



Revista Brasileira de Geriatria e
Gerontologia

ISSN: 1809-9823

revistabgg@gmail.com

Universidade do Estado do Rio de
Janeiro
Brasil

Machado Barbosa, Juliana Magalhães; Corrêa Dias, Rosângela; Souza Máximo Pereira,
Leani

Qualidade de vida e estratégias de enfrentamento em idosos com incontinência fecal:
uma revisão da literatura

Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia, vol. 10, núm. 3, 2007, pp. 383-399
Universidade do Estado do Rio de Janeiro
Rio de Janeiro, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=403838775010>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

Qualidade de vida e estratégias de enfrentamento em idosos com incontinência fecal: uma revisão da literatura

Quality of life and coping strategies of elders with fecal incontinence: a literature review

Juliana Magalhães Machado Barbosa^a
Rosângela Corrêa Dias^b
Leani Souza Máximo Pereira^c

Resumo

O objetivo desta revisão foi apreciar criticamente a literatura sobre a avaliação da qualidade de vida (QV) e das estratégias de enfrentamento em idosos com incontinência fecal (IF), tendo como referencial o envelhecimento populacional brasileiro e o aumento da incidência de doenças crônicas que comprometem o bem-estar dos idosos. Foi realizada pesquisa nas principais bases de dados e a qualidade metodológica das publicações foi avaliada. A perda involuntária de fezes gera consequências físicas, sociais, emocionais e econômicas, sendo mais prevalente em idosos e mulheres. Recentemente, a avaliação de medidas centradas no paciente, incluindo a QV e as estratégias de enfrentamento foram apontadas como fundamentais. A qualidade de vida de idosos com IF pode ser avaliada através de instrumentos genéricos, como o WHOQOL e de instrumentos específicos, como o FIQL e o GIQLI. Alguns estudos têm indicado variáveis que podem se associar a um maior ou menor comprometimento da QV, mas ainda há escassez de trabalhos com idosos incontinentes. Embora já existam instrumentos de avaliação genérica das estratégias de enfrentamento disponíveis para uso no Brasil, nesta revisão, não foram encontradas pesquisas sobre a forma de enfrentamento da IF na população em geral ou entre os idosos. Esta revisão confirma a necessidade de mais estudos sobre como a IF afeta os idosos e como os mesmos lidam com essa disfunção.

Palavras-chave:
idoso; qualidade de vida; incontinência fecal; envelhecimento da população; revisão [tipo de publicação]

Correspondência / Correspondence
Juliana Magalhães Machado Barbosa
R. Santíssimo, 291, aptº 604, Caicara
30775-450, Belo Horizonte, MG, Brasil
E-mail: jummb@terra.com.br

ABSTRACT

This review aims to make a critical appraise of literature on quality of life (QoL) assessment and coping strategies in elders with fecal incontinence (FI), taking into account the Brazilian population aging and the increasing incidence in chronic illnesses that yield elderly well-being compromises. Data-based search was done and the methodological quality of papers was appraised. The involuntary fecal loss generates physical, social, emotional and economic consequences, which are more prevalent in the aged and women. Recently, patient-reported outcomes, including QoL and coping strategies, had been pointed out as essential. Elderly QoL with IF can be measured either by generic instruments, such as the WHOQOL, or by specific ones, such as the Fecal Incontinence Quality of Life and the Gastrointestinal Quality of Life. Some studies have indicated that variables can be associated to major or minor QoL outcomes, but there still be scarcity of works with incontinent elders. Although there were instruments for the evaluation of generic coping strategies suitable for use in Brazil, this review found no research on coping strategies, neither for elders with IF, nor for the general population and among elderly groups. The present review stresses the need for more studies to appreciate how FI effects the elderly population and how they cope with the consequent dysfunctions.

Key words: aged; quality of life; fecal incontinence ; demographic aging; review [publication type]

INTRODUÇÃO

O Brasil começou seu processo de envelhecimento populacional a partir de 1960, decorrente de uma associação entre a queda significativa da mortalidade e o rápido declínio da fecundidade.^{8,23} 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.²⁷ Sob o aspecto da saúde, os idosos possuem mais doenças, que são normalmente crônicas, usam mais medica-

mentos, consultam mais médicos e sofrem mais internações hospitalares.^{23,34} Os comprometimentos típicos dessa faixa etária foram agrupados como Síndromes Geriátricas, que compreendem a incontinência, as instabilidades e quedas, a demência, a depressão e a imobilidade.³⁴ A incontinência pode ser subdividida em incontinência urinária (IU) e incontinência fecal (IF).¹⁶ O aumento no número de idosos e a consequente 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 nessa população, inclusive da IF.^{16,23}

