

JULIANA MAGALHÃES MACHADO BARBOSA

**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA E DAS
ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO EM IDOSOS COM
INCONTINÊNCIA FECAL**

BELO HORIZONTE

ESCOLA DE EDUCAÇÃO FÍSICA, FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

DEZEMBRO DE 2006

JULIANA MAGALHÃES MACHADO BARBOSA

AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA E DAS ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO EM IDOSOS COM INCONTINÊNCIA FECAL

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação em Ciências da Reabilitação da Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional da Universidade Federal de Minas Gerais como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Ciências da Reabilitação.

Área de concentração: Desempenho funcional humano

Linha de pesquisa: Desempenho motor e funcional humano

Orientadora: Profa. Dra. Rosângela Corrêa Dias

Co-orientadora: Profa. Dra. Leani Souza Máximo Pereira

BELO HORIZONTE

ESCOLA DE EDUCAÇÃO FÍSICA, FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

DEZEMBRO DE 2006

AGRADECIMENTOS

A Deus, que me abençoou em toda a minha vida, principalmente nos momentos mais difíceis e conduziu todas as minhas decisões.

A minha mãe, pelo incentivo, apoio, segurança, por ouvir minhas dúvidas, por acreditar em meus sonhos e por fazer tantas renúncias em meu favor. A meu pai, pelo orgulho com minhas conquistas e interesse em minhas atividades.

Ao Humberto, por me aturar, incentivar, ajudar e partilhar dos meus ideais. Sem você, nada disto seria possível. Com você, tudo isto foi mais fácil. Amo você!

A Mariana, minha florzinha...por me inspirar e fazer acreditar em coisas que eu já havia esquecido. Por ter agüentado minhas ausências e me fazer rir quando parecia impossível. Desculpe filhinha, por tudo que deixei de fazer e dar. Você é a razão da minha vida!

A Dani, por partilhar das minhas dificuldades, me incentivar sempre e ter tanto orgulho de mim, mesmo quando fico tão chata!

A vovó Cida, minha primeira lição sobre gerontologia, minha maior mestra. Aprendi mais com a senhora do que em toda minha vida acadêmica. A dona Acilda, por cuidar da Mariana com tanto carinho enquanto eu estava longe.

A equipe de gerontologia do UNI-BH: sem vocês, eu não teria conseguido. Agradeço pela amizade, por me substituírem sempre que precisei, pelas sugestões preciosas e por entenderem minhas limitações e ausências. É um orgulho fazer parte desta equipe.

A Lívia, pela motivação pessoal e profissional que sempre me inspirou e por ter possibilitado a realização deste mestrado junto com o trabalho que me é tão valioso. Obrigada pela amizade, respeito e consideração.

Ao meu Comitê de Especialistas, Luciana Moreno e Fernanda Saltiel, pela disponibilidade, interesse, dedicação e sugestões pertinentes. É bom contar com colegas e amigas como vocês.

A Josi, pelo apoio na coleta dos dados. Desejo sucesso na fisioterapia e na gerontologia.

Aos Drs. Lacerda e Marcílio, pela ajuda no recrutamento dos pacientes, valorização da fisioterapia e sugestões durante o trabalho.

A Leani, pela amizade e por tudo o que aprendi e continuo aprendendo com você. Pela importante contribuição, disponibilidade e por ser exemplo para mim há muito tempo.

A Rosângela, pela confiança, tranqüilidade, apoio, respeito, paciência e seriedade com que me orientou. Por entender minhas limitações, reconhecer meus esforços, valorizar minhas atitudes e me conduzir com tanto profissionalismo e amizade. Aprendi muito com você, conte sempre comigo e obrigada por tudo!

Obrigada a todos!

RESUMO

A incontinência fecal (IF) é um dos grandes problemas dos idosos e gera conseqüências físicas, sociais, emocionais e econômicas, que podem afetar sua qualidade de vida (QV). A forma de lidar com a IF também pode afetar a QV e a adaptação à doença. O objetivo deste estudo foi avaliar a qualidade de vida e as estratégias de enfrentamento em idosos com IF. Foi realizada pesquisa de corte transversal, com 39 idosos com IF, residentes na comunidade, clinicamente estáveis e sem sinais de comprometimento cognitivo. Os dados foram coletados através de entrevista, utilizando um questionário clínico e demográfico, o *Fecal Incontinence Severity Index* (FISI), a Escala de Depressão Geriátrica (GDS), o *Health Assessment Questionnaire* (HAQ), o *World Health Organization Quality of Life – version abbreviated* (WHOQOL-BREF), o *Fecal Incontinence Quality of Life* (FIQL) e o Inventário de Estratégias de *Coping*. Análise estatística descritiva, testes de *Friedman*, *Wilcoxon*, *Mann-Whitney*, *Kruskal-Wallis* e o Índice de Correlação de *Spearman*, além da *Classification and Regression Tree* (CART), foram utilizados adotando-se níveis de significância de $\alpha=0,05$ e $0,10$. Os participantes tinham média de idade de $71,92 \pm 7,11$ anos, a maioria apresentou rastreio negativo para depressão (61,54%) e independência funcional no HAQ (69,25%). Os escores do FISI foram igualmente distribuídos em quartis. A presença de incontinência urinária foi observada em 69,23% dos participantes e o tipo de IF mais relatado foi a urge-incontinência (74,36%). Apenas 48,72% dos indivíduos com IF já havia feito tratamento para esta condição. O domínio comportamento do FIQL foi o mais afetado pela IF ($p=0,000$) e os domínios resolução de problemas e suporte social foram os mais e menos usados ($p=0,001$) para enfrentar a IF, respectivamente. As variáveis mais fortemente associadas aos escores do FIQL foram idade, nota da GDS, estado civil, gravidade da IF, renda familiar, circunstância da perda, domínios Confronto e Reavaliação Positiva do Inventário de Estratégias de *Coping* e realização de tratamento

para IF. Os resultados confirmam que a IF afeta a qualidade de vida de idosos e que esta medida, assim como as variáveis que podem afetá-la, deve ser incluída em sua avaliação. A utilização de estratégias de enfrentamento baseadas no confronto afeta negativamente a qualidade de vida de idosos com perda fecal.

Descritores: incontinência fecal, idosos, qualidade de vida, estratégias de enfrentamento.

ABSTRACT

Fecal incontinence (FI) is one of the major problems of the elderly which yields to physical, social, emotional and economic consequences that may affect quality of life (QoL). The way the elderly face FI also can affect QoL and adjustment to the condition. The objective of this study was to evaluate QoL and coping strategies in elderly persons with FI. A cross-sectional study was carried out with 39 community-dwelling elderly with FI, clinically stable, and with no signals of cognitive deficits. Data was collected through an interview of clinical and demographic issues along with the Fecal Incontinence Severity Index (FISI), the Geriatric Depression Scale (GDS), the Health Assessment Questionnaire (HAQ), the abbreviated version of the World Health Organization Quality of Life (WHOQOL-BREF), the Fecal Incontinence Quality of Life (FIQL) and the Inventory of Strategies of Coping. Descriptive statistics, tests of Friedman, Wilcoxon, Mann-Whitney, Kruskal-Wallis, the Spearman Correlation Index and the Classification and Regression Tree (CART) were the statistic tests used, adopting a significance level of $\alpha=0.05$ and 0.10 . The mean age of participants was 71.92 ± 7.11 years; the majority presented negative screening for depression (61.54%) and functional independence in the HAQ (69.25%). FISI scores were equally distributed in quartiles. Urinary incontinence was observed in 69.23% of the participants and the most reported type of fecal loss was the urge-incontinence (74.36%). But, 48.72% of the individuals with FI already were submitted for treatment for this condition. The coping domain of FIQL was more affected by FI ($p=0,000$) and problem resolution and social support domains had been more and less used ($p=0,001$) to face FI, respectively. The most strongly associated variables to the FIQL scores were age, GDS score, marital status, FI severity, family income, circumstances of loss, Confrontive and Positive Reappraisal domains of the Inventory of Strategies of Coping and had been on treatment for FI. The results confirm that the condition affects QoL of elderly with FI and

that these outcome measurements, as well as other variable that might affect it, should be a component of the evaluation. The use of confrontive-based strategies negatively affects QoL of elderly persons with fecal loss.

Key words: fecal incontinence, elderly, quality of life, coping.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Gráfico 1 - Comparação das medianas dos domínios do WHOQOL-BREF.....	40
Gráfico 2 - Comparação dos escores das medianas dos domínios do FIQL.....	41
Gráfico 3 - Comparação dos escores das medianas dos domínios do Inventário de Estratégias de <i>Coping</i>	42
Figura 1 - Modelo de classificação das variáveis clínicas e demográficas em relação ao domínio Estilo de Vida do FIQL.....	48
Figura 2 - Modelo de classificação das variáveis clínicas e demográficas em relação ao domínio Comportamento do FIQL.....	49
Figura 3 - Modelo de classificação das variáveis clínicas e demográficas em relação ao domínio Depressão do FIQL.....	50
Figura 4 - Modelo de classificação das variáveis clínicas e demográficas em relação ao domínio Constrangimento do FIQL.....	51

LISTA DE TABELAS

1 -	Informações descritivas sobre as características sócio-demográficas da amostra (n=39).....	36
2 -	Informações descritivas sobre as variáveis pesquisadas na avaliação clínica da amostra.....	37
3 -	Informações descritivas relativas à caracterização da incontinência fecal e dos sintomas proctológicos.....	39
4 -	Associações estatisticamente significativas na análise bivariada entre os domínios dos instrumentos de qualidade de vida e enfrentamento e destes com a GDS, HAQ e FISI.....	44
5 -	Resumo dos resultados da análise das associações entre as variáveis independentes quantitativas e variáveis dependentes qualidade de vida genérica e específica e estratégias de enfrentamento.....	47

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS:

AVDs -	ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIA
AIVDs -	ATIVIDADES INSTRUMENTAIS DE VIDA DIÁRIA
CART -	CLASSIFICATION AND REGRESSION TREES ANALYSES
CIF -	CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE FUNCIONALIDADE, INCAPACIDADE E SAÚDE
FIQL -	FECAL INCONTINENCE QUALITY OF LIFE
FISI -	FECAL INCONTINENCE SEVERITY INDEX
GDS -	ESCALA GERIÁTRICA DE DEPRESSÃO
GIQLI -	GASTROINTESTINAL QUALITY OF LIFE INDEX
HAQ -	HEALTH ASSESSMENT QUESTIONNAIRE
HCL/UFMG -	HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UFMG
IA -	INCONTINÊNCIA ANAL
IF-	INCONTINÊNCIA FECAL
IU -	INCONTINÊNCIA URINÁRIA
IMEG-	INSTITUTO MINEIRO ESPECIALIZADO EM EXAMES GASTROENTEROLÓGICOS
OMS -	ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE
SF-36 -	MEDICAL OUTCOMES SHORT FORM – 36
SF-20 -	MEDICAL OUTCOMES SHORT FORM – 20
SF-12 -	MEDICAL OUTCOMES SHORT FORM – 12
QVRS -	QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE
TCLE -	TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
UFMG -	UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
UNI-BH	CENTRO UNIVERSITÁRIO DE BELO HORIZONTE
WHOQOL -	WORLD HEALTH ORGANIZATION QUALITY OF LIFE
WHOQOL-BREF -	WORLD HEALTH ORGANIZATION QUALITY OF LIFE – VERSION ABREVIATED

SUMÁRIO

1 – INTRODUÇÃO	1
1.1 – Envelhecimento Populacional Brasileiro.....	1
1.2 – Conceito e Conseqüências da Incontinência Anal.....	2
1.3 – Prevalência da Incontinência Fecal.....	2
1.4 – Fisiopatologia da Incontinência Fecal.....	4
1.5 – Diagnóstico e Avaliação Fisioterápica da Incontinência Fecal.....	6
1.5.1 – Avaliação da Qualidade de Vida	7
1.5.2 – Avaliação das Estratégias de Enfrentamento.....	10
1.6 – Justificativa	14
1.7 – Objetivos.....	16
1.7.1 – Objetivos Específicos.....	16
2 – METODOLOGIA.....	17
2.1 – Delineamento.....	17
2.2 – Participantes.....	17
2.3 – Instrumentação.....	20
2.3.1 – Questionário Clínico-Sócio-Demográfico.....	20
2.3.2 – <i>Fecal Incontinence Severity Index (FISI)</i>	21
2.3.3 – Escala de Depressão Geriátrica (GDS).....	22
2.3.4 – Dimensão Física do <i>Health Assessment Questionnaire (HAQ)</i>	22
2.3.5 – Avaliação da Qualidade de Vida.....	23
2.3.5.1 - Questionário Genérico: <i>World Health Organizations Quality of Life – version abbreviated (WHOQOL-BREF)</i>	23
2.3.5.2 – Questionário Específico: <i>Fecal Incontinence Quality of Life (FIQL)</i>	24
2.3.6 – Inventário de Estratégias de <i>Coping</i>	25

2.4 – Procedimentos.....	26
2.5 – Projeto Piloto.....	27
2.6 – Análise Estatística	29
3 – RESULTADOS.....	35
3.1 – Caracterização demográfica, social e clínica dos participantes.....	35
3.2 – Respostas perdidas nas variáveis de desfecho primárias.....	38
3.3 - Efeito da IF na qualidade de vida genérica e específica e estratégias de enfrentamento utilizadas.....	40
3.4 - Associações entre qualidade de vida, enfrentamento e variáveis Demográficas e clínicas: análise bivariada.....	43
3.5 - Associações entre qualidade de vida, enfrentamento e HAQ, GDS e FISI: análise bivariada	45
3.6 - Resultados da análise multivariada não paramétrica através de <i>Recursive Partitioning</i> , utilizando a CART.....	46
4 – DISCUSSÃO.....	52
5 – CONCLUSÃO.....	70
6 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	72
APÊNDICES.....	82
Apêndice A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	82
Apêndice B – Cartilha sobre Incontinência Fecal Distribuída aos Idosos Participantes	85
Apêndice C – Questionário Clínico-Sócio-Demográfico.....	88
ANEXOS.....	90
Anexo A – Mini Exame do Estado Mental.....	90
Anexo B - Parecer e Aprovação da Câmara do Departamento de Fisioterapia	91

– UFMG.....	
Anexo C – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais.....	92
Anexo D - <i>FECAL INCONTINENCE SEVERITY INDEX (FISI)</i> , ESCALA GERIÁTRICA DE DEPRESSÃO (GDS) e <i>HEALT</i> <i>ASSESSMENT QUESTIONNAIRE (HAQ)</i>	93
Anexo E - Questionário Genérico para Avaliação da Qualidade de Vida – WHOQOL-BREF.....	95
Anexo F – Questionário Específico para Avaliação da Qualidade de Vida – FIQL.....	97
Anexo G – Inventário de Estratégias de <i>Coping</i>	99

1 - INTRODUÇÃO

1.1 - Envelhecimento Populacional Brasileiro

O Brasil começou seu processo de envelhecimento populacional a partir de 1960, decorrente de uma associação entre a queda significativa da mortalidade, que vinha acontecendo desde a década de 40 e o rápido declínio da fecundidade. O nível de fecundidade no Brasil continua a cair desestabilizando a pirâmide etária, com estreitamento progressivo de sua base e envelhecimento da população (1). Em 2000, o Brasil possuía 8,6% de sua população composta por pessoas com mais de 60 anos*, representando quase 15 milhões de idosos. As perspectivas indicam que até 2020, o Brasil deverá ter mais de 30 milhões de idosos, que constituirão cerca de 13% da população (2). Essa rápida mudança etária no país gera a necessidade de enfrentamento dos problemas gerados pelas peculiaridades físicas, sociais e econômicas dos mais velhos (3). Sob o aspecto da saúde, os idosos possuem mais doenças, que são normalmente crônicas, usam mais medicamentos, consultam mais médicos e sofrem mais internações hospitalares (1,3). Os comprometimentos típicos desta faixa etária foram agrupados como Síndromes Geriátricas, que compreendem a incontinência, as instabilidades e quedas, a demência, a depressão e a imobilidade (3). A incontinência pode ser subdividida em incontinência urinária (IU) e incontinência fecal (IF) (4). O aumento no número de idosos e a conseqüente necessidade de cuidado especializado colocam o envelhecimento bem sucedido como uma meta a ser atingida em todas as áreas de saber e justificando estudos para a compreensão das condições incapacitantes nesta população, inclusive da IF (1,4).

* Idoso: aquele com idade igual ou superior a 60 anos, conforme critérios da Organização Mundial de Saúde (OMS) para países em desenvolvimento e do Estatuto do Idoso no Brasil (2).

1.2 - Conceito e Conseqüências da Incontinência Anal

A IF é definida como a perda involuntária de fezes, em qualquer momento da vida após a aprendizagem do uso do banheiro (5). Também pode ser caracterizada como a incapacidade para manter o controle fisiológico do conteúdo intestinal em local e tempo socialmente adequados (6,7). O termo incontinência anal (IA) é utilizado para englobar tanto a perda involuntária de material fecal quanto de gases (8).

A incontinência é uma condição grave tanto para o paciente quanto para seus cuidadores (4,5,9). Embora não aumente significativamente a mortalidade, a IF pode trazer conseqüências físicas, incluindo lesões de pele, infecções urinárias, alterações nutricionais e inatividade física; significativos custos econômicos, referentes ao uso de proteção, diagnóstico, cuidados especializados, reabilitação e medicamentos e; mudanças psicossociais, relacionadas à perda de independência, isolamento social e impacto emocional (4,7,8,9,10,11,12,13,14,15). Todas essas conseqüências podem afetar a vida diária, a saúde geral e a qualidade de vida de pacientes incontinentes (8,10,15,16,17). Entre os idosos, a incontinência é apontada ainda como a segunda causa mais comum de institucionalização (10,16,18).

1.3 - Prevalência da incontinência fecal

A prevalência da IF é variável e pode ser bem maior que a descrita na literatura (5). O problema pode ser sub-relatado porque os pacientes são relutantes em mencionar esta condição aos profissionais de saúde, tanto pelo constrangimento quanto pelo desconhecimento das possibilidades terapêuticas (4,9,10,17). Em estudo realizado no Reino Unido (4), 54% dos idosos com IF nunca tinham relatado este problema aos seus médicos e só 14,6% dos adultos incontinentes de uma cidade australiana procuraram o médico por este motivo (7). A prevalência depende ainda da utilização do conceito de IF ou IA, considerando a frequência mínima e duração da perda para inclusão nos estudos

(7,14,17). Jorge & Wexner (14) e Teunissen *et al.* (16) usaram como referência a perda fecal com frequência superior a duas vezes por mês; Perry *et al.* (12) consideraram qualquer perda, em qualquer quantidade; Kalantar *et al.* (7) e Nelson *et al.* (17) registraram apenas as perdas de fezes nos últimos 12 meses e na ausência de doenças agudas. No estudo de Johanson & Lafferty (19), em 881 adultos americanos que procuraram o clínico geral ou um gastroenterologista, a prevalência foi de 2,7; 4,5 e 7,1% quando considerando episódios de incontinência ocorrendo uma vez por mês, semanal ou diariamente, respectivamente. Em idosos, o sub-relato pode estar associado ainda à percepção de que a IF é resultado do processo de envelhecimento e de que nada poderia ser feito para evitá-la ou tratá-la (9,10).

Para a população em geral, Johanson & Lafferty (19) relataram que 18,4% dos pacientes adultos que procuraram um médico já tiveram IF e que 10% destes restringiram suas atividades devido a esta condição. Kalantar *et al.* (7) encontraram uma prevalência da IF de 11,2% na população de uma cidade australiana, sendo 55% do sexo feminino, com média de idade de 53 anos. Estes autores encontraram associação significativa entre IF e idade dos participantes ($p=0,003$; $\chi^2=11,75$). Nelson *et al.* (17) em um estudo com pessoas da comunidade de uma cidade americana, relataram que 2,2% da população geral tinham incontinência a gases, líquidos ou fezes. Deste total, 30% eram idosos e 63% eram mulheres, sendo a idade e o sexo apontados pela literatura como fortemente relacionados com a ocorrência de IA.

Entre os idosos institucionalizados e hospitalizados, a ocorrência da IF pode atingir 17 e 47%, respectivamente (5). Na população brasileira, estudo realizado no Ambulatório de Geriatria do Hospital das Clínicas de São Paulo, encontrou prevalência de 10,9%, sem distinção significativa entre os sexos (9). Com relação à prevalência da IF entre os idosos residentes na comunidade, os resultados dos estudos também variam. Perry *et al.* (12), relataram que a ocorrência da IF aumentava com o aumento da idade, atingindo 2% dos

idosos com mais de 80 anos. Stenzelius *et al.* (20) encontraram relato de perda fecal em 16,9% dos idosos com mais de 75 anos e Kok *et al.* (18), relataram que a prevalência de IF entre idosos residentes em uma cidade holandesa, era de 4,2% entre 65 e 84 anos e 16,9% nos que tinham mais de 85 anos. Em idosos comunitários no Reino Unido, Edwards & Jones (4) encontraram uma prevalência de 3% da IF e forte correlação entre a perda fecal, a idade e o sexo feminino.

Quando ocorrem simultaneamente IF e IU, tem-se uma condição denominada incontinência dupla (9,16). Edwards & Jones (4) encontraram 1% dos 2818 idosos comunitários entrevistados apresentando relato de incontinência dupla e Meschia *et al.* (21) relataram que 24% das 881 mulheres com incontinência urinária participantes da pesquisa também tinham IA. Teunissen *et al.* (16), em um estudo com 5748 idosos residentes na comunidade encontraram prevalência de 6% para a IF e 3% para a incontinência dupla, sendo que estes valores aumentaram com o aumento da idade em homens e mulheres.

1.4 - Fisiopatologia da incontinência fecal

A manutenção da continência anal depende do funcionamento normal do intestino, especialmente do reto e ânus e, dos músculos do assoalho pélvico, que incluem os esfíncteres anais interno e externo e o músculo elevador do ânus (5,6,14). O reto funciona como um reservatório do conteúdo fecal, sendo que sua distensão desencadeia um relaxamento reflexo do esfíncter anal interno e a passagem de uma parte deste conteúdo para o canal anal, mecanismo conhecido como reflexo retoanal inibitório. A mucosa ricamente inervada da parede anal permite a percepção da presença e da consistência do conteúdo fecal, através do reflexo de amostragem. O desejo de adiar a defecação é então concretizado através da contração voluntária dos músculos esfíncter externo e elevador do ânus, que permitem o retorno do bolo fecal ao reto e seu armazenamento. O sistema

nervoso autônomo media a contração tônica do esfíncter anal interno durante a continência e seu relaxamento durante a defecação, através do controle simpático e parassimpático, respectivamente. Os músculos estriados do assoalho pélvico são controlados pelo sistema nervoso somático através do nervo pudendo. Além do controle reflexo medular, os estímulos podem ascender pela coluna lateral até o córtex motor parassagital, tornando-se conscientes e sendo afetados pela ação do lobo frontal e suas conexões (5,14,22,23). A manutenção da continência sofre influência ainda das oscilações emocionais, decorrente da ação dos sistemas límbico e nervoso autônomo sobre os mecanismos de controle da defecação e das variações dos hormônios sexuais que influenciam o trofismo e a vascularização dos músculos estriados (23,24).

Portanto, a continência depende do controle neurológico, hormonal e emocional, bem como do volume e consistência das fezes, do tempo de trânsito colônico, da sensação anorretal e da complacência retal (5,6,11,14,22). Desta forma, uma série de diferentes condições pode afetar os mecanismos citados acima: mudança na consistência das fezes, decorrente, por exemplo, do abuso de laxativos e de doenças inflamatórias do intestino; redução da complacência retal, incluindo a retirada cirúrgica, neoplasias e doenças do colágeno; alterações da sensibilidade anal, como na *tabes* dorsal e nas neuropatias periféricas; comprometimento do controle neurológico central, como nos acidentes vasculares encefálicos e nas demências e; anormalidades no mecanismo esfinteriano, decorrentes de lesões obstétricas, desordens neurológicas desmielinizantes e doenças inflamatórias (4,5,14,23,24).

Com o envelhecimento ocorre degeneração do esfíncter anal interno, que pode causar redução progressiva das pressões de repouso (5,14). Também pode ocorrer redução da complacência retal, da sensibilidade anal e atrofia muscular do assoalho pélvico associadas ao aumento da idade (14,22). Esta última acarreta redução das pressões de contração e se associa ao descenso perineal e ao aumento da latência do

nervo pudendo (14,22). A presença de impactação fecal, comum nos idosos, pode afetar a sensação anal e a complacência retal, além de causar laceração muscular e incontinência por transbordamento (5,22). A IF em idosos poderia estar associada ainda aos comprometimentos cognitivos e físicos, que podem dificultar o acesso e a localização do banheiro, causar desinibição social e incapacidade de evacuar sozinho (22).

A IF pode ser classificada em incontinência sensorial ou motora. Na incontinência sensorial ocorre perda fecal sem a percepção do paciente, enquanto na incontinência motora, o paciente percebe o desejo para evacuar mas não consegue impedir a perda (23,24). Quanto à classificação pelo tipo de material perdido, a incontinência pode ser para fezes líquidas, pastosas ou sólidas e para flatus (19,23).

1.5 - Diagnóstico e Avaliação Fisioterápica da Incontinência Fecal

A avaliação e o diagnóstico da IF incluem a avaliação clínica, constituída pelos sinais, sintomas e exame físico, além dos exames complementares, incluindo a manometria anorretal, a retossigmoidoscopia, a defecografia, a eletromiografia anorretal, a ultra-sonografia endoanal e a latência motora terminal do nervo pudendo (5,6,24).

O exame físico é dividido em inspeção, palpação e testes especiais e busca identificar anormalidades estruturais nos mecanismos de controle da defecação, como por exemplo, prolapsos, hemorróidas, cicatrizes, fibroses, impactação, sinais de hipoestrogenismo, além de indicações de anormalidades neurológicas. Inclui também a avaliação da capacidade de locomoção e posicionamento para defecar e das condições da musculatura pélvica estriada, tais como força, resistência, elasticidade e tonicidade muscular (5).

A história clínica é geralmente focada nos sinais e sintomas que caracterizam o funcionamento intestinal, tais como: frequência e duração das perdas e das evacuações, consistência das fezes, presença de urgência, diarreia, flatulência e constipação e uso de

proteção. Inclui ainda um relato da história cirúrgica e de doenças em outros sistemas que podem se relacionar com a ocorrência de incontinência, uso de medicações, hábitos alimentares, avaliação do estado mental e emocional (5,14). Para uma melhor avaliação da IA, vários autores têm proposto um sistema de quantificação, que considere a intensidade e a frequência da perda, através de uma graduação numérica da gravidade (12,14,25,26). Esta avaliação permite a comparação da efetividade das propostas terapêuticas e entre pacientes, grupos e tipos de tratamento. As escalas *Continence Grading Scale* ou Índice da Incontinência Anal e *Fecal Incontinence Severity Index* (FISI) são as mais utilizadas nos ensaios clínicos (8,13,14,25,27).

1.5.1 - Avaliação da Qualidade de Vida

O construto qualidade de vida foi definido pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como “a percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”, tendo sido reconhecido como importante para a tomada de decisões clínicas, aprovação de novas intervenções, avaliação de programas e alocação de recursos (28). Este construto é caracterizado pela subjetividade, multidimensionalidade e bipolaridade (29,30,31).

