









Incontinência dupla: fatores associados e impacto sobre a qualidade de vida em mulheres atendidas em serviço de referência

Double incontinence: associated factors and impact on the quality of life of women attended at a health referral service

Daniel Carvalho Ribeiro^{1,2} 
Júlia Raquel Nunes Souza¹ 
Ricardo Antônio Zatti² 
Thaís Ribeiro Dini² 
José Rodrigo de Moraes³ 
Carlos Augusto Faria² 

Resumo

Objetivo: Avaliar, em uma população feminina com incontinência urinária, a prevalência de incontinência dupla, seus fatores associados e seu impacto sobre a qualidade de vida. **Método:** Estudo transversal em mulheres com incontinência urinária ou dupla (incontinência urinária e fecal) atendidas em um hospital terciário do Sistema Único de Saúde. Foram colhidas informações sociodemográficas e clínicas, e a qualidade de vida foi avaliada por meio de questionários validados. A associação entre as variáveis e os tipos de disfunção (incontinência urinária e dupla) e com a pior percepção geral de saúde foi determinada pelos testes de Mann-Whitney, qui-quadrado e Fisher. **Resultados:** A amostra do estudo foi composta por 227 mulheres, das quais 120 (52,9%) eram idosas. A prevalência de incontinência dupla foi de 14,1%, e os fatores a ela associados foram maior número de comorbidades (p -valor=0,04), polifarmácia (p -valor=0,04) e presença de retocele (p -valor=0,02). Mostraram associação com pior percepção geral de saúde o IMC (quanto maior, pior; p -valor=0,02) e maior número de comorbidades (p -valor=0,05), mas não a incontinência dupla (p -valor=0,36). **Conclusão:** A prevalência de incontinência dupla foi diferente da encontrada em estudos realizados em cenários semelhantes. A população estudada apresenta baixos escores de percepção geral de saúde, mas a incontinência dupla não esteve associada a tais escores. A presença de múltiplas comorbidades está associada tanto à presença de incontinência dupla quanto à pior percepção geral de saúde.

Palavras-Chave: Distúrbios do Assoalho Pélvico. Incontinência Fecal. Incontinência urinária. Qualidade de Vida. Saúde da Mulher.

¹ Centro Universitário Unifaminas, Faculdade de Medicina, Departamento de Anatomia Humana. Muriaé, MG, Brasil

² Universidade Federal Fluminense (UFF), Faculdade de Medicina, Departamento Materno-infantil. Niterói, RJ, Brasil

³ Universidade Federal Fluminense (UFF), Instituto de Matemática e Estatística, Departamento de Estatística. Niterói, RJ, Brasil.

Não houve financiamento na execução deste trabalho.

Os autores declaram não haver conflito na concepção deste trabalho.

Correspondência/Correspondence
Daniel Carvalho Ribeiro
danielcr@hotmail.com

Recebido: 21/09/2019
Aprovado: 02/03/2020

Abstract

Objective: To evaluate the prevalence, associated factors, and impact on quality of life of double incontinence in a group of women with urinary incontinence. **Method:** A cross-sectional study was performed, including female patients with urinary or double incontinence (urinary and fecal incontinence) treated at a tertiary hospital from the public healthcare system. Information about sociodemographic and clinical characteristics was collected, and quality of life was assessed using validated questionnaires. The Mann-Whitney, Chi-square, and Fisher tests were used to evaluate the association between the variables and the types of dysfunction (urinary or double incontinence) and a worse general health perception. **Results:** Of 227 incontinent women included in the study, 120 (52,9%) were older individuals. The prevalence of double incontinence was 14.1% (32 patients). Double incontinence was associated with a higher number of comorbidities (p -value=0.04), polypharmacy (p -value=0.04), and rectocele (p -value=0.02). Higher BMI (p -value=0.02) and number of comorbidities (p -value=0.05), but not double incontinence (p -value=0.36), were associated with low general health perception scores. **Conclusion:** the prevalence of double incontinence was different from other studies conducted in similar scenarios. The group of women included in the study presented low general health perception scores, but this was not associated with the presence of double incontinence. A higher number of comorbidities was associated with both double incontinence and a lower general health perception.

Keywords: Pelvic Floor Disorders. Fecal Incontinence. Urinary Incontinence. Quality of Life. Women's Health.

