



Geriatrics, Gerontology and Aging

ISSN: 2447-2115

ISSN: 2447-2123

Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia, SBGG

Costa, Eduardo Magalhães da; Moreira, Virgilio Garcia; Neri, Anita Liberalesso; Ferrioli, Eduardo; Pereira, Leani Souza; Drummond, Flavia Malini; Perez, Mariangela; Lourenço, Roberto Alves

Are quality of life, functional capacity, and urinary incontinence associated with fecal incontinence? The Fibra-BR Study

Geriatrics, Gerontology and Aging, vol. 17, e0230028, 2023

Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia, SBGG

DOI: <https://doi.org/10.53886/gga.e0230028>

Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=739777812041>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais informações do artigo
- Site da revista em redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Informação Científica Redalyc

Rede de Revistas Científicas da América Latina e do Caribe, Espanha e Portugal

Sem fins lucrativos acadêmica projeto, desenvolvido no âmbito da iniciativa
acesso aberto

Cuidados de saúde, capacidade funcional e incontinência urinária estão associados à incontinência fecal? Estudo Fibra-BR

Are quality of life, functional capacity, and urinary incontinence associated with fecal incontinence? The Fibra-BR Study

Eduardo Magalhães da Costa^a , Virgilio Garcia Moreira^a  , Anita Liberalesso Neri^b ,
Eduardo Ferriolli^c , Leani Souza Pereira^d , Flavia Malini Drummond^a ,
Mariangela Perez^a , Roberto Alves Lourenço^a 

^aDepartamento de Medicina Interna, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade do Estado do Rio de Janeiro – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

^bDepartamento de Psiquiatria, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas – Campinas (SP), Brasil.

^cDepartamento de Clínica Médica, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo – Ribeirão Preto (SP), Brasil.

^dDepartamento de Fisioterapia, Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional, Universidade Federal de Minas Gerais – Belo Horizonte (MG), Brasil.

Dados para correspondência

Virgilio Garcia Moreira – Rua Engenheiro Enaldo Cravo Peixoto, 215/113 – Tijuca – CEP: 20540-106 – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.
E-mail: virgilio.garcia.moreira@gmail.com

Recebido em: 05/04/2023

Aceito em: 06/06/2023

Editor Associado Responsável: Patrick Alexander Wachholz

Como citar este artigo: Costa EM, Moreira VG, Neri AL, Ferriolli E, Pereira LS, Drummond FM, et al. Are health care, functional capacity, urinary incontinence associated with fecal incontinence? Fibra-BR study. *Geriatr Gerontol Aging*. 2023;17:e0230028. <https://doi.org/10.53886/gga.e0230028>

Resumo

Objetivo: Avaliar a prevalência de incontinência fecal e sua associação com variáveis clínicas, funcionais, cognitivo-comportamentais, uso de fármacos, fragilidade, quedas e qualidade de vida em indivíduos com 65 anos ou mais que vivem na comunidade.

Metodologia: Estudo transversal e multicêntrico, realizado em 16 cidades brasileiras. A pergunta “Nos últimos 12 meses o(a) senhor(a) apresentou incontinência fecal ou perda de fezes de forma involuntária?” foi a variável indicadora de incontinência fecal. Análises bivariadas avaliaram a prevalência de incontinência fecal e suas características sociodemográficas, comorbidades, cognição, funcionalidade, depressão, fragilidade, qualidade de vida e quedas. Também realizou-se análise de regressão logística tendo a incontinência fecal como variável dependente.

Resultados: No total, 6855 indivíduos foram avaliados; 66,56% eram do sexo feminino, 52,93% brancos e a média de idade de 73,51 anos. A prevalência de incontinência fecal foi de 5,93% e estava associada com pior cuidado com a própria saúde [OR 1,78 (1,08–2,96)], dependência para as atividades básicas de vida diária [OR 1,29 (1,01–1,95)] e incontinência urinária [OR 4,22 (3,28–5,41)]. Além disso, observou-se que a ausência de polifarmácia [OR 0,61 (0,44–0,85)] foi identificada como associação de proteção.

Conclusão: A prevalência de incontinência fecal foi de 5,93%. Na regressão logística, uma variável de qualidade de vida, dependência para atividades básicas de vida diária e polifarmácia mostrou-se significativamente associada à incontinência fecal.

Palavras-chave: incontinência fecal; idoso; qualidade de vida; fragilidade; prevalência.

Abstract

Objective: To assess the prevalence of fecal incontinence and its association with clinical, functional, and cognitive-behavioral variables, medication use, frailty, falls, and quality of life in community-dwelling older adults (aged 65 years or older).

Methods: Cross-sectional, multicenter study carried out across 16 Brazilian cities. The question “In the last 12 months, did you experience fecal incontinence or involuntary passage of stool?” was defined as the indicator variable for fecal incontinence. Bivariate analyses were carried out to assess the prevalence of fecal incontinence and sociodemographic characteristics, comorbidities, cognition, functional capacity, depression, frailty, quality of life, and falls. Logistic regression analysis was also performed, with fecal incontinence as the dependent variable.

Results: Overall, 6855 subjects were evaluated; 66.56% were female, 52.93% white, and the mean age was 73.51 years. The prevalence of fecal incontinence was 5.93%. It was associated with worse self-care (OR 1.78 [1.08–2.96]), dependence for basic activities of daily living (OR 1.29 [1.01–1.95]), and urinary incontinence (OR 4.22 [3.28–5.41]). Furthermore, the absence of polypharmacy was identified as a protective factor (OR 0.61 [0.44–0.85]).