Nos últimos anos, o resultado das intervenções passou a ser avaliado considerando também a percepção dos pacientes em relação a seu bem-estar e expectativas, inclusive nos aspectos físico, social, emocional e ocupacional (8,29,32). A avaliação da qualidade de vida tem sido discutida e apontada como um indicativo ético, profissional e econômico da otimização do diagnóstico e da eficiência do tratamento (15,28,29,30,32,33). Neste contexto, a utilização da avaliação de qualidade de vida nos aspectos que são relacionados ou afetados pela presença de doenças ou de tratamentos, passou a ser denominada qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS) (31,33). Para a

OMS, a avaliação da QVRS é essencial para a promoção e o cuidado de saúde em uma concepção holística, em que o bem-estar do paciente é o objetivo principal (28). Este conceito é apontado como um conjunto de medidas dos níveis da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), proposta pela OMS (33).

Rockwood (6) discute a diferença da visão que o clínico e o paciente têm da IF. Para o primeiro, o foco é a função esfíncteriana e os resultados no controle da mesma, sendo estes divididos em primários (fisiológicos e comportamentais) e secundários (afetivos, sociais e cognitivos). Para o paciente, diversos aspectos da sua vida são influenciados pela disfunção esfíncteriana e medir este ponto de vista pode favorecer a busca de resultados centrados no paciente. Para avaliar a QVRS, torna-se necessária a disponibilidade de medidas quantificáveis e reproduzíveis do impacto funcional, emocional e social da doença avaliada (27,34). Instrumentos genéricos e específicos de avaliação da qualidade de vida têm sido citados na literatura (6,15,30,35). Os questionários genéricos podem favorecer uma melhor comparação entre diferentes doenças, populações ou grupos, mas podem ser menos sensíveis para detectar mudanças menores ou mais específicas (6,15,36). Os instrumentos específicos permitem avaliar particularmente o impacto da IF nos aspectos que podem ser mais influenciados por ela e, portanto, que podem demonstrar mudanças mais significativas (6,36). A combinação dos dois tipos de instrumentos pode favorecer uma avaliação de diferentes aspectos da qualidade de vida (27).

Duas escalas têm sido mais frequentemente citadas nos estudos para avaliação da QVRS de indivíduos com IF: o *Gastrointestinal Quality of Life Index (GIQLI)* (37) e o *Fecal Incontinence Quality of Life (FIQL)* (15). A primeira avalia a QVRS de pacientes com doença gastrointestinal, independente do acometimento ou do órgão envolvido, sendo apontado por alguns autores como um instrumento intermediário entre os genéricos e os específicos (27). Não foram encontrados estudos publicados sobre sua validação e

adaptação para uso no Brasil. Já o FIQL, indicado pela *American Society of Colon e Rectum Surgery*, foi desenvolvido para avaliar a QVRS de adultos com IF e foi validado para a população brasileira por Yusuf *et al.* (8).

Os instrumentos específicos para avaliação da QVRS em indivíduos com IF consideram que o efeito dessa condição na qualidade de vida é semelhante em diferentes populações. Com relação à IF, as expectativas, experiências e estilo de vida são diferentes entre uma jovem mãe e um homem idoso. Dessa forma, o enfrentamento e o efeito desta disfunção na qualidade de vida das diversas faixas etárias devem ser pesquisados. Diante do exposto, os instrumentos propostos para medir a IF precisam ser sensíveis às necessidades do grupo estudado (6). Não foram encontrados, na literatura consultada, instrumentos validados para a avaliação da qualidade de vida de idosos com IF. O contínuo desenvolvimento e refinamento de instrumentos específicos de avaliação da QVRS incluem desenvolver novos instrumentos para avaliar populações específicas ou construir módulos diferenciados de acordo com a população (6).

Em 2001, Rothbarth *et al.* (13) avaliaram 35 mulheres com IF decorrente de trauma obstétrico, com média de idade de 54 anos, através do GIQLI, do *Short Form – 20* (SF-20) e do Índice da Incontinência Anal. Os autores encontraram valores significativamente menores no GIQLI e no SF-20 que os valores de referência para a população em geral, indicando impacto da incontinência na qualidade de vida destas pessoas. No Brasil, Santos & Silva (38), aplicaram a Escala de Qualidade de Vida de Flanagan em 41 pacientes com IA e relataram efeito desta condição sobre a QVRS, especialmente no domínio relações com outras pessoas. Estes autores encontraram correlação significativa entre o escore de QVRS e a idade, a renda familiar, o sexo e o arranjo familiar.

O efeito da IF sobre a qualidade de vida dos idosos tem sido pouco investigado na literatura. O'Keefe *et al.* (39) observaram que a presença de outras doenças crônicas não influenciou o efeito da IF sobre os escores de QVRS. Nos idosos incontinentes, os

escores de qualidade de vida poderiam sofrer a influência de fatores associados à própria incontinência, tais como gravidade, frequência e uso de proteção ou de fatores mais gerais, como uso de medicamentos, doenças associadas, atividades realizadas e suporte social. Entretanto, nem o efeito da IF sobre a qualidade de vida de idosos, nem os fatores associados a este efeito estão claramente definidos na literatura.

Chang (40) propõe um modelo conceitual de como as desordens gastrointestinais podem afetar a QVRS. De acordo com o autor, variáveis relacionadas à doença, principalmente a gravidade dos sintomas, presença de dor e urgência são somados ao impacto psicossocial da mesma para determinar como a qualidade de vida será afetada. Os fatores psicossociais podem incluir: efeitos adversos da vida anteriores à doença, estresse na vida atual, características psicológicas, estratégias de enfrentamento e falta de apoio social. Esta interação poderia ser afetada ainda por sintomas extra-intestinais, como a fadiga.

Com base nos estudos revisados, os seguintes fatores poderiam se relacionar com a qualidade de vida de idosos ou adultos incontinentes fecais:

Fatores sócio-demográficos:

- ❖ **Sexo:** Embora sejam sugeridos diferentes mecanismos fisiopatológicos para a ocorrência de IF em homens e mulheres, não há consenso se há diferença na gravidade dos sintomas entre os dois sexos.^{3,28}
- ❖ **Idade:** PERRY *et al* (2002) documentaram que a IF foi mais prevalente e mais grave entre os idosos e infere que ela poderia ter um importante impacto na qualidade de vida deste grupo.¹⁰
- ❖ **Nível educacional:** a educação foi indicada como um importante fator na predição das medidas genéricas e específicas de qualidade de vida em idosos com incontinência urinária.⁴⁵

- ❖ **Emprego e condições de trabalho:** O status de trabalho poderia ser afetado pela IF e exercer efeito sobre a QVRS.
- ❖ **Arranjo familiar:** Indivíduos jovens com incontinência continuam vivendo sós, mas idosos incontinentes tendem a viver com outras pessoas, provavelmente não só em função da incontinência, mas do aumento da dependência e incapacidade, com necessidade de maior suporte informal.^{21,31}

Fatores Clínicos:

- ❖ **Diarréia:** A consistência das fezes também poderia afetar de forma diversa os portadores.^{1,27,39}
- ❖ **Constipação Intestinal:** A presença de constipação pode precipitar ou agravar a IF, pelas lesões que pode causar na musculatura perineal e no nervo pudendo. Apesar disto, LOPES *et al* não encontraram correlação significativa entre constipação intestinal e a ocorrência de IF, embora os idosos incontinentes utilizassem significativamente mais laxativos que continentes.³⁹
- ❖ **Gravidade dos sintomas:** ROCKWOOD *et al* (1999) ponderam que embora a gravidade possa se relacionar à qualidade de vida, o mesmo nível de gravidade pode afetar os pacientes de formas diferentes, dependendo de uma série de fatores, não mencionados pelo autor.²⁹
- ❖ **Tempo de duração dos sintomas:** DAMON *et al* (2003) encontraram forte correlação entre os escores no GIQLI e a duração da desordem funcional.
- ❖ **Condições de saúde:** Nenhum dos estudos revisados analisa se a associação entre a IF e a pobre condição de saúde ou a presença de incapacidade tem efeito sobre os escores de qualidade de vida.
- ❖ **Ansiedade e depressão:** A depressão pode estar associada ao comportamento regressivo que a incontinência representa e ao isolamento social, enquanto a ansiedade poderia decorrer da ocorrência inesperada da perda ou da incerteza com o tratamento.⁶

- ❖ **Incontinência urinária:** A perda urinária tem efeitos negativos nas atividades de vida diária, nas relações sociais, nas emoções e no bem-estar físico dos idosos.⁴⁵
- ❖ **Atividade sexual:** A inibição psicológica e a necessidade de manejo da incontinência durante o ato sexual poderia afetar a sexualidade destes pacientes.⁶
- ❖ **Resultados da manometria anorretal:** DAMON *et al* (2004) não encontraram correlação entre nenhuma das variáveis manométricas e os escores no GIQLI em 79 pacientes com IF.³

1.5.2 – Avaliação das Estratégias de Enfrentamento

Qualquer mudança na vida gera algum nível de estresse, cujos efeitos podem ser positivos, quando melhoram o desempenho da pessoa ou negativos, quando ameaçam a capacidade do indivíduo no ambiente. A reação às mudanças varia de pessoa para pessoa e até no mesmo indivíduo, conforme o período de vida. As habilidades desenvolvidas para lidar com as situações de estresse e se adaptar a elas são denominadas estratégias de enfrentamento, em inglês *coping*. Elas são definidas como esforços cognitivos ou comportamentais intencionais para controlar (vencer, tolerar ou reduzir) demandas internas ou externas específicas que são avaliadas como excedendo ou fatigando os recursos da pessoa (14,43,44,45,46).

A escolha da estratégia de enfrentamento depende do repertório individual, de experiências anteriores, do agente estressor e do contexto, incluindo o gênero, as condições de saúde, o tipo e a condição de controle do estressor, as crenças, as habilidades para solucionar problemas, o relacionamento conjugal, as habilidades e suporte social e os recursos materiais (43,44). Dependendo da qualidade e da disponibilidade destes recursos, o indivíduo torna-se mais vulnerável ou mais resistente aos efeitos adversos do estresse (44).

De acordo com a Teoria de Estresse e Enfrentamento (46,47), o enfrentamento pode ser centrado no problema, com a função de controlar ou alterar o problema causador do estresse, através de seu manejo ou modificação ou centrado na emoção, para adequar a resposta emocional ao problema, normalmente quando a condição não pode ser modificada (14,43,44,45,46,48). O primeiro pode ser direcionado externa ou internamente, como a resolução de conflitos interpessoais e um pedido de ajuda a terceiros ou a solução de problemas e planejamento. O enfrentamento centrado na emoção pode usar estratégias somáticas ou emocionais, como uso de cigarros ou tranqüilizantes, assistir televisão ou praticar atividade física (14,44,46). As duas formas de enfrentamento podem estar inter-relacionadas, já que uma estratégia pode ter efeitos indiretos na outra, ocorrendo em uma relação dinâmica e recíproca (45).

Outra classificação tem sido citada: o enfrentamento focado na aproximação ou no afastamento (*approach x avoidance*), cada um deles subdivididos em cognitivo ou comportamental. A aproximação refere-se a um enfrentamento ativo do agente estressor no sentido de alterá-lo ou eliminá-lo, enquanto o afastamento utiliza estratégias para evitar ou ignorar o problema (49). O componente cognitivo do enfrentamento é definido como um esforço para mudar a percepção de um evento e o componente comportamental é considerado como qualquer tentativa de alterar a situação. A aproximação cognitiva consiste em estratégias de atenção usadas para reestruturar o problema de uma forma mais favorável; já no afastamento cognitivo as estratégias refletem tentativas de minimização do evento estressante. A aproximação comportamental inclui as estratégias desenvolvidas para uma ação concreta visando atingir diretamente a situação e o afastamento comportamental estratégias para buscar alternativas que favoreçam a aceitação da situação (49).

Há diferentes formas de identificar e medir o enfrentamento, dentre elas, as medidas do estilo de enfrentamento, que se referem principalmente à personalidade e

maneira típica de cada indivíduo lidar com o estresse e as medidas das estratégias de enfrentamento, que visam compreender o que as pessoas fazem ou pensam em situações estressantes (14,48).

É importante discutir ainda os desfechos decorrentes da estratégia de enfrentamento (49). Uma meta apontada por Pucheu *et al.* (50) para a pesquisa das estratégias de enfrentamento de uma doença é identificar quais os mecanismos de enfrentamento geram melhor convivência ou resolução de um problema específico. De acordo com Roesch & Weiner (49), mudanças nos indicadores de saúde somática ou psicológica podem resultar da forma de enfrentamento adotada, sendo citados: a redução do estresse emocional, refletido em medidas de depressão ou estresse; a resolução do conflito ou situação estressante; o funcionamento social normal; a redução das reações psicológicas ou bioquímicas; o retorno às atividades pré-estresse e; a manutenção de uma auto-avaliação positiva. Alguns autores têm demonstrado que atitudes que favorecem uma melhor aderência ao tratamento ou desfechos mais favoráveis em doenças específicas podem ser consideradas estratégias de enfrentamento mais adaptativas (50). Determinadas estratégias de enfrentamento podem também mediar a relação estressor-doença, favorecendo o controle ou o agravamento da doença, o que segundo Roesch & Weiner (49) reforça a importância da avaliação destas estratégias em diferentes doenças. Em pacientes com câncer, determinadas estratégias de enfrentamento favorecem uma redução da morbidade e da mortalidade relacionada à doença, após ajustamento com outras variáveis (51).

A relação entre qualidade de vida e enfrentamento, é discutida por Xavier *et al.* (52), que consideram que a qualidade de vida depende da interpretação emocional que o indivíduo dá aos fatos e eventos. No campo da saúde física, esta relação se refletiria na grande variabilidade com que as pessoas lidam com suas capacidades de enfrentar as limitações físicas e doenças e seria baseada nas percepções e valores que cada um dá à

sua condição de saúde. Portanto, duas pessoas com a mesma condição de saúde poderiam ter QVRS muito diferentes devido a seus aspectos subjetivos e à forma como encaram a doença. Na insuficiência renal crônica, o enfrentamento focado no problema não se associou à qualidade de vida e o enfrentamento focado na emoção apresentou correlação negativa com os escores mentais da escala de QVRS, enquanto as condições clínicas da patologia não se associaram aos escores de QVRS (50). Uma metanálise realizada em 2001 (49) demonstrou que indivíduos que consideraram sua doença como sendo controlada internamente, instável e controlável usaram estratégias de enfrentamento focadas na aproximação ou na emoção e estavam mais bem ajustados que indivíduos que consideravam sua saúde controlada por fatores externos ou casuais e a doença incontrolável e estável. Este resultado sugere uma relação entre a estratégia de enfrentamento adotada e o *locus* de controle da saúde, que se refere à percepção do indivíduo sobre quem ou o que detém o controle de sua condição de saúde. Esta crença pode ser atribuída a fatores internos à pessoa, a fatores externos ou ao acaso (53, 54).

O enfrentamento pode variar com a idade e com as mudanças das condições de vida e das experiências (52). Em idosos, o enfrentamento do próprio envelhecimento parece depender de fatores objetivos da vida da pessoa e da interpretação subjetiva de sua condição. Portanto, as variáveis internas, como suas atitudes emocionais diante dos fatos da vida e as variáveis externas, como os recursos ambientais e financeiros, poderiam determinar uma qualidade de vida positiva ou negativa na velhice (52). Trentini *et al.* (45), avaliaram de forma qualitativa, como os idosos enfrentavam as condições crônicas de saúde, sendo identificadas como principais estratégias: ter fé em Deus, buscar ajuda da família e de outras pessoas, trabalhar, freqüentar grupos de idosos, cuidar da estética e do corpo, buscar tratamento médico e rejeitar as perdas naturais conseqüentes do envelhecimento.

Na IF, Miner (11) aponta que as estratégias de enfrentamento adotadas podem incluir ficar sempre próximo ao banheiro, utilizar roupas extras e apropriadas para que o absorvente não fique nítido, de cor escura para não permitir a visualização de manchas e fáceis de retirar, além de carregar roupas sobressalentes para o caso de necessidade de trocas. Entretanto, na literatura pesquisada, não foram encontradas pesquisas sobre as estratégias de enfrentamento utilizadas por idosos com IF, nem suas possíveis relações com a qualidade de vida destes pacientes.

1.6 – Justificativa:

A discussão das questões propostas acima, está de acordo com a tendência atual da intervenção baseada em evidências, cujas justificativas se baseiam em estudos de boa qualidade metodológica sobre as medidas de avaliação e intervenção utilizadas na prática clínica. Antes da proposição de uma intervenção para minimizar os efeitos de uma doença sobre a vida de um paciente, é necessário compreender as alterações que esta doença causa nas estruturas e funções do corpo, bem como seus efeitos sobre as atividades e a participação social de um indivíduo (55,56,57,58). Estas alterações podem ser especialmente mensuradas pelas medidas de QVRS e estado funcional (28). Esta atitude se baseia na diretriz atual da OMS de avaliar os efeitos das intervenções sobre os indivíduos, suas famílias e seu ambiente (55,56,57). O presente estudo pode contribuir para a compreensão da relação entre os níveis propostos na Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), proposta pela OMS, em idosos com IF e direcionar uma sistematização do processo de avaliação que pode contribuir para uma intervenção mais efetiva e para enriquecer o corpo de teorias, não só da profissão de fisioterapia, mas das demais áreas envolvidas no cuidado de idosos incontinentes (3,55,56,57).

Como as pessoas idosas podem ter outras condições de saúde que afetam sua QVRS, o efeito da IF pode ser diferente nesta população (28). Entretanto, poucos estudos avaliam estas variáveis associadas (13,27,34,39) e menos ainda suas peculiaridades na população idosa (20,39). Uma possível adaptação psicológica e comportamental à incontinência, traduzida pelas formas de enfrentamento da doença pelos idosos e pela aceitação da mesma como inerente ao processo de envelhecimento, confirma a necessidade de uma investigação mais detalhada da questão (39). Os escores de QVRS em uma população com uma doença específica poderiam ser associados ao impacto das condições clínicas objetivas no bem-estar físico e psicológico do paciente ou à falha dos mecanismos de enfrentamento em reduzir os efeitos do estresse induzido pela doença crônica (50).

Um adequado dimensionamento do problema pode contribuir para que os vários profissionais que prestam assistência ao idoso, se não forem capazes de restabelecer a continência, possam direcionar suas abordagens terapêuticas para o restabelecimento da qualidade de vida e para uma melhor forma de enfrentamento desta condição. Em último plano, uma intervenção mais adequada pode reduzir o número de internações hospitalares e institucionalizações, o custo com a incontinência e a favorecer a reinserção social do idoso incontinente (9).

1.7 - Objetivos

Avaliar a qualidade de vida e os fatores associados a ela e as estratégias de enfrentamento em idosos da comunidade com incontinência fecal.

1.7.1 - Objetivos específicos:

- 1) Caracterizar uma amostra de idosos com IF quanto a seus dados demográficos, sociais e clínicos;
- 2) Pesquisar o efeito da IF na qualidade de vida de pessoas idosas, avaliada genérica e especificamente;
- 3) Levantar quais as estratégias utilizadas pelos idosos com perda fecal para enfrentar este problema;
- 4) Investigar as relações entre a qualidade de vida e a forma de enfrentamento em idosos com IF e entre qualidade de vida e variáveis clínicas, demográficas, funcionalidade, possível depressão e gravidade da IF.

2 - METODOLOGIA

2.1 - Delineamento

Foi realizado um estudo descritivo, de corte transversal, para investigar a qualidade de vida e as estratégias de enfrentamento, bem como as relações entre elas e com as variáveis sócio-demográficas e clínicas, em idosos com incontinência fecal.

2.2 – Participantes

Participaram 39 indivíduos com idade igual ou maior a 60 anos; com sintoma de IF, de acordo com a definição da *International Continence Society* (passagem incontrolável e recorrente de material fecal) (59); residentes na comunidade; clinicamente estáveis e que assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE - APÊNDICE A).

O tamanho da amostra foi calculado tomando-se o instrumento específico de avaliação da qualidade de vida em pessoas com incontinência fecal, como a variável resposta da pesquisa. Como não foram encontrados estudos sobre os desvios padrão dos escores deste instrumento para indivíduos idosos, foi utilizado o desvio padrão conservativo, com um intervalo de confiança de 95% e um erro tolerável de 1 ponto (17%), que na fórmula abaixo resultou em 38,39 participantes, que foi arredondado para 39.

$$e = Z \cdot S / \sqrt{n}$$

onde: e (erro padrão ± 1); Z (valor tabelado para intervalo de confiança de 95% = 1,96) e S (desvio padrão conservativo = 3,161)

Para garantir que o número de participantes permitisse a avaliação da associação entre as variáveis de desfecho selecionadas, o teste de associação do Pearson também foi considerado para cálculo da amostra. Considerando um tamanho de efeito médio (0,50) e um poder de 0,90, com o nível de significância de 0,05, foi indicado que com 37 participantes essas associações poderiam ser avaliadas (60).

Foram adotados como critérios de exclusão: apresentar doenças em estágio agudo; residir em instituições de longa permanência e apresentar possibilidade de déficit cognitivo, indicado através de rastreamento pelo Mini Exame do Estado Mental (MEEM), versão para uso no Brasil (ANEXO A) (61). Este teste foi escolhido por sua simplicidade, rápida aplicação e ampla utilização, além de já ter tido sua confiabilidade confirmada em diversos estudos (61). Foram adotados os valores de corte sugeridos por Bertolucci *et al.* (62), de acordo com a escolaridade: 13 pontos para analfabetos (sensibilidade 82,4% e especificidade 97,5%), 18 pontos para pessoas com 1 a 8 anos de escolaridade (sensibilidade 75,6% e especificidade 96,6%) e, 24 pontos para aqueles com mais de 8 anos de escolaridade (sensibilidade 80,0% e especificidade 95,6%).

Após a aprovação desta pesquisa na Câmara do Departamento de Fisioterapia da Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional (ANEXO B) e no Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais, sob o número ETIC 393/05 (ANEXO C), os idosos com incontinência fecal foram selecionados dos seguintes serviços: Ambulatório de Distúrbios da Defecação do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) – 11 idosos; Instituto Mineiro de Exames Gastroenterológicos (IMEG) – 4 idosos; Ambulatório de Ginecologia e Obstetrícia do Centro Universitário de Belo Horizonte (UNI-BH) – 5 idosos; Ambulatórios de Fisioterapia Motora e Respiratória do Centro Universitário de Belo Horizonte (UNI-BH) – 9 idosos; grupos de convivência de idosos – 10 idosos. Nos três primeiros, serviços de referência de pacientes com incontinência fecal para avaliação médica ou fisioterápica, os

participantes foram selecionados a partir dos prontuários e aqueles que preencheram os critérios de participação, foram convidados a participar, após assinatura do TCLE. Nos outros ambulatórios de fisioterapia do UNI-BH e nos grupos de convivência de idosos, foi realizado levantamento prévio, através de ficha de seleção, com as seguintes questões: “o sr.(a) possui dificuldade para controlar o intestino (perde fezes sem o controle)?”; “o sr.(a) perde fezes (suja a roupa) porque não dá tempo de chegar até o banheiro ou porque acha que é gases ou quando está com diarreia”; “o sr.(a) poderia nos ajudar respondendo a algumas perguntas, sem nenhum exame ou teste físico, em local e hora agendados previamente e indicados pelo sr.(a)?”; “se apresentar este problema para controlar o intestino e estiver de acordo em participar da pesquisa, por favor, preencha os dados abaixo. Seus dados serão mantidos em absoluto sigilo.” As fichas foram entregues a todos os pacientes/participantes destes serviços, que preencheram e devolveram em caixa lacrada. Aqueles que concordaram em participar e preencheram os critérios de seleção, participaram da pesquisa, após assinarem o TCLE. Os participantes foram selecionados e sucessivamente entrevistados até a composição da amostra de 39 participantes indicada pelo cálculo estatístico. Em todos os locais, foi obtida autorização dos coordenadores e, no caso do HCL/UFMG, da Diretoria de Extensão, Ensino e Pesquisa do Hospital das Clínicas da UFMG.

Antes do início da coleta de dados, foram explicitados os objetivos e procedimentos da pesquisa e todos os itens do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foram lidos e esclarecidos, de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (63).

Aos voluntários participantes da pesquisa, foi oferecida gratuitamente uma cartilha sobre o tema Incontinência Fecal (APÊNDICE B).

2.3 – Instrumentação

Os dados foram coletados através da utilização dos seguintes instrumentos: 1) questionário clínico-sócio-demográfico; 2) para caracterizar os participantes quanto ao nível de gravidade da IF, presença de possível depressão e funcionalidade foram aplicados o *Fecal Incontinence Severity Index – FISl*, a Escala de Depressão Geriátrica – GDS e a dimensão física do *Health Assessment Questionnaire – HAQ*; 3) como medidas de qualidade de vida foi aplicado o questionário genérico de qualidade de vida (*World Health Organization Quality of Life – version abbreviated – WHOQOL-BREF*) e o questionário específico de qualidade de vida relacionada à incontinência fecal (*Fecal Incontinence Quality of Life – FIQL*); 4) para avaliar o enfrentamento dos sintomas foi aplicado o Inventário de Estratégias de *Coping*.

2.3.1 – Questionário Clínico-sócio-demográfico

O questionário clínico-sócio-demográfico foi desenvolvido pelos pesquisadores, embasados pela literatura (APÊNDICE C), tendo sido aplicado para caracterização da amostra. Consistiu dos dados pessoais do participante, profissão e realização de trabalho remunerado e condições econômicas. Através deste instrumento foram avaliadas também as doenças, problemas de saúde e histórico médico dos participantes, com ênfase nas ocorrências proctológicas, ginecológicas e urológicas. Para melhor caracterizar os sintomas associados à perda fecal, foram incluídos dados referentes ao hábito intestinal, características da IF (duração e circunstância), uso de proteção, uso de medicamentos e prática de atividade física.

2.3.2 – Fecal Incontinence Severity Index (FISI)

A gravidade da IF foi avaliada pelo *Fecal Incontinence Severity Index* (FISI – ANEXO D) (25), instrumento sugerido pela *American Society of Colon and Rectal Surgeons*. Trata-se de um questionário de auto-relato, que mede exclusivamente a frequência de ocorrência dos possíveis tipos de incontinência anal (IA), não sendo influenciado por parâmetros subjetivos indiretamente associados à gravidade, como o uso de proteção e mudanças no estilo de vida (6). O FISI utiliza um sistema de graduação da frequência mensal, semanal ou diária de perda anal objetivo. Para aplicação deste instrumento, uma classificação de frequência é apresentada ao entrevistado, que deve indicar aquela que melhor descreve cada tipo de perda fecal que ele experimenta. O escore de gravidade é determinado pela soma dos escores de cada tipo de IA e varia de 0 a 61 (6,25). Este instrumento apresenta correlação significativa com os domínios estilo de vida, enfrentamento/comportamento e constrangimento, avaliados pelo FIQL (25). Embora não tenham sido encontrados estudos sobre suas propriedades psicométricas, é um instrumento muito utilizado nos estudos recentes sobre diagnóstico, prognóstico e tratamento da IF (41,64,65,66). Até o momento, o FISI não foi traduzido, adaptado transculturalmente e validado para a população brasileira. Entretanto, considerando a importância da avaliação da gravidade da IF, a ausência de instrumentos validados para medir esta variável no Brasil e o sistema de perguntas e respostas objetivo, possivelmente com pequena interferência cultural, este instrumento foi selecionado e traduzido pelas pesquisadoras.

