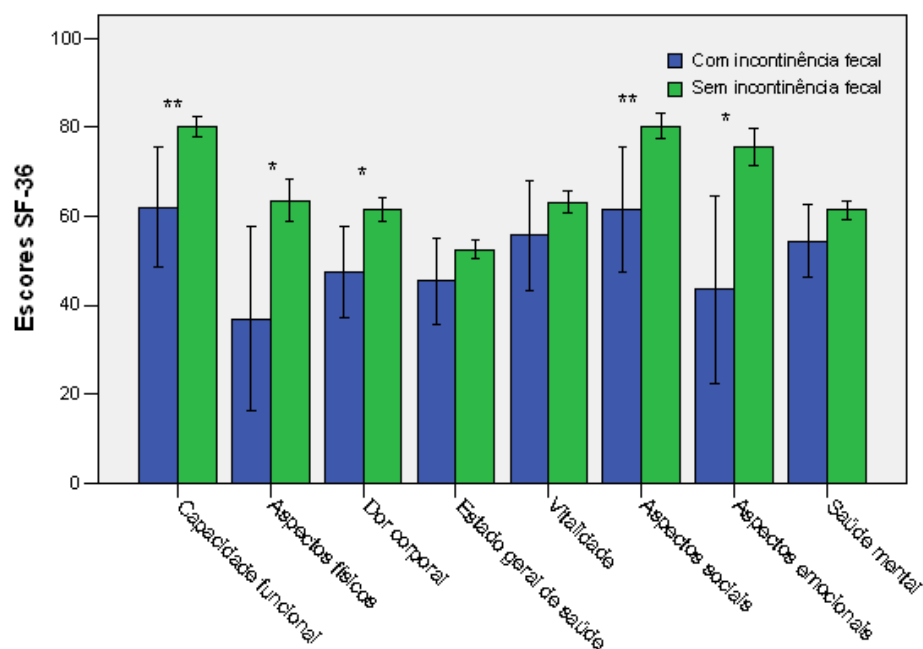


Tabela 3. Análises univariada e multivariada dos fatores associados à incontinência fecal em mulheres

Variável	Sintomas de incontinência fecal		Análise univariada		Análise multivariada	
	Sim	Não	OR(IC95%)	p	OR(IC95%)	p ^c
Idade (anos)						
≥ 60	9	75	2,16(0,90-5,19)	0,079 ^a	1,00(0,34-2,94)	0,994
< 60	14	252	1,00			
Grau de instrução						
≤ Fundamental II incompleto	14	133	2,27(0,95-5,39)	0,058 ^a	0,85 (0,28-2,60)	0,778
≥ Fundamental II completo	9	194	1,00			
Status econômico^d						
“mais baixo” ^e	17	162	2,89(1,11-7,50)	0,024 ^a	3,34(1,06-10,54)	0,039
“mais alto” ^f	6	165	1,00			
Partos vaginais						
Sim	16	138	3,10(1,24-7,73)	0,011 ^a	2,02(0,61-6,70)	0,778
Não	7	187	1,00			
Gravidez gemelar						
Sim	5	12	7,29(2,32-22,9)	0,003 ^b	7,68(2,01-29,39)	0,003
Não	18	315	1,00			
Apresentações pélvicas						
Sim	2	5	6,13(1,12-33,51)	0,071 ^b	2,37(0,27-20,58)	0,433
Não	21	322	1,00			
Parto prolongado						
Sim	5	24	3,51(1,20-10,27)	0,032 ^b	2,26 (0,52-9,77)	0,275
Não	18	303	1,00			
Uso de fórceps						
Sim	4	13	5,09(1,51-17,10)	0,019 ^b	3,34(0,77-14,55)	0,109
Não	19	314	1,00			
Lacerações						
Sim	5	31	2,65(0,92-7,64)	0,074 ^b	2,32 (0,49-10,99)	0,288
Não	18	296	1,00			
Sutura perineal						
Sim	10	94	1,91(0,81-4,50)	0,135 ^a	0,61(0,17-2,25)	0,456
Não	13	233	1,00			
Uso de antidepressivo						
Sim	6	22	4,89(1,75-13,66)	0,006 ^b	4,10(1,26-13,31)	0,019
Não	17	305	1,00			

OR = odds ratio; IC = intervalo de confiança.

a X² de Pearson

b Teste exato de Fisher

c Teste de Wald

d Critério Brasil de classificação econômica

e Escore do Critério Brasil ≤ 15 (mediana do estudo)

f Escore do Critério Brasil > 15 (mediana do estudo)

Tabela 4. Correlação entre o score de saúde geral (SF-36) com o score de saúde específico para incontinência fecal (FIQL) para aqueles com sintomas (n=23)

Subescalas do SF-36	Subescalas do FIQL			
	Estilo de vida	Comportamento	Depressão	Constrangimento
Capacidade funcional	0,414	0,301	0,304	0,365
Aspectos físicos	0,342	0,379	0,456*	0,360
Dor corporal	0,215	0,318	0,437*	0,322
Estado Geral	0,179	0,374	0,525*	0,247
Vitalidade	0,275	0,409	0,602**	0,449*
Aspectos sociais	0,336	0,290	0,321	0,359
Aspectos emocionais	0,391	0,463*	0,554**	0,481*
Saúde mental	0,328	0,281	0,234	0,267

X Questionário curto sobre a saúde

xx Qualidade e vida na incontinência fecal

Os dados são os coeficientes de correlação de Pearson (r) de cada par de variáveis.

*Correlação significativa $p < 0,05$.

**Correlação significativa $p < 0,01$.