Conclusion: The overall prevalence of fecal incontinence was 5.93%. On logistic regression, one quality of life variable, dependence for basic activities of daily living, and polypharmacy were significantly associated with fecal incontinence.

Key words: fecal incontinence; older adult; quality of life; frailty; prevalence.



Este artigo é publicado em Acesso Aberto sob a licença Creative Commons Attribution, que permite o uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições, desde que o trabalho original seja corretamente citado.

INTRODUÇÃO

O aumento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), associado ao envelhecimento populacional, é acompanhado pelo incremento das limitações cognitivas e funcionais do idoso.¹⁻³ Dentre essas condições crônicas, a incontinência fecal (IF) tem sido pouco investigada, apesar do enorme impacto que traz à vida dos seus portadores.⁴ Uma importante consequência do isolamento social que acompanha a IF é a drástica redução da qualidade de vida de seus portadores. O seu reconhecimento precoce torna possível uma melhora prognóstica uma vez que permite que se adote intervenções terapêuticas eficazes, com melhora de aspectos prognósticos funcionais, clínicos e psicossociais.⁴ A IF é definida como a perda involuntária de fezes ou a incapacidade de controle esfinteriano anal.⁵ Muitos pacientes têm dificuldade em assumir essa condição, e raramente a busca por atendimento médico ocorre por essa queixa.⁶

Entre idosos, a IF representa uma importante causa de institucionalização, e os custos com insumos ultrapassam US\$ 400 milhões ao ano.⁷ Nos Estados Unidos da América, os gastos relacionados aos seus cuidados dentro das instituições de longa permanência para idosos (ILPI) podem chegar a US\$ 1,7 bilhões anuais.⁷

Para muito além dos gastos, a IF está associada a uma pior qualidade de vida de seus portadores.⁸⁻¹² Em 2006, Yusuf et al.⁸ avaliaram o impacto da IF em quatro domínios: estilo de vida, comportamento, depressão e constrangimento. Os portadores de IF passaram a apresentar depressão, ideação suicida e se sentiam constrangidas em situações de convívio social após o início das queixas fecais. Da mesma forma, a IF estava associada a limitações na capacidade funcional (CF). Para os autores, a qualidade de vida estava comprometida em todos os domínios citados. Estes achados foram corroborados por Bedard et al.,¹⁰ que também mostraram que essa condição traz uma grande repercussão na qualidade de vida. Além disso, segundo Tamanini et al.,¹³ quanto maior a dependência nas CF, maior é a prevalência de incontinência fecal. E de acordo com Deb et al.,¹⁴ há um questionamento se a própria IF não seria, *per se*, um marcador de fragilidade no idoso.

Internacionalmente, a prevalência de IF na comunidade varia de 2,2 a 36,20%.^{7,15} Em ILPIs, sua prevalência pode ultrapassar 50,00%.^{16,17} Entre pacientes hospitalizados portadores de síndrome demencial, esse número é ainda maior, podendo chegar à 80,00%.¹⁸ No Brasil, em indivíduos que vivem na comunidade, os poucos estudos sobre o tema mostraram prevalências que variam de 3,60 a 11,70%. Entretanto, existe uma dificuldade em comparar essas estimativas devido a diferentes metodologias utilizadas e especificidades das populações estudadas, assim como poucos

entre esses estudos contemplaram apenas a população idosa em suas avaliações.^{13,19,20}

Tendo em vista a lacuna de conhecimento acima apontada, o objetivo deste estudo foi avaliar a prevalência da IF em adultos idosos que vivem na comunidade em cidades brasileiras, além de analisar sua associação com quedas, comorbidades, qualidade de vida, CF, polifarmácia, fragilidade e depressão.

METODOLOGIA

Foi utilizado o banco de dados da linha de base da rede “Fragilidade em Idosos Brasileiros” (Fibra-BR), cujas informações foram coletadas entre dezembro de 2009 e janeiro de 2010. A descrição detalhada da metodologia do estudo foi publicada anteriormente.²¹

Fibra-BR é um estudo de delineamento transversal, observacional e multicêntrico, idealizado por um consórcio de quatro universidades brasileiras (Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Universidade de São Paulo — Ribeirão Preto, Universidade Federal de Minas Gerais e Universidade Estadual de Campinas). O objetivo principal do estudo foi estimar a prevalência e os fatores associados à fragilidade em uma amostra formada por 7.242 indivíduos com 65 anos ou mais, moradores da comunidade. Foram excluídos os idosos acamados ou em uso de cadeira de rodas; aqueles que apresentavam incapacidade de realizar testes de desempenho físico ou cognitivo; além de portadores de doença de Parkinson avançada, acidente vascular encefálico com sequelas limitantes, neoplasia terminal ou déficit cognitivo, caracterizado por Miniexame do Estado Mental (MEEM) menor ou igual a 17.

Os participantes eram moradores de 16 municípios escolhidos por conveniência dos investigadores principais. Em cada município, representando estados do Sudeste, Sul, Norte, Centro-Oeste e Nordeste, os indivíduos foram selecionados de maneira probabilística, por extratos de sexo e faixa etária.^{21,22}

Foram incluídos, no presente estudo, todos os indivíduos com 65 anos ou mais de idade incluídos na linha de base do estudo Fibra-BR, exceto aqueles que não responderam à pergunta referente à presença de IF. Depois de aplicados os critérios de exclusão, a amostra final foi de 6.855 indivíduos.