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

A IF é definida como a incapacidade de manter o controle fisiológico do conteúdo intestinal em local e tempo socialmente adequados.^{30,37,48} O termo incontinência anal (IA) é utilizado para englobar tanto a perda involuntária de material fecal quanto de gases.⁷⁴

A incontinência é uma condição grave tanto para o paciente quanto para seus cuidadores.^{11,16,35} Embora não aumente significativamente a mortalidade, a IF pode trazer consequências 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 resultados psicossociais, relacionados à perda de independência, isolamento social e impacto emocional.^{26,29,38,45} Todas essas consequências podem afetar a vida diária, a saúde geral e a qualidade de vida de pacientes incontinentes.^{26,49,65,74} Entre os idosos, a incontinência é apontada ainda como a segunda causa mais comum de institucionalização.^{26,32,65}

A prevalência dessa condição é variável e pode ser bem maior que o divulgado.¹¹ O problema pode ser sub-relatado porque os pacientes são relutantes em mencionar essa condição aos profissionais de saúde, tanto pelo constrangimento quanto pelo desconhecimento das possibilidades terapêuticas.^{16,35,39} 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.³⁵ Em estudo realizado no Reino Unido¹⁶, 54% dos idosos com IF nunca tinham relatado esse problema a seus médicos e só 14,6% dos adul-

tos incontinentes de uma cidade australiana procuraram o médico por este motivo.³⁰ A prevalência depende ainda da utilização do conceito de IF ou IA, considerando a freqüência mínima e duração da perda para inclusão nos estudos, parâmetros que variam entre os diversos estudos.^{29,30,39,45,65}

Para a população em geral, Kalantar *et al.* 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 e associação significativa entre IF e idade dos participantes ($p=0,003$; $\div^2=11,75$).³⁰ Nelson *et al.* em 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, dois fatores apontados como fortemente relacionados com a ocorrência de IA.³⁹

Entre os idosos institucionalizados e hospitalizados, a ocorrência desse problema pode atingir 17 e 47%, respectivamente.¹¹ Na população brasileira, estudo realizado no Ambulatório de Geriatria do Hospital das Clínicas de São Paulo encontrou prevalência de 10,9%.³⁵ Com relação à prevalência da IF entre os idosos residentes na comunidade, os resultados dos estudos também variam. Perry *et al.* relataram que a ocorrência da IF aumentava com o aumento da idade, atingindo 2% dos idosos com mais de 80 anos.⁴⁵ Stenzelius *et al.* encontraram relato de perda fecal em 16,9% dos idosos com mais de 75 anos⁶⁴ e Kok *et al.* relataram que entre idosos residentes em uma cidade holandesa, 4,2% daqueles entre 65 e 84 anos e 16,9% dos que

tinham mais de 85 anos apresentavam IF.³² Em idosos comunitários no Reino Unido, Edwards & Jones encontraram uma prevalência de 3% da IF.¹⁶

Quando ocorrem simultaneamente IF e incontinência urinária, tem-se uma condição denominada incontinência dupla.^{35,65} Edwards & Jones encontraram 1% dos 2.818 idosos comunitários entrevistados apresentando relato de incontinência dupla¹⁶ e Meschia *et al.* relataram que 24% das 881 mulheres com incontinência urinária participantes da pesquisa também tinham IA.³⁶ Teunissen *et al.* em estudo com 5.748 idosos residentes na comunidade, encontraram prevalência de 6% para a IF e 3% para a incontinência dupla, e estes valores se elevaram com o aumento da idade em homens e mulheres.⁶⁵

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.^{11,29,48} 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 parte desse 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 esfínter externo e elevador do ânus, que permitem o retorno do bolo fecal ao reto e seu armazenamento.

O sistema nervoso autônomo medeia 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.^{2,11,29,71} A manutenção da continência sofre influência ainda das oscilações emocionais, decorrentes 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.³¹

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, tumores 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 esfínteriano, como ocorre nas lesões obstétricas, desordens neurológicas desmielinizantes e doenças inflamatórias.^{2,11,29,31}

Com o envelhecimento, ocorre degeneração do esfíncter anal interno, que pode causar redução progressiva das pressões de

repouso.^{11,71} Também pode ocorrer redução da complacência retal, da sensibilidade anal e atrofia muscular do assoalho pélvico associadas ao aumento da idade. Esta última acarreta redução das pressões de contração e se associa ao descenso perineal e ao aumento da latência do nervo puden-
do.^{29,71} 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 trans-
bordamento.^{11,71} A IF em idosos poderia estar associada ainda aos comprometimen-
tos cognitivos e físicos, que podem dificul-
tar o acesso e a localização do banheiro,
causar desinibição social e incapacidade de
evacuar sozinho.⁷¹