2.3.3 – Escala de Depressão Geriátrica (GDS)

A Escala de Depressão Geriátrica (GDS – ANEXO D) também foi utilizada para avaliação dos idosos incontinentes. A GDS é freqüentemente utilizada para o rastreio de depressão em idosos e foi desenvolvida por Yesavage *et al.* (67). Tem demonstrado boa validade e confiabilidade para avaliar transtornos depressivos e versões reduzidas têm sido propostas como alternativas às 30 questões propostas originalmente. A versão da GDS com 15 perguntas (GDS-15) é a mais utilizada na prática clínica. No Brasil, Almeida & Almeida (68) relataram índices de sensibilidade de 85,4% e de 73,9% de especificidade para o ponto de corte de cinco. Os mesmos autores observaram correlação significativa da GDS-15 com a *Montgomery-Asberg Depression Rating Scale*, sugerindo que a mesma pode medir confiavelmente a gravidade da depressão. Embora os escores obtidos por estes autores tenham indicado pequena consistência dos itens individualmente, o escore total revelou boa confiabilidade teste-reteste (68).

2.3.4 – Dimensão Física do *Health Assessment Questionnaire* (HAQ)

Para avaliar a funcionalidade associada ao estado de saúde, optou-se pela utilização da dimensão física do *Health Assessment Questionnaire* (HAQ – ANEXO D). Este instrumento avalia a dificuldade para realizar atividades instrumentais de vida diária, definidas pela OMS como a capacidade de realizar ações cotidianas mais complexas que as atividades básicas de vida diária. Estas atividades são indicadoras de funções sociais como administrar o orçamento doméstico, utilizar o telefone e fazer compras (69). Trata-se de um questionário de fácil e rápida administração, cujas perguntas são divididas em oito sub-grupos, para os quais o entrevistado relata sua dificuldade para realizar cada atividade durante a última semana, com escores de 0 (sem qualquer dificuldade) a 3 (incapaz de fazer) (70). O HAQ é amplamente utilizado na literatura e sua dimensão Incapacidade ou Habilidade Física foi adaptada para a população brasileira por Ferraz *et*

al. (70). Em recente revisão de literatura sobre os instrumentos de avaliação funcional para idosos, Paixão *et al.* (69), encontraram a citação de 11 instrumentos para avaliação de AIVDs, dos quais apenas o HAQ foi validado para uso no Brasil. Esta versão traduzida foi considerada apropriada por 90% dos pacientes participantes do estudo de validação para o Brasil e apresentou coeficientes de confiabilidade teste-reteste de 0,905 e inter-observador de 0.830 para o escore total (70).

2.3.5 - Avaliação da Qualidade de Vida:

2.3.5.1 - Questionário Genérico: *World Health Organization Quality of Life – Version Abbreviated (WHOQOL-BREF)*

A qualidade de vida dos idosos incontinentes foi avaliada por um instrumento genérico, o WHOQOL-BREF (ANEXO E). Trata-se de um questionário, desenvolvido pelo *World Health Organization Quality of Life Group* (Grupo WHOQOL), para medir qualidade de vida em adultos. A partir do desenvolvimento do conceito de QVRS pela OMS, esta instituição iniciou um processo de desenvolvimento de instrumentos multidimensionais, que possam avaliar a QVRS num contexto transcultural (28). Seguindo metodologia de trabalho rigorosa, que incluiu a colaboração de 16 países, participação de especialistas e critérios de adaptação claramente estabelecidos, foi desenvolvido o *World Health Organization Quality of Life instrument (WHOQOL-100)*. Com seis domínios, divididos em 24 facetas e pontuado em uma escala do tipo Likert, o WHOQOL-100 pode ser muito extenso para determinadas aplicações, o que levou ao desenvolvimento de sua versão abreviada, o WHOQOL-BREF, seguindo a mesma metodologia de trabalho (28,71).

O WHOQOL-BREF possui 26 questões, que compõem os domínios físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente e pode ser auto-administrado, assistido ou aplicado pelo examinador. Foi adaptado para a língua portuguesa por Fleck *et al.* (72), apresentando boa consistência interna (α de *Cronbach* de 0,91 para as 26 questões),

validade discriminativa (exceto para o domínio 3), validade concorrente, validade de conteúdo e confiabilidade teste-reteste (coeficiente de correlação variando de 0,69 a 0,80 entre os domínios), com características psicométricas semelhantes às do instrumento original (72,73).

Recentemente, o *WHOQOL Group* desenvolveu um instrumento para avaliar a qualidade de vida em idosos (*WHOQOL-OLD*), considerando que instrumentos adequados para avaliar populações jovens podem não ser apropriados a este grupo (74). Entretanto, como este questionário só foi disponibilizado para uso em outubro de 2006, o mesmo não pôde ser utilizado neste estudo (75).

2.3.5.2 - Questionário Específico: Fecal Incontinence Quality of Life (FIQL)

O instrumento específico para avaliar a qualidade de vida associada a IF foi o *Fecal Incontinence Quality of Life* (FIQL) (15) (ANEXO F), indicado pela *American Society of Colon e Rectum Surgery*. Foi desenvolvido, através de rigorosa metodologia (15), para avaliar a qualidade de vida de adultos com IF e validado para a população brasileira por YUSUF *et al.* (8). É composto de 29 questões, divididas em quatro domínios – estilo de vida, comportamento, depressão e constrangimento, pontuados de 1 a 4. O instrumento original apresenta índices de confiabilidade teste-reteste superiores a 0.80 para cada domínio, boa validade discriminativa e alta correlação com o SF-36 (15). O estudo de validação para a língua portuguesa avaliou 50 pacientes incontinentes, sendo 74% mulheres, 20% desempregados (dos quais 12% atribuíram o desemprego à incontinência), 88% alfabetizados, com 10,2 anos de tempo médio de duração da incontinência e idade média de 52,8 anos. Os resultados mostraram boa confiabilidade intra e inter-examinadores, correlação inversa entre o Índice da Incontinência Anal e os valores do FIQL, correlação significativa entre os domínios do FIQL e do SF-36 (exceto para o domínio dor) e excelente validade discriminativa (qualidade de vida comprometida

Formatado: Fonte: Não Itálico

em todos os domínios do FIQL em pacientes com incontinência anal comparados com pacientes constipados e pacientes hígidos). É um instrumento específico, de linguagem simples, com tempo viável para aplicação, com boa aceitação e utilização na literatura (8).

2.3.6 – Inventário de Estratégias de *Coping*

Para avaliar as estratégias de enfrentamento da IF, foi utilizado o Inventário de Estratégias de *Coping*, desenvolvido por Folkman & Lazarus (46,47) (ANEXO G): questionário com 66 itens, envolvendo pensamentos e ações que as pessoas utilizam para lidar com um evento estressante específico, em escores que variam da zero a três de acordo com a frequência em que a estratégia foi utilizada. Após a análise fatorial do instrumento original, os autores subdividiram a escala em oito domínios: confronto, afastamento, autocontrole, suporte social, aceitação de responsabilidade, fuga e esquivas, resolução de problemas e reavaliação positiva (46). Foi adaptado para o português em 1996, por Savoia *et al.* (76), que comparando os coeficientes de correlação entre os escores do instrumento em português e em inglês, observaram que a tradução foi fidedigna ao original na interpretação das questões. Embora não tenha sido demonstrada boa validade concorrente com o Inventário de Controle de Estresse de Lipp, a análise fatorial foi similar à versão original e obteve-se consistência interna aceitável (correlações entre 0,424 e 0,688). Também foi observada confiabilidade teste - reteste satisfatória, com coeficiente de correlação de 0,704 para o escore total (77). O Inventário de Estratégias de *Coping* é amplamente utilizado na literatura nacional e internacional, tanto em doenças psiquiátricas, quanto em uma variedade de doenças viscerais e em diferentes grupos de pacientes, tipos sociais e profissionais (47,46,51,77,78).

2.4 – Procedimentos:

Foi realizado contato telefônico ou por correspondência com todos os idosos que preencheram os critérios de seleção que foram possíveis de ser levantados através dos prontuários ou fichas de triagem. Neste contato, com 18 participantes foi agendada entrevista realizada nos locais onde estes idosos já eram atendidos (Hospital das Clínicas da UFMG, IMEG e UNI-BH) em um consultório privativo ou no local mais próximo de sua residência para os participantes que foram selecionados de grupos de convivência. Para os idosos que não puderam se deslocar até estes locais, a entrevista foi realizada no domicílio, em ambiente que permitisse privacidade e sem outras pessoas presentes. Vinte e um idosos foram entrevistados em seus domicílios.

Considerando os baixos níveis de escolaridade da maioria dos idosos brasileiros, bem como os comprometimentos visuais típicos desta faixa etária, apesar dos instrumentos selecionados serem auto-administrados, eles foram aplicados sempre pelo pesquisador, após treinamento do mesmo. As perguntas foram realizadas exatamente da forma proposta nos questionários e nenhuma informação ou explicação adicional foi fornecida. Dois pesquisadores participaram da coleta dos dados. Com exceção do questionário clínico-sócio-demográfico, os demais questionários foram aplicados sempre pelo mesmo avaliador.

Para todos os entrevistados, obedeceu-se a seguinte ordem de aplicação dos questionários: questionário clínico-sócio-demográfico, FISI, GDS, HAQ, WHOQOL-BREF, FIQL e Inventário de Estratégias de *Coping*. O tempo gasto para realizar a entrevista foi de aproximadamente uma hora para cada participante e todos os questionários foram aplicados no mesmo e único encontro.

2.5 - Projeto Piloto

Foi realizado um projeto piloto ou pré-teste com cinco pacientes. Nesta etapa, após o preenchimento dos critérios de inclusão e assinatura do TCLE, todos os testes foram aplicados para treinamento dos examinadores, detecção de dificuldades práticas durante a aplicação dos mesmos e estudo da confiabilidade teste-reteste, para o qual as medidas de qualidade de vida e enfrentamento foram repetidas em um intervalo de 1 semana. As entrevistas duraram em média 1 hora, documentando a aplicabilidade do protocolo. Para avaliar a confiabilidade, foi usado o Coeficiente de Correlação Intraclasse (CCI) e a classificação de confiabilidade proposta por Landis & Koch (79).

Para o WHOQOL-BREF, a confiabilidade dos domínios variou de 0,42 a 0,80, sendo considerada como moderada apenas para o domínio meio ambiente e boa ou quase perfeita para os demais. No FIQL, todos os domínios apresentaram confiabilidade superior a 0,60, que foi classificada como boa ou quase-perfeita. Já para o Inventário de Estratégias de *Coping*, os domínios afastamento, autocontrole e fuga/esquiva apresentaram valores negativos do Coeficiente de Correlação. Os domínios suporte social e aceitação de responsabilidade demonstraram uma confiabilidade moderada e os demais domínios obtiveram escores de confiabilidade superiores a 0,70.

A confiabilidade teste-reteste do Inventário de Estratégias de Coping, também foi avaliada por Savóia *et al.* (76), ao fazerem a adaptação deste questionário para o português. Em estudantes universitários questionados sobre o enfrentamento de situações estressantes, os autores encontraram índices de correlação de 0,396 a 0,693. Embora não tenham sido encontrados outros estudos documentando a confiabilidade deste instrumento, o efeito psicológico que as perguntas referentes ao enfrentamento pode ter desencadeado no idoso com IF, não deve ser desconsiderado. Os participantes não relataram mudanças no quadro clínico da IF, que pudessem justificar a mudança nas estratégias de enfrentamento e o examinador havia sido treinado. Portanto, uma indução

de mudança de atitudes, decorrente da reflexão sobre o comportamento adotado diante do sintoma de IF pode ter ocorrido entre a primeira e a segunda entrevista. Ao processo de enfrentamento tem sido atribuída a característica plasticidade, na qual o indivíduo avalia constantemente a eficácia do enfrentamento adotado e busca estratégias mais efetivas (31). A comparação de nossos achados sobre a confiabilidade teste-reteste do Inventário de Estratégias de *Coping* com outros estudos foi dificultada já que vários trabalhos sobre as propriedades psicométricas deste instrumento estudam a validade, a consistência interna e a estrutura fatorial do questionário, sem mencionar a análise de confiabilidade (80). Seidl *et al.* (80), após ampla revisão das publicações sobre os instrumentos utilizados para medir enfrentamento, concluem que ainda há lacunas metodológicas nesta área, com a necessidade de mais medidas psicométricas, novas investigações fatoriais e validação do uso destas medidas para populações específicas. Ao avaliar as propriedades psicométricas de uma escala de medida de “*locus*” de controle da saúde, Wallston *et al.* (53) também encontraram baixa confiabilidade teste-reteste. Este achado foi discutido com base na mudança das crenças sobre a saúde a partir de novas experiências, inclusive após a participação em pesquisas sobre a doença. Carr *et al.* (81) discutem a instabilidade da qualidade de vida, apontada como um construto dinâmico, que muda com o tempo tendo por base as expectativas e experiência do indivíduo. Esta discussão pode se relacionar também ao enfrentamento.

2.6- Análise estatística

Análise estatística descritiva, utilizando medidas de tendência central e de dispersão (média, mediana, desvio padrão e quartis) para as variáveis quantitativas e de frequência para as variáveis categóricas, foi utilizada para caracterizar a amostra em relação às variáveis sócio-demográficas e clínicas.

A hipótese de normalidade da distribuição dos dados gerados pelos questionários WHOQOL-BREF, FIQL e Inventário de Estratégias de *Coping* foi avaliada de forma descritiva e pelo teste Shapiro-Wilk. Como não foi observada distribuição normal para pelo menos um domínio de cada questionário, eles foram estudados através de testes estatísticos não-paramétricos. Para analisar o efeito da IF na qualidade de vida genérica e específica e as estratégias de enfrentamento utilizadas pelos idosos entrevistados, a análise dos escores de cada pergunta e dos domínios dos questionários, foi realizada pelo estudo da frequência das respostas, da mediana e dos quartis. Para comparação entre as respostas nos domínios de um mesmo instrumento, utilizou-se o teste de *Friedman* e quando seu resultado indicou diferença significativa entre os domínios, foi utilizado o teste de *Wilcoxon* para comparação dos domínios dois a dois, com o nível de significância ajustado pelo método de *Bonferroni*, no qual se divide o nível de significância pelo número de comparações múltiplas. Para o Inventário de Estratégias de *Coping* o nível de significância ajustado foi $0,05/28=0,0018$ e para o FIQL, $0,05/6=0,0083$. Nesta etapa, também foram levantados os itens perdidos em cada um dos questionários.

Para avaliação das associações entre qualidade de vida e enfrentamento e destes com as variáveis demográficas e clínicas estudadas, foi realizada análise bivariada, utilizado o Índice de Correlação de *Spearman* para comparações entre variáveis quantitativas e os testes de *Mann-Whitney* e *Kruskal-Wallis* para as associações entre as variáveis dependentes e as variáveis independentes com duas e três ou mais categorias, respectivamente. Esta análise foi expressa em valores de p, considerando-se um nível de

significância quando $p < 0,05$ e em valores de r , referentes ao resultado da correlação, classificado conforme sugerido por Munro (82). Considerando a proporção de itens perdidos no FIQL e no Inventário de Estratégias de *Coping*, foi utilizada técnica de imputação estatística. Esta técnica foi utilizada como alternativa, uma vez que manter o item em branco implicaria em alteração da média dos domínios correspondentes; excluir o paciente da amostra acarretaria uma redução do poder estatístico do estudo e; calcular a média excluindo o item não respondido afetaria a confiabilidade dos dados já que as perdas foram superiores a 10%. Como as escalas utilizadas não têm caráter hierárquico, optou-se por imputação da média do domínio ao item não respondido, conforme sugerido por Seidl *et al.* (80), Munro (82), Staquet *et al.* (83) e Baracho (84). A imputação estatística para itens perdidos do FIQL também foi orientada pelo autor da versão original, Todd H. Rockwood, em comunicação pessoal.

Para a análise descritiva e bivariada, foi utilizado o pacote estatístico *Statistical Package of the Social Sciences* (SPSS) versão 13.0.

Para classificar os participantes em categorias de desfechos relevantes e investigar as interações entre as diversas variáveis clínicas e demográficas que podem se associar à qualidade de vida e ao enfrentamento, optou-se pelo desenvolvimento de um modelo de classificação multivariada, através da aplicação da *Classification and Regression Trees Analyses* (CART), uma forma de análise estatística denominada *Binary Recursive Partitioning* (85,86,87,88).

A opção pela realização da CART baseou-se nas limitações para a utilização dos métodos estatísticos tradicionais, entre as quais pode-se ressaltar o grande número de variáveis independentes e a dificuldade de seleção das mesmas para entrada no modelo estatístico (85,88,89). Além do mais, algumas das variáveis dependentes e independentes não apresentaram distribuição normal, limitando a utilização de análise multivariada paramétrica (85,88,89,90). Considerando a natureza qualitativa dos construtos qualidade

de vida e estratégias de enfrentamento, ainda que aos mesmos sejam atribuídos valores numéricos, decidiu-se por não realizar a transformação estatística que permitiria a análise paramétrica dos dados. É preciso considerar ainda a possibilidade de haver um fator de interação entre as variáveis independentes, fazendo com que os valores observados em uma variável tenham influência sobre a outra ou indicando a presença de colinearidade, situação que pode ser problemática em alguns modelos estatísticos devido ao número significativo de possíveis interações. Mesmo com um número substancial de variáveis, a CART é capaz de analisar exaustivamente todas as possíveis interações entre elas e indicar as relações mais significativas (85,89,90,91). Alguns métodos convencionais também têm limitações quando há respostas perdidas para as variáveis pesquisadas, excluindo da análise os participantes com respostas ausentes (85,88,90). Estes métodos também podem ter dificuldades para interpretar a relação entre variáveis contínuas e categóricas, classificadas em diferentes intervalos (88,91,92). Por fim, a aplicabilidade clínica da árvore de classificação para explorar as interações entre as variáveis pesquisadas, com resultados de fácil interpretação na realidade cotidiana dos profissionais também foi considerada. A relevância clínica também está associada à capacidade do modelo selecionado para revelar espontaneamente interações clinicamente significativas entre as variáveis, estabelecer classificações que se aplicam aos indivíduos e não a uma amostra e expressar os resultados em categorias ao invés de em probabilidade (85,87,88,89,90,91).

A CART é um tipo de análise estatística não-paramétrica multivariada, que desenvolve uma árvore de decisão representando graficamente a associação entre as variáveis independentes e uma variável dependente (85,88,89,92). A variável dependente representa o desfecho a ser observado e as variáveis independentes representam os fatores que podem estar potencialmente associados a este desfecho e as interações entre eles. Neste modelo, somente as variáveis independentes mais fortemente relacionadas

aos resultados positivos ou negativos da variável de interesse são selecionadas (86,88,89,91).

O procedimento de análise começa pelo desenvolvimento de uma grande árvore, com uma série de divisões binárias. Cada nó primário é dividido em dois ramos-filhos, classificando a amostra progressivamente em grupos de indivíduos semelhantes entre si e diferentes entre os grupos. Os pontos de corte identificam as possíveis interações entre as variáveis independentes com a variável independente e entre si. Em cada divisão, a variável selecionada representa o resultado mais forte naquele nível, quando comparada às outras variáveis. Assim, a ordem de aparecimento das variáveis independentes no modelo ilustra de forma hierárquica a força da associação entre cada variável independente e a variável dependente (85,86,87,88,89,90,91).

Em cada nível da árvore, todas as divisões possíveis da variável independente são avaliadas e o modelo seleciona o valor de corte que melhor classifica os participantes nas categorias de desfecho. Essas divisões continuam sucessivamente até que ocorra um número mínimo de casos em cada divisão (89,90,92).

Neste estudo, foram desenvolvidos quatro modelos de classificação, tendo como variável dependente os quatro domínios do FIQL, o instrumento específico utilizado para avaliação da qualidade de vida de pessoas com incontinência fecal. Cada modelo incluiu as variáveis clínicas e demográficas selecionadas que entraram como variáveis independentes e um dos domínios do FIQL como variável dependente. O FIQL foi escolhido como variável dependente considerando as limitações do instrumento genérico para documentar efeitos da incontinência fecal sobre questões da qualidade de vida especificamente relacionadas ao problema. Como não seria possível desenvolver mais do que quatro árvores devido às limitações impostas pelo tamanho da amostra, optou-se por considerar os quatro domínios do FIQL como variável dependente e incluir os domínios do Inventário de Estratégias de *Coping* como variáveis independentes.

Considerando o grande número de variáveis clínicas e demográficas pesquisadas, a seleção para entrada no modelo foi feita por um comitê de especialistas, composto por três fisioterapeutas com experiência no atendimento de pessoas com incontinência fecal e com conhecimento da metodologia empregada na pesquisa. Os parâmetros escolhidos por este comitê para selecionar as variáveis independentes para a CART foram: primeiro, os resultados da análise bivariada, considerando um nível de significância de 0,10 e segundo, a importância clínica das variáveis selecionadas na análise bivariada. A definição de um nível de significância menos conservador reduz o risco de exclusão de variáveis importantes da análise multivariada. A única variável incluída no modelo estatístico, que não apresentou associação significativa com a qualidade de vida e o enfrentamento na análise bivariada foi a incontinência urinária. Esta variável foi mantida na CART pela possibilidade de ser uma variável de confusão com a incontinência fecal.

As árvores de classificação foram realizadas através da análise CART, pelo software R for Windows, versão 2.3.1, 2006.

O ajuste de cada modelo de classificação das variáveis pela análise CART foi avaliado pela análise da sua validade e qualidade. A validade foi estudada através da análise descritiva dos resíduos e a qualidade através do coeficiente de determinação (R^2). Os resíduos correspondem à diferença entre os valores preditos pelo modelo e os valores observados na amostra. Foi realizada análise da sua distribuição, média e variância, com o objetivo de informar quanto à adequação do modelo para o conjunto de variáveis analisadas. Os pressupostos para a validade do modelo são distribuição normal, média zero e variância constante para os resíduos. O coeficiente de determinação representa a porcentagem da variação da resposta observada que é explicada pelo modelo estatístico utilizado; foi calculado utilizando a soma dos quadrados dos resíduos e a soma dos quadrados total (85,88,89,90,91).

Modelo 1

Variável Dependente: Domínio Estilo de Vida do FIQL

Modelo 2

Variável Dependente: Domínio Comportamento do FIQL

Modelo 3

Variável Dependente: Domínio Depressão do FIQL

Modelo 4

Variável Dependente: Domínio Constrangimento do FIQL

Variáveis Independentes para os 4 modelos:

- Domínio Fuga e Esquiva do Inventário de Estratégias de *Coping*
- Domínio Confronto do Inventário de Estratégias de *Coping*
- Domínio Reavaliação Positiva do Inventário de Estratégias de *Coping*
- Circunstância de perda: não percebe a perda
- Circunstância de perda: percebe, mas não consegue reter
- Circunstância de perda: incontinência de urgência
- Circunstância de perda: ao liberar gases
- Renda familiar
- Gravidade da incontinência (FISI categorizado em quartis)
- Realização de tratamento para incontinência fecal
- Incontinência urinária
- Estado civil
- Idade
- GDS (rastreamento positivo ou negativo para depressão)
- Sexo

3 - RESULTADOS

3.1 - Caracterização demográfica, social e clínica dos participantes

Quanto ao aspecto sócio-demográfico, os participantes (n=39) apresentaram idade média de $71,92 \pm 7,11$ anos, com variação de 60 a 88 anos, sendo que 46,15% tinham entre 70 e 79 anos. Apenas 10,26% dos idosos eram do sexo masculino e a maioria era viúva ou casada (41,03 e 38,46%, respectivamente). Com relação à escolaridade, 58,97% estudaram entre 1 e 7 anos. O arranjo familiar foi caracterizado por um número médio de 1,64 pessoas na residência, sendo que 20,51% residiam sozinhos e 35,9% com filhos e/ou agregados (genro, nora e netos). Cerca de 25% dos entrevistados informaram realizar algum tipo de trabalho remunerado e a maioria apresentou renda individual e familiar inferior a 2 salários mínimos. As características sócio-demográficas dos participantes podem ser visualizadas na tabela 1.

Sob o aspecto clínico, os idosos entrevistados relataram uma média de $5,31 \pm 2,14$ condições de saúde associadas à incontinência fecal, sendo que 53,85% informaram ter de quatro a seis problemas de saúde. O número médio de drogas usadas por estes idosos foi de $3,26 \pm 2,40$, com 41,02% deles informando utilizar de três a cinco medicamentos simultaneamente. A maioria da amostra (66,67%) informou realizar atividade física com frequência média de 3,73 vezes por semana.

Quanto ao rastreamento para depressão, 61,54% dos idosos não apresentaram escores sugestivos de quadro depressivo na GDS. Do ponto de vista funcional, 69,25% dos entrevistados apresentaram escores entre 0 e 1 no HAQ, significando que eles desempenhavam as atividades “sem dificuldades” ou “com alguma dificuldade”. As informações clínicas dos participantes nas variáveis coletadas encontram-se na tabela 2.

Tabela 1 – Informações descritivas sobre as características sócio-demográficas da amostra (n=39)

Variável	Média (DP)	Categorias – n (%)
Idade (anos)	71,92 ± 7,11 (60-88)	60-69anos = 15 (38,46%) 70-79 anos = 18 (46,15%) mais de 80 anos = 6 (15,38%)
Sexo		Feminino = 35 (89,74%) Masculino = 4 (10,26%)
Estado Civil		Solteiro = 4 (10,26%) Casado = 15 (38,46%) Viúvo = 16 (41,03%) Divorciado = 4 (10,26%)
Arranjo familiar (número e categorias de pessoas com quem reside)	1,64 ± 1,33	Só = 8 (20,51%) Cônjuge = 5 (12,82%) Cônjuge e outros (filhos, netos, noras) = 9 (23,08%) Filhos e agregados = 14 (35,9%) Outros (netos, sobrinhos, irmãos) = 3 (7,69%)
Escolaridade		Analfabeto = 10 (25,64%) Fundamental - até 7 anos = 23 (58,97%) Médio - mais de 8 anos = 5 (12,82%) Superior = 1 (2,56%)
Realização de trabalho remunerado	10 (25,64%)	
Renda individual*		Até 2 salários = 22 (56,41%) 2 a 5 salários = 10 (25,64%) 5 a 10 salários = 3 (7,69%) 10 a 20 salários = 0 Mais de 20 salários = 0 Sem rendimento = 3 (7,69%) Não respondeu = 1 (2,56%)
Renda familiar*		Até 2 salários = 19 (48,72%) 2 a 5 salários = 13 (33,33%) 5 a 10 salários = 3 (10,26%) 10 a 20 salários = 1 (2,56%) Mais de 20 salários = 1 (2,56%) Sem rendimento = 0 Não respondeu = 1 (2,56%)

DP = Desvio Padrão

% = Porcentagem relativa ao n total de 39 idosos

* Classificação de renda conforme critério adotado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2005) (93)

Tabela 2 – Informações descritivas sobre as variáveis pesquisadas na avaliação clínica da amostra

Variável	Média (DP)	Categorias – n (%)
Número de problemas de saúde associados	5,31 ± 2,14 (1-10)	Menos de 3 = 8 (20,51%) 4-6 = 21 (53,85%) Mais de 7 = 10 (25,64%)
Número de medicamentos	3,26 ± 2,40	0 = 3 (7,69%) 1 a 2 = 13 (33,33%) 3 a 5 = 16 (41,02%) Mais que 5 = 6 (15,38%) Não respondeu = 1 (2,56%)
Atividade Física		Sim = 26 (66,67%) Não = 13 (33,33%)
GDS	4,64 ± 3,57	Frequência média (vezes/semana) = 3,73* Rastreio negativo = 24 (61,54%) Rastreio positivo = 15 (38,46%)
HAQ	0,78 ± 0,71	0 = 9 (23,10%) Menor que 1 = 18 (46,15%) Entre 1 e 2 = 9 (23,10%) Maior que 2 = 3 (7,69%)

DP = Desvio Padrão

n = 39

% = Porcentagem relativa ao n total de 39 idosos

GDS: Escala de Depressão Geriátrica

HAQ: *Health Assessment Questionnaire*

* Valores referentes aos participantes que responderam positivamente à realização de cirurgia abdominal, perineal e atividade física

Quando questionados sobre a presença de sintomas relacionados à incontinência fecal, 48,72% dos idosos relataram ter um ou dois e 41,02% referiram mais de três sintomas proctológicos associados, sendo que diarreia, prurido anal, hemorróidas e constipação intestinal foram as queixas mais citadas. A maioria das mulheres participantes da pesquisa informou ter tido mais de quatro gestações e partos vaginais e apenas 11,43% eram nulíparas. Entre os homens entrevistados, três dos quatro participantes do sexo masculino (75%) tinham sido prostatectomizados. Da amostra total, quase 70% dos indivíduos relataram, além da IF, queixa de incontinência urinária. O tempo médio do início da incontinência fecal foi de 107,61 ± 121,79 meses, sendo que aproximadamente um quarto da amostra tinha o sintoma há menos de 12 meses e quase 50% há mais de 60 meses. Urgência para evacuar foi a circunstância de perda fecal mais relatada (74,36%), mas 87,18% dos entrevistados informaram mais de um tipo de sintoma de incontinência fecal. Mais da metade dos idosos (51,28%) não usava proteção para as roupas íntimas e entre os que usavam, papel higiênico e duas calcinhas/cuecas foram os

tipos de proteção mais citados (36,84%). Apenas 48,72% dos indivíduos com incontinência fecal já havia feito algum tratamento para esta condição, sendo que destes, a proporção entre o tratamento cirúrgico, medicamentoso e fisioterápico foi de aproximadamente um terço para cada. A gravidade da IF foi dividida em quartis, sendo que a frequência de distribuição entre eles foi similar. Quarenta e três por cento informaram cinco a sete evacuações semanais e mais de 50% dos idosos relataram fezes de consistência pastosa ou sólida. Flatulência foi uma queixa indicada por 76,92% da amostra. As informações referentes à caracterização da IF estão descritas com mais detalhes na tabela 3.