Neste estudo, a identificação da IF deu-se por meio de autorrelato de perda fecal com a inclusão da seguinte pergunta no questionário de pesquisa: “Nos últimos 12 meses, o(a) senhor(a) apresentou incontinência fecal ou perda de fezes de forma involuntária?”. Foi definida como variável dependente.

Os dados foram coletados através de um questionário estruturado com perguntas que avaliaram características

sociodemográficas (sexo, idade, anos de escolaridade e renda em salários-mínimos), hábitos de saúde, comorbidades autorrelatadas (hipertensão arterial sistêmica, acidente vascular encefálico, *diabetes mellitus*, depressão, entre outras), auto-percepção de saúde e atividades de vida diária — variáveis independentes.^{23,24} A avaliação cognitiva foi realizada por meio do MEEM.²⁵ No presente estudo, a CF foi definida a partir de dois critérios. Para a caracterização de dependência nas atividades básicas de vida diária (ABVD), foi excluída a pergunta sobre presença de incontinências urinária e fecal da escala de Katz.²³ Já as atividades instrumentais de vida diária (AIVD) foram pontuadas de acordo com a escala de Lawton e Brody.²⁴ Indivíduos que necessitavam de ajuda ou que não realizavam ao menos uma atividade foram considerados dependentes. Foram aferidas medidas antropométricas (peso e altura), calculado o índice de massa corporal (IMC) e utilizados os critérios do *Cardiovascular Health Study* para o diagnóstico de fragilidade.²² Foi considerada a presença de polifarmácia a utilização de cinco ou mais medicamentos. A presença de IU foi obtida através de autorrelato.

Para avaliação de qualidade de vida foram utilizadas cinco perguntas que compunham a parte de avaliação subjetiva de saúde do questionário. São elas: “Em geral, o(a) senhor(a) diria que sua saúde é: muito boa, boa, excelente/regular/ruim, muito ruim”, “Quando o(a) senhor(a) compara a sua saúde com a de outras pessoas da sua idade, como o(a) senhor(a) avalia sua saúde no momento atual? Melhor/igual/pior”, “Em comparação a 1 ano atrás, o(a) senhor(a) considera sua saúde hoje: melhor/igual/pior”, “Em relação ao cuidado com sua saúde, o(a) senhor(a) diria que ele é, de uma forma geral: muito bom, bom, excelente/regular/ruim, muito ruim” e “Em relação a 1 ano atrás, como o(a) senhor(a) diria que está seu nível de atividade? Melhor/igual/pior”. Esse modelo foi elaborado tendo como base a sugestão de Yusuf et al.,⁸ ou seja, a utilização de domínios disponíveis para esta análise.

Seguindo um modelo teórico proposto pelos autores, as variáveis foram divididas em três grupos. No primeiro grupo, foram incluídos conhecidos fatores de risco de IF (número de comorbidades, presença de AVC, *diabetes mellitus*, declínio cognitivo, idade e sexo); no segundo, fatores de direcionalidade indeterminada (IU, CF, síndrome de fragilidade e polifarmácia); e no terceiro grupo, desfechos adversos de saúde (quedas, pior qualidade de vida e depressão).

A descrição da amostra e a comparação das prevalências de IF foram realizadas utilizando tabelas de contingência com as frequências absolutas e relativas da variável dependente — incontinência fecal —, considerando-se, para efeito

descritivo, todas as variáveis independentes incluídas no modelo, seguindo as hipóteses de determinação acima explicitadas. O teste do qui-quadrado foi realizado para verificar a significância estatística das associações.

Com a finalidade de testar as associações propostas, foi utilizado um modelo de regressão logística, tendo a IF como variável dependente. Para ajuste do modelo, foram incluídas como controle as variáveis idade, sexo, AVC, *diabetes mellitus*, declínio cognitivo pelo MEEM e número elevado de comorbidades; sabidamente fatores de risco para a IF. As variáveis de direcionalidade indeterminada e os desfechos adversos de saúde compuseram outros dois blocos da regressão logística. Todas as análises com p-valor < 0,05 foram consideradas como estatisticamente significantes. O pacote estatístico utilizado para as análises foi o SPSS, versão 23 (IBM, Chicago, IL, USA).

O estudo recebeu apoio financeiro do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) (processo 555087/2006-9) e da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro (FAPERJ) (processo E-26/171.489/2006). Todos os participantes assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) e seu protocolo foi aprovado pelo Comitê de Ética do Hospital Universitário Pedro Ernesto.

RESULTADOS

Do total de 6855 indivíduos que compuseram a amostra analisada, 407 (5,93%) responderam positivamente à pergunta sobre a presença de IF nos 12 meses que antecederam a entrevista; 4563 (66,56%) eram do sexo feminino, 3607 (52,93%) brancos, 4228 (61,67%) tinham menos de 75 anos (média de 73,51 anos), 4194 (61,20%) tinham até 4 anos de escolaridade e 3065 (46,46%) tinham renda de até 1 salário-mínimo (Tabela 1).