INTRODUÇÃO

Devido à própria anatomia pélvica feminina, adaptada não somente para dar saída aos tratos urinário e gastrointestinal, mas também para a parturição, as mulheres são mais suscetíveis às disfunções do assoalho pélvico (DAP), que incluem a incontinência anal e fecal, o prolapso genital e a incontinência urinária^{1,2}. Podemos encontrá-las isoladamente ou associadas numa mesma paciente³. As DAP têm importante impacto negativo sobre a qualidade de vida (QV) e, em certos casos, causam maior comprometimento da QV do que doenças crônicas, como insuficiência cardíaca e doença pulmonar obstrutiva crônica⁴.

De acordo com a padronização de nomenclatura da *International Continence Society* (ICS) e da *International Urogynecological Association* (IUGA), a incontinência urinária (IU) é definida como a queixa de qualquer perda involuntária de urina⁵. Tem causa multifatorial, apresenta como principais fatores de risco: idade, paridade, parto vaginal, obesidade, período pós-menopausa e cirurgias ginecológicas. Já a incontinência anal (IA) corresponde à queixa de perda involuntária de fezes ou flatos, e a incontinência fecal é a perda involuntária de fezes sólidas e/ou líquidas⁶. Os principais fatores de risco para a IA são idade,

parto vaginal, obesidade, prolapso genital, diarreia e trauma do esfíncter anal⁷.

Com as mudanças na expectativa e no estilo de vida, outros fatores de risco para as DAP têm surgido. A associação de várias doenças crônicas e as múltiplas medicações utilizadas para tratá-las podem estar envolvidas nos mecanismos que levam às incontinências urinária e fecal⁸.

Uma vez que têm a mesma fisiopatologia e compartilham fatores de risco, a associação entre IU e IF, denominada de incontinência dupla (ID), não é incomum, sendo considerada a manifestação mais severa e debilitante de disfunção do assoalho pélvico feminino.

Estudo populacional realizado em mulheres americanas com mais de 62 anos observou prevalência de ID de 7%⁹. Já estudos em populações brasileiras encontraram prevalência de 2% em mulheres com mais de 20 anos¹⁰, e de 4,9% naquelas com mais de 65 anos¹¹.

A ID afeta severamente a QV^{2,12}. Mulheres que a apresentam evitam sair de casa, necessitam de uso constante de absorventes ou fraldas geriátricas e se preocupam em exalar odor de urina e/ou fezes, o

que prejudica também a vida sexual. Todas essas condições estão associadas a baixa autoestima e a comprometimento da saúde mental¹³.

O impacto das DAP sobre a QV pode ser avaliado através de questionários desenvolvidos especificamente para esse fim, traduzidos e validados para vários idiomas. Dentre eles, podemos citar o *King's Health Questionnaire* (KHQ)¹⁴, para IU, e o *Fecal Incontinence Quality of Life Scale* (FIQL)¹⁵, ambos traduzidos e validados para o português falado no Brasil.

A existência de mitos e crenças que levam as mulheres a acreditar que disfunções do assoalho pélvico são consequência natural de processos como a gravidez e o envelhecimento, aliada ao sentimento de vergonha e constrangimento das pacientes, as impedem muitas vezes de buscar ajuda. Por outro lado, os profissionais de saúde nem sempre estão capacitados para investigar os sintomas de DAP¹⁶.

Considerando que a população brasileira, constituída em sua maioria por indivíduos do sexo feminino, vem sofrendo um rápido processo de envelhecimento, e que essas duas condições estão associadas a maior prevalência das DAP, este estudo teve como objetivo avaliar a prevalência de ID em um ambulatório especializado, identificando fatores sociodemográficos, da história patológica pregressa, da história gineco-obstétrica e do exame ginecológico associados à ID em comparação com a IU isolada. Além disso, visou identificar o impacto da ID sobre a autopercepção de saúde, controlando para fatores sociodemográficos, da história patológica pregressa, da história gineco-obstétrica e do exame ginecológico, e avaliar o impacto da IF sobre a QV.

MÉTODOS

Realizou-se um estudo transversal, retrospectivo, a partir de banco de dados do ambulatório de Uroginecologia do Hospital Universitário Antônio Pedro, em Niterói (RJ, Brasil), no período de abril de 2010 a dezembro de 2016.

Pacientes dos municípios da Região Metropolitana II do Estado do Rio de Janeiro, composta pelos municípios de Niterói, São Gonçalo, Maricá, Itaboraí,

Rio Bonito, Silva Jardim e Tanguá, encaminhadas pela rede do Sistema Único de Saúde (SUS) com queixa de incontinência urinária, foram avaliadas no ambulatório de Ginecologia e encaminhadas para avaliação uroginecológica.