3.2 - Respostas perdidas nas variáveis de desfecho primárias

Quanto à avaliação da qualidade de vida, no instrumento genérico utilizado, apenas três participantes deixaram de responder a uma pergunta, com um total de itens perdidos inferior a 10%. Os itens não respondidos não seguiram nenhum padrão. Já no FIQL, vinte e um (53,85%) idosos deixaram de responder a pelo menos uma pergunta e destes treze (33,33%) não responderam a duas perguntas e um (2,56%) não respondeu a quatro perguntas. Do total de 39 respostas perdidas, 32 foram respondidas como “não se aplica”, dos quais 18 (45,15% das respostas perdidas) foram referentes à pergunta q3h (“tenho relação sexual com menor frequência do que gostaria”) e 13 (33,33% das respostas perdidas) à questão q3k (“tenho medo de ter sexo”), afetando principalmente os domínios comportamento e depressão do FIQL. Quando foi aplicado o questionário de enfrentamento, 13 idosos (33,33%) deixaram pelo menos uma pergunta sem resposta. Das 22 perguntas que não foram respondidas, apenas as questões 20 (“inspirou-me a fazer algo criativo”) e 29 (“compreendi que o problema foi provocado por mim”) não foram respondidas por três (4,54% das respostas perdidas) e quatro (6,06% das respostas perdidas) indivíduos, respectivamente.

Tabela 3 – Informações descritivas relativas à caracterização da incontinência fecal e dos sintomas proctológicos.

Variável	Média (DP)	Categorias – n (%)
Sintomas proctológicos		Diarréia = 18 (46,15%)
		Hemorroidas = 14 (35,9%)
		Prolapso = 6 (15,38%)
		Constipação = 14 (35,9%)
		Fissura Anal = 8 (20,51%)
		Prurido anal = 15 (38,46%)
		Trauma pélvico = 4 (10,26%)
		Outros (diverticulose, retocele, abscesso e fistula anal) = 5 (14,29%)
Incontinência urinária		Sim = 27 (69,23%) Não = 12 (34,29%)
Tempo de IF (meses)	107,61 ± 121,79	Até 12 meses = 10 (25,64%) 13 a 36 meses = 6 (15,38%) 37 a 60 meses = 5 (12,82%) 60 a 120 meses = 9 (23,08%) Mais de 120 meses = 9 (23,08%)
Circunstâncias da IF		Um tipo de perda = 5 (12,82%)
		Duas ou mais circunstâncias associadas = 34 (87,18%)
		Não percebe = 17 (43,59%)
		Percebe, mas não retém = 20 (51,28%)
		Urgência = 29 (74,36%)
		Ao liberar gases = 20 (51,28%)
		Quando tem diarréia = 23 (58,97%)
Outros = 9 (23,08%) - soiling, dieta, desequilíbrio emocional		
Uso de proteção		Nenhum = 20 (51,28%)
		Pano = 2 (10,53%) [#]
		Absorvente pequeno = 5 (26,32%) [#]
		Absorvente grande ou fralda = 6 (33,33%) [#]
		Outros = 7 (36,84%) - 2 calcinhas ou papel [#]
Tratamento para IF		Nunca fez tratamento para IF = 20 (51,28%)
		Já fez tapamento = 19 (48,72%)
Tipo de tratamento		Cirúrgico = 6 (31,58%)
		Medicamentoso = 6 (31,58%)
		Fisioterapia = 7 (36,84%)
Número de evacuações semanais		Até 4 = 8 (20,51%)
		5 a 7 = 17 (43,59%)
		8 a 14 = 8 (20,51%)
		Mais de 15 = 4 (10,26%)
		Não respondeu = 1 (2,56%)
		Perda contínua = 1 (2,56%)
Consistência das fezes		Líquidas = 4 (10,26%)
		Pastosas = 13 (33,33%)
		Sólidas = 11 (28,20%)
		Ressecadas = 6 (15,38%)
		Variável = 5 (12,82%)
FISI		10 a 18 = 11 (28,2%)
		19 a 23 = 9 (23,1%)
		24 a 28 = 10 (25,6%)
		29 a 49 = 9 (23,1%)

DP = Desvio Padrão

n = 39

% = Porcentagem relativa ao n total de 39 idosos

[#] Porcentagem referente aos indivíduos que referiram fazer uso de proteção

3.3 - Efeito da IF na qualidade de vida genérica e específica e estratégias de enfrentamento utilizadas

A observação da mediana e das tabelas de frequência das respostas do WHOQOL-BREF demonstrou que apenas as questões 12 (“Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?”), 14 (“Em que medida você tem oportunidades de lazer?”), 20 (“Quão satisfeito você está com suas relações pessoais?”) e 26 (“Com que frequência você tem sentimentos negativos”) obtiveram baixos escores em mais de 50% dos participantes, correspondentes às respostas muito pouco (questões 12 e 14), insatisfeito (questão 20) e muito frequentemente (questão 26). Todos os domínios do WHOQOL-BREF apresentaram medianas dos escores em torno de 50, correspondente à aproximadamente a metade do escore total. Como pode ser observado no gráfico 1, a comparação dos escores dos domínios do WHOQOL-BREF indicou que não houve diferença significativa entre eles (teste de *Friedman*: $p=0,345$).

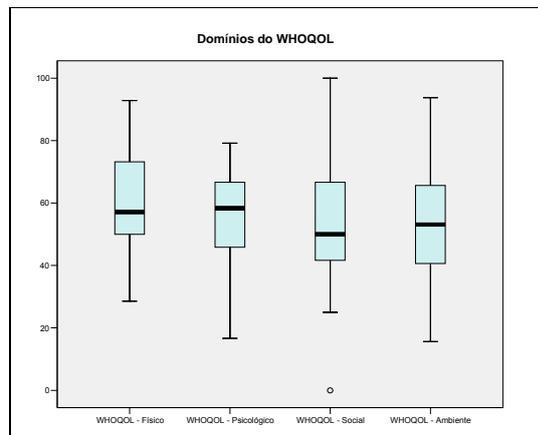


Gráfico 1 – Comparação das medianas dos escores dos domínios do WHOQOL-BREF

Para o FIQL, as questões com maior percentagem (superior a 50%) de respostas referentes aos escores 1 e 2, muitas e algumas vezes respectivamente, foram 2a (“Tenho medo de sair”), 2j (“Sinto que não tenho controle do meu intestino”), 3c (“Fico preocupado em perder fezes”) e 3n (“Quando vou a um lugar novo, procuro saber onde está o banheiro”). A mediana obtida para os quatro domínios do FIQL foi 3,2 para estilo de vida, 2,88 para comportamento, 3,50 para depressão e 3,00 para constrangimento. A comparação entre os escores dos domínios do FIQL, indicou que o domínio depressão foi o que obteve maiores escores, enquanto o domínio comportamento parece ter sido o mais afetado pela IF. A diferença entre estes dois domínios foi estatisticamente significativa (teste de *Wilcoxon*: $p=0,000$), bem como entre os domínios depressão e constrangimento (teste de *Wilcoxon*: $p=0,000$). Estes resultados podem ser visualizados no gráfico 2.

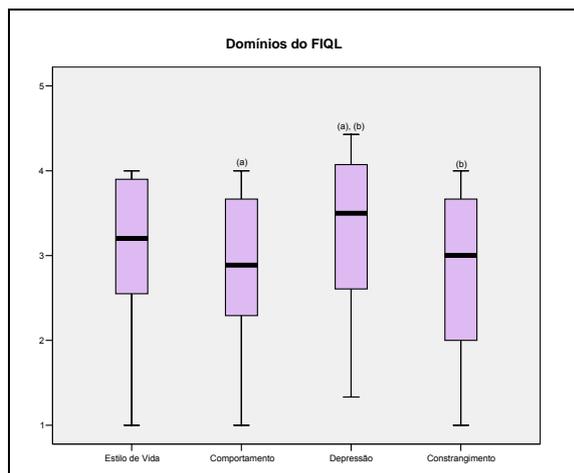


Gráfico 2 – Comparação das medianas dos escores dos domínios do FIQL
(letras iguais = diferença estatisticamente significativa com $p<0,0083$, após correção de *Bonferroni* para comparações múltiplas)

Com base na frequência das respostas dos idosos participantes, as estratégias de enfrentamento da IF menos utilizadas foram: procurar trabalhar ou fazer alguma atividade para se distrair; dormir mais que o normal; mostrar raiva para as pessoas que causaram o problema; tentar descansar ou tirar férias para esquecer o problema; descontar raiva em

outras pessoas; recusar a acreditar que aquilo estava acontecendo; preparar-se para piorar e; pensar em alguém que admira e tomá-la como modelo. Já entre as estratégias mais utilizadas pelos idosos entrevistados estavam procurar guardar para si mesmo os sentimentos; aceitar a simpatia e a compreensão das pessoas; sair da experiência melhor do que esperava; enfrentar a IF como um grande desafio; não deixar que os seus sentimentos interferissem muito nas outras coisas que estava fazendo; desejar poder mudar o que tinha acontecido ou como se sentia; mudar alguma coisa em si mesmo, modificar-se de alguma forma e; rezar. A comparação dos escores dos domínios revelou que o domínio resolução de problemas foi o que obteve menor mediana, sugerindo que se referiu às estratégias menos utilizadas pelos idosos com IF, enquanto o domínio suporte social foi o mais utilizado pelos participantes. Uma diferença estatisticamente significativa foi observada entre os domínios com maior e menor mediana (teste de *Wilcoxon*: $p=0,0010$), entretanto estes dois domínios não diferiram significativamente de nenhum outro, conforme pode ser observado no gráfico 3.

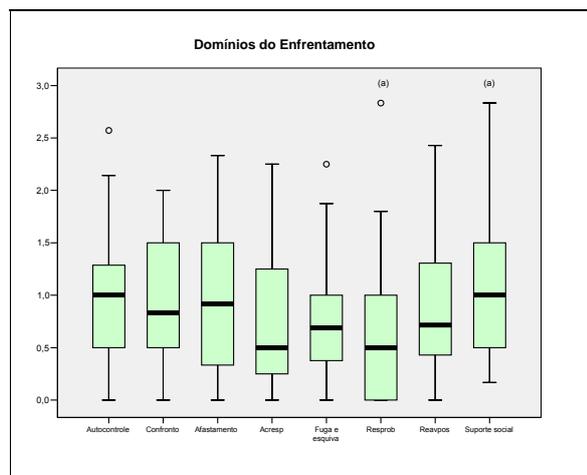


Gráfico 3 – Comparação das medianas dos escores dos domínios do Inventário de Estratégias de *Coping* (letras iguais = diferença estatisticamente significativa com $p<0,018$ após correção de *Bonferroni* para comparações múltiplas)

3.4 - Associações entre qualidade de vida, enfrentamento e variáveis

demográficas e clínicas: análise bivariada

A análise das associações entre qualidade de vida e enfrentamento, foi realizada através do teste de correlação entre WHOQOL-BREF, FIQL e o Inventário de Estratégias de *Coping*. Entre os domínios do WHOQOL-BREF e do FIQL, observou-se associações significativas, com correlação variando de fraca a moderada entre o domínio meio ambiente do primeiro e todos os domínios do segundo, entre o domínio psicológico e todos os domínios do FIQL, exceto comportamento e entre o domínio físico do questionário genérico e o domínio depressão do questionário específico.

Já entre o WHOQOL-BREF e o Inventário de Estratégias de *Coping*, foi observada associação significativa apenas entre o domínio meio ambiente do WHOQOL e o domínio fuga e esquiva do instrumento de enfrentamento ($p=0,02$; $r=-0,36$). Entre o FIQL e o Inventário de Estratégias de *Coping*, todos os domínios do FIQL demonstraram associação significativa com o domínio confronto do instrumento que mediu enfrentamento ($p=0,007$; $0,04$; $0,003$; $0,006$), com correlação classificada como inversa e moderada ($r= -0,42$; $-0,46$ e $-0,43$). Os domínios depressão e estilo de Vida do FIQL também se associaram significativamente com o domínio fuga e esquiva da medida de enfrentamento ($p=0,03$ e $0,01$, respectivamente), com correlação inversa e moderada entre eles ($r=-0,34$ e $-0,39$, respectivamente). Os resultados das associações que foram estatisticamente significativas das variáveis dependentes entre si e destas com o HAQ, a GDS e o FISl estão sintetizados na tabela 4.

Tabela 4 – Associações estatisticamente significativas na análise bivariada entre os domínios dos instrumentos de qualidade de vida e enfrentamento e destes com a GDS, HAQ e FISI

<i>Domínios do WHOQOL - valor de r (p)</i>				
<i>Domínios do Enfrentamento</i>	<i>Físico</i>	<i>Psicológico</i>	<i>Social</i>	<i>Ambiente</i>
Confronto	-0,145 (0,377)	-0,236 (0,148)	0,154 (0,350)	0,283 (0,080)†
Fuga e esquiva	-0,201 (0,221)	-0,126 (0,444)	0,025 (0,878)	0,364 (0,023)*
<i>Domínios do FIQL</i>	<i>Físico</i>	<i>Psicológico</i>	<i>Social</i>	<i>Ambiente</i>
Depressão	0,388 (0,015)*	0,473 (0,002)*	-0,031 (0,852)*	0,545 (0,000)*
Estilo de vida	0,300 (0,063)	0,344 (0,032)*	-0,109 (0,508)	0,432 (0,006)*
Comportamento	0,115 (0,485)	0,279 (0,085)	-0,037 (0,823)	0,343 (0,033)*
Constrangimento	0,310 (0,054)	0,348 (0,030)*	-0,076 (0,644)	0,428 (0,007)*
<i>Domínios do Enfrentamento</i>	<i>Domínios do FIQL - valor de r (p)</i>			
	<i>Estilo de vida</i>	<i>Comportamento</i>	<i>Depressão</i>	<i>Constrangimento</i>
Confronto	-0,420 (0,008)*	-0,329 (0,041)*	-0,463 (0,003)*	-0,432 (0,006)*
Reavaliação positiva	-0,281 (0,082) †	-0,142 (0,389)	-0,074 (0,654)	-0,052 (0,752)
	<i>Gravidade (FISI)</i>	<i>GDS</i>		<i>HAQ</i>
		<i>valor de r (p)</i>		
FIQL – Estilo de vida	-0,315 (0,050)*	-0,509 (0,001)*		-0,542 (0,000)*
FIQL – Comportamento	-0,319 (0,048)*	-0,365 (0,022)*		-0,358 (0,025)*
FIQL – Depressão	-0,266 (0,101)	-0,670 (0,000)*		-0,530 (0,000)*
FIQL – Constrangimento	-0,327 (0,042)*	-0,491 (0,001)*		-0,550 (0,000)*
WHOQOL – Físico	-0,080 (0,627)	-0,658 (0,000)*		-0,673 (0,000)*
WHOQOL – Psicológico	0,136 (0,409)	-0,544 (0,000)*		-0,404 (0,011)*
WHOQOL – Ambiente	0,215 (0,188)	-0,692 (0,000)*		-0,583 (0,000)*
COPING - Confronto	0,013 (0,939)	0,288 (0,075) †		0,129 (0,433)
COPING - Fuga e esquiva	-0,090 (0,584)	0,393 (0,013)*		0,251 (0,123)

* p<0,05

† p<0,10

A análise da associação entre as demais variáveis clínicas e demográficas com o enfrentamento indicou associação significativa entre idade e o domínio afastamento ($p=0,05$ e $r=0,312$). O sexo também se associou significativamente com os domínios do Inventário de Estratégias de *Coping*. As estratégias que foram mais utilizadas pelos participantes do sexo feminino foram autocontrole ($p=0,008$) e afastamento ($p=0,012$), sendo que este último domínio também apresentou associação significativa com o estado civil, tendo sido mais relatado pelos viúvos ($p=0,025$). A variável tratamento para IF foi significativamente associada com os domínios confronto ($p=0,003$), aceitação de responsabilidade ($p=0,015$), resolução de problemas ($p=0,001$) e reavaliação positiva ($p=0,006$), sendo que os idosos que fizeram tratamento para a IF usaram mais estas estratégias dos que os que não fizeram. Para o WHOQOL-BREF, o domínio físico se associou significativamente com o número de problemas associados ($p=0,002$ e $r=-0,478$), enquanto o domínio social apresentou associação significativa com o tempo de IF

($p=0,045$ e $r=0,323$). Foi encontrada associação significativa também entre o domínio meio ambiente e a escolaridade ($p=0,015$) e renda familiar ($p=0,037$). A prática de atividade física esteve significativamente associada com os domínios depressão do FIQL ($p=0,030$) e social do WHOQOL-BREF ($p=0,008$).

As associações entre a circunstância da IF e os domínios dos instrumentos de qualidade de vida e enfrentamento indicaram associações significativas entre ausência de percepção da perda e o domínio meio ambiente do WHOQOL-BREF ($p=0,038$); percepção sem condição de reter as fezes e os domínios psicológico ($p=0,009$) e meio ambiente do WHOQOL-BREF ($p=0,050$); urgência para evacuar e o domínio comportamento do FIQL ($p=0,007$); perda fecal ao liberar gases e o domínio depressão do FIQL ($p=0,008$); perda durante episódios de diarreia e o domínio aceitação de responsabilidade do Inventário de Estratégias de *Coping* ($p=0,031$). Não houve associação significativa entre os outros domínios do Inventário de Estratégias de *Coping*, do WHOQOL-BREF e do FIQL e as variáveis idade, sexo, estado civil, arranjo familiar, número de problemas associados, tempo de incontinência fecal, incontinência urinária e número de medicamentos. As associações significativas entre as variáveis clínicas e demográficas e as variáveis dependentes do estudo estão representadas na tabela 5.

3.5 - Associações entre qualidade de vida, enfrentamento e HAQ, GDS e FISl:

análise bivariada

Na análise bivariada entre os domínios dos questionários de qualidade de vida e as medidas de capacidade funcional (HAQ), depressão (GDS) e gravidade da IF (FISl), observou-se que todos os domínios do FIQL associaram-se significativamente com estas três medidas, à exceção domínio depressão com o FISl. Todas as correlações foram inversas e variaram de $-0,31$ a $-0,67$. A gravidade da IF não se associou significativamente a nenhum dos domínios do WHOQOL, enquanto a GDS e o HAQ

demonstraram associação significativa com todos os domínios, exceto o domínio social. Com exceção da correlação entre o HAQ e o domínio psicológico, cuja correlação foi classificada como regular (-0,31), todas as demais correlações entre a GDS e o HAQ com o WHOQOL foram boas ou moderadas e inversas. A associação entre GDS, HAQ e FISI com os domínios da medida de enfrentamento só foi significativa entre GDS e os domínios confronto e fuga e esquiva ($p=0,07$ e $0,01$, respectivamente) com correlação classificada como regular ($r=0,29$ e $0,39$, respectivamente). Estes resultados estão resumidos na tabela 4.

3.6 - Resultados da análise multivariada não paramétrica através de Recursive Partitioning, utilizando a CART

Foram desenvolvidos quatro modelos de classificação das variáveis através da CART, usando os quatro domínios do FIQL (estilo de vida, comportamento, depressão e constrangimento) como variável dependente e as variáveis clínicas e demográficas selecionadas pelo comitê de especialistas como variáveis independentes. Estes modelos estão ilustrados nas figuras 1 a 4.

Como foram desenvolvidas quatro árvores de classificação, para facilitar a compreensão das mesmas, os nós terminais mais representativos foram ressaltados, de acordo com a média dos valores obtidos na variável dependente pelos indivíduos destes nós. Os ramos terminais estão ilustrados como retângulos, enquanto as figuras circulares representam os nós não-terminais. Os ramos à esquerda dos nós se referem às respostas positivas à variável selecionada e os ramos à direita, às respostas negativas (88). Para o FIQL, maiores escores nos domínios sugerem melhor qualidade de vida, enquanto escores mais baixos se associam a um maior comprometimento deste construto.

Tabela 5 - Resumo dos resultados da análise das associações entre as variáveis independentes quantitativas e variáveis dependentes qualidade de vida genérica e específica e estratégias de enfrentamento.

Variável Resposta	Idade (b)	Sexo (a)	Estado civil (b)	Mora só (a)	Escolaridade (b)	Renda familiar (b)	A. Física (a)	IU (a)	Grav. (FISI) (b)	Circunstâncias da IF (a)					Trat. IF (a)
										Não percebe	Percebe, mas não retém	Urgência	Ao liberar gases	Com diarreia	
Enfrentamento															
Autocontrole	0,330	0,008*	0,297	0,532	0,949	0,612	0,355	0,511	0,232	0,872	0,317	0,227	0,081†	0,575	0,480
Confronto	0,242	0,329	0,489	0,435	0,373	0,466	0,178	0,199	0,833	0,983	0,098†	0,376	0,106	0,316	0,003*
Afastamento	0,015*	0,012*	0,025*	0,321	0,810	0,826	0,807	0,472	0,958	0,677	0,905	0,367	0,076†	0,233	0,381
Aceitação resp.	0,994	0,280	0,082	0,612	0,170	0,594	0,956	0,366	0,738	0,342	0,376	0,149	0,143	0,031*	0,015*
Fuga-esquiva	0,397	0,813	0,873	0,789	0,384	0,221	0,052†	0,836	0,703	0,717	0,657	0,928	0,494	0,313	1,000
Resolução prob.	0,403	0,120	0,145	0,068†	0,602	0,417	0,327	0,169	0,740	0,413	0,719	1,000	0,267	0,460	0,001*
Reavaliação pos.	0,098†	0,080†	0,589	0,662	0,842	0,955	0,501	0,483	0,712	0,741	0,084†	0,830	0,961	0,277	0,006*
Suporte social	0,362	0,150	0,373	0,124	0,653	0,638	0,589	0,922	0,886	0,994	0,330	0,488	0,225	0,192	0,051†
FIQL															
Estilo de vida	0,073†	0,886	0,968	0,403	0,549	0,299	0,427	0,734	0,464	0,215	0,396	0,207	0,224	0,438	0,753
Comportamento	0,954	1,000	0,461	0,488	0,352	0,284	0,161	0,625	0,287	0,763	0,961	0,007*	0,128	0,558	0,232
Depressão	0,959	0,868	0,699	0,765	0,193	0,055†	0,030*	0,735	0,243	0,111	0,376	0,327	0,008*	0,415	0,346
Constrangimento	0,763	0,476	0,712	0,884	0,410	0,121	0,167	0,862	0,404	0,099†	0,542	0,212	0,164	0,335	0,983
WHOQOL															
Físico	0,744	0,692	0,460	0,952	0,131	0,574	0,935	0,266	0,786	0,817	0,278	0,769	0,472	0,815	0,146
Psicológico	0,856	0,649	0,147	0,566	0,194	0,273	0,492	0,246	0,779	0,087†	0,009*	0,562	0,691	0,960	0,324
Social	0,284	0,315	0,568	0,659	0,664	0,747	0,008*	0,331	0,259	0,062†	0,827	0,866	0,938	0,213	0,333
Ambiente	0,805	0,748	0,161	0,739	0,015*	0,037*	0,611	0,229	0,067†	0,038*	0,050*	0,573	0,651	0,838	0,641

a: Teste de *Mann-Whitney*

b: Teste de *Kruskal-Wallis*

IU: Incontinência Urinária

FISI: Fecal Incontinence Severity Index

† p<0,10

* p<0,05

Para o domínio estilo de vida do FIQL, as variáveis seleccionadas pelo modelo foram a idade, a nota da GDS, o estado civil, a gravidade e a renda familiar, como pode ser visualizado na Figura 1. Os menores escores do domínio avaliado foram encontrados para idosos com idade menor 64,5 anos. A seguir, a associação que resultou em menores escores do FIQL e portanto, maior comprometimento da qualidade de vida, foi para os idosos com mais de 64,5 anos, rastreio positivo para depressão e com escores mais altos no FISI. No domínio estilo de vida, os indivíduos com maiores escores, sugerindo melhor qualidade de vida, foram os maiores de 64,5 anos, com rastreio negativo para depressão e com escores mais altos no FISI. No domínio estilo de vida, os indivíduos com maiores escores, sugerindo melhor qualidade de vida, foram os maiores de 64,5 anos, com rastreio negativo para depressão e viúvos.