A análise bivariada mostrou uma associação da IF com as seguintes condições: quedas, pior autopercepção de saúde, pior percepção de saúde quando comparada a terceiros, pior percepção de saúde quando comparada com a própria há um ano, percepção de cuidado ruim com a própria saúde, pior nível de atividade quando comparada há um ano e autorrelato de diagnóstico de depressão. Já no bloco das variáveis de direcionalidade indeterminada, observou-se associação da IF com: IU, dependência funcional (AIVD e ABVD), polifarmácia e síndrome de fragilidade (Tabela 1).

O modelo final da regressão logística ajustado para as variáveis de controle já explicitadas no modelo teórico evidenciou que a presença de IF tem associação com o pior

TABELA 1. Características sociodemográficas, comorbidades, cognição, capacidade funcional, depressão, fragilidade, qualidade de vida e quedas estratificados por incontinência fecal. Amostra Fibra-BR (n = 6855).

	Incontinência fecal				Total	
	Não		Sim			
	n	%	n	%	n	%
Sexo*						
Masculino	2187	95,41	105	4,58	2292	33,44
Feminino	4261	93,38	302	6,61	4563	66,56
Idade (anos)						
65 a 74	3990	94,37	238	5,62	4228	61,67
75 a 84	2081	93,82	137	6,17	2218	32,36
85 ou mais	377	92,21	32	7,82	409	5,97
Raça						
Branca	3377	93,62	230	6,37	3607	52,93
Outras	3033	94,54	175	5,45	3208	47,07
Escolaridade [†] (anos)						
0 anos	1202	94,12	75	5,87	1277	18,63
1 a 4 anos	2741	93,96	176	6,03	2917	42,57
5 a 8 anos	1141	93,60	78	6,39	1219	17,79
+ 8 anos	1363	94,65	77	5,34	1440	21,01
Renda (salários mínimos) [†]						
0 a 1	2875	93,80	190	6,19	3065	46,46
+ 1 a 2	1254	94,07	79	5,92	1333	20,21
+ 2 a 5	1346	94,25	82	5,74	1428	21,65
+ 5 a 10	468	93,78	31	6,21	499	7,56
+ 10	258	94,85	14	5,14	272	4,12
AVC ^{*,†}						
Não	6075	94,36	363	5,63	6438	93,99
Sim	368	89,32	44	10,67	412	6,01
Diabetes mellitus ^{*,†}						
Não	5184	94,59	296	5,40	5480	80,05
Sim	1256	91,94	110	8,05	1366	19,95
MEEM						
Menor que 18	350	91,62	32	8,37	382	5,57
19 a 24	2667	94,17	165	5,82	2832	41,31
25 a 30	3431	94,23	210	5,76	3641	53,12
Comorbidades ^{*,†}						
0	1190	96,43	44	3,56	1234	18,01
1-2	3363	95,18	170	4,81	3533	51,56
3-4	1603	91,60	147	8,40	1750	25,54
> 5	289	86,26	46	13,73	335	4,89
Incontinência urinária ^{*,†}						
Não	5029	96,93	159	3,06	5188	75,72
Sim	1416	85,09	248	14,90	1664	24,28

Continua...

TABELA 1. Continuação.

	Incontinência fecal				Total	
	Não		Sim			
	n	%	n	%	n	%
Fragilidade ^{*,†}						
Não frágeis	2701	96,08	110	3,91	2811	41,47
Pré-frágeis	3144	93,12	232	6,87	3376	49,80
Frágeis	533	90,03	59	9,96	592	8,73
Dependência AIVD ^{*,†}						
Dependente	2635	91,90	231	8,05	2867	44,46
Independente	3424	95,61	157	4,38	3581	55,54
Dependência ABVD [*]						
Dependente	114	84,44	21	15,55	135	1,97
Independente	6334	94,25	386	5,74	6720	98,03
Polifarmácia [*]						
Ausente	4724	93,78	313	6,21	5037	80,02
Presente	1199	95,31	59	4,68	1258	19,98
Autopercepção ^{*,†}						
Muito boa, boa ou excelente	3393	96,01	141	3,98	3534	51,68
Regular	2604	92,50	211	7,49	2815	41,17
Ruim, muito ruim	434	88,75	55	11,24	489	7,15
Saúde comparada com terceiros ^{*,†}						
Melhor	4261	94,41	252	5,58	4513	67,07
Igual	1575	94,65	89	5,34	1664	24,73
Pior	491	88,94	61	11,05	552	8,20
Saúde comparada há 1 ano ^{*,†}						
Melhor	1169	93,52	81	6,48	1250	18,29
Igual	3548	95,27	176	4,72	3724	54,49
Pior	1712	92,04	148	7,95	1860	27,22
Cuidado com a saúde ^{*,†}						
Muito boa, boa ou excelente	4441	94,95	236	5,04	4677	68,36
Regular	1756	92,66	139	7,33	1895	27,70
Ruim, muito ruim	237	88,10	32	11,89	269	3,94
Nível de atividade comparado há 1 ano ^{*,†}						
Melhor	983	94,51	57	5,48	1040	15,25
Igual	3662	95,04	191	4,95	3853	56,52
Pior	1768	91,89	156	8,10	1924	28,23
Autorrelato de depressão [*]						
Ausente	5413	94,71	302	5,28	5715	83,49
Presente	1026	90,79	104	9,20	1130	16,51
Quedas no último ano ^{*S}						
Ausente	4077	94,99	215	5,00	4292	68,15
Presente	1841	91,82	164	8,17	2005	31,85

*p < 0,05; †Missing values; AVC: acidente vascular cerebral; MEEM: minixame do estado mental; AIVD: atividades instrumentais de vida diária; ABVD: atividades básicas de vida diária.

cuidado com a própria saúde [OR 1,78 (1,08–2,96)], dependência para as ABVD [OR 1,29 (1,01–1,65)] e presença de IU [OR 4,21 (3,28–5,40)]. Além disso, observou-se que a utilização de poucas medicações (ausência de polifarmácia) produziu uma associação inversa, isto é, de proteção, com a IF [OR 0,61 (0,44–0,85)] (Tabela 2).