Trata-se, portanto, de uma amostragem de conveniência, na qual foram incluídos dados de pacientes do sexo feminino, com idade igual ou maior do que 18 anos, capacidade cognitiva preservada, queixa clínica de incontinência urinária, com ou sem incontinência fecal, e excluídos os casos em que havia história de câncer de intestino, colostomia prévia e doenças inflamatórias intestinais.

O diagnóstico das incontinências urinária e fecal foi estabelecido através dos sintomas referidos durante a anamnese, e a associação de ambas foi considerada incontinência dupla.

As seguintes informações sociodemográficas, de história clínica e de exame físico foram levantadas: idade, escolaridade, tipos de partos, história de cirurgia para prolapso e de histerectomia, número de comorbidades, número de medicações em uso, história de constipação intestinal, índice de massa corpórea e diagnóstico do prolapso genital de acordo com o sistema *Pelvic Organ Prolapse Quantification* (POP-Q)¹⁷.

A variável número de comorbidades foi dividida em três categorias (nenhuma, uma e duas ou mais). Foi considerada polifarmácia o uso de cinco ou mais medicações simultaneamente¹⁸.

De acordo com o IMC, as mulheres foram classificadas como tendo peso normal (valores de IMC de 18,5 a 24,9 kg/m²), sobrepeso (valores de 25 a 29,9 kg/m²) e obesidade (índice maior ou igual a 30 kg/m²). Foram consideradas idosas as mulheres com 60 anos ou mais.

Todas as pacientes apresentavam incontinência urinária e, portanto, responderam ao questionário KHQ para estimar o impacto específico dessa condição sobre a sua qualidade de vida durante o primeiro atendimento¹⁴. Já as pacientes com incontinência dupla (urinária e fecal), responderam ao questionário *Fecal Incontinence Quality of Life* (FIQL) na consulta de retorno¹⁵.

O *Kings's Health Questionnaire* (KHQ) avalia a saúde geral e o impacto da incontinência urinária sobre atividades diárias, físicas e sociais, além do comprometimento das relações pessoais, do sono e da disposição e as medidas de gravidade da incontinência urinária. Quanto maior o escore calculado a partir das respostas da paciente, pior a QV. Foi validado para o português em 2003¹⁴.

O FIQL foi validado para o português em 2004. Possui quatro domínios: estilo de vida, comportamento, depressão e constrangimento. Para esse questionário, quanto menor o escore calculado a partir das respostas da paciente, pior a QV¹⁵.

As respostas à primeira pergunta do KHQ “*Como você descreveria sua saúde no momento?*” referem-se à autoavaliação da percepção geral de saúde, e têm como possibilidade de respostas *muito boa, boa, regular, ruim e muito ruim*. Considerou-se que as pacientes que escolheram as duas primeiras opções reportavam melhor percepção de saúde, e as demais, pior percepção, e esses dois grupos assim formados foram utilizados para análise. Embora essa opção seja controversa, é a mais utilizada na literatura¹⁹.

Inicialmente, realizou-se análise descritiva ou exploratória para todas as variáveis consideradas no estudo. Para as variáveis quantitativas, incluindo os escores dos domínios do FIQL, foram calculadas medidas de posição e variabilidade, ao passo que para as variáveis qualitativas, foram construídas distribuições de frequências absolutas (número de casos) e relativas (porcentagem de casos).

Para estabelecer a associação entre as variáveis categóricas (escolaridade, tipos de parto, história de cirurgias ginecológicas - histerectomia e perineoplastia -, comorbidades, polifarmácia, constipação intestinal e estadiamento do prolapso genital) com os tipos de disfunção (incontinência urinária e incontinência dupla) e também com a pior percepção geral de saúde, foram utilizados os testes qui-quadrado e Fisher, quando aplicáveis. Já para as variáveis numéricas, foi utilizado o teste Mann-Whitney.

Na avaliação da significância dos efeitos das variáveis sobre desfecho de estudo considerou-se o nível de significância de 5%.

O estudo está de acordo com as resoluções nº. 466/2012 e 510/2016, e foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa do HUAP/UFF (parecer número 51112315.2.0000.5243).

RESULTADOS

A amostra do estudo foi composta por 227 mulheres com média de idade de $60,07 \pm 11,10$ (30-86 anos) anos e IMC médio de $29,63 \pm 5,84$ ($14,60$ - $46,15 \text{ kg/m}^2$). Destas, 120 (52,9%) eram idosas. Em relação à via de parto, a maioria das pacientes (38,8%) teve tanto parto vaginal, quanto parto cesáreo. Apresentavam duas ou mais comorbidades 132 (58,1%) pacientes e faziam uso de mais de quatro medicamentos 58 (25,6%) delas.

A prevalência de incontinência dupla na amostra foi de 14,1% (Tabela 1).