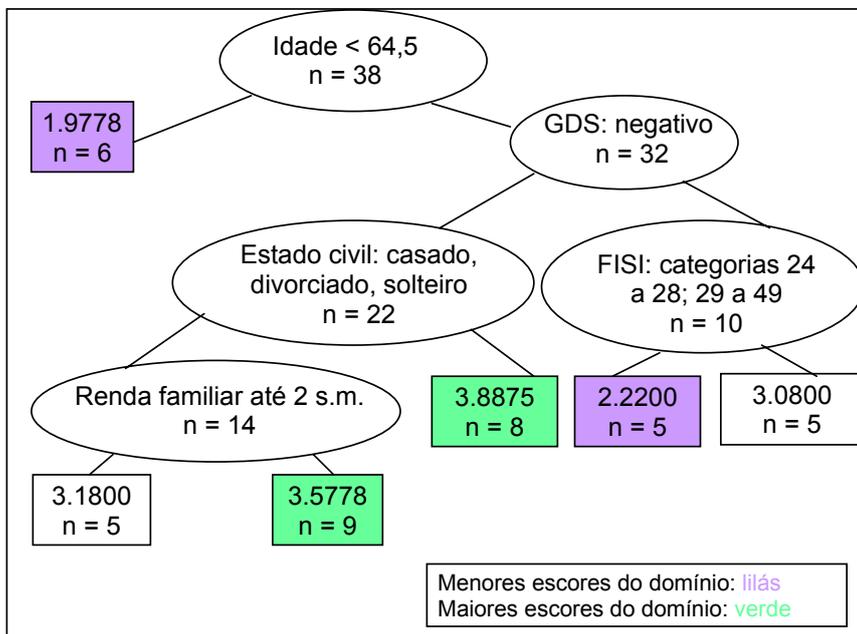


Figura 1 – Modelo de classificação das variáveis clínicas e demográficas em relação ao domínio estilo de vida do FIQL ($R^2=59,91\%$; $p=0,0000$)

A árvore construída pelo modelo para o domínio comportamento do FIQL e ilustrada na Figura 2 apontou as variáveis escores no domínio confronto do Inventário de Estratégias de *Coping*, circunstância da IF e idade como as mais fortemente associadas à qualidade de vida. O comprometimento mais relevante neste domínio, apontado pelo menor escore selecionado como corte foi indicado para os participantes com notas maiores que 1,66 no domínio confronto do questionário que mediu enfrentamento. Os maiores escores do domínio comportamento do FIQL foram encontrados entre os indivíduos com escores menores que 1,66 no domínio confronto, perda fecal tanto nas circunstâncias urgência quanto quando percebe, mas não é capaz de reter e com idade maior que 75 anos.

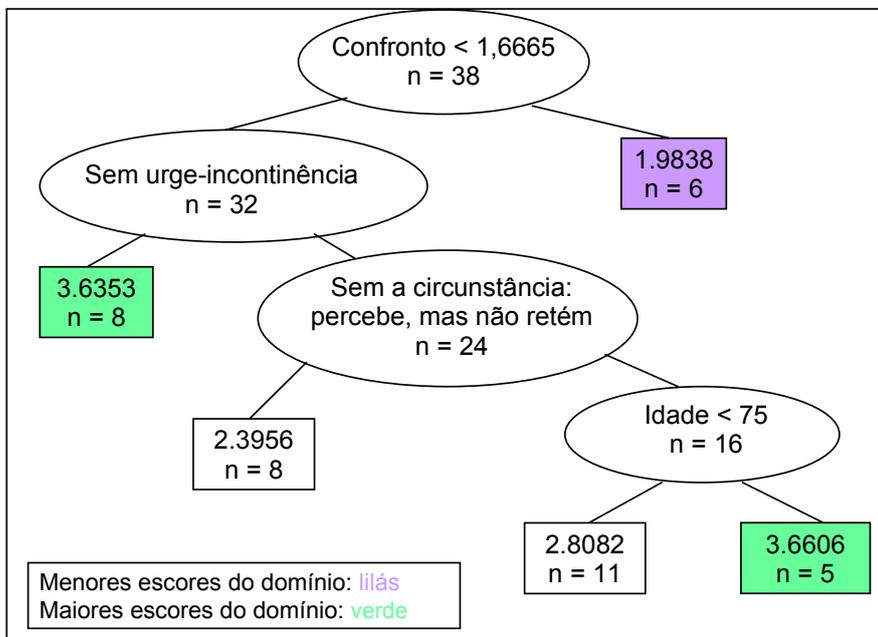


Figura 2 – Modelo de classificação das variáveis clínicas e demográficas em relação ao domínio comportamento do FIQL ($R^2=49,26\%$; $p=0,0001$)

O terceiro modelo, tendo o domínio depressão do FIQL como variável dependente, demonstrou que os indivíduos com maior comprometimento neste domínio foram os que apresentaram rastreio positivo para depressão e relataram uma IF mais grave no FISl. Os melhores escores deste domínio foram associados ao rastreio negativo para depressão, ausência de IF ao liberar gases e com baixa utilização do domínio confronto como estratégia de enfrentamento (Figura 3).

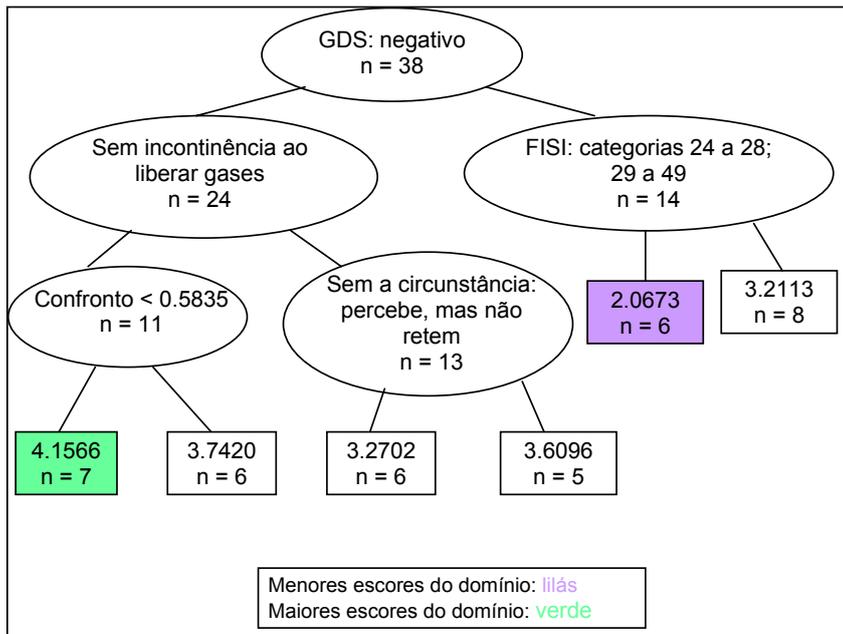


Figura 3 – Modelo de classificação das variáveis clínicas e demográficas em relação ao domínio depressão do FIQL ($R^2=49,26\%$; $p=0,0001$)

Por fim, a Figura 4 demonstra as variáveis associadas ao domínio constrangimento do FIQL, selecionadas pelo modelo, que foram: os domínios confronto e reavaliação positiva do Inventário de Estratégias de *Coping*, o estado civil, o histórico de tratamento para IF e a perda fecal na circunstância perceber, mas não conseguir reter. Os participantes que usaram mais o confronto como estratégia de enfrentamento e menos a estratégia reavaliação positiva, foram os que apresentaram maior efeito da IF neste domínio. Por outro lado, os maiores escores de qualidade de vida foram observados para aqueles que usaram menos a estratégia confronto para enfrentar a IF, não eram casados ou divorciados (portanto, eram solteiros ou viúvos), mas que tinham a IF porque percebiam a sensação de evacuar, mas não eram capazes de reter.

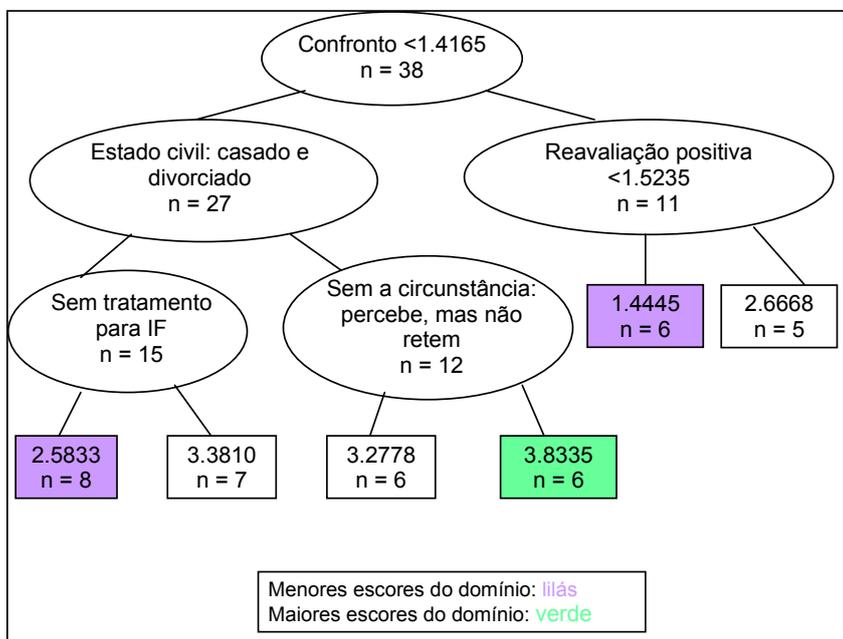


Figura 4 – Modelo de classificação das variáveis clínicas e demográficas em relação ao domínio constrangimento do FIQL ($R^2=66,33\%$; $p=0,000$)

4 - DISCUSSÃO

Este estudo avaliou a qualidade de vida e as estratégias de enfrentamento em idosos com incontinência fecal. Os resultados indicaram que esta condição afeta a qualidade de vida dos idosos pesquisados. A comparação com outros estudos que também usaram o FIQL sugere que os participantes desta pesquisa relataram melhores níveis de qualidade de vida que os reportados por Yusuf *et al.* (8) em brasileiros e por Rullier *et al.* (94) com uma amostra francesa. Nossos escores foram semelhantes aos encontrados por Rockwood *et al.* (15) em americanos e por Minguez *et al.* (95) em espanhóis. Entretanto, nenhum dos estudos anteriores foi realizado com idosos. O comprometimento da qualidade de vida em adultos com IF foi previamente documentado também através de sua mensuração por instrumentos genéricos e pelo GIQLI (12,13,27,34,38,96).

Os escores do domínio comportamento do FIQL foram os mais afetados pela IF nos participantes deste estudo. Este domínio, chamado de *coping* na versão original (15), mensura estratégias comportamentais e emocionais adotadas por pessoas com IF. Entre as quatro perguntas cujas respostas indicaram terem sido as mais afetadas pela IF, duas pertencem a este domínio e refletem mudanças comportamentais – “quando vou a um lugar novo, procuro saber onde está o banheiro” e cognitivas – “fico preocupado em perder fezes”. No estudo brasileiro de validação do FIQL, o domínio com maior comprometimento foi o constrangimento (8); no estudo sobre o desenvolvimento do FIQL, não houve diferença significativa entre os escores dos quatro domínios (15) e tanto na versão francesa quanto na espanhola, o domínio comportamento foi o mais comprometido. O domínio depressão do FIQL foi o menos afetado pela IF nos idosos entrevistados no presente estudo. Este achado está de acordo com o rastreamento de depressão realizado através da GDS, que resultou em mais de 60% dos participantes

com escores que não sugerem depressão, bem como com os resultados encontrados por Yusuf *et al.* (8), Rullier *et al.* (94) e Minguez *et al.* (95) para este domínio.

A análise multivariada não paramétrica através da CART indicou que as variáveis clínicas e demográficas mais fortemente associadas aos escores do FIQL foram idade, nota da GDS, estado civil, gravidade da IF, renda familiar, circunstância da perda fecal, domínios confronto e reavaliação positiva do Inventário de Estratégias de *Coping* e realização de tratamento para IF. A idade apareceu como variável de classificação dos pacientes em duas árvores, indicando que idosos com menos de 64,5 anos parecem ter maior efeito da IF sobre sua qualidade de vida. Resultados similares foram encontrados nos estudos de Santos & Silva (38) em brasileiros com IF e de Dugan *et al.* (36) em idosos com IU. Embora o motivo para esta associação não tenha sido pesquisado, ela poderia decorrer de um maior nível de exigência e da maior participação social e profissional entre os idosos de faixas etárias menores. Além destes fatores, a presença de mais doenças crônico-degenerativas e incapacidades entre os idosos mais velhos, poderiam sugerir que, a redução da atenção do problema da IF reduziria seu efeito sobre a qualidade de vida. A crença que a incontinência é natural do envelhecimento também pode se associar a este fato, embora sua variação entre idosos de diferentes idades não seja conhecida. Carr *et al.* (81) discutem que, quando a experiência da doença fica acima das expectativas de saúde do indivíduo, a qualidade de vida é afetada. Quando o indivíduo considera seu comprometimento como esperado para sua idade, seu estilo de vida ou remodela seus hábitos para conviver com o problema ou com as restrições que ele causa, sua experiência pode ser melhor que suas expectativas e a qualidade de vida pode não ser comprometida.

Embora o domínio depressão do FIQL tenha sido o que apresentou menor comprometimento nos idosos com IF desta amostra, o rastreio de depressão positivo foi um fator fortemente associado à pior qualidade de vida em dois modelos de classificação.

A utilização da GDS justifica-se, apesar do FIQL possuir um domínio intitulado depressão, uma vez que as sete perguntas deste domínio mensuram aspectos da qualidade de vida relativos ao efeito psicológico da IF e não especificamente a sintomas depressivos. Nos dois modelos, a nota da GDS afetou os escores do FIQL quando associada aos escores do FISl. Esses resultados estão de acordo com Chang (40), que em uma revisão da literatura, indicou a depressão como um forte preditor de qualidade de vida em pacientes com desordens gastrointestinais funcionais. Heymen (10) discute que não está claro se os sintomas psicológicos favorecem a incontinência, contribuem para sua manutenção ou são consequência dela. Como o desenho deste estudo não permite afirmações de causalidade, pode-se apenas inferir que idosos com IF mais grave podem ter tido escores mais altos na GDS e maior efeito na sua qualidade de vida. Pelas próprias características do quadro depressivo, não se pode excluir a possibilidade de que idosos deprimidos possam ter superestimado a gravidade da IF.

A associação entre gravidade da IF e qualidade de vida tem sido discutida já que incontinências com o mesmo nível de gravidade podem afetar de forma diferente a qualidade de vida dos pacientes (25). Vários estudos têm documentado a relação entre qualidade de vida e gravidade da IF: Rockwood *et al.* (25) relataram associação significativa entre os domínios do FIQL e os escores do FISl; Yusuf *et al.* (8), Lehur *et al.* (42), Rullier *et al.* (94) e Minguez *et al.* (95) documentaram associação inversa significativa e forte entre o FIQL e o Índice da Incontinência Anal; Rothbarth *et al.* (11) e Cavanaugh *et al.* (41) encontraram forte correlação entre QVRS avaliada genericamente e o Índice da Incontinência Anal e o FISl, respectivamente. Contraditoriamente, Damon *et al.* (27) encontraram uma fraca correlação entre a gravidade e o efeito da IF na qualidade de vida, avaliada através do GIQLI; Barbosa *et al.* (97) não encontraram associação significativa entre os domínios do FIQL e o Índice da Incontinência Anal, exceto para o domínio Depressão. Estes resultados sugerem que outros fatores, além da gravidade,

podem estar associados à QVRS destes pacientes. Vaizey *et al.* (26) argumentam que, mesmo pacientes com incontinência grave, podem não se sentir tão afetados por ela, devido aos mecanismos que adotam para enfrentá-la, como por exemplo, permanecer sempre próximo a um banheiro. Similarmente aos achados de Nygaard *et al.* (98) em mulheres da meia idade com IU, a relação entre qualidade de vida e gravidade da IF foi mediada pela associação com as variáveis idade e depressão no presente estudo.

O estado civil também apareceu como variável de classificação em duas árvores, sendo que, em ambas os viúvos tiveram melhores escores de qualidade de vida que os casados e desquitados. No domínio estilo de vida do FIQL, o estado civil afetou a qualidade de vida quando associado à nota da GDS e no domínio constrangimento, esta variável foi associada ao uso da estratégia confronto como forma de enfrentamento. Estes dados diferem dos relatados por Santos & Silva (38) que relataram escores indicativos de melhor qualidade de vida em pacientes que tinham um companheiro. Similarmente, Viana (31) reportou maiores níveis de satisfação com a vida em pacientes casados, que tiveram um enfrentamento mais positivo. Embora o arranjo familiar não tenha sido selecionado como variável para a análise multivariada, é possível que a convivência com outras pessoas da família, muitas vezes necessária não só em função da incontinência, mas também em decorrência do aumento da dependência e da incapacidade, muito presente entre os idosos, pode representar um aumento do constrangimento gerado pela IF (4,17). Apesar da viuvez não significar isolamento e solidão, a presença do cônjuge poderia pressupor um contato mais íntimo com outra pessoa e conseqüentemente o aumento das situações constrangedoras associadas à incontinência.

Entre os domínios do Inventário de Estratégias de *Coping*, o confronto foi selecionado como variável de classificação dos escores de qualidade de vida nos domínios comportamento, depressão e constrangimento do FIQL. Nas três árvores, o uso das estratégias de confronto foi associado à pior qualidade de vida e em duas delas, este

domínio do enfrentamento foi a variável mais fortemente associada ao escore do domínio do FIQL. Os autores da versão original do Inventário de Estratégias de *Coping* descrevem este domínio como esforços agressivos para alterar a situação, permeados por hostilidade e atitudes de risco (46). De acordo com estes autores, o enfrentamento focado no problema pode ser subdividido em estratégias confrontativas, uma forma agressiva de resolver o problema de forma interpessoal e em estratégias de planejamento e resolução do problema, que inclui atitudes programadas e pensadas para resolver a situação. O uso da estratégia confronto foi importante quando combinado ao tipo de IF, à nota da GDS e ao baixo uso do domínio reavaliação positiva como estratégia de enfrentamento. SCHMIDT *et al.* (99), também avaliaram a associação entre QV e estratégias de enfrentamento, mas em mulheres com alopecia. Estes autores observaram que as pacientes classificadas como tendo enfrentamento mal-adaptativo, usando estratégias como isolamento social, resignação, ansiedade e auto-acusação, tiveram maior comprometimento da qualidade de vida. Raak *et al.* (100) citam o enfrentamento baseado no confronto como uma forma saudável de enfrentamento focado no problema, tendo como referência a Teoria de Estresse e Enfrentamento proposta por Folkman *et al.* (47). Entretanto, estes autores observaram que pacientes com fibromialgia usaram mais esta estratégia que pacientes controles saudáveis e este uso esteve associado com maior disfunção e reação à dor. Similarmente, em pacientes com câncer, o uso de estratégias baseadas no suporte emocional foi associado com maior sobrevivência (51). Já em um estudo brasileiro que avaliou estratégias de enfrentamento em pacientes com LER, foi observado que o uso de estratégias focadas na emoção estava associado com menor satisfação com a vida (31). A associação do domínio confronto com a GDS e com o baixo uso do domínio reavaliação positiva, composto por estratégias cognitivas e espirituais para gerar significados positivos e crescimento pessoal a partir do problema (46,108), confirmam a hipótese de que as reações emocionais podem se associar com melhor adaptação à

doença. Estes resultados estão de acordo com os encontrados por Folkman *et al.* (46) em que o maior uso da reavaliação positiva e o menor uso do confronto foram associados a desfechos mais adaptativos.

O tipo de perda fecal também foi um importante fator associado à qualidade de vida, mas algumas associações sugeriram que determinadas circunstâncias de perda ou a associação delas influenciou positivamente a qualidade de vida. Este resultado pode ter sido decorrente de uma baixa confiabilidade das respostas referentes ao tipo de perda, já que elas foram baseadas em auto-relato e a maioria da amostra referiu mais de um tipo de perda. A combinação de várias circunstâncias de perda pode ter comprometido a capacidade do modelo estatístico para identificar a relação entre estas variáveis e a qualidade de vida. Corroborando esta discussão, outros trabalhos têm demonstrado que, ao contrário dos resultados deste estudo, a circunstância urge-incontinência é a que mais afeta a qualidade de vida dos incontinentes para fezes (97) e para urina (10).

Finalmente, a realização prévia de tratamento para IF, determinou melhores escores de qualidade de vida entre os idosos que usaram pouco a estratégia confronto e eram casados ou desquitados na análise do domínio constrangimento do FIQL. A avaliação do efeito das intervenções sobre a qualidade de vida de indivíduos com IF não foi objetivo deste estudo, mas tem sido documentada em estudos prévios (10,40). Entretanto, é preciso distinguir o efeito positivo documentado após as intervenções, da avaliação de qualidade de vida realizada no momento da consulta com o profissional de saúde. O'Keefe *et al* (39) relataram que os indivíduos que tinham procurado um especialista para os sintomas gastrointestinais, tiveram menores escores no SF-36 do que aqueles que não tinham buscado ajuda profissional, resultados que sugerem que indivíduos mais incomodados pela IF procuram apoio médico.

Algumas associações esperadas, tendo como base a prática clínica, não foram observadas. Além de serem descritos diferentes mecanismos fisiopatológicos para a

ocorrência de IF em homens e mulheres (14,16,24,27), as diferenças de gênero no que se referem às prioridades, expectativas e relação com o corpo e as doenças, poderiam pressupor diferentes efeitos das condições de saúde em homens e mulheres (101,102). Para idosos com condições crônicas de saúde, revisão realizada por Pereira *et al.* (103) indicou melhor qualidade de vida entre os homens do que entre as mulheres idosas. Santos & Silva (38) documentaram que as mulheres com IA apresentaram melhores escores de qualidade de vida que os homens, em um dos domínios da Escala de Flanagan. A ausência de associação do sexo com os domínios do FIQL na análise multivariada pode estar associada ao pequeno número de homens na amostra, embora nossos dados tenham sido semelhantes aos de O'Keefe *et al.* (39) que não observaram associação entre os escores do SF-36 com o sexo em idosos com desordens anorretais benignas, entre elas, a IF.

Similarmente, as condições de saúde associadas também não se relacionaram à qualidade de vida dos idosos com IF na análise bivariada, exceto no domínio físico do WHOQOL-BREF. Igualmente, no estudo de Viana (31) em pacientes brasileiros com LER, o componente funcional foi menos relacionado à satisfação com a vida que o componente psicossocial. O'keefe *et al.* (39), avaliaram 704 idosos residentes na comunidade e mostraram que aqueles que tinham IF apresentavam comprometimento da função física e dos escores do Short Form-36 (SF-36), mesmo após ajustamento estatístico para doenças crônicas, número de medicamentos e AVDs. Kalantar *et al.* (7), relataram uma associação significativa entre auto-relato de pobre condição de saúde e IF, sendo que 28% das pessoas incontinentes relataram interferência desta condição em seu estilo de vida. Embora na análise bivariada o HAQ tenha se associado aos escores do FIQL, optou-se por não incluir esta variável no modelo de regressão multivariada, uma vez que a maioria dos idosos desta amostra era independente, os escores do HAQ possivelmente sofreram um efeito teto e o objetivo de sua utilização foi no sentido de assegurar a

caracterização dos níveis funcionais da amostra. Além disto, uma possível interação do HAQ com a GDS pode ter ocorrido.

A associação entre incontinência urinária e fecal tem sido demonstrada em estudos prévios, tanto em mulheres (21,104) quanto em idosos (4,9). Mecanismos comuns ao controle miccional e da defecação podem justificar este fato. Além disso, alterações fisiopatológicas como as lesões obstétricas, os quadros demenciais, as prostatectomias e as alterações da mobilidade afetam o controle da continência urinária e fecal em idosos (22). Em nosso estudo, 69,23% dos participantes referiram incontinência dupla. A perda urinária tem efeitos negativos nas atividades de vida diária, nas relações sociais, nas emoções e no bem-estar físico dos idosos (36). Aumento dos sintomas depressivos, constrangimento e limitações sexuais também são citados como fatores que comprometem a qualidade de vida de pessoas com IU (10,104). Assim, poderia ser esperado que a associação da IU com a IF aumentasse o efeito desta última condição na qualidade de vida, o que não ocorreu. Fialkow *et al.* (104) documentaram que pacientes com IF isolada ou combinada com a IU tiveram escores significativamente menores no SF-12 que pacientes com IU isolada. Para os idosos que têm incontinência urinária e fecal associadas é compreensível que a IF exerça maior efeito sobre a qualidade de vida, já que a perda fecal é mais difícil de ser ocultada.

O grande número de respostas “não se aplica” às perguntas do FIQL referentes à sexualidade entre os idosos com IF não deve ser negligenciado e também foi relatado por Rullier *et al.* (94). No estudo de Pascoal (29), quase a metade dos idosos participantes da elaboração de um instrumento de qualidade de vida sugeriram excluir o item atividade sexual, por considerarem que esta questão não influencia sua qualidade de vida. Contrariamente, pacientes jovens com IF, indicaram o item relações sexuais como importante na avaliação da qualidade de vida específica no estudo de Byrne *et al.* (105). O próprio autor do FIQL levanta a questão da adequação do instrumento a grupos especiais

e a possível necessidade de desenvolvimento de questionários específicos ou de módulos especiais nos instrumentos originais para que sejam adequados a determinados grupos. Fleck *et al.* (74) no desenvolvimento do WHOQOL-OLD, realizaram grupos focais que avaliaram a aplicabilidade do WHOQOL-100 para idosos e documentaram que havia a necessidade de adaptação de algumas perguntas e de inclusão de temas não previstos no instrumento original para garantir que aspectos relevantes da qualidade de vida dos idosos fossem avaliados. Para o item atividade sexual, idosos e cuidadores discutiram sobre sua relevância e observaram que as questões originais assumem que há atividade sexual, o que nem sempre é realidade entre os idosos, sugerindo que a forma de perguntar fosse adaptada e que outras manifestações de sexualidade e afetividade também fossem avaliadas. A partir destes resultados, a versão brasileira do WHOQOL-OLD incluiu o domínio intimidade, que incluiu perguntas referentes à presença de um companheiro, experiências amorosas, oportunidades para o amor e para ser amado (75,106). Resultados semelhantes foram citados por Roe & Carl (107), em uma pesquisa qualitativa sobre incontinência e sexualidade, indicando que questões excedentes ao ato sexual devem ser consideradas: aparência, vestuário, uso de absorventes, intimidade e carícias. Portanto, ao utilizar o FIQL em idosos, deve-se ter a cautela de não excluir as respostas perdidas nem considerá-la como zero, o que reduziria erroneamente os escores de qualidade de vida.

Embora os escores dos domínios do WHOQOL-BREF tenham indicado comprometimento da qualidade de vida, não se pode afirmar que o mesmo seja decorrente da IF. Escores similares aos encontrados nos idosos participantes deste estudo foram relatados em idosos brasileiros sem IF (103). A insatisfação com o aspecto financeiro e com as oportunidades de lazer, possivelmente está associada às questões inerentes à condição sócio-econômica dos participantes e não aos efeitos da IF, tendo também sido relatada por Xavier *et al.* (52) ao avaliarem a qualidade de idosos de Porto

Alegre. Entretanto, em um estudo de base populacional em uma cidade mineira, Pereira *et al.* (103) não encontraram associação significativa entre os escores do WHOQOL-BREF e a renda mensal em idosos da comunidade. Já as questões relacionadas à insatisfação com as relações pessoais e a alta frequência de sentimentos negativos tanto podem ser decorrentes da falta de suporte social e de sentimentos depressivos na velhice quanto podem ter sido agravadas pela IF. Rockwood (6) indica que os instrumentos genéricos de avaliação de qualidade de vida são normalmente adequados para detectar mudanças de grandes amplitudes nas condições específicas, mas têm baixa responsividade para detectar mudanças de menor magnitude. Entretanto, o uso de questionários genéricos de qualidade de vida é apontado na literatura como importante para permitir a comparabilidade entre diferentes condições e populações (6,27,30,104). Como a IF, não causa dor e incapacidade física, mas tem seu principal efeito sobre o paciente vinculado ao constrangimento e à depressão (10), o WHOQOL-BREF foi preferido em detrimento dos questionários de avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde. A associação significativa entre os domínios deste questionário e os domínios do FIQL sugere uma boa validade da medida específica de qualidade de vida, resultados semelhantes aos encontrados quando o FIQL foi correlacionado ao SF-36 (8,15).