DISCUSSÃO

No presente estudo, a prevalência calculada de IF foi de 5,93% [IC95% (5,3–6,5)] e testou-se a hipótese de que, na população brasileira, a IF estaria associada a desfechos adversos de saúde comuns entre as pessoas idosas — quedas, depressão e pior qualidade de vida. No entanto, apenas uma

TABELA 2. Regressão logística entre incontinência fecal, variáveis de desfecho e variáveis de direcionalidade indeterminada. Amostra Fibra-BR (n = 5143).

Variável	Não ajustada		Ajustada*	
	OR (IC95%)	p-valor	OR (IC 95%)	p-valor
Incontinência urinária	4,43 (3,47–5,67)	< 0,001	4,22 (3,28–5,41)	< 0,001
Autopercepção de saúde				
Muito boa/boa				
Regular	1,36 (1,04–1,79)	0,027	1,31 (0,99–1,73)	0,059
Ruim/muito ruim	1,48 (0,94–2,35)	0,094	1,3 (0,81–2,09)	0,28
Saúde comparada com terceiros				
Melhor				
Igual	0,78 (0,58–1,05)	0,1	0,79 (0,58–1,06)	0,11
Pior	0,94 (0,62–1,43)	0,78	0,96 (0,63–1,46)	0,85
Saúde comparada há um ano				
Melhor				
Igual	0,8 (0,57–1,12)	0,2	0,8 (0,57–1,12)	0,20
Pior	0,85 (0,59–1,23)	0,39	0,84 (0,58–1,22)	0,20
Cuidado com a saúde				
Muito boa/boa				
Igual	1,31 (1,01–1,72)	0,045	1,34 (1,02–1,75)	0,033
Pior	1,60 (0,97–2,63)	0,063	1,78 (1,08–2,96)	0,024
Nível de atividade comparada há um ano				
Melhor				
Igual	0,95 (0,65–1,38)	0,78	0,98 (0,67–1,43)	0,90
Pior	1,04 (0,69–1,56)	0,86	1,03 (0,68–1,56)	0,87
Depressão	1,46 (1,11–1,93)	0,006	1,15 (0,83–1,58)	0,41
Quedas	1,27 (0,99–1,62)	0,056	1,22 (0,95–1,56)	0,12
Polifarmácia	0,61 (0,44–0,85)	0,003	0,61 (0,44–0,85)	0,004
Síndrome de fragilidade				
Robustos				
Pré-frágeis	1,33 (1,01–1,76)	0,044	1,32 (0,99–1,75)	0,055
Frágeis	1,52 (0,99–2,35)	0,056	1,51 (0,97–2,34)	0,068
ABVD	1,27 (0,99–1,62)	0,056	1,29 (1,01–1,65)	0,039
AIVD	0,95 (0,91–1,01)	0,087	0,96 (0,9–1,01)	0,14

*Regressão logística ajustada para idade, sexo, acidente vascular encefálico, *diabetes mellitus*, minixame do estado mental e número elevado de comorbidades. Referência: presença de incontinência fecal. ABVD: atividades básicas de vida diária; AIVD: atividades instrumentais de vida diária.

variável *proxy* de qualidade de vida — o pior cuidado com a própria saúde — mostrou-se significativamente associada à IF. Outros fatores de reconhecida bidirecionalidade causal também apresentaram associação significativa, alguns como risco — ABVD e IU —, outros como fator de proteção — o uso de um número pequeno de medicações. A respeito da presença de IU significativamente associada à IF em nosso estudo, alguns autores sugerem que essa dupla incontinência talvez seja o achado mais frequente em estudos populacionais.⁸

Por se tratar de um estudo de delineamento transversal, não foi possível estabelecer uma associação causal válida entre os fatores de risco ou fatores de exposição e o desfecho do estudo. Como descrito na seção de Métodos, os autores analisaram dados da rede Fibra-BR, uma extensa pesquisa multicêntrica, cujo objetivo primário não foi aquele do presente estudo. Por esta razão, as análises foram limitadas pelas variáveis disponíveis. Para o melhor aproveitamento do banco de dados, os autores definiram um modelo de pertinências, baseado nas evidências da literatura científica relacionada ao tema, que permitisse converter as hipóteses conceituais em uma estrutura operacional adequada. Nesse modelo, algumas condições estão muito bem estabelecidas como fatores causais e foram tratadas, operacionalmente, como variáveis de controle.^{5,7,26}

Por outro lado, em relação a algumas variáveis, não existem evidências suficientes de que a exposição não mudou como resultado do acometimento (IF) e, portanto, que não se pode excluir que causalidade reversa seja o elemento explicativo de certos achados. Assim, associações significativas de risco — dependência em ABVD, síndrome de fragilidade e IU —, assim como de proteção — número de fármacos e independência em AIVD —, encontradas no presente trabalho se enquadram nesta categoria de variáveis.^{7,13}