A avaliação e o diagnóstico da IF incluem a avaliação clínica, constituída pelos sinais, sintomas e exame físico; e os exames comple-
mentares, incluindo a manometria anorrectal,
a retossigmoidoscopia, a defecografia, a ele-
troniografia anorrectal, a ultra-sonografia en-
doanal e a latência motora terminal do nervo
pudendo.^{11,29,31,71}

O exame físico, dividido em inspeção,
palpação e testes especiais, 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 estria-
da, tais como força, resistência, elasticidade e
tonicidade muscular.^{2,11}

A história clínica é geralmente focada nos
sinais e sintomas que caracterizam o funcio-
namento intestinal, tais como: freqüência e
duração das perdas e das evacuações, consis-
tência das fezes, presença de urgência, diar-
réia, flatulência, constipação e uso de prote-
ção. Inclui ainda um relato da história cirúrgi-
ca e de doenças em outros sistemas que po-
dem se relacionar com a ocorrência de in-
continência, uso de medicações, hábitos ali-
mentares, avaliação do estado mental e emo-
cional.² Vários autores têm proposto um sis-
tema de quantificação que considere a intensi-
dade e a freqüência da perda, através de uma
graduação numérica da gravidade.^{29,45,50,70} As
escalas Índice da Incontinência Anal^{12,29,52,74} e
*Fecal Incontinence Severity Index*⁵⁰ são as mais uti-
lizadas nos ensaios clínicos.

Recentemente, a adoção de medidas cen-
tradas no paciente vem sendo discutida como
fundamental para documentar como as do-
enças afetam os indivíduos e como as inter-
venções afetam as mesmas. A qualidade de
vida e as estratégias de enfrentamento são
formas de avaliar este efeito das doenças e
vêm ganhando relevância nas publicações re-
centes. Portanto, o objetivo deste estudo foi
revisar como a incontinência fecal afeta a qua-
lidade de vida e que estratégias os indivíduos
idosos usam para lidar com ela.

METODOLOGIA

Foi realizada busca nos bancos de dados
informatizados MedLine, Scielo, LILACS,
PEDro, Cochrane, PsycINFO, sobre qualida-
de de vida e estratégias de enfrentamento em

idosos com incontinência fecal. Foi usada como estratégia de busca: “*quality of life*” explode; “*coping*” explode; “*elderly*” ou “*older*” ou “*aging*”; “*fecal incontinence*”. As referências bibliográficas das pesquisas consultadas também foram usadas como levantamento de publicações referentes ao tema, bem como indicação de especialistas, associações profissionais e anais de eventos associados ao tema. As publicações foram selecionadas pelo título e/ou resumo. Não foi definido limite de data, idioma, tipo de estudo ou duração da IF.

A qualidade metodológica dos estudos foi avaliada conforme proposto por Sackett *et al.*, e aquelas que não atenderam aos pressupostos mínimos foram excluídas.⁵³

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Avaliação da Qualidade de Vida

O construto qualidade de vida foi definido pela Organização Mundial da 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.⁶⁷ Esse construto é caracterizado pela subjetividade, multidimensionalidade e bipolaridade.^{24, 43, 61}

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.^{5, 43, 74} 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.^{5, 15, 24, 43, 49, 67} 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).^{15, 61} Para a OMS, a avaliação da QVRS é essencial para a promoção e o cuidado de saúde numa concepção holística, em que o bem-estar do paciente é o objetivo principal.⁶⁷ Este conceito é apontado como um conjunto de medidas dos níveis da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), proposta pela OMS.¹⁵

Rockwood discute a diferença da visão que o clínico e o paciente têm da IF.⁴⁸ 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 reproduutíveis do impacto funcional, emocional e social da doença avaliada.^{5, 12, 54} Instrumen-

tos genéricos e específicos de avaliação da qualidade de vida têm sido citados na literatura. 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.^{14,48,49} 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.^{14,48} A combinação dos dois tipos de instrumentos pode favorecer uma avaliação de diferentes aspectos da qualidade de vida.²⁴

Para escolher o instrumento genérico a ser utilizado nos pacientes, é preciso considerar que a IF não causa dor e incapacidade física. Portanto, instrumentos de avaliação da qualidade de vida global podem ser mais apropriados que aqueles que avaliam a QVRS. Neste caso, opções de questionários genéricos já validados para a população brasileira poderiam ser o WHOQOL-100, o WHOQOL-BREF e o WHOQOL-OLD, indicados pela OMS.^{19,20,42} Seguindo metodologia rigorosa, foi desenvolvido o *World Health Organization Quality of Life instrument* (WHOQOL-100). Com seis domínios, divididos em 24 facetas e pontuado numa 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.^{20,67} (THE WHOQOL GROUP, 1995; FLECK *et al.*, 2000).