Além dos resultados indicarem uma importante associação entre qualidade de vida e enfrentamento, a verificação das estratégias de enfrentamento mais e menos utilizadas pelos idosos com IF fornece informações adicionais. O percentual de respostas perdidas no Inventário de Estratégias de *Coping* foi similar ao encontrado em um estudo brasileiro que aplicou a Escala Modos de Enfrentamento de Problemas em 409 indivíduos em situação de estresse ou com doenças crônicas, obtendo menos de 10% de dados faltosos (80). Apesar de algumas propriedades psicométricas deste questionário já terem sido avaliadas por uma série de autores, inclusive no Brasil (43,47,51,76,78,80), algumas perguntas não foram entendidas pelos idosos participantes.

As estratégias menos utilizadas pelos idosos sugerem que os mesmos não tentam se esquecer do problema, nem reagem agressivamente com terceiros ou se preparam para a piora do problema. A dificuldade ou recusa em falar do problema com outras pessoas, inclusive com os profissionais de saúde, apesar de considerar a IF um grande desafio e querer mudá-la chama a atenção entre as estratégias mais utilizadas. Novamente, o constrangimento, o desconhecimento das possibilidades terapêuticas e a crença de que a IF é normal ao envelhecer, podem ser justificativas para a utilização destas estratégias (105,107).

No estudo realizado por SEIDL *et al.* (80), os indivíduos com condições crônicas de saúde utilizaram estratégias focadas na emoção em menor frequência que as estratégias focadas no problema. Entretanto, esta amostra tinha idade média de $34 \pm 13,03$ anos e foi recrutada em serviços de saúde. A discrepância na idade dos participantes deste estudo e do estudo aqui apresentado pode ser uma possível justificativa para a diferença nas estratégias adotadas. Nos idosos com IF, as estratégias focadas na emoção foram as mais adotadas e as estratégias focadas no problema as menos utilizadas. Folkman *et al.*(46) e Carver *et al.* (48) indicam que as estratégias focadas na emoção são normalmente usadas quando o paciente acredita que não há possibilidade de modificar o problema, o que corrobora a indicação de que muitos idosos consideram a incontinência como decorrente do envelhecimento e sem possibilidade terapêutica.

No presente estudo, o domínio suporte social foi o mais utilizado entre as estratégias de enfrentamento pelos idosos com IF. Suporte social é um termo genérico que inclui características estruturais das redes sociais, referentes à frequência e quantidade de relações sociais, além de aspectos funcionais das interações sociais, relacionados à percepção da disponibilidade e tipo de apoio recebido (31,108). O uso frequente desta estratégia de enfrentamento também tem sido relatado em pacientes com dor crônica, diabetes, esclerose múltipla e câncer (108). Em revisão da literatura realizada

por Schreurs & Ridder (108), o uso do suporte social como uma estratégia de enfrentamento foi associado com diversas medidas relacionadas a adaptação positiva em uma série de diferentes doenças. Nesta última doença, o uso do suporte social foi associado com melhor aceitação da doença e bem-estar (51). Neste estudo, a maior utilização desta estratégia pode ter sido associada ao fato dos pacientes terem sido recrutados em serviços de saúde e grupos de convivência. Shen *et al.* (109) observaram que, em pacientes submetidos à reabilitação cardíaca, o suporte social foi independentemente associado a maior melhora física, menos hostilidade e melhor controle da depressão. Apesar do grande uso desta estratégia entre os idosos com IF, ela não esteve associada com os escores de qualidade de vida, resultado similar ao relatado por Viana (31). As características do suporte social, incluindo sua qualidade e disponibilidade (31) e o fato deste domínio incluir tanto perguntas com foco no problema quanto com foco na emoção (46), podem justificar este resultado. O uso freqüente da estratégia suporte social entre os idosos pode sugerir que a importância da convivência com outras pessoas é maior que o constrangimento gerado pela IF (46).

Embora o instrumento de avaliação do enfrentamento utilizado em nossa pesquisa não tenha o domínio espiritualidade, a estratégia rezar foi uma das mais usadas pelos idosos com IF. Alguns estudos apontam para a importância do uso da religião como recurso de enfrentamento no envelhecimento, oferecendo respostas às questões dos idosos, facilitando a aceitação de perdas, favorecendo a superação de problemas e fornecendo um significado às condições crônicas de saúde pelas quais os idosos passam (45,110). Portanto, esta estratégia de enfrentamento é apontada como uma forma positiva de enfrentar o estresse (110). O uso das estratégias de enfrentamento do domínio reavaliação positiva, que inclui a estratégia rezar, foi associado com melhores escores do domínio constrangimento do FIQL.

A seleção das estratégias de enfrentamento utilizadas pelos idosos com incontinência fecal pode estar associada ao conceito de resiliência, a capacidade universal que permite que uma pessoa, grupo ou comunidade previna, minimize ou supere os efeitos da adversidade (52,111). Os recursos sociais e psicológicos de que o indivíduo dispõe podem determinar as implicações das incapacidades sobre os indivíduos. Estes fatores podem determinar a adaptação à incapacidade, a forma de enfrentamento e a intensidade do estresse gerado pela doença. Estudos têm mostrado que os idosos usam uma ampla variedade de formas para adaptarem-se às condições de saúde que enfrentam, incluindo a compensação das perdas, a otimização das performances e a restrição ou limitação das atividades. Rabelo & Néri (112) sugerem que os idosos tendem a enfrentar os problemas de saúde de forma assimilativa ou acomodativa. No primeiro, o indivíduo tenta minimizar ou prevenir as perdas através de atividades instrumentais, autocorretivas e compensatórias, conformando a situação estressante. Já o enfrentamento acomodativo envolve o desengajamento e a diminuição das atividades e aspirações, acomodando seus objetivos e adotando atividades mais suaves ou indulgentes. Este último modelo tende a ser adotado quando a assimilação falha ou quando a incapacidade é irreversível, pensamento muitas vezes associado à IF na velhice (72). Indivíduos resilientes, que tentam superar os obstáculos tendem a ter estratégias de enfrentamento mais efetivas (51,111).

Apesar do delineamento do presente estudo não permitir inferências relativas aos fatores associados à IF, várias das características observadas na amostra estão de acordo com outros estudos: maior frequência de mulheres com IF, várias gestações e partos vaginais entre as mulheres incontinentes, alto índice de prostatectomia entre os homens incontinentes, frequência importante de incontinência dupla em idosos, mais de um tipo de situação de perda fecal e relato frequente de constipação intestinal e flatulência em idosos (4,5,14,22,23,24). A literatura justifica esta caracterização. As

mulheres podem apresentar risco aumentado de desenvolver IF porque estão sujeitas às lacerações perineais decorrentes de múltiplas gestações e partos vaginais, do hipoestrogenismo e da proximidade entre os orifícios do períneo (5,14,22,24), além de serem mais acometidas pela Síndrome do Intestino Irritável (7). Entretanto, a maior frequência de mulheres nesta amostra pode ter se associado também à maior procura feminina pelos serviços de saúde e grupos de convivência, de onde a amostra foi recrutada, e à feminilização do envelhecimento (2,9,101). Entre os homens, o impacto da prostatectomia sobre os mecanismos de controle da continência e ereção também já foram bem estabelecidos (2,5,14).

Este estudo procurou fazer uma ampla caracterização dos sintomas proctológicos e do quadro clínico da IF em idosos. A maioria dos participantes relatou a presença de mais de um sintoma proctológico, sendo que diarreia, constipação intestinal, prurido anal e hemorróidas foram as queixas mais prevalentes. A alta frequência de constipação intestinal entre a população geriátrica também é conhecida (22,39). Fatores nutricionais, alterações orgânicas decorrentes do envelhecimento normal ou patológico, iatrogenia medicamentosa e redução da mobilidade são fatores apontados como responsáveis por sua maior ocorrência entre os idosos (22). Estudos têm documentado a relação da IF com a constipação, explicada pelo risco de estiramento do nervo pudendo, alterações da complacência retal, laceração do assoalho pélvico e por alterações sensoriais retoanais (5,14,22,39). Embora alguns estudos tenham indicado relação entre estes sintomas e a IF (5,7,14,22,23), os achados deste estudo foram baseados no auto-relato dos idosos. O uso de critérios de diagnóstico e a realização de exames complementares poderiam confirmar os sintomas e as circunstâncias de perda relatadas. O relato de mais de uma circunstância para a ocorrência da perda fecal sugere uma alteração de mais de um mecanismo de controle da continência. As alterações decorrentes da velhice e as doenças comuns nesta faixa etária, como a atrofia muscular, a diminuição da velocidade

de condução nervosa e o aumento do limiar sensorial, são possíveis explicações para estes achados (5,14,22).

As características clínicas e demográficas dos participantes desta pesquisa também estão de acordo com os resultados de estudos de base populacional com idosos (4,7,12,16,17,18). A maior frequência de mulheres, viúvas, que residem com os filhos e têm baixa escolaridade e renda é característica dos idosos no Brasil, assim como o aumento da morbidade, indicada pelo número de condições de saúde associadas e pela polifarmácia (1,2,9,101). A análise da relação destas variáveis demográficas e clínicas com as causas ou sintomas da IF não foi objetivo deste estudo.

O fato dos idosos que não foram recrutados nos serviços de referência para tratamento de IF, não ter realizado nenhum tratamento para este problema, confirma os dados da literatura de que a incontinência é sub-relatada (4,5,7,14,23,101). (Embora não tenha sido questionado aos idosos o motivo pelo qual não haviam procurado ajuda especializada para o problema, a questão do constrangimento e da incontinência ser considerada por muitos idosos como natural da velhice podem ser possíveis justificativas (4,7,101).

É preciso reconhecer ainda, que este estudo possui algumas limitações. A amostra foi selecionada por conveniência e embora sua heterogeneidade favoreça a validade externa, também pode ter limitado o aparecimento de algumas associações. Em outro estudo, a forma de recrutamento dos pacientes com IF afetou os escores de qualidade de vida sendo os menores escores documentados entre pacientes selecionados de serviços de referência (27). A inclusão de pacientes oriundos tanto de unidades de referência, quanto de grupos de convivência, foi uma tentativa de reduzir este viés de seleção, mas os escores destes dois grupos não foram analisados separadamente. A forma de entrevista poderia ter sido padronizada, já que o ambiente domiciliar pode aumentar o constrangimento para falar de uma condição íntima (107). Entretanto, pelas limitações

induzidas pela própria idade e pelas dificuldades de transporte e acompanhamento até os consultórios disponibilizados, a adoção da entrevista domiciliar permitiu um tamanho de amostra mais relevante. Para reduzir o viés induzido pelo local de entrevista, em todas as visitas domiciliares, foi solicitado que a entrevista ocorresse em local isolado, com as portas fechadas e com o idoso desacompanhado. É importante considerar ainda que, qualquer que seja a forma de avaliação da qualidade de vida e de enfrentamento, a aplicação de instrumentos de auto-relato em idosos pode ser sempre influenciada pelo viés de memória.

Apesar das inúmeras vantagens apontadas na justificativa para a utilização da análise estatística multivariada não-paramétrica selecionada, é preciso considerar que ela é um tipo de análise relativamente nova e ainda desconhecida por muitos profissionais, o que pode dificultar sua interpretação por alguns e a comparação com os resultados de outros estudos (85,91). Embora as árvores desenvolvidas tenham atingido os pressupostos para a sua utilização, com distribuição normal e média igual a zero, apenas 52 a 66,3% da variabilidade da resposta pode ser explicada pelo modelo, com uma taxa de erro de cerca de 40%, classificada como moderada. Como o objetivo não foi prever resultados com base nas variáveis pesquisadas, mas explicar a interação entre elas, explorando as possíveis relações, esta variabilidade pode ser aceitável. Apesar da seleção das variáveis para o modelo ter sido embasada pelos resultados da análise estatística bivariada e pela relevância clínica dos desfechos pesquisados, definidos por um comitê de especialistas, outras variáveis, não incluídas no modelo, podem explicar os valores encontrados para o coeficiente de determinação (91). A qualidade de vida, além de ser influenciada pelas condições clínicas da doença e pela situação sócio-demográfica do indivíduo e do ambiente, depende ainda das características emocionais dos idosos. Fatores psicológicos internos, como a interpretação das perdas, a personalidade, a resiliência e as crenças sobre saúde e doença podem influenciar a qualidade de vida dos

idosos (52). Ao interpretar a CART, um cuidado deve ser tomado, levando-se em conta que diferentes variáveis podem estar correlacionadas e o fato de uma variável não aparecer na árvore não reflete necessariamente uma falta de relação. Esta relação pode ter sido subestimada por outra variável mais fortemente associada ao desfecho primário ou à variável independente que ficou oculta (90).

Os resultados deste estudo confirmam a tendência dos estudos atuais (28,29,30,32,33) sobre a importância de avaliar as consequências de uma doença sobre o paciente. Entender este efeito favorece o esclarecimento das relações entre os domínios de saúde comprometidos. Neste contexto, reforça-se que este tipo de medida deve ser considerado na avaliação dos idosos com IF, podendo contribuir para resultados mais completos das avaliações clínica e complementar, para direcionar uma conduta mais adequada e para avaliar o efeito das intervenções com relação ao impacto da doença (81).

As variáveis selecionadas pela análise multivariada confirmam a tendência atual da importância da atuação interdisciplinar no tratamento de pacientes com IF. Com base nestes resultados, o papel da equipe de saúde que atende idosos incontinentes para fezes poderia ser rediscutido.

A partir do conhecimento das principais estratégias de enfrentamento utilizadas pelos idosos com IF, novos estudos podem esclarecer como a intervenção terapêutica pode afetar estas estratégias ou como as mesmas podem direcionar a intervenção. Estudos neste sentido já estão sendo publicados em outros contextos, como na reabilitação após traumatismo raquimedular e doença coronariana, sugerindo que o tratamento muda a frequência de utilização de estratégias e gera substituição ou acréscimo de novas estratégias, o que pode levar a uma melhor adaptação à condição de saúde. Adicionalmente, o uso de determinadas estratégias pode levar a desfechos mais ou menos favoráveis após as intervenções (109,113). Os resultados indicam a importância

do esclarecimento, junto aos idosos, de que a IF não é decorrente do processo de envelhecimento e das possibilidades terapêuticas para esta condição.

O entendimento do efeito da qualidade de vida na IF em idosos e das variáveis mais fortemente associadas a este efeito, favorece o delineamento de outros estudos, aprofundando as questões levantadas pelos resultados apresentados. A avaliação da qualidade de vida e dos fatores associados a ela em idosos demenciados, institucionalizados, com maior equidade entre os sexos, maior comprometimento físico e um melhor rastreamento das condições gastrointestinais associadas pode ser objetivo de futuros estudos. O desenvolvimento de estudos longitudinais poderia confirmar as associações observadas neste estudo e explicar a direção destas associações, bem como as relações de causalidade.

5 – CONCLUSÃO

Este estudo cumpriu com os objetivos propostos e permitiu explorar as relações entre as variáveis estudadas, classificando-as em relação à qualidade de vida de pacientes com IF.

Em uma amostra de idosos constituída principalmente por mulheres, casados ou viúvos, de baixa escolaridade e renda, com outros problemas de saúde associados e funcionalmente independentes, demonstrou-se que a IF afeta a qualidade de vida genérica e específica. Neste estudo, a maioria dos idosos tinha mais de um tipo de perda fecal, sendo a urge-incontinência o tipo mais comum e mais da metade dos participantes nunca fizeram tratamento para esta condição de saúde.

O comportamento foi o domínio de qualidade de vida mais afetado pela IF, enquanto o suporte social foi a estratégia de enfrentamento mais adotada. Documentou-se que os domínios confronto e reavaliação positiva do enfrentamento se associam com pior e melhor qualidade de vida, respectivamente. Outras variáveis associadas à qualidade de vida de idosos com IF foram a idade, o rastreamento de depressão, o estado civil, a gravidade da IF, a circunstância da IF, a renda e a realização de tratamento para IF.

Pode-se concluir, a partir dos resultados encontrados e das evidências disponíveis, que o efeito da IF na qualidade de vida está associado à forma como o indivíduo enfrenta esta condição de saúde e às variáveis demográficas, clínicas e psicológicas citadas acima. Estes achados confirmam a importância de incluir a avaliação da qualidade de vida nos programas de intervenção, não só para documentar a efetividade dos tratamentos realizados, mas para avaliar a necessidade de orientação e encaminhamento para outros membros da equipe

interdisciplinar. Além da avaliação da qualidade de vida, estes resultados indicam a necessidade da inclusão das variáveis associadas nos protocolos de avaliação.

A indicação de que as estratégias de enfrentamento podem influenciar nos escores de qualidade de vida de idosos com IF, confirma que pode haver estratégias mais ou menos adaptativas. Neste estudo, o enfrentamento baseado no confronto foi considerado menos adaptativo e as estratégias associadas a uma reavaliação positiva se associaram a melhores escores de qualidade de vida. Portanto, a avaliação, orientação, encaminhamento e intervenção sobre estas estratégias podem favorecer uma melhor qualidade de vida. O fato do enfrentamento da doença poder afetar a adaptação do indivíduo à IF, pode direcionar as ações da equipe de saúde e nortear novas pesquisas.

6 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- 1) GARRIDO, R; Menezes, P.R. O Brasil está envelhecendo: boas e más notícias por uma perspectiva epidemiológica. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 24 (supl1), p. 3-6, 2002.
- 2) INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Perfil dos Idosos Responsáveis pelos Domicílios no Brasil**. Rio de Janeiro: Ministério de Planejamento, Orçamento e Gestão; Diretoria de Pesquisa, 2002.
- 3) LIMA-COSTA, M.F.; Barreto, S.M.; Giatti, L. Condições de Saúde, Capacidade Funcional, Uso dos Serviços de Saúde e Gastos com Medicamentos da População Idosa Brasileira: um Estudo Descritivo Baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.19, n. 3, p.735-343, 2003.
- 4) EDWARDS, N.I.; Jones, D.; The prevalence of faecal incontinence in older people living at home. **Age and Ageing**, Oxford, v.30, p. 503-507, 2001.
- 5) COOPER, Z; Rose, S. Fecal Incontinence: a Clinical Approach. **The Mount Sinai Journal of Medicine**, New York, v. 67, n.2, p.96-105, 2000.
- 6) ROCKWOOD, T. Incontinence severity and QOL scales for fecal incontinence. **Gastroenterology**, New York, v.126, p.106-113, 2004.
- 7) KALANTAR, J.S.; Howell, S; Talley, N.J. Prevalence of faecal incontinence and associated risk factors. **The Medical Journal of Austrália**, Pymont, v.21, n.176, p.54-57, 2002.
- 8) YUSUF, S.A.I.; Jorge, J.M.N.; Habr-Gama, A.; Kiss, D.R.; *et al.* Avaliação da Qualidade de Vida na Incontinência Anal: validação do questionário FIQL (Fecal Incontinence Quality of Life). **Arquivos de Gastroenterologia**, São Paulo, v.41, n.3, p.202-8, 2004.
- 9) LOPES, M.C.; Teixeira, M.G.; Filho, W.J.; Filho, E.T.C.; *et al* Prevalência da Incontinência Anal no Idoso: Estudo Epidemiológico com Base na População Atendida no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, em Regime Ambulatorial. **Revista do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de São Paulo**, São Paulo, v.52, p.1001-1012, 1997.
- 10) HEYMEN, S. Psychological and cognitive variables affecting treatment outcomes for urinary and fecal incontinence. **Gastroenterology**, New York, v.126, p.126-146, 2004.
- 11) MINER, P. Economic and personal impact of fecal and urinary incontinence. **Gastroenterology**, New York, v.126, p.8-13, 2004.
- 12) PERRY, S.; Shaw, C.; McGrother, C.; Matthews, R.J.; *et al.* Prevalence of faecal incontinence in adults aged 40 years or more living in the community. **Gut**, London, v.50, p.480-484, 2002.

- 13)ROTHBARTH, J.; Bemelman, W.; Meijerink, W.J.H.J.; Stiggelbout, A.M.; et al. What is the impact of fecal incontinence on quality of life? **Diseases of Colon e Rectum**, New York, v.44, n.1, p.67-71, 2001.
- 14)JORGE, J.M.N.; Wexner, S.D. Etiology and Management of Fecal Incontinence. **Diseases of Colon and Rectum**, New York, v.36, p.77-97, 1993.
- 15)ROCKWOOD, T.H.; Church, J.M.; Fleshman, J.W.; Kane, R.L.; Mavrantonis, C.; Thorson, A.G.; Wexner, S.D.; Bliss, D.; Lowry, A.C. Fecal Incontinence Quality of Life Scale: Quality of Life Instrument for Patients with Fecal Incontinence. **Diseases of Colon and Rectum**, New York, v.43, p.9-17, 2000.
- 16)TEUNISSEN, T.A.M; Lagro-Jansen, A.L.M.; Van Den Bosch, W.J.H.M.; Van Den Hoogen, H.J.M. Prevalence of Urinary, Fecal and Double Incontinence in the Elderly Living at Home. **International Urogynecology Journal**, London, v.15, p. 10-13, 2004.
- 17)NELSON, R.; Norton, N.; Cautley, E; Furner, S. Community-Based Prevalence of Anal Incontinence. **JAMA**, Chicago, v.274, n.7, p.559-561, 1995.
- 18)KOK, A.L.M; Voorhorst, F.J.; Burger, C.W.; *et al.* Urinary and faecal incontinence in community-resident elderly women. **Age and Ageing**, Oxford, v.21, p.211-215, 1992.
- 19)JOHANSON, J.K.; Lafferty, J. Epidemiology of Fecal Incontinence: The Silent Affliction. **American Journal of Gastroenterology**, Bethesda, v.91, n.1, p.33-36,1996.
- 20)STENZELIUS, K.; Mattiason, A.; Hallberg, I.R; Westerngren, A. Symptoms of urinary and faecal incontinence among women and men 75+ in relation to health complaints and quality of life. **Neurourology and Urodynamics**, West Sussex. v.23, n.3, p.211-222, 2004.
- 21)MESCHIA, M.; Buonaguidi, A; Pifarotti, P; *et al.* Prevalence of anal incontinence in women with symptoms of urinary incontinence and genital prolapse. **American Journal Of Obstetrics and Gynecology**. New York, v.100, p.719-723, 2002.
- 22)WALD, A. Constipation and Fecal Incontinence in the Elderly. **Gastroenterology Clinics of North America**. Orlando, v.19, n.2, p.405-418, 1990.
- 23)BARBOSA, J.M.M.; Marques, L.M. Incontinência Anal. In: BARACHO, E. **Fisioterapia Aplicada à Obstetrícia**. Rio de Janeiro: Editora Medsi, 2002.
- 24)KAMM, M. Faecal Incontinence. **British Medical Journal**, London, v.316, n.14, p.528-534, 1998.
- 25)ROCKWOOD, T.H.; Church, J.M.; Fleshman, J.W.; Kane, R.L; *et al.* Patient and Surgeon Ranking of the Severity of Symptoms Associated with Fecal Incontinence – The Fecal Incontinence Severity Index. **Diseases of Colon and Rectum**, New York, v.42, p.1525-1532, 1999.

- 26)VAIZEY, C.J.; Carapeti, E.; Cahill, J.A.; Kamm, M.A. Prospective Comparison of Fecal Incontinence Grading Systems. **Gut**. London, v.44, p.77-80, 1999.
- 27)DAMON, h; Dumas, P; Mion, F. Impacto of anal incontinence and chronic constipation on quality of life. **Gastroenterologie Clinique et Biologique**, Paris, v.28, n.16, p.16-20, 2004.
- 28)THE WHOQOL GROUP. The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): Position Paper from the World Health Organization. **Social Science and Medicine**, Amsterdam, v.17, n.10, p.1403-1409, 1995.
- 29)PASCOAL, S.M.P. **Qualidade de vida do idoso – elaboração de um instrumento que privilegia sua opinião**. São Paulo: Universidade de São Paulo, 2000. 268 p. Dissertação (Mestrado) Programa de Mestrado em Medicina da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, 2000.
- 30)GUYATT, G.H.; Feeny, D.H.; Patrick, D.L. Measuring health-related quality of life. **Annals of Internal Medicine**. Washington, v.118, p.622-629, 1993.
- 31)VIANA, S.O. **Trabalhadores com lesão por esforço repetitivo: explorando relações entre limitação funcional, enfrentamento e satisfação com a vida**. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais, 2005. 100 p. Dissertação (Mestrado). Programa de Mestrado em Ciências da Reabilitação da Universidade Federal de Minas Gerais, 2005.
- 32)BUSS, P.M. Promoção de saúde e qualidade de vida. **Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v.5, n.1, p.163-177, 2000.
- 33)EBRAHIM,S. Clinical and public health perspectives and applications of health – related quality of life measurement. **Social Science and Medicine**. Amsterdam, v.41, n.10, p.1383-1394, 1995.
- 34)SAILER, M.; Bussen, D.; Debus, E.S.; Fuchs, K.H.; Thiede, A. Quality of Life in Patients with Benign Anorectal Disorders. **British Journal of Surgery**. West Sussex, v.85, p.1716-1719, 1998.
- 35)SCHWARTZMANN, L. Calidad de vida relacionada con la salud: aspectos conceptuales. **Ciencia y Enfermería**. Concepcion, v.2, p.9-21, 2003.
- 36)DUGAN, E.; Cohen, S.J.; Robinson, D.; Anderson, R.J. *et al*. The Quality of Life of Older Adults with Urinary Incontinence: Determining Generic and Conditions Specific Predictors. **Quality of Life Research**, Dordrecht, v.7, p.337-344, 1998.
- 37)EYPASCH, E.; Williams, J.I.; Wood-Dauphinee, S.; Ure, B.M.; Schmulling, C; Neugebauer, E.; Troidl, H. Gastrointestinal Quality of Life Index: development, validation and application of a new instrument. **British Journal of Surgery**. West Sussex, v.82, p.216-222, 1995.
- 38)SANTOS, V.L.C.G.; Silva, A.M. Qualidade de Vida de Pessoas com Incontinência Anal. **Revista Brasileira de Coloproctologia**. Rio de Janeiro, v.22, n.2, p.98-108, 2002.