O estudo Fibra-BR foi realizado com idosos com 65 anos ou mais e excluiu de sua amostra tanto indivíduos institucionalizados quanto aqueles que, mesmo vivendo na comunidade, eram portadores de importantes limitações físicas e/ou cognitivas. Essa exclusão, provavelmente, retirou da amostra examinada os indivíduos de maior precariedade funcional, população em que, habitualmente, há uma maior frequência de IF, como por exemplo os idosos com sequelas limitantes de AVC e aqueles com MEEM menor do que 17. Por esse motivo, acredita-se que a prevalência encontrada se assemelhe à observada em estudos realizados em amostras mais jovens.^{6,15,19,20,27} No Brasil, em trabalhos anteriores, a prevalência de IF variou de 3,00 a 43,00%.^{17-19,28} Todavia, dos quatro trabalhos, um foi realizado em idosos institucionalizados,²⁸ dois em amostras que incluíram indivíduos abaixo dos 60 anos^{19,20} e somente um com amostra semelhante ao do presente estudo.¹³ Além disso, outro fator que pode colaborar

para as diferenças e a extrema amplitude de variação entre as prevalências observadas nesses estudos é a ausência de uma padronização da definição operacional da IF.

Alguns estudos associaram a IF com alterações da mobilidade; entretanto, poucos abordaram diretamente a associação com quedas.^{13,15,18} Apesar de não termos encontrado, no presente estudo, uma associação significativa entre quedas e IF, trata-se de uma variável com importante plausibilidade clínica, tendo em vista que a urgência da evacuação em idosos incontinentes, muitas vezes com restrições de mobilidade, tende a aumentar o risco de queda. Essa é uma hipótese a ser mais completamente investigada em estudos posteriores.

A depressão neste estudo foi avaliada por meio de autorrelato. Os vieses que esse tipo de informação introduz em pesquisa epidemiológica podem justificar a ausência de associação significativa com a variável dependente. Por hipótese, o isolamento social gerado pela IF estaria associado a uma maior chance de desenvolvimento de depressão nessa população. A associação da IF com depressão e pior qualidade de vida, avaliada de uma maneira direta, já foi descrita em outros estudos.^{10-13,29,30}

No estudo Fibra-BR não houve um questionário específico para avaliação da qualidade de vida; por este motivo, os autores utilizaram cinco questões substitutas. Destas, apenas o pior cuidado com a saúde foi associado positivamente à IF. Mais uma vez, o fato de se ter excluído da amostra os indivíduos com danos funcionais extremos, dados os critérios de exclusão do estudo original, pode justificar tal achado. Vale ressaltar que estudos anteriores identificaram uma pior percepção de saúde em portadores de IF.^{9,26,28-30}

Outros fatores com potencial causalidade reversa poderiam, indiretamente, contribuir para uma pior qualidade de vida. A dependência para ABVD e a presença de IU estão entre esses fatores e contribuem para o isolamento social e consequente pior qualidade de vida.⁸ Tais condições também foram associados positivamente à IF neste estudo. Apesar da associação entre IF e síndrome de fragilidade ser plausível de um ponto de vista biológico, os autores não identificaram outras publicações que sugiram tal associação. Em nosso modelo, a inclusão dessa variável entre aquelas de direcionalidade indeterminada teve como objetivo respeitar o estado atual do conhecimento acerca dessa associação.

Algumas limitações foram observadas no presente estudo, entre elas, não ter sido delineado para o fim específico de avaliar a IF, o que certamente excluiu indivíduos que, pela natureza de suas condições de saúde, comporiam a amostra no campo dos portadores da variável dependente IF. Tal fato pode ter subestimado os valores de prevalência. Contudo, a identificação da prevalência de cerca de 6,00% de IF entre os indivíduos com melhor status funcional surpreende, e reforça

a importância do conhecimento dessa condição pelos profissionais de saúde.

Outra limitação a ser mencionada é a ausência de um questionário específico e validado de qualidade de vida, tornando necessário o uso de *proxies* na avaliação dessa condição. Esse fato pode ter comprometido as associações estudadas, explicando a ausência de associações significativas entre a IF e quatro das cinco variáveis *proxies* de qualidade de vida adotadas na análise.

Como ponto forte do trabalho, pode-se destacar o número de indivíduos entrevistados (uma amostra de sete mil participantes, aproximadamente) de diferentes regiões, estados e cidades brasileiras, o que permite uma boa representatividade da população de idosos no Brasil. Outra característica do presente trabalho que vale a pena destacar é a inclusão de variáveis que são pouco exploradas em outros estudos sobre IF, como a fragilidade, polifarmácia e qualidade de vida.

O presente estudo coletou dados entre os anos de 2009 e 2010. Apesar disso, não acreditamos que houve, nesses pouco mais de 10 anos, alterações substanciais nos seus indicadores de prevalência e associações, uma vez que os fatores de risco da IF, apresentados anteriormente em nosso modelo de estudo, não sofreram alterações importantes de frequência.

Para a avaliação de fatores de risco, causas e consequências da IF, estudos de delineamento longitudinal prospectivos são os mais adequados. Porém, para o levantamento de hipóteses — relação entre IF e fragilidade — e confirmação de dados já estabelecidos — relação entre IF, IU e dependência funcional —, o presente estudo mostrou-se adequado.