O WHOQOL-BREF possui 26 questões, que compõem os domínios físico, psicológi-

co, 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.*, apresentando propriedades psicométricas satisfatórias.^{20,67} 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 esse grupo.^{21,42}

Caso se prefira avaliar a QVRS, as versões do Medical Outcomes – Short Forms com 36^{40,48,74} 20⁵² e 12^{13,18} itens são citadas na literatura para avaliação da qualidade de vida genérica de indivíduos com IF. O SF-36 foi traduzido e validado para a língua portuguesa por Ciconelli *et al.*¹⁰ Trata-se de um questionário multidimensional, composto por 36 itens, divididos em 8 domínios: capacidade funcional, aspectos físicos, dor, estado geral de saúde, vitalidade, aspectos sociais, aspectos emocionais e saúde mental. Seu resultado é apresentado na forma de um escore final que varia de 0 a 100, sendo zero o pior e 100 o melhor estado de saúde.¹⁰ Embora suas propriedades psicométricas sejam satisfatórias e apesar de sua ampla utilização, alguns problemas na aplicação do SF-36 em idosos têm sido documentados: porcentagem significativa de itens perdidos, efeito chão e teto para alguns domínios e baixa responsividade às mudanças na condição de saúde.^{4,63}

Duas escalas têm sido mais freqüentemente citadas nos estudos para avaliação da QVRS de indivíduos com IF: o *Gastrointestinal Quality of Life Index* (GIQLI)¹⁷ e a *Fecal Quality of*

Life Scale (FIQL).⁴⁹ A primeira avalia a QVRS de pacientes com doença gastrointestinal, independentemente do acometimento ou do órgão envolvido, sendo apontado por alguns autores como um instrumento intermediário entre os genéricos e os específicos.¹² O GIQLI possui 36 questões com perguntas referentes ao efeito de diversos problemas, sintomas e doenças gastrointestinais na qualidade de vida. É pontuado em uma escala Likert de 5 pontos, com um escore total que representa a soma das respostas de cada pergunta.¹⁷ Possui propriedades psicométricas adequadas e é utilizado em estudos sobre qualidade de vida e incontinência fecal.^{12,52,54} Não foram encontrados estudos publicados sobre sua validação e adaptação para uso no Brasil.

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.*⁷⁴ O FIQL é composto de 29 questões, divididas em quatro domínios – estilo de vida, comportamento, depressão e constrangimento, pontuados de 1 a 4. Tanto o instrumento original quanto a versão para uso no Brasil apresentam propriedades psicométricas adequadas.^{49,74} É um instrumento específico, de linguagem simples, com tempo viável para aplicação, com boa aceitação e utilização na literatura.⁷⁴

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 dessa 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.⁴⁸ Não foram encontrados, na literatura pesquisada, 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.⁴⁸

Em 2001, Rothbarth *et al.*⁵² 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 para a qualidade de vida dessas pessoas. No Brasil, Santos & Silva⁵⁶ aplicaram a Escala de Qualidade de Vida de Flanagan em 41 pacientes com IA e reportaram efeito dessa condição sobre a QVRS, especialmente no domínio relações com outras pessoas. Esses 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.* observaram que a presença de outras doenças crônicas não influen-

ciou o efeito da IF sobre os escores de QVRS.⁴⁰ Nos idosos incontinentes, os escores de qualidade de vida poderiam sofrer a influência de fatores associados à própria incontinência, como a gravidade, freqüência e o 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 propõe um modelo conceitual de como as desordens gastrointestinais podem afetar a QVRS.⁹ De acordo com o autor, variáveis relacionadas à doença, principalmente a gravidade dos sintomas, presença de dor e urgência são somados ao impacto psicosocial da mesma para determinar como a qualidade de vida será afetada. Os fatores psicosociais podem incluir: efeitos adversos da vida anteriores à doença, estresse na vida atual, características psicológicas, estratégias de enfrentamento e falta de apoio social. Essa 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: sexo^{12,65}; idade^{45,56}; escolaridade¹⁴; emprego e condições de trabalho⁷⁴; arranjo familiar^{16,39,56}; constipação intestinal³⁵; gravidade dos sintomas da IF^{3,7,33,38,50,70,74}; tempo de duração dos sintomas¹²; condições de saúde associadas⁴⁰; ansiedade e depressão^{26,38,74}; incontinência urinária^{14,18}; atividade sexual^{38,74}; resultados da manometria anorrectal.^{33,38}