- 39) O'KEEFE, E.A.; Talley, N.J.; Zinsmeister, A.R.; Jacobsen, S.J. Bowel disorders impair functional status and quality of life in elderly: a population based study. **The Journals of Gerontology**, Washington, v. 50, n.4, p.184-189, 1995.
- 40) CHANG, L. Review article: epidemiology and quality of life in functional gastrointestinal disorders. **Alimentary Pharmacology & Therapeutics**, New York, v.20, (suppl 7), p.31-39, 2004.
- 41) CAVANAUGH, M.; Hyman, N.; Osler, T. Fecal incontinence severity index after fistulotomy: a predictor of quality of life. **Diseases of Colon e Rectum**, New York, v. 45, n.3, p.349-353, 2002.
- 42) LEHUR, P.A.; Zerbib, F.; Neunlist, M.; Glemain, P.; et al. Comparasion of quality of life and anorectal function after artificial sphincter implantation. **Diseases of Colon e Rectum**, New York, v.45, n.4, p.508-513, 2002.
- 43) SAVOIA, M. Escalas de eventos vitais e de estratégias de enfrentamento (*coping*). **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v.26, n.2, 1999.
- 44) ANTONIAZZI, A.S.; Dell'Aglio, D.D.; Bandeira, D.R. O conceito de *coping*: uma revisão teórica. **Estudos de Psicologia**. Natal, v.3, n.2, jul/dez, 1998
- 45) TRENTINI, M.; Silva, S.H.; Valle, M.L.; Hammerschmidt, K.S.A. Enfrentamento de Situações Adversas e Favoráveis por Pessoas Idosas em Condições Crônicas de Saúde. **Revista Latino-Americana de Enfermagem. Ribeirão Preto**, v.13, n.1: p.38-45, 2005.
- 46) FOLKMAN, S.; Lazarus, R.S.; Dunkel-Schetter, C.; DeLongis, A.; Gruen, R.J. Dynamics of a stressful encounter: cognitive appraisal, coping and encounter outcomes. **Journal of Personality and Social Psychology**. Washington, v.50, n.5, p.992-1003, 1986.
- 47) FOLKMAN, S.; Lazarus, R.; Rand, G.J.; DeLongis, A. Appraisal, Coping Health Status and Psychological Symptoms. **Journal of Personality and Social Psychology**. Washington, v.50, n.3, p.571-579, 1986.
- 48) CARVER, C.S.; Weintraub, J.K.; Scheir, M.F. Assessing coping strategies: a theoretically based approach. **Journal of Personality and Social Psychology**. Washington, v.56, n.2, p.267-283, 1989.
- 49) ROESCH, S.C.; WEINER, B. A Meta-Analitic Rewiew of Coping with Illness: do Causal Atributions Matter? **Journal of Psychosomatic Research**. Manchester, v.50, p.205-219, 2001.
- 50) PUCHEU, S.; Consoli, S.M.; D'Auzac, C.; Français, P.; Isaad, B. Do Health Causal Atributions and Coping Strategies Act as Moderators of Quality of Life in Peritoneal Dialysis Patients? **Journal of Psychosomatic Research**, Manchester, v.56, p.317-322, 2004.
- 51) REYNOLDS, P.; Hurley, S.; Torres, M.; Jackson, J. *et al.* Use of Coping Strategies and Breast Cancer Survival: Results from the Black/White Cancer Survival Study. **American Journal of Epidemiology**. Oxford, v.152, n.10, p.940-949, 2000.

- 52)XAVIER, F.M.F.; Ferraz, M.P.T.; Marc, N.; Escosteguy, N.U.; Moriguchi, E.H. Elderly People's Definition of quality of Life. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v.25, n.1, p.31-39, 2003.
- 53)WALLSTON, K.A.; Stein, M.J.; Smith, C.A. Form C of the MHLC Scales: a condition-specific measure of locus of control. **Journal of Personality Assessment**. New Jersey, v.63, n.3, p.534-553, 1994.
- 54)ROSETO-RODRIGUEZ, J.E.; Ferriani, M.G.C.; Coleta, M.F.D. Escala de Locus de Controle da Saúde – MHLC: Estudos de Validação. **Revista Latino Americana de Enfermagem**. Ribeirão Preto, v.10, n.2, p.179-184, 2002.
- 55)HERBERT, R.D; Sherrington, C.; Maher, C.; Moseley, A.M. Evidence-based practice – imperfect but necessary. **Physiotherapy Theory and Practice**, Philadelphia, v.17, p.201-211, 2001.
- 56)SAMPAIO, R.F.; Mancini, M.C.; Fonseca, S.T. Produção científica e atuação profissional: aspectos que limitam essa integração na fisioterapia e na terapia ocupacional. **Revista Brasileira de Fisioterapia**, São Carlos, v.6, n.3, p113-118, 2002.
- 57)USTUN, T.B.; Chatterji, S.; Bickenbach, J.; Kostanjsek, N.; *et al.* The International Classification of Functioning and Health: a new tool for understanding disability and health. **Disability and Rehabilitation**. Ipswich, v.25, n.11, p.565-571, 2003.
- 58)ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, **Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde**. Genebra: OMS: Direção Geral de Saúde, 2003.
- 59)MESSELINK, B.; Benson, T.; Berghmans, B.; Bo, K. *et al.* Standardization of Terminology of Pelvic Floor Muscle Function and Dysfunction: Report from the Pelvic Floor Clinical Assessment Group of the International Continence Society. **Neurourology and Urodynamics**. West Sussex, v.24, p.374-380, 2005.
- 60)COHEN, J. **Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences**. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, 2ª edição, 1988.
- 61)BRUCKI, S.M.D.; Nitrini, R.; Caramelli, P.; Bertolucci, P.H.F.; Okamoto, I.H. Sugestões para Uso do Mini-Exame do Estado Mental no Brasil. **Arquivos de Neuropsiquiatria**. São Paulo, v.61, n.3B, p.777-781, 2003.
- 62) BERTOLUCCI, P.H.F.; Brucki, S.M.D.; Campacci, S.R.; Juliana, Y. O Mini-Exame do Estado Mental em uma População Geral – Impacto da Escolaridade. **Arquivos de Neuropsiquiatria**, São Paulo, v.52, n.1, p.1-7, 1994.
- 63) CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, **Resolução 196 de 10 de outubro de 1996: Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos**. Brasília: Ministério da Saúde, 1996.

- 64) PARK, J.G.; Lee, M.R.; Lim, S.B.; Hong, C.W. *et al.* Colonic J-Pouch Anal Anstomosis After Ultralow Anterior Resection with Upper Sphincter Excision for Low Lying Rectal Cancer. **World Journal of Gastroenterology**. Beijing, v.11, n.17, p.2570-2573, 2005.
- 65) GEARBART, S. Hull, T.; Floruta, C.; Schroder, T.; Hammel, J. Anal Manometric Parameters: Predictors of Outcome Following Anal Sphincter Repair. **Journal of Gastrointestinal Surgery**. Baltimore, v.9, p.115-120, 2005.
- 66) BOREHAM, M.K.; Richter, H.E.; Kenton, K.S.; Nager, C.W; *et al.* Anal Incontinence in Womem Presenting for Gynecologic Care: Prevalence, Risc Factors and Impact upon Quality of Life. **American Journal of Obstetrics & Gynecology**, New York, v.92, n.5, p.1637-1642, 2005.
- 67) YESAVAGE, J.A.; Brink, T.L. Development and Validation of a Geriatric Depression Screening Scale: a Preliminary Report. **Journal of Psychiatry Research**. New York, v.17, n.1, p.37-49, 1983.
- 68) ALMEIDA, O.P.; Almeida, S.A. Confiabilidade da Versão Brasileira da Escala de Depressão em Geriatria (GDS) – Versão Reduzida. **Arquivos de Neuropsiquiatria**, São Paulo, v.57, n.2B, p.421-426, 1999.
- 69) PAIXÃO, C.M.J.; Reichenheim, M.E. Uma Revisão sobre Instrumentos de Avaliação do Estado Funcional do Idoso. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.21, n.1, p.7-19, 2005.
- 70) FERRAZ, M.B.; Oliveira, L.M.; Araújo, P.M.P.; Atra, E.; Tugwell, P. Crosscultural Reliability of the Physical Ability Dimension of Health Assessment Questionnaire. **Journal of Rheumatology**, Toronto, v.17, p.813-817, 1990.
- 71) FLECK, M.P.A. O Instrumento de Avaliação de Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-100): Características e Perspectivas. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v.5, p.1, p.33-38, 2000.
- 72) FLECK, M.P.A.; Louzada, S.; Xavier, M.; Chachamovich, E. *et al.* Aplicação da Versão em Português do Instrumento Abreviado de Avaliação da Qualidade de Vida “WHOQOL-BREF”. **Revista de Saúde Pública**. São Paulo, v.34, n.2, p.178-83, 2000.
- 73) THE WHOQOL GROUP, Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF Quality of Life Assessment. **Psychological Medicine**. Cambridge, v.28, n.3, p.551-558, 1998.
- 74) FLECK, M.P.A; Chachamovich, E; Trentini, C.M.; Projeto WHOQOL-OLD: método e resultados de grupos focais no Brasil. **Revista de Saúde Pública**. São Paulo, v.37, n.6, p.793-799, 2003.
- 75) FLECK, M.P.; Chachamovich, E.; Trentini, C. Development and validation of the Portuguese version of the WHOQOL-OLD module. **Revista de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.40, n.5, p.785-791, 2006.

- 76) SAVÓIA, M.G.; Santana, P.R.; Mejias, N.P. Adaptação do Inventário de Estratégias de Coping de Folkman e Lazarus para o português. **Psicologia USP**. São Paulo, v.7, n.1/2, p.183-201, 1996.
- 77) SAVÓIA, M.G.; Bernik, M. Adverse Life Events and Coping Skills in Panic Disorder. **Revista do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de São Paulo**. São Paulo, v.59, n.6, p.337-340, 2004.
- 78) SCAZUFCA, M.; Kuipers, E. Coping Strategies in Relatives of People with Schizophrenia Before and After Pschyatric Admission. **The British Journal of Psychiatry**. Stanford, v.174, n.2, p.154-158, 1999.
- 79) LANDIS JR, Koch GG. The measurement of observer agreement for categorical data. **Biometrics**, Texas, v.33, p.159-74, 1977.
- 80) SEIDL, E.M.F.; Trócolli, B.T.; Zannon, C.M.L. *et al.* Análise fatorial de uma medida de estratégias de enfrentamento. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**. Brasília, v.17, n.3, p.225-234, 2001.
- 81) CARR, A.J.; Gibson, B.; Robinson, P.G. Measuring quality of life: is quality of life determined by expectations or experiences? **British Medical Journal**. London, v.332, n.1240-1243, 2001.
- 82) MUNRO, B.H. **Statistical methods for health care research**. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 5ª edição, 2005.
- 83) STAQUET, M.J.; Hays, R.D.; Fayers, P.M. **Quality of life assessment in clinical trials**. New York: Oxford University Press. 1998.
- 84) BARACHO, S.M.L.N. **Tratamento de dados ausentes em estudos longitudinais**. Minas Gerais: Universidade Federal de Minas Gerais, 2003. 90 p. Dissertação (Mestrado) – Programa de Mestrado em Estatística, Universidade Federal de Minas Gerais –UFMG, 2003.
- 85) LEWIS, R.J. An introduction to classification and regression tree (CART) analysis. *In: 2000 Annual Meeting of the Society for Academic Emergency Medicine*. San Francisco, Califórnia, 2000.
- 86) CURRAN JR, W.J.; Scott, C.B.; Horton, J.; Nelson, J.S. *et al.* Recursive Partitioning Analyses of Prognostic Factors in Three Radioation Therapy Oncology Group Malignant Glioma Trials. **Journal of the National Cancer Institute**. Oxford, v.85, n.9, p.704-710, 1993.
- 87) HESS, K.R.; Abruzzese, M.C. Lenzi, R.; Raber, M.N.; Abbruzzese, J.L. Classificaion and regression tree analysis of 1000 consecutive patients with unknown primary carcinoma. **Clinical Cancer Reasearch**. Philadelphia, v.5, p.3403-3410, 1999.
- 88) YOHANNES, Y.; Webb, P. **Classification and regression trees – CART – a user manual for identifying indicators of vulnerability to famine and chronic food insecurity**. Washington: International Food Policy Research Institute, 1999.

- 89) CURY, V.C.R. **Fatores preditivos do ganho de mobilidade em crianças com paralisia cerebral (PC) pós aplicação de toxina botulínica A (TBA)**. Minas Gerais: Universidade Federal de Minas Gerais, 2005. 97 p. Dissertação – Programa de Mestrado em Ciências da Reabilitação, Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG, 2005.
- 90) TEMKIN, N.R.; Holubnov, R.; Machamer, J.E; Winn, R. *et al.* Classification and regression trees (CART) for prediction of function at 1 year following head trauma, **Journal of Neurosurgery**. Virgínia, v.82, p.764-771, 1995.
- 91) FALCONER, J.A.; Naughton, B.J.; Dunlop, D.D.; Roth, E.J.; *et al.* Predicting stroke inpatient rehabilitation outcome using a classification tree approach. **Archives of Physical Medicine and Rehabilitation**. Washington, v.75, p.619-625, 1994.
- 92) CONSTANZA, M.C.; Paccaud, F. Binary classification of dislipidemia from the waist-to—hip ratio and body mass index: a comparison of linear, logistic and CART models. **BMC Medical Research Methodology**. London, v.4, p.1-10, 2004.
- 93) INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – Síntese de Indicadores 2005**. Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento: 2006. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/>. Acesso em 15 nov. 2006.
- 94) RULLIER, E.; Zerbib, F.; Marrel, A.; Amorretti, M. Validation of the French version of the Fecal Incontinence Quality of Life (FIQL) Scale. **Gastroenterologie Clinique et Biologique**. Paris, v.28, n.6-7, p.1-12, 2004.
- 95) MINGUEZ, M.; Guarrigues, V.; Soria, M.J.; Andreu, M.; *et al.* Adaptation to spanish language and validation of the Fecal Incontinence Quality of Life Scale. **Diseases of Colon and Rectum**. New York, v.9, p.490-499, 2006.
- 96) DAMON, H.; Guye, O.; Seigneurin, A.; Long, F. *et al.* Prevalence of anal incontinence in adults and impact on quality of life. **Gastroenterologie Clinique et Biologique**. Paris, v.30, p.37-43, 2006.
- 97) BARBOSA, J.M.M.; Vidigal, G.C.; Couto, P.H.S.; Maia, R.P. Estudo da relação entre qualidade de vida e gravidade da incontinência anal. In: XV Congresso Brasileiro de Geriatria e Gerontologia, 2006, Goiânia. **Anais do XV Congresso Brasileiro de Geriatria e Gerontologia**. Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia: 2006, p.215, n. 426.
- 98) NYGAARD, I; Turvey, C.; Burns, T.L.; Crischilles, E. *et al.* Urinary incontinence and depression in middle-aged United States women. **American Journal of Obstetrics and Gynecology**, New York, v.101, p.149-156, 2003.
- 99) SCHMIDT, S.; Fischer, T.W.; Chren, M.M.; Strauss, B.M.; Elsner, P. Strategies of coping and quality of life in women with alopecia. **British Journal of Dermatology**. London, v.144, p.1038-1043, 2001.
- 100) RAAK, R.; Hurting, I.; Wahren, L.K. Coping strategies and life satisfaction in subgrouped fibromyalgia patients. **Biological Sciences for Nursing**. Las Vegas, v.4, n.3, p.193-202, 2003.

- 101) CHAIMOWICZ, F. A saúde dos Idosos Brasileiros às Vésperas do Século XXI: Problemas, Projeções e Alternativas. **Revista de Saúde Pública**. São Paulo, v.31, n.2, p.35-43, 1997.
- 102) ALVES, P.C. Nervoso e experiência de fragilização: narrativas de mulheres idosas. In: MINAYO, M.C.; Coimbra Júnior, C.E.A. **Antropologia, Saúde e Envelhecimento**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002.
- 103) PEREIRA, R.J.; Cotta, R.M.M.; Franceschini, S.C.C.; Ribeiro, R.C.L.; Sampaio, R.F.; Priore, S.E.; Cecon, P.R. Contribuição dos domínios físico, social, psicológico e ambiental para a qualidade de vida global de idosos. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**. Porto Alegre, v.28, n.1, p.27-38, 2006.
- 104) FIALKOW, M.F.; Melville, J.L.; Lentz, G.M.; Miller, E.; Miller, A.M.; Fenner, D.E. The functional and psychosocial impact of fecal incontinence on women with urinary incontinence. **American Journal of Obstetrics and Gynecology**. New York, v.189, n.1, p.127-129; 2003.
- 105) BYRNE, C.M.; Pager, C.K.; Rex, J.; Roberts, R.B.N.; *et al.* Assessment of quality of life in the treatment of patients with neuropathic fecal incontinence. **Diseases of the Colon and Rectum**. New York, v.45, p.1431-1436, 2002.
- 106) ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE – Divisão de Saúde Mental – Grupo WHOQOL. **Versão em português dos instrumentos de avaliação de qualidade de vida**. Universidade Federal do Rio Grande do Sul: 2006. Disponível em: <http://www.ufrgs.br/psiq/whoqol.html>. Acesso em 15 nov. 2006.
- 107) ROE, B. & May, C. Incontinence and sexuality: findings from a qualitative perspective. **Journal of Advanced Nursing**. Oxford, v.30, n.3, p.573-579, 1999.
- 108) SCHREURS, K.M.G.; Ridder, D.T.D. Integration of coping and social support perspectives: implications for the study of adaptation to chronic diseases. **Clinical Psychology Review**. Orlando, v.17, n.1, p. 89-112, 1997.
- 109) SHEN, B.J.; McCreary, C.P.; Myers, H. Independent and mediated contributions of personality, coping, social support and depressive symptoms to physical functioning outcome among patients in cardiac rehabilitation. **Journal of Behavioral Medicine**. Amsterdam, v.27, n.1, p.39-62, 2004.
- 110) GOLDSTEIN, L.L. & Sommerhalder, C. Religiosidade, espiritualidade e significado existencial na vida adulta e velhice. In: Freitas, E.V.; Py, L.; Néri, A.L.; Cançado, F.A.X. *et al*, **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. p.950-956.
- 111) YUNES, M.A.M. Psicologia positiva e resiliência: o foco na família e no indivíduo. **Psicologia em Estudo**. Maringá, p.75-84, 2003.
- 112) RABELO, D.F.; Néri, A.L. Recursos psicológicos e ajustamento pessoal frente à incapacidade funcional na velhice. **Psicologia em Estudo**. Maringá, v.10, n.3, p.403-412, 2005.

- 113) PEREIRA, M.E.M.S.M.; Araújo, T.C.C.F. Estratégias de enfrentamento na reabilitação do traumatismo raquimedular. **Arquivos de Neuropsiquiatria**. São Paulo, v.63, n.2B, p.502-507, 2005.

APÊNDICES

APÊNDICE A: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
ESCOLA DE EDUCAÇÃO FÍSICA, FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL
PROGRAMA DE MESTRADO EM CIÊNCIAS DA REABILITAÇÃO

PROJETO DE PESQUISA: Avaliação da qualidade de vida e estratégias de enfrentamento em idosos com incontinência fecal

PESQUISADORA: Juliana Magalhães Machado Barbosa

Telefones: 3462-2216 / 8835-0322

ORIENTADORA: Profa. Dra. Rosângela Corrêa Dias

Departamento de Fisioterapia

Telefone: 3499 47 83

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA: 3499-4592

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

Essa pesquisa é parte do processo para conclusão do título de mestre do Curso de Pós-Graduação em Ciências da Reabilitação pela Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional da Universidade Federal de Minas Gerais. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais, cujo telefone de contato é: 3499-4592.

Esse estudo tem o objetivo de avaliar sintomas de incontinência fecal (perda de fezes), como ela se relaciona à qualidade de vida e como ela é enfrentada por quem a possui. Será realizado através da realização de entrevistas e respostas a 4 questionários, pelo próprio idoso, em ambiente privativo e reservado. Nenhum teste ou exame será realizado.

A entrevista acontecerá nas dependências do Ambulatório Bias Fortes, do IMEG ou do UNI-BH ou em local de sua escolha, caso não possa se deslocar até estes locais. Não será necessário nenhuma adaptação do ambiente ou

algum aparato especial. Inicialmente, dados pessoais, informações sobre os sintomas da incontinência fecal e as demais doenças e problemas associados serão coletados. A seguir, serão realizados dois questionários sobre a qualidade de vida e um questionário sobre como o sr.(a) enfrenta a incontinência fecal. A entrevista levará cerca de 1 hora.

Todos os dados são confidenciais. A sua identidade não será revelada publicamente em hipótese alguma e somente os pesquisadores envolvidos nesse projeto terão acesso a essas informações, podendo ser utilizadas apenas para fins científicos.

Os possíveis riscos e benefícios deste estudo incluem:

Riscos: Como se trata de perguntas e respostas, não há riscos físicos envolvidos. Caso o sr.(a) se sinta constrangido com as perguntas tem toda a liberdade para não respondê-las.

Benefícios: As informações coletadas nesse estudo poderão beneficiar idosos, famílias, profissionais de saúde e a sociedade geral, contribuindo para direcionar ações voltadas para a avaliação e o tratamento de pessoas com perda de fezes. Aos idosos participantes serão oferecidas cartilhas gratuitas contendo informações globais sobre a doença e orientações para facilitar o seu controle.

Não está prevista qualquer forma de remuneração para os voluntários. O Sr.(a) dispõe de total liberdade para esclarecer qualquer dúvida que possa surgir agora ou durante o andamento da pesquisa, com os membros da equipe responsáveis por este estudo no local ou através do telefone (31) 8835-0322, com a fisioterapeuta, pesquisadora do estudo, Juliana Magalhães Machado Barbosa. Além disso, o sr.(a) pode se recusar a participar deste estudo e/ou poderá abandoná-lo a qualquer momento, sem justificativa e sem qualquer consequência para seu tratamento no Hospital das Clínicas da UFMG, no IMEG ou no UNI-BH.

O sr. (a) receberá uma cópia deste Termo de Consentimento e poderá consultar alguém de sua confiança, caso o(a) senhor(a) queira, antes de assiná-

lo. Os pesquisadores podem decidir sobre a sua exclusão do estudo por razões científicas, sobre as quais o(a) senhor(a) será devidamente informado.

Termo de consentimento:

EU, _____, VOLUNTARIAMENTE AUTORIZO MINHA PARTICIPAÇÃO NESTA PESQUISA COORDENADA PELA FISIOTERAPEUTA JULIANA MAGALHÃES MACHADO BARBOSA, QUE FARÁ PARTE DE SUA DISSERTAÇÃO PARA OBTENÇÃO DO TÍTULO DE MESTRE EM CIÊNCIAS DA REABILITAÇÃO PELA UFMG. PORTANTO, CONCORDO COM TUDO QUE FOI EXPOSTO ACIMA E DOU MEU CONSENTIMENTO.

Belo Horizonte, _____ de _____ de _____.

Assinatura _____ do _____ responsável:

Testemunha _____

Testemunha _____

Declaro que expliquei os objetivos deste estudo ao responsável pelo voluntário, dentro dos limites dos meus conhecimentos científicos.

Juliana Magalhães Machado Barbosa

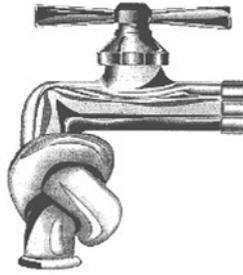
FISIOTERAPEUTA

Pesquisadora responsável

CREFITO - 4 / 24459-F

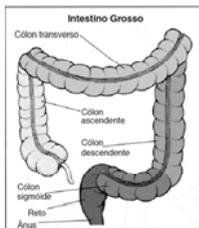
**APENDICE B – CARTILHA SOBRE INCONTINÊNCIA FECAL OFERECIDA AOS
IDOSOS PARTICIPANTES (distribuída em formato de livreto)**

Você tem
dificuldades para
controlar seu
intestino?



Estas informações poderão ajudá-lo a buscar ajuda, controlar ou conviver melhor com este problema.

A dificuldade para controlar a eliminação de fezes, também chamada de *Incontinência Fecal*, pode estar associada a várias condições, como por exemplo:



Envelhecimento
Lesões decorrentes do parto
Cirurgias e doenças do intestino
Doenças que comprometem os nervos
Diarréia ou constipação intestinal
Cirurgias de próstata
Imobilidade e dificuldades de memória

Pessoas com incontinência podem ter sua qualidade de vida muito comprometida por causa de feridas na pele, medo de se sentir constrangido, isolamento, baixa auto-estima e depressão.



O que muitas pessoas não sabem, é que este problema pode ser tratado através de medicamentos, fisioterapia ou cirurgia.



Vencer o constrangimento de falar sobre a incontinência e realizar os exames necessários, pode ajudá-lo a controlar o problema e viver muito melhor!

Portanto, caso você tenha *Incontinência Fecal*, procure um médico (de preferência um coloproctologista) para uma adequada avaliação e tratamento.

Algumas atitudes poderão ajudá-lo a conviver melhor com a incontinência:

- 1) A consistência das fezes precisa estar adequada.
Procure beber pelo menos 2 litros de líquidos por dia e mantenha uma dieta adequada (frutas, verduras e cereais).



Um nutricionista pode orientar uma dieta equilibrada e individualizada às suas necessidades!

2) Pratique atividade física

O movimento ajuda seu intestino a funcionar melhor. Caminhada, bicicleta, natação, hidroginástica: escolha aquela que mais lhe agrada ou a que sua saúde permitir.



3) Procure ter hábitos para defecar

Após o café da manhã e o almoço, seu intestino funciona mais. Evite reprimir a vontade de evacuar e vá ao banheiro sempre nos mesmos horários.

4) Para fortalecer os músculos que mantêm o ânus fechado, faça os seguintes exercícios:

- 1) Sentado em um local duro, com os pés apoiados no chão e um pouco afastados, contraia os músculos ao redor do ânus. Procure manter as coxas, nádegas e barriga relaxados. Contraia e relaxe esta musculatura repetindo 20 vezes.
- 2) Repita o mesmo exercício deitado, com as pernas apoiadas sobre 2 travesseiros ou um rolo de cobertor. Repita o mesmo exercício de pé.
- 3) Repita o mesmo exercício sentado, mas agora contraia, mantenha a contração e conte até 5. Não prenda a respiração. Repita só 10 vezes.

5) Se sentir uma vontade incontrolável de evacuar: mas estiver em local ou condições em que não puder fazê-lo ou até chegar ao banheiro, faça os exercícios 1 e 3 da folha anterior. Mantenha a calma e respire.

6) Se você precisar sair e estiver com diarreia ou com muito receio de perder fezes, esvazie o intestino antes de sair de casa e use uma proteção. Neste caso, dê preferência para absorventes e fraldas adequados ao seu tamanho e à quantidade de fezes perdidas. Não permaneça por mais de 4 horas com o mesmo protetor. Ao realizar a troca, limpe a pele com água e sabão, enxágüe e seque muito bem. Use uma pomada contra assaduras para proteger sua pele.