Por último, entre as razões que justificam o presente estudo, destacam-se a questão, reiterada em diversas publicações, da importância do conhecimento da equipe de saúde sobre a IF e sua complexidade, principalmente em relação a seus sintomas e fatores associados, com objetivo de direcionar o melhor tratamento, assim como estratégias de prevenção dessa condição. Por exemplo, em 2012, Nyrop et al.⁴ avaliaram a percepção da equipe médica sobre o assunto. Ainda que a maioria (89,70%) dos entrevistados tenham reconhecido que esse problema gera graves repercussões para a vida do paciente, pouco mais da metade dos médicos (54,10%) realizavam algum tipo de triagem para a IF, apenas 32,90% acreditavam que as ILPI prestariam um bom cuidado para essa condição e 27,10% acreditavam que a IF poderia ser exacerbada nesse cenário.

CONCLUSÃO

No presente estudo, a prevalência calculada de IF foi de 5,93% [IC95% (5,3–6,5)], e o pior cuidado com a própria saúde, comprometimento nas atividades básicas de vida e IU mostraram-se significativamente associadas como risco à IF, enquanto o uso de um número reduzido de fármacos associou-se como fator de proteção.

Conflitos de interesse

Os autores declaram não haver conflito de interesses.

Financiamento

O estudo recebeu apoio financeiro do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) (processo 555087/2006-9) e da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro (FAPERJ) (processo E-26/171.489/2006).

Contribuições dos autores

EMC: administração do projeto, análise formal, conceituação, curadoria de dados, escrita – primeira redação, escrita – revisão e edição, investigação, metodologia, obtenção de financiamento, recursos, software, supervisão, validação, visualização. VGM: administração do projeto, análise formal, conceituação, curadoria de dados, escrita – primeira redação, escrita – revisão e edição, investigação, metodologia, obtenção de financiamento, recursos, software, supervisão, validação, visualização. ALN: escrita – revisão e edição, investigação, metodologia, obtenção de financiamento, recursos, validação, visualização. EF: escrita – revisão e edição, investigação, metodologia, obtenção de financiamento, recursos, validação, visualização. LSP: escrita – revisão e edição, investigação, metodologia, obtenção de financiamento, recursos, validação, visualização. FMD: escrita – revisão e edição, investigação, metodologia, obtenção de financiamento, recursos, validação, visualização. MP: administração do projeto, análise formal, conceituação, curadoria de dados, escrita – primeira redação, escrita – revisão e edição, investigação, metodologia, obtenção de financiamento, recursos, software, supervisão, validação, visualização. RAL: administração do projeto, análise formal, conceituação, curadoria de dados, escrita – primeira redação, escrita – revisão e edição, investigação, metodologia, obtenção de financiamento, recursos, software, supervisão, validação, visualização.