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.^{1,57,68}

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.^{1,57} Dependendo da qualidade e da disponibilidade desses recursos, o indivíduo torna mais vulnerável ou mais resistente aos efeitos adversos do estresse.¹

De acordo com a Teoria de Estresse e Enfrentamento,²² 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 res-

posta emocional ao problema, normalmente quando a condição não pode ser modificada.^{1,57,68} 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 à televisão ou praticar atividade física.¹ As duas formas de enfrentamento podem estar interrelacionadas, já que uma estratégia pode ter efeitos indiretos na outra, ocorrendo numa relação dinâmica e recíproca.⁶⁸

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.⁵¹ 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 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 a atingir diretamente a situação, e o afastamento comportamental,

estratégias para buscar alternativas que favoreçam a aceitação da situação.⁵¹

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 a compreender o que as pessoas fazem ou pensam em situações estressantes.⁵⁷

Dois questionários para avaliar as estratégias de enfrentamento foram validados para uso no Brasil: o Inventário de Estratégias de *Coping*⁵⁹ e a Escala Modos de Enfrentamento de Problemas⁶². O primeiro é um 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 freqüência em que a estratégia foi utilizada. Esta escala é subdividida em oito domínios: confronto, afastamento, autocontrole, suporte social, aceitação de responsabilidade, fuga e esquiva, resolução de problemas e reavaliação positiva.²² Foi adaptada para o português em 1996, por Savoia *et al.*⁵⁹, que descreveram algumas de suas propriedades psicométricas. O Inventário de Estratégias de *Coping* é amplamente utilizado na literatura nacional e internacional, tanto em doenças psiquiátricas quanto numa variedade de doenças viscerais e em diferentes grupos de pacientes, tipos sociais e profissionais.^{47,58,60}

A escala Modos de Enfrentar Problemas possui 57 itens, divididos em oito domínios:

focalização no problema, pensamento positivo, busca de apoio social, religiosidade, esquiva, pensamento fantasioso/deliberativo, autoculpa e culpabilização dos outros. As respostas são pontuadas numa escala do tipo Likert de 4 pontos. As respostas são divididas em foco no problema e na emoção. Os estudos brasileiros utilizando essa escala reportam algumas limitações psicométricas que ainda precisam ser esclarecidas.⁶²

É importante discutir ainda os desfechos decorrentes da estratégia de enfrentamento.⁵¹ Uma meta apontada por Pucheu *et al.* para a pesquisa das estratégias de enfrentamento de uma doença é identificar que mecanismos de enfrentamento geram melhor convivência ou resolução de um problema específico.⁴⁶ De acordo com Roesch & Weiner, 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.⁵¹

Alguns autores têm apontado ainda que atitudes que favorecem uma melhor aderência ao tratamento ou desfechos mais favoráveis em doenças específicas podem ser consideradas estratégias de enfrentamento mais adaptativas.^{44,46} Determinadas estratégias de enfrentamento podem ainda mediar a relação estressor-doença, favorecendo o contro-

le ou o agravamento da doença, o que, segundo Roesch & Weiner, reforça a importância da avaliação dessas estratégias em diferentes doenças.⁵¹ Em pacientes com câncer, determinadas estratégias de enfrentamento favorecem uma redução da morbidade e da mortalidade relacionada à doença, após ajustamento com outras variáveis.⁴⁷

A relação entre qualidade de vida e enfrentamento é discutida por Xavier *et al.*, que consideram que a qualidade de vida depende da interpretação emocional que o indivíduo dá aos fatos e eventos.⁷³ No campo da saúde física, tal 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.⁶

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.⁴⁶ Uma metanálise realizada em 2001⁵¹ 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 con-

trolada por fatores externos ou casuais e a doença incontrolável e estável. Esse resultado sugere uma relação entre a estratégia de enfrentamento adotada e o *lócus de controle* da saúde, que se refere às crenças do indivíduo quanto a quem controla sua condição de saúde. Tal medida pode ser atribuída a fatores internos à pessoa, à fatores externos ou ao acaso.⁷²

O enfrentamento pode variar com a idade e com as mudanças das condições de vida e das experiências.⁷³ 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.⁷³ Trentini *et al.* avaliaram de forma qualitativa como os idosos enfrentam 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 consequentes do envelhecimento.⁶⁸

Na IF, Miner 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 trocas.³⁸ Entretanto, na literatura pesquisa-

da, não foram encontradas pesquisas sobre as estratégias de enfrentamento utilizadas por idosos com IF, nem suas possíveis relações com a qualidade de vida desses pacientes.