Elaboração: Juliana Magalhães Machado Barbosa

Orientação: Profa. Rosângela Corrêa Dias

Prof. Antônio Lacerda Filho

Dr. Marcílio José Rodrigues Lima

Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG)

Departamento de Fisioterapia

Instituto Alfa de Gastroenterologia

Instituto Mineiro Especializado em Exames
Gastroenterológicos (IMEG)

APENDICE C – QUESTIONÁRIO CLÍNICO-SÓCIO-DEMOGRÁFICO

UNIVERSIDADE DE FEDERAL DE MINAS GERAIS

PROJETO DE PESQUISA: *Avaliação da qualidade de vida e das estratégias de enfrentamento em idosos com incontinência fecal.*

PESQUISADORAS RESPONSÁVEIS: Juliana Magalhães Machado Barbosa, Profa. Dra. Rosângela Corrêa Dias e Profa. Dra. Leani Souza Máximo Pereira

Data coleta: _____ / _____ / 200__

Hora: _____ : _____

Responsável pela coleta: _____

1- Dados pessoais:

- Nome: _____
- N° prontuário: _____ DN: ____/____/19____ Idade: _____ Sexo: M F
- Responsável: _____ Parentesco: _____ Tel:(____) _____
- Endereço: _____

Bairro: _____ CEP: _____

Cidade: _____ UF: ____ Tel (____) _____

- **ESTADO CIVIL:** Solteiro Casado Viúvo Divorciado Outros: _____

Com quem mora? _____

• **ESCOLARIDADE:**

Analfabeto ou sabe escrever o nome = **0 ano de escolaridade.**

Ensino fundamental (da 1ª à 7ª série do 1º grau) = **1 a 7 anos escolaridade.**

Ensino médio (da 8ª série do 1º grau até 3º ano do 2º grau - científico ou magistério) = **8 ou mais anos escolaridade.**

Ensino superior – Formação: _____ **Tem 8 ou mais anos escolaridade.**

Pós-graduação / Área de concentração: _____ **Tem 8 ou mais anos escolaridade.**

- **PROFISSÃO:** _____

Exerce atividade profissional atualmente? Sim (número de horas/dia _____) Não

• **CONDIÇÃO ECONÔMICA:**

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE):

- Até 2 salários mínimos (R\$ 600,00)
- De 2 a 5 salários mínimos (R\$ 600 a 1500,00)
- De 5 a 10 salários mínimos (R\$ 1500,00 a 3000,00)
- De 10 a 20 salários mínimos (R\$ 3000,00 a 6000,00)
- Mais de 20 salários mínimos (R\$ 6000,00)
- Sem rendimento

2- Problemas Associados:

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Alterações visuais | <input type="checkbox"/> Câncer (local _____) | <input type="checkbox"/> Osteoartrite |
| <input type="checkbox"/> Alterações auditivas | <input type="checkbox"/> Diabetes I ou II | <input type="checkbox"/> Osteoporose – deformidade postural |
| <input type="checkbox"/> Artrite reumatóide | <input type="checkbox"/> Distúrbios psiquiátricos | <input type="checkbox"/> Cirurgia abdominal |
| <input type="checkbox"/> AVC | <input type="checkbox"/> Depressão | (Tipo _____) |
| <input type="checkbox"/> Doença cardíaca | <input type="checkbox"/> HAS | (Data _____) |
| <input type="checkbox"/> Doença respiratória | <input type="checkbox"/> Alterações metabólicas | Outros _____ |
| <input type="checkbox"/> Dificuldade de locomoção | <input type="checkbox"/> Doença vascular | _____ |

HISTÓRIA PROCTOLÓGICA

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Síndrome do Intestino Irritável | <input type="checkbox"/> Hemorróidas | <input type="checkbox"/> Neuropatia periférica |
| <input type="checkbox"/> Diarréia | <input type="checkbox"/> Fissura anal | <input type="checkbox"/> Prolapso |
| <input type="checkbox"/> Constipação Intestinal | <input type="checkbox"/> Prurido anal | <input type="checkbox"/> Retocele |
| | <input type="checkbox"/> Impactação fecal
(Data _____) | <input type="checkbox"/> Trauma pélvico |

HISTÓRIA GINECOLÓGICA

- | | | |
|---|---|--|
| G ___ P ___ A ___ | <input type="checkbox"/> Uso de fórceps | <input type="checkbox"/> Menopausa
(data _____) |
| <input type="checkbox"/> Partos cesáreas
(quantos _____) | <input type="checkbox"/> Complicações durante o parto | <input type="checkbox"/> Histerectomia
(data _____) |
| <input type="checkbox"/> Partos vaginais
(quantos _____) | <input type="checkbox"/> Incontinência pós-parto | <input type="checkbox"/> Prolapso |

HISTÓRIA UROLÓGICA

- | | | |
|--|--|---|
| Cirurgia de próstata
(data _____) | <input type="checkbox"/> Cirurgia perineal
(Tipo _____) | <input type="checkbox"/> Cistocele |
| <input type="checkbox"/> Radioterapia
(Local _____) | <input type="checkbox"/> (Data _____) | <input type="checkbox"/> Incontinência Urinária |

3- Sintomas da Incontinência Fecal:

Data de início _____

CIRCUNSTÂNCIAS DA PERDA

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> não percebe a presença de fezes | <input type="checkbox"/> não consegue chegar a tempo ao banheiro | <input type="checkbox"/> quando há diarréia |
| <input type="checkbox"/> percebe, mas não consegue reter | <input type="checkbox"/> perde fezes ao liberar flatus | <input type="checkbox"/> outros _____ |

USO DE PROTEÇÃO:

- | | | |
|---|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> nenhuma | <input type="checkbox"/> absorvente grande | <input type="checkbox"/> outros _____ |
| <input type="checkbox"/> pano | <input type="checkbox"/> fralda geriátrica | Frequência de troca: _____ |
| <input type="checkbox"/> absorvente pequeno | | |

RECEBE TRATAMENTO PARA INCONTINÊNCIA? QUAL?

-
- Não
-
- Sim (Tipo _____)

HÁBITO INTESTINAL

- | | | | | |
|-------------------------------------|--|--------------------|------------------------------|------------------------------|
| Número de evacuações / dia
_____ | <input type="checkbox"/> Ressecadas / Címbalos | Flatulência | <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim |
| Consistência das fezes | <input type="checkbox"/> Variável | (frequência _____) | | |
| <input type="checkbox"/> Sólidas | <input type="checkbox"/> Líquidas | | | |
| | <input type="checkbox"/> Pastosas | | | |

4- Medicamentos em uso número: N°= _____**5- Atividade física:**

-
- Não
-
- Sim (Tipo _____)
-
- (Frequência/semanal _____)

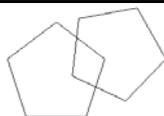
ANEXOS

ANEXO A – MINI EXAME DO ESTADO MENTAL

Versão do Mini-exame do Estado Mental que deve ser Utilizada no Brasil. (BERTOLUCCI *et al.*, 1994)

Mini-exame do Estado Mental (FOLSTEIN , FOLSTEIN & MCHUGH ,1975)

ORIENTAÇÃO:	Pontos	Pontuação
Dia da semana	1	<i>Orientação temporal: Um ponto para cada resposta certa. Considere correta até 1h a mais ou a menos em relação a hora real/local.</i>
Dia do mês	1	
Mês	1	
Ano	1	
HORA APROXIMADA:	1	
Local específico (apartamento ou setor)	1	<i>Orientação temporal: Um ponto para cada resposta certa.</i>
Local genérico (Instituição: hospital, residência, clínica.)	1	
Bairro ou rua próxima	1	
Cidade	1	
Estado	1	
MEMÓRIA IMEDIATA:		<i>Um ponto para cada palavra repetida na primeira tentativa. Repita até as 3 palavras serem entendidas ou o máximo de 5 tentativas.</i>
Carro, vaso, tijolo.	3	
ATENÇÃO E CÁLCULO:		<i>um ponto para cada resposta certa.</i>
100-7 sucessivos = 93; 86; 79; 72; 65 Soletrar a palavra MUNDO de trás para frente.	5* 5*	
		UM PONTO PARA CADA LETRA NA POSIÇÃO CORRETA <i>*Obs: Será considerado apenas a nota referente ao melhor desempenho.</i>
EVOCAÇÃO		<i>Um ponto para cada uma das 3 palavras evocadas.</i>
Recordar as três palavras	3	
<i>Linguagem:</i>		
Nomear um relógio e uma caneta	2	<i>Um ponto para cada resposta certa.</i>
Repetir: "Nem aqui, nem ali, nem lá."	1	
Comando: "Pegue este papel com sua mão direita, dobre-a ao meio e coloque-a no chão."	3	<i>Um ponto para cada etapa correta.</i>
Ler e obedecer: "Feche os olhos"	1	
Escrever uma frase (NO VERSO DESSA FOLHA)	1	<i>Um ponto se compreensível.</i>
Copiar um desenho	1	<i>Um ponto se 5 ângulos em cada figura com 2 ângulos sobrepostos.</i>
Total	30	
TOTAL	30	



FECHE OS OLHOS

**ANEXO B – PARECER E APROVAÇÃO DA CÂMARA DO DEPARTAMENTO DE
FISIOTERAPIA – EEFFTO – UFMG**



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
ESCOLA DE EDUCAÇÃO FÍSICA, FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL
DEPARTAMENTO DE FISIOTERAPIA
Fone: (31)3499-4783
E-mail: eeffto-dfit@ufmg.br

RELATO

Interessada: Profª Rosângela Corrêa Dias

Assunto: Apreciação do projeto de pesquisa intitulado: **“Avaliação da qualidade de vida e das estratégias de enfrentamento em idosos com incontinência fecal”** de autoria da aluna de mestrado Juliana Magalhães Machado Barbosa sob a orientação da Profª Dra. Rosângela Corrêa Dias

Mérito

Trata-se de um estudo descritivo, de corte transversal para investigar a qualidade de vida e as estratégias de enfrentamento bem como, as possíveis relações entre essas variáveis, em idosos portadores de incontinência fecal.

Os pacientes idosos da comunidade serão diagnosticados e encaminhados pelo Ambulatório de Distúrbios da Defecação do HCL/UFMG e pelo Instituto Mineiro Especializado em Exames Gastroenterológicos.

Os termos de concordância assinado pelos coordenadores dos referidos serviços encontram-se anexados ao projeto de pesquisa.

O projeto apresenta boa fundamentação teórica, justificativa adequada, objetivos claros e pertinentes. A metodologia está bem escrita e o cálculo amostral e tratamento estatístico a ser realizado são apresentados.

O termo de consentimento livre e esclarecido, os questionários utilizados e o cronograma da realização do estudo foram anexados.

Os recursos financeiros para a viabilização do projeto são de responsabilidade da pesquisadora.

Mérito

O enfrentamento do processo do envelhecimento já é difícil, complexo, multifatorial, individual e universal e, quando vem associado a disfunções tais como a incontinência fecal torna-se mais contundente.

Minimizar os efeitos da doença sobre as atividades e participação social do idoso é tarefa também do fisioterapeuta. Estudos sobre o enfrentamento dessa disfunção em idosos são escassas na literatura. Além de fundamentar cientificamente a prática clínica esse estudo fornecerá dados para orientações práticas aos idosos portadores dessa disfunção.

VOTO

Considerando o acima exposto, sou S.M.J., favorável à aprovação do projeto a ser desenvolvido pela aluna Juliana Magalhães Machado Barbosa sob a orientação da professora Dra. Rosângela Corrêa Dias



Professora Leani Souza Máximo Pereira, Ph.D
Relatora
05/10/2005


Prof. Dra. Rosângela Corrêa Dias
Chefe do Departamento de Fisioterapia
EEFFTO - FIT UFMG - Inscr. 10875-8
“Aprovado em reunião de Câmara
do Departamento de Fisioterapia
realizada em 04/10/2005”

**ANEXO C – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DE MINAS GERAIS**

Universidade Federal de Minas Gerais
Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG - COEP

Parecer nº. ETIC 393/05

**Interesse: Profa. Rosângela Correa Dias
Depto. de Fisioterapia - EEFFTO/UFMG**

DECISÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG – COEP, aprovou no dia 14 de dezembro de 2005, depois de atendidas as solicitações de diligência, o projeto de pesquisa intitulado « **Avaliação da qualidade de vida e das estratégias de enfrentamento em idosos com incontinência fecal** » bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido do referido projeto.

O relatório final ou parcial deverá ser encaminhado ao COEP um ano após o início do projeto.


Profa. Dra. Maria Elena de Lima Perez Garcia
Presidente do COEP/UFMG

ANEXO D – FECAL INCONTINENCE SEVERITY INDEX (FISI), ESCALA GERIÁTRICA DE DEPRESSÃO (GDS) E HEALTH ASSESSMENT QUESTIONNAIRE (HAQ)

FISI:

Para cada um dos itens abaixo, por favor indique uma média de quantas vezes no último mês, você experimentou qualquer perda acidental pelo intestino.

	2 ou mais vezes por dia	Uma vez por dia	2 ou mais vezes por semana	Uma vez por semana	1 a 3 vezes por mês	Nunca
Flatus (gases)						
Muco						
Fezes líquidas						
Fezes sólidas						

ROCKWOOD, T.H.; Church, J.M.; Fleshman, J.W.; Kane, R.L.; et al. Patient and Surgeon Ranking of the Severity of Symptoms Associated with Fecal Incontinence – The Fecal Incontinence Severity Index. *Dis. Colon Rectum*. 42: 1525-1532, 1999.

ESCALA GERIÁTRICA DE DEPRESSÃO

- 1- Você está basicamente satisfeito com sua vida? () não (1) () sim (0)
2. Você deixou muitos de seus interesses e atividades? () não (0) () sim (1)
3. Você sente que sua vida está vazia? () não (0) () sim (1)
4. Você se aborrece com frequência? () não (0) () sim (1)
5. Você se sente de bom humor a maior parte do tempo? () não (1) () sim (0)
6. Você tem medo que algum mal ? () não (0) () sim (1)
7. Você se sente feliz a maior parte do tempo? () não (1) () sim (0)
8. Você sente que sua situação não tem saída? () não (0) () sim (1)
9. Você prefere ficar em casa a sair e fazer coisas novas? () não (0) () sim (1)
10. Você se sente com mais problemas de memória que a maioria das outras pessoas? () não (0) () sim (1)
11. Você acha que é maravilhoso estar vivo(a) agora? () não (1) () sim (0)
12. Você se sente um inútil nas atuais circunstâncias? () não (0) () sim (1)
13. Você se sente cheio(a) de energia? () não (1) () sim (0)
14. Você acha que sua situação é sem esperanças? () não (0) () sim (1)
15. Você acha que a maioria das pessoas está melhor que você? () não (0) () sim (1)

Quando a resposta:

Total > 5 = suspeita de depressão

ALMEIDA, O.P.; Almeida, S.A. Confiabilidade da Versão Brasileira da Escala de Depressão em Geriatria (GDS) – Versão Reduzida. *Arq. Neuropsiquiatria*. 57 (2B): 421-426, 1999.

HAQ – Dimensão Habilidade Física

Tarefa Você é capaz de:	0 (sem qualquer dificuldade)	1 (Com alguma dificuldade)	2 (Com muita dificuldade)	3 (incapaz de fazer)
C1- Vestir-se e cuidar-se 1- Vestir-se, inclusive amarrar os cordões dos sapatos e abotoar suas roupas? 2- Lavar sua cabeça e seus cabelos?				
C2 – Levantar-se 2.5 – Levantar-se de maneira ereta de uma cadeira se encosto reto e sem braços? 4 – Deitar-se e levantar-se da cama?				
C3 – Comer 5 – Cortar um pedaço de carne? 6 – Levar à boca um copo ou uma xícara cheia de café, leite ou água? 7 – Abrir um saco de leite comum?				
C4 – Caminhar 8 – Caminhar em lugares planos? 9 – Subir 5 degraus?				
C5 – Higiene 10 – Lavar seu corpo inteiro e secá-lo após o banho? 11 – Tomar um banho de chuveiro? 12 – Sentar-se e levantar-se de um vaso sanitário?				
C6 – Alcançar 13 – Levantar os braços e pegar um objeto de aproximadamente 2.5 quilos que está posicionado pouco acima da cabeça? 14 – Curvar-se para pegar suas roupas no chão?				
C7 – Preensão 15 – Segurar-se me pé no ônibus ou metrô? 16 – Abrir potes ou vidros de conservas que tenham sido previamente abertos? 17 – Abrir e fechar torneiras?				
C8 – Outras atividades 18 – Fazer compras nas redondezas aonde mora? 19 – Entrar e sair de um ônibus? Realizar tarefas tais como usar vassoura e rodo para puxar a água?				

FERRAZ, M.B.; Oliveira, L.M.; Araújo, P.M.P.; Atra, E.; Tugwell, P. Crosscultural Reliability of the Physical

Ability Dimension of Health Assessment Questionnaire. *J.Rheumatol.* 17: 813-817, 1990.

ANEXO E – QUESTIONÁRIO GENÉRICO PARA AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA

WHOQOL-BREF

Instruções

Este questionário é sobre como você se sente a respeito de sua qualidade de vida, saúde e outras áreas de sua vida. **Por favor, responda a todas as questões**. Se você não tem certeza sobre que resposta dar em uma questão, por favor, escolha entre as alternativas a que lhe parece mais apropriada. Esta, muitas vezes, poderá ser sua primeira escolha. Por favor, tenha em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações. Nós estamos perguntando o que você acha de sua vida, tomando como referência as **duas últimas semanas**.

Para as questões abaixo, por favor, indique o que lhe parece a melhor resposta.

		muito ruim	ruim	Nem ruim nem boa	boa	Muito boa
1	Como você avaliaria sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5

		muito insatisfeito	insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	Muito satisfeito
2	Quão satisfeito você está com a sua saúde?	1	2	3	4	5

As questões seguintes são sobre **o quanto** você tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas.

		Nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	Extremamente
3	Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	1	2	3	4	5
4	O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	1	2	3	4	5
5	O quanto você aproveita a vida?	1	2	3	4	5
6	Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7	O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5
8	Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?	1	2	3	4	5
9	Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão completamente** você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas.

		Nada	muito pouco	médio	muito	Completamente
10	Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
11	Você é capaz de aceitar sua aparência física?	1	2	3	4	5
12	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	1	2	3	4	5

13	Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
14	Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão bem ou satisfeito** você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas.

		muito ruim	ruim	nem ruim nem bom	bom	muito bom
15	Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5
		muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
16	Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?	1	2	3	4	5
17	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
18	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5
19	Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?	1	2	3	4	5
20	Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	1	2	3	4	5
21	Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22	Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	1	2	3	4	5
23	Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?	1	2	3	4	5
24	Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25	Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?	1	2	3	4	5

As questões seguintes referem-se a **com que frequência** você sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas.

		Nunca	algumas vezes	frequentemente	muito frequentemente	Sempre
26	Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	1	2	3	4	5

ANEXO F – QUESTIONÁRIO ESPECÍFICO PARA AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA - FECAL INCONTINENCE QUALITY OF LIFE

Versão do FIQL para a língua portuguesa

Questão 1. Em geral você diria que sua saúde é:

Excelente () Muito boa () Boa () Regular () Ruim ()

Questão 2. Para cada um dos itens abaixo, por favor, indique, marcando um X na coluna correspondente a quanto tempo o item abaixo o preocupa devido à perda de fezes. Se qualquer um dos itens lhe preocupa por outras razões que não pela perda de fezes, marque a alternativa “Nenhuma das respostas”

	Muitas Vezes	Algumas vezes	Poucas vezes	Nenhuma vez	Nenhuma das respostas
Devido à perda de fezes:					
a. Tenho medo de sair	1	2	3	4	
b. Evito visitar amigos ou parentes	1	2	3	4	
c. Evito passar a noite longe de casa	1	2	3	4	
d. É difícil para eu sair e fazer coisas como ir ao cinema ou à igreja	1	2	3	4	
e. Evito comer antes de sair de casa	1	2	3	4	
f. Quando estou fora de casa tento ficar sempre que possível próximo ao banheiro	1	2	3	4	
g. É importante eu planejar o que vou fazer de acordo com o meu funcionamento intestinal	1	2	3	4	
h. Evito viajar	1	2	3	4	
i. Fico preocupado em não ser capaz de chegar ao banheiro a tempo	1	2	3	4	
j. Sinto que não tenho controle do meu intestino	1	2	3	4	
k. Não consigo controlar minha evacuação a tempo de chegar ao banheiro	1	2	3	4	
l. Perco fezes sem perceber	1	2	3	4	
m. Tento evitar a perda de fezes ficando próximo ao banheiro	1	2	3	4	

Questão 3. Devido a sua perda de fezes indique até quanto o problema o incomoda. Se qualquer dos itens abaixo o preocupa por outras razões, marque a alternativa “Nenhuma das respostas”

	Muitas Vezes	Algumas vezes	Poucas vezes	Nenhuma vez	Nenhuma das respostas
--	-----------------	------------------	-----------------	----------------	--------------------------

Devido à perda de fezes

a. Fico envergonhado	1	2	3	4
b. Não posso fazer muitas coisas que quero fazer	1	2	3	4
c. Fico preocupado em perder fezes	1	2	3	4
d. Sinto-me deprimido	1	2	3	4
e. Fico preocupado se outras pessoas sentem o cheiro de fezes em mim	1	2	3	4
f. Acho que não sou uma pessoa saudável	1	2	3	4
g. Tenho menos prazer em viver	1	2	3	4
h. Tenho relação sexual com menor frequência do que gostaria	1	2	3	4
i. Sinto-me diferente das outras pessoas	1	2	3	4
j. Sempre estou pensando na possibilidade de perder fezes	1	2	3	4
k. Tenho medo de ter sexo	1	2	3	4
l. Evito viajar de carro ou ônibus	1	2	3	4
m. Evito sair para comer	1	2	3	4
n. Quando vou a um lugar novo, procuro saber onde está o banheiro	1	2	3	4

Questão 4. Durante o mês passado, eu me senti tão triste, desanimado ou tive muitos problemas que me fizeram pensar que nada valia a pena

- 1.() Extremamente. A ponto de quase desistir
- 2.() Muitas vezes
- 3.() Com frequência
- 4.() Algumas vezes – o suficiente para me preocupar (incomodar)
- 5.() Poucas vezes
- 6.() Nenhuma vez

YUSUF, S.A.I.; Jorge, J.M.N.; Habr-Gama, A.; Kiss, D.R.; *et al.* Avaliação da Qualidade de Vida na Incontinência Anal: validação do questionário FIQL (Fecal Incontinence Quality of Life). *Arq Gastroenterol.* 2004; 41 (3): 202-8.

ANEXO G – INVENTÁRIO DE ESTRATÉGIAS DE *COPING*

Leia cada item abaixo e indique, fazendo um círculo na categoria apropriada o que você fez na situação

0 não usei essa estratégia
 1 usei um pouco
 2 usei bastante
 3 usei em grande quantidade

1. Concentrei-me no que deveria ser feito em seguida, no próximo passo	0 1 2 3
2. Tentei analisar o problema para entendê-lo melhor	0 1 2 3
3. Procurei trabalhar ou fazer alguma atividade para me distrair	0 1 2 3
4. Deixei o tempo passar _ a melhor coisa que poderia fazer era esperar _ o tempo é o melhor remédio	0 1 2 3
5. Procurei tirar alguma vantagem da situação	0 1 2 3
6. Fiz alguma coisa que acreditava não daria resultados, mas ao menos estava fazendo alguma coisa	0 1 2 3
7. Tentei encontrar a pessoa responsável para mudar suas idéias	0 1 2 3
8. Conversei com outra(s) pessoa (s) sobre o problema, procurando mais dados sobre a situação	0 1 2 3
9. Critiquei-me, repreendi-me.	0 1 2 3
10. Tentei não fazer nada que fosse irreversível, procurando deixar outras opções	0 1 2 3
11. Esperei que um milagre acontecesse	0 1 2 3
12. Concordei com o fato, aceitei o meu destino	0 1 2 3
13. Fiz como se nada tivesse acontecido	0 1 2 3
14. Procurei guardar para mim mesmo (a) os meus sentimentos	0 1 2 3
15. Procurei encontrar o lado bom da situação	0 1 2 3
16. Dormi mais que o normal	0 1 2 3
17. Mostrei a raiva para as pessoas que causaram o problema	0 1 2 3
18. Aceitei a simpatia e a compreensão das pessoas	0 1 2 3
19. Disse coisas a mim mesmo (a) que me ajudassem a sentir	0 1 2 3
20. Inspirou-me a fazer algo criativo	0 1 2 3
21. Procurei a situação desagradável	0 1 2 3
22. Procurei ajuda profissional	0 1 2 3
23. Mudei ou cresci como pessoa de uma maneira positiva	0 1 2 3
24. Esperei para ver o que acontecia antes de fazer alguma	0 1 2 3
25. Desculpei ou fiz alguma coisa para repor os danos	0 1 2 3
26. Fiz um plano de ação e o segui	0 1 2 3
27. Tirei o melhor da situação, o que não era esperado	0 1 2 3
28. De alguma forma extravasei os meus sentimentos	0 1 2 3
29. Compreendi que o problema foi provocado por mim	0 1 2 3
30. Saí da experiência melhor do que eu esperava	0 1 2 3

- | | |
|--|---------|
| 31. Falei com alguém que poderia fazer alguma coisa concreta sobre o problema | 0 1 2 3 |
| 32. Tentei descansar, tirar férias a fim de esquecer o problema | 0 1 2 3 |
| 33. Procurei me sentir melhor, comendo, fumando, utilizando drogas ou medicação | 0 1 2 3 |
| 34. Enfrentei como um grande desafio, fiz algo muito arriscado | 0 1 2 3 |
| 35. Procurei não fazer nada apressadamente, ou seguir o meu primeiro impulso | 0 1 2 3 |
| 36. Encontrei novas crenças | 0 1 2 3 |
| 37. Mantive meu orgulho não demonstrando os meus sentimentos | 0 1 2 3 |
| 38. Redescobri o que é importante na vida | 0 1 2 3 |
| 39. Modifiquei aspectos da situação para que tudo desse certo no final | 0 1 2 3 |
| 40. Procurei fugir das pessoas em geral | 0 1 2 3 |
| 41. Não deixei me impressionar, recusava-me a pensar muito sobre essa situação | 0 1 2 3 |
| 42. Procurei um amigo ou parente para pedir conselhos | 0 1 2 3 |
| 43. Não deixei que os outros soubessem da verdadeira situação | 0 1 2 3 |
| 44. Minimizei a situação recusando-me a me preocupar seriamente com ela | 0 1 2 3 |
| 45. Falei com alguém sobre como estava me sentindo | 0 1 2 3 |
| 46. Recusei recuar e batalhei pelo que eu queria | 0 1 2 3 |
| 47. Descontei minha raiva em outra(s) pessoa (s) | 0 1 2 3 |
| 48. Busquei nas experiências passadas uma situação similar | 0 1 2 3 |
| 49. Eu sabia o que deveria ser feito, portanto dobrei meus esforços para fazer o que fosse necessário | 0 1 2 3 |
| 50. Recusei a acreditar que aquilo estava acontecendo | 0 1 2 3 |
| 51. Prometi a mim mesmo que as coisas serão diferentes da próxima vez | 0 1 2 3 |
| 52. Encontrei algumas soluções diferentes para o problema | 0 1 2 3 |
| 53. Aceitei, nada poderia ser feito | 0 1 2 3 |
| 54. Procurei não deixar que meus sentimentos interferissem muito nas outras coisas que eu estava fazendo | 0 1 2 3 |
| 55. Gostaria de poder mudar o que tinha acontecido ou como me senti | 0 1 2 3 |
| 56. Mudei alguma coisa em mim, modifiquei-me de alguma forma | 0 1 2 3 |
| 57. Sonhava acordado (a) ou imaginava um lugar ou tempo melhores do que aqueles em que eu estava | 0 1 2 3 |
| 58. Desejei que a situação acabasse ou que de alguma forma desaparecesse | 0 1 2 3 |
| 59. Tinha fantasias de como as coisas iriam acontecer, como se encaminhariam | 0 1 2 3 |
| 60. Rezei | 0 1 2 3 |
| 61. Preparei-me para o pior | 0 1 2 3 |
| 62. Analisei mentalmente o que fazer e o que dizer | 0 1 2 3 |
| 63. Pensei em uma pessoa que admiro e a tomei como modelo | 0 1 2 3 |
| 64. Procurei ver as coisas sob o ponto de vista da outra pessoa | 0 1 2 3 |
| 65. Eu disse a mim mesmo (a) que as coisas poderiam ter sido piores | 0 1 2 3 |
| 66. Corri, ou fiz exercícios | 0 1 2 3 |

SAVÓIA, M.G.; Santana, P.R.; Mejias, N.P. *Adaptação do Inventário de Estratégias de Coping de Folkman e Lazarus para o português. Psicologia USP. 7 (1/2): 183-201, 1996.*