REFERÊNCIAS

1. Organização Mundial de Saúde. Relatório mundial de envelhecimento e saúde. Genebra: OMS; 2015.
2. Caldas CP. Aging with dependence: family needs and responsibilities. *Cad Saude Publica*. 2003;19(3):773-81. <https://doi.org/10.1590/s0102-311x2003000300009>
3. Lima-Costa M, Veras R. Saúde pública e envelhecimento. *Cad Saude Publica*. 2003;19(3):700-1.
4. Nyrop KA, Grover M, Palsson OS, Heymen S, Palmer MH, Goode PS, et al. Likelihood of nursing home referral for fecally incontinent elderly patients is influenced by physician views on nursing home care and outpatient management of fecal incontinence. *J Am Med Dir Assoc*. 2012;13(4):350-4. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2011.01.010>
5. Tariq SH, Morley JE, Prather CM. Fecal incontinence in the elderly patient. *Am J Med*. 2003;115(3):217-27. [https://doi.org/10.1016/s0002-9343\(03\)00327-9](https://doi.org/10.1016/s0002-9343(03)00327-9)
6. Meinds RJ, van Meegdenburg MM, Trzpis M, Broens PMA. On the prevalence of constipation and fecal incontinence, and their co-occurrence, in the Netherlands. *Int J Colorectal Dis*. 2017;32(4):475-83. <https://doi.org/10.1007/s00384-016-2722-3>
7. Shah BJ, Chokhavatia S, Rose S. Fecal incontinence in the elderly: FAQ. *Am J Gastroenterol*. 2012;107(11):1635-46. <https://doi.org/10.1038/ajg.2012.284>
8. Yusuf SAI, Jorge JMN, Habr-Gama A, Kiss DR, Rodrigues JG. Evaluation of quality of life in anal incontinence: validation of the questionnaire FIQL (Fecal Incontinence Quality of Life). *Arq Gastroenterol*. 2004;41(3):202-8. <https://doi.org/10.1590/s0004-28032004000300013>
9. Rockwood TH, Church JM, Fleschman JW, Kane RL, Mavrantonis C, Thorson AG, et al. Fecal Incontinence Quality of Life Scale: quality of life instrument for patients with fecal incontinence. *Dis Colon Rectum*. 2000;43(1):9-16; discussion 16-7. <https://doi.org/10.1007/BF02237236>
10. Bedard K, Heymen S, Palsson OS, Bharucha AE, Whitehead WE. Relationship between symptoms and quality of life in fecal incontinence. *Neurogastroenterol Motil*. 2018;30(3). <https://doi.org/10.1111/nmo.13241>
11. Cauley CE, Savitt LR, Weinstein M, Wakamatsu MM, Kunitake H, Ricciardi R, et al. A quality-of-life comparison of two fecal incontinence phenotypes: isolated fecal incontinence versus concurrent fecal incontinence with constipation. *Dis Colon Rectum*. 2019;62(1):63-70. <https://doi.org/10.1097/DCR.0000000000001242>
12. Meyer I, Richter HE. Impact of fecal incontinence and its treatment on quality of life in women. *Womens Health (Lond)*. 2015;11(2):225-38. <https://doi.org/10.2217/whc.14.66>
13. Tamanini JT, Jesus FA, Castro RA, Sartori MGF, Girao MJB, Dos Santos JLF, et al. The prevalence of fecal incontinence and associated risk factors in older adults participating in the SABE study. *NeuroUrol Urodyn*. 2016;35(8):959-64. <https://doi.org/10.1002/nau.22836>
14. Deb B, Prichard DO, Bharucha AE. Constipation and fecal incontinence in the elderly. *Curr Gastroenterol Rep*. 2020;22(11):54. <https://doi.org/10.1007/s11894-020-00791-1>
15. Nelson RL, Furner SE. Risk factors for the development of fecal and urinary incontinence in Wisconsin nursing home residents. *Maturitas*. 2005;52(1):26-31. <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2004.12.001>
16. Chughtai B, Thomas D, Russell D, Phongtankuel V, Bowles K, Prigerson H. Prevalence and risk factors for fecal incontinence in home hospice. *Am J Hosp Palliat Care*. 2019;36(1):33-7. <https://doi.org/10.1177/1049909118784891>
17. Thomas TM, Ruff C, Karran O, Mellows S, Meade TW. Study of the prevalence and management of patients with faecal incontinence in old people's homes. *Community Med*. 1987;9(3):232-7. <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.pubmed.a043932>
18. Cabrera AMG, Rodríguez RMJ, Diaz MLR, Monchul JMV, Fernández MR, Pavón JMD, et al. Fecal incontinence in older patients. A narrative review. *Cir Esp (Engl Ed)*. 2018;96(3):131-7. <https://doi.org/10.1016/j.ciresp.2017.12.005>
19. Santos VLGC, Domansky RC, Hanate C, Matos DS, Benvenuto CVC, Jorge JMN. Self-reported fecal incontinence in a community-dwelling, urban population in southern Brazil. *J Wound Ostomy Continence Nurs*. 2014;41(1):77-83. <https://doi.org/10.1097/01.WON.0000438018.83110.88>
20. Santos CRS, Santos VCGL. Prevalence of fecal incontinence in the urban population of Pouso Alegre, Minas Gerais, Brazil. *Rev Esc Enferm USP*. 2011;45(1):180-6. <https://doi.org/10.1590/s0080-62342011000100025>
21. Neri AL, Yassuda MS, Araújo LF, Eulálio MC, Cabral BE, Siqueira MEC, et al. Methodology and social, demographic, cognitive, and frailty profiles of community-dwelling elderly from seven Brazilian cities: the FIBRA study. *Cad Saude Publica*. 2013;29(4):778-92. PMID: 23568307
22. Moreira VG, Lourenço RA. Prevalence and factors associated with frailty in an older population from the city of Rio de Janeiro, Brazil: the FIBRA-RJ study. *Clinics (Sao Paulo)*. 2013;68(7):979-85. [https://doi.org/10.6061/clinics/2013\(07\)15](https://doi.org/10.6061/clinics/2013(07)15)
23. Lino VTS, Pereira SRM, Camacho LAB, Ribeiro Filho ST, Buksman S. Cross-cultural adaptation of the Independence in Activities of Daily Living Index (Katz Index). *Cad Saude Publica*. 2008;24(1):103-12. <https://doi.org/10.1590/s0102-311x2008000100010>
24. Lawton MP, Brody EM. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist*. 1969;9(3):179-86. PMID: 5349366
25. Brucki SMD, Nitrini R, Caramelli P, Bertolucci PHF, Okamoto IH. Suggestions for utilization of the mini-mental state examination in Brazil. *Arq Neuropsiquiatr*. 2003;61(3B):777-81. <https://doi.org/10.1590/s0004-282x2003000500014>
26. Markland AD, Goode PS, Burgio KL, Redden DT, Richter HE, Sawyer P, et al. Incidence and risk factors for fecal incontinence in black and white older adults: a population-based study. *J Am Geriatr Soc*. 2010;58(7):1341-6. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2010.02908.x>
27. Wu JM, Matthews CA, Vaughan CP, Markland AD. Urinary, fecal, and dual incontinence in older U.S. adults. *J Am Geriatr Soc*. 2015;63(5):947-53. <https://doi.org/10.1111/jgs.13385>
28. Jerez-Roig J, Souza DLB, Amaral FLJS, Lima KC. Prevalence of fecal incontinence (FI) and associated factors in institutionalized older adults. *Arch Gerontol Geriatr*. 2015;60(3):425-30. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2015.02.003>
29. Andy UU, Vaughan CP, Burgio KL, Alli FM, Goode PS, Markland AD. Shared risk factors for constipation, fecal incontinence, and combined symptoms in older U.S. adults. *J Am Geriatr Soc*. 2016;64(11):e183-e8. <https://doi.org/10.1111/jgs.14521>
30. Ihnát P, Kozáková R, Rudinská LI, Peteja M, Vávra P, Zonča P. Fecal incontinence among nursing home residents: is it still a problem? *Arch Gerontol Geriatr*. 2016;65:79-84. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2016.03.012>