CONCLUSÃO

A discussão das questões levantadas anteriormente 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 essa doença causa nas estruturas e funções do corpo, bem como seus efeitos sobre as atividades e a participação social de um indivíduo e suas relações com a família e o ambiente.^{25,42,55,69}

A avaliação dos construtos discutidos pode contribuir para a compreensão da relação entre os níveis propostos na CIF 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 das profissões envolvidas no cuidado de idosos incontinentes.^{25,34,42,69}

Esta revisão confirma a necessidade de mais estudos sobre o modo como a IF afeta os idosos e como os mesmos lidam com essa disfunção. 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.¹⁴

Nesta revisão de literatura não foram encontrados trabalhos que avaliem a associação das medidas qualidade de vida e estratégias de enfrentamento em idosos incontinentes para fezes. 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 dessa condição.

NOTAS

^a Fisioterapeuta, Especialista em Gerontologia pela SBGG e pela PUC-MG, Mestre em Ciências da Reabilitação (UFMG). Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional – Departamento de Fisioterapia, Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte – MG, Brasil

^b Fisioterapeuta, Especialista em Gerontologia pela SBGG, Doutora em Ciências da Reabilitação (UNIFESP). Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional – Departamento de Fisioterapia, Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, MG, Brasil

E-mail: rcd@ufmg.br

^c Fisioterapeuta, Especialista em Gerontologia pela SBGG, Doutora em Ciências Biológicas (UFMG). Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional – Departamento de Fisioterapia. Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, MG, Brasil

E-mail: leanismp.bh@terra.com.br

REFERÊNCIAS

1. Antoniazzi AS, Dell'Aglio DD, Bandeira, DR. O conceito de *coping*: uma revisão teórica. Estudos de Psicologia 1998 jul/dez; 3(2): 273-94
2. Barbosa JMM, Marques LM. Incontinência Anal. In: Baracho E. Fisioterapia aplicada à obstetrícia. Rio de Janeiro: Medsi; 2002.
3. Barbosa JMM, et al. Estudo da relação entre qualidade de vida e gravidade da incontinência anal. In: Anais do 15º Congresso Brasileiro de Geriatria e Gerontologia, 2006, Goiânia. Goiânia: Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia; 2006. p.215, n. 426.
4. Brazier JE, et al. Using the SF-36 and Euroqol on an elderly population. Quality of Life Research 1996; 5: 195-204.
5. Buss PM. Promoção de saúde e qualidade de vida. Ciência Saúde Coletiva 2000; 5(1): 163-77.
6. Carr AJ, Gibson B, Robinson PG. Measuring quality of life: is quality of life determined by expectations or experiences? BMJ 2001; 332: 1240-43.
7. Cavanaugh M, Hyman N, Osler T. Fecal incontinence severity index after fistulotomy: a predictor of quality of life. Diseases of Colon e Rectum 2002; 45(3): 349-53.
8. Chaimowicz F. A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeções e alternativas. Rev Saúde Pública 1997; 31(2): 35-43.
9. Chang L. Review article: epidemiology and quality of life in functional gastrointestinal disorders. Alimentary Pharmacology & Therapeutics 2004; 20 (suppl 7): 31-9.
10. Ciconelli RM, et al. Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36). Revista Brasileira de Reumatologia 1999; 39(3):143-50.

11. Cooper Z, Rose S. Fecal Incontinence: a Clinical Approach. *The Mount Sinai Journal of Medicine* 2000; 67(2): 96-105.
12. Damon H, et al. Prevalence of anal incontinence in adults and impact on quality of life. *Gastroenterologie Clinique et Biologique* 2006; 30:37-43.
13. Damon H, Dumas P, Mion F. Impacto of anal incontinence and chronic constipation on quality of life. *Gastroenterol Clin Biol* 2004; 28(16):16-20.
14. Dugan E, et al. The quality of life of older adults with urinary incontinence: determining generic and conditions specific predictors. *Qual Life Res* 1998; 7: 337-44.
15. Ebrahim S. Clinical and public health perspectives and applications of health – related quality of life measurement. *Social Science and Medicine* 1995; 41(10):1383-94.
16. Edwards NI, Jones D. The prevalence of faecal incontinence in older people living at home. *Age Ageing* 2001; 30: 503-7.
17. Eypasch E, et al. Gastrointestinal quality of life index: development, validation and application of a new instrument. *Br J Surg* 1995; 82: 216-22.
18. Fialkow MF, et al. The functional and psychosocial impact of fecal incontinence on women with urinary incontinence. *Am J Obstet Gynecol* 2003; 189(1): 127-9.
19. Fleck MPA. O instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-100): Características e Perspectivas. *Ciência Saúde Coletiva* 2000; 5(1): 33-8.
20. Fleck MPA, et al. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-BREF". *Rev Saúde Pública* 2000; 34(2):178-83.
21. Fleck MPA, Chachamovich E, Trentini CM. Projeto WHOQOL-OLD: método e resultados de grupos focais no Brasil. *Rev Saúde Pública* 2003 37(6): 793-9.
22. Folkman S, et al. Appraisal, coping health status and psychological symptoms. *Journal of Personality and Social Psychology* 1986; 50(3): 571-9.
23. Garrido R, Menezes PR. O Brasil está envelhecendo: boas e más notícias por uma perspectiva epidemiológica. *Revista Brasileira de Psiquiatria* 2002; 24 (supl1):3-6.
24. Guyatt GH, Feeny DH, Patrick DL. Measuring health-related quality of life *Ann Intern Med* 1993; 118: 622-9.
25. Herbert RD, et al. Evidence-based practice – imperfect but necessary. *Physiotherapy Theory and Practice* 2001; 17: 201-11.
26. Heymen S. Psychological and cognitive variables affecting treatment outcomes for urinary and fecal incontinence. *Gastroenterology* 2004; 126:126-46.
27. IBGE. Perfil dos idosos responsáveis pelos domicílios no Brasil. Rio de Janeiro: Ministério de Planejamento, Orçamento e Gestão; Diretoria de Pesquisa; 2002.
28. Johanson JK, Lafferty J. Epidemiology of fecal incontinence: the silent affliction. *Am J Gastroenterol* 1996; 91(1):33-6.
29. Jorge JMN, Wexner SD. Etiology and Management of Fecal Incontinence. *Diseases of Colon and Rectum* 1993; 36: 77-97.
30. Kalantar JS, Howell S, Talley NJ. Prevalence of faecal incontinence and associated risk factors. *The Medical Journal of Austrália* 2002; 21(176): 54-7.
31. Kamm M. Faecal Incontinence. *British Medical Journal* 1998; 316(14): 528-34.
32. Kok ALM, et al. Urinary and faecal incontinence in community-resident elderly women. *Age and Ageing* 1992; 21: 211-5.

33. Lehur PA, et al. Comparasion of quality of life and anorectal function after artificial sphincter implantation. *Diseases of Colon e Rectum* 2002; 45(4): 508-13.
34. Lima-Costa MF, Barreto SM, 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. *Cad Saúde Pública* 2003; 19 (3): 735-43.
35. Lopes MC, 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* 1997; 52: 1001-12.
36. Meschia M, et al. Prevalence of anal incontinence in women with symptoms of urinary incontinence and genital prolapse. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 2002; 100: 719-23.
37. Messelink B, 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. *Neurology and Urodynamics* 2005; 24: 374-80.
38. Miner P. Economic and personal impact of fecal and urinary incontinence. *Gastroenterology* 2004; 126: 8-13.
39. Nelson R, et al. Community-based prevalence of anal incontinence. *JAMA* 1995; 274(7): 559-61.
40. O'Keefe EA, et al. Bowel disorderrs impair functional status and quality of life in elderly: a population based study. *The Journals of Gerontology* 1995; 50(4): 184-9.
41. Organização Mundial de Saúde – Divisão de Saúde Mental – Grupo WHOQOL. Versão em português dos instrumentos de avaliação de qualidade de vida. Porto Alegre, RS:Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2006. [acesso 2006 nov 15] Disponível em: URL: <http://www.ufrgs.br/psiq/whoqol.html>
42. Organização Mundial de Saúde, Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. Genebra: OMS: Direção Geral de Saúde; 2003.
43. Pascoal SMP. Qualidade de vida do idoso – elaboração de um instrumento que privilegia sua opinião. [mestrado] São Paulo: Universidade de São Paulo, Programa de Mestrado em Medicina, Faculdade de Medicina; 2000. 268 p.
44. Pereira MEMSM, Araújo TCCF. Estratégias de enfrentamento na reabilitação do traumatismo raquimedular. *Arquivos de Neuropsiquiatria* 2005; 63.(2B): 502-7.
45. Perry S, et al. Prevalence of faecal incontinence in adults aged 40 years or more living in the community. *Gut* 2002; 50: 480-4.
46. Pucheu S, et al. Do health causal attributions and coping strategies act as moderators of quality of life in peritoneal dialysis patients? *J Psychosom Res* 2004; 56: 317-22.
47. Reynolds P, et al. Use of coping strategies and breast cancer survival: results from the black/white cancer survival study. *Am J Epidemiol* 2000; 152(10): 940-9.
48. Rockwood T. Incontinence severity and QOL scales for fecal incontinence. *Gastroenterology* 2004; 126:106-13.
49. Rockwood TH, et al. Fecal Incontinence quality of life scale: quality of life instrument for patients with fecal incontinence. *Diseases of Colon and Rectum* 2000; 43: 9-17.

50. Rockwood TH, 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* 1999; 42:1525-32.
51. Roesch SC, Weiner B. A meta-analytic review of coping with illness: do causal attributions matter? *J Psychosom Res* 2001; 50: 205-19.
52. Rothbarth J, et al. What is the impact of fecal incontinence on quality of life? *Diseases of Colon and Rectum* 2001; 44(1): 67-71.
53. Sackett DL, et al. Medicina baseada em evidências – prática e ensino. 2 ed. Porto Alegre: Artmed; 2005.
54. Sailer M, et al. Quality of Life in Patients with Benign Anorectal Disorders. *British Journal of Surgery* 1998; 85: 1716-19.
55. Sampaio RF, Mancini MC, Fonseca ST. Produção científica e atuação profissional: aspectos que limitam essa integração na fisioterapia e na terapia ocupacional. *Revista Brasileira de Fisioterapia* 2002; 6(3): 113-8.
56. Santos VLCG, Silva AM. Qualidade de Vida de Pessoas com Incontinência Anal. *Revista Brasileira de Coloproctologia* 2002; 22(2): 98-108.
57. Savoia MG. Escalas de eventos vitais e de estratégias de enfrentamento (*coping*). *Revista de Psiquiatria Clínica* 1999; 26 (2).
58. Savoia MG, Bernik M. Adverse life events and coping skills in panic disorder. *Revista do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de São Paulo* 2004; 59(6): 337-40.
59. Savoia MG, Santana PR, Mejias NP. Adaptação do Inventário de Estratégias de Coping de Folkman e Lazarus para o português. *Psicologia USP* 1996; 7(1/2):183-201.
60. Scauzufca M, Kuipers E. Coping Strategies in relatives of people with schizophrenia before and after psychiatric admission. *The British Journal of Psychiatry* 1999; 174(2):154-8.
61. Schwartzmann L. Calidad de vida relacionada con la salud: aspectos conceptuales. *Ciencia y Enfermería*. Concepción 2003; 2: 9-21.
62. Seidl EMF, et al. Análise fatorial de uma medida de estratégias de enfrentamento. *Psicologia: Teoria e Pesquisa* 2001; 17(3): 225-34.
63. Stadnyk K, Calder J, Rockwood K. Testing the measurement properties of the Short Form-36 Health Survey in a frail elderly population. *Journal of Clinical Epidemiology* 1998; 51(10): 827-35.
64. Stenzelius K, et al. Symptoms of urinary and faecal incontinence among women and men 75+ in relation to health complaints and quality of life. *Neurourology and Urodynamics* 2004; 23(3): 211-22.
65. Teunissen TAM, et al. Prevalence of Urinary, Fecal and Double Incontinence in the Elderly Living at Home. *International Urogynecology Journal* 2004; 15, p. 10-3.
66. The Whoqol Group. Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF Quality of Life Assessment. *Psychol Med* 1998; 28(3): 551-8.
67. The Whoqol Group. The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): Position Paper from the World Health Organization. *Soc Sci Med* 1995; 17(10):1403-9.
68. Trentini M, et al. Enfrentamento de situações adversas e favoráveis por pessoas idosas em condições crônicas de saúde. *Revista Latino-Americana de Enfermagem* 2005; 13(1): 38-45.
69. Ustun TB, et al. The International Classification of Functioning and Health: a new tool for understanding disability and health. *Disabil Rehabil* 2003; 25(11): 565-71.
70. Vaizey CJ, et al. Prospective Comparison of Fecal Incontinence Grading Systems. *Gut* 1999; 44:77-80.

71. Wald A. Constipation and Fecal Incontinence in the Elderly. *Gastroenterol Clin North Am* 1990; 19 (2):405-18.
72. Wallston KA, Stein MJ, Smith CA. Form C of the MHLIC Scales: a condition-specific measure of locus of control. *J Pers Assess* 1994; 63(3): 534-53.
73. Xavier FMF, et al. Elderly People's Definition of quality of Life. *Revista Brasileira de Psiquiatria* 2003; 25(1): 31-9.
74. Yusuf SAI, et al. Avaliação da Qualidade de Vida na Incontinência Anal: validação do questionário FIQL (Fecal Incontinence Quality of Life). *Arquivos de Gastroenterologia* 2004; 41(3): 202-8.

Recebido em: 01/12/2006

Aceito: 18/6/2007