Em relação ao domínio de qualidade de vida “percepção geral de saúde” do questionário KHQ, 198 mulheres apresentavam escores maiores ou iguais a 50, ou seja, QV regular, ruim ou muito ruim (Tabela 2).

O IMC e o número de comorbidades mostraram associação estatisticamente significativa com pior percepção geral de saúde (escores ≥ 50), mas não houve diferença entre mulheres com IU isolada e aquelas com incontinência dupla (Tabela 2).

Já em relação ao tipo de disfunção, a polifarmácia, a presença de duas ou mais comorbidades e de prolapso de parede vaginal posterior mostraram associação estatisticamente significativa com a presença de incontinência dupla (Tabela 3).

Dentre as pacientes com IF, 12 não responderam ao questionário FIQL, por motivos como falta à consulta de retorno e recusa, por considerarem cansativo responder ao questionário de QV. Para as demais 20 mulheres, foram observados baixos escores médios de QV em todos os domínios, sendo o domínio constrangimento o mais afetado. Quando se considera a mediana, os domínios constrangimento e comportamento foram os mais comprometidos (Tabela 4).

Tabela 1. Perfil sociodemográfico e clínico de 227 mulheres com incontinência urinária ou dupla atendidas no ambulatório de Uroginecologia do Hospital Universitário Antônio Pedro, Niterói (RJ), 2016.

Variáveis	Percentual das pacientes (N=227) n (%)
Grupo de disfunção	
Incontinência dupla (IU e IF)	32 (14,1%)
Somente IU	195 (85,9%)
Escolaridade	
Até o fundamental	168 (74%)
Médio ou superior	59 (26%)
Tipo de parto	
Normal	85 (37,4%)
Cesáreo	42 (18,5%)
Ambos os partos	88 (38,8%)
Não teve parto	12 (5,3%)
Diabetes	
Sim	56 (24,7%)
Não	171 (75,3%)
Nº de comorbidades	
Nenhuma	33 (14,5 %)
Uma	62 (27,3 %)
Duas ou mais	132 (58,1 %)
Polifarmácia	
Sim	58 (25,6%)
Não	169 (74,4%)
Constipação	
Sim	59 (26 %)
Não	168 (74 %)
Histerectomia abdominal	
Sim	50 (22%)
Não	177 (78%)
Colpoperineoplastia	
Sim	49 (21,6%)
Não	178 (78,4%)
Prolapso anterior	
Sim	135 (59,5 %)
Não	92 (40,5 %)
Prolapso posterior	
Sim	85 (37,4%)
Não	142 (62,6%)
Prolapso apical	
Sim	37 (16,3%)
Não	190 (83,7%)

IU=Incontinência urinária; IF=Incontinência Fecal.

Fonte: Dados dos autores.

Tabela 2. Associação entre variáveis sociodemográficas e clínicas com a percepção geral de saúde de 227 mulheres atendidas no ambulatório de Uroginecologia do Hospital Universitário Antônio Pedro, Niterói (RJ), 2016.

Variáveis	Percepção Geral de Saúde (PGS)		p-valor
	Boa (N=29) n (%)	Ruim (N=198) n (%)	
Grupo de disfunção*			
Incontinência dupla (IU, IF)	2(6,2)	30 (93,8)	0,36
Somente IU	27(13,9)	168 (86,1)	
Idade (em anos)**	61,8±10,7	59,8±11,2	0,33
IMC (em kg/m2)**	27,3±4,6	30,0±5,9	0,02
Escolaridade			
Até o fundamental	19 (11,3)	149 (88,7)	0,26
Médio ou superior	10 (17)	49 (83,1)	
Tipo de parto			
Normal	13(15,3)	72(84,7)	0,09
Cesáreo	1 (2,4)	41 (97,6)	
Ambos os partos	13 (14,7)	75 (85,3)	
Não teve parto	2(16,7)	10 (83,3)	
Diabetes <i>Mellitus</i>			
Sim	4 (7,1)	52 (92,9)	0,15
Não	25 (14,6)	146 (85,4)	
Nº de comorbidades			
Nenhuma	10 (18,2)	46 (81,8)	0,05
Uma	15 (15,8)	80 (84,2)	
Duas ou mais	4(9,8)	72 (90,2)	
Polifarmácia			
Sim	5 (8,6)	53 (91,4)	0,27
Não	24 (14,2)	145 (85,8)	
Constipação			
Sim	8 (13,6)	51 (86,4)	0,83
Não	21 (12,5)	148 (87,5)	
Histerectomia abdominal			
Sim	3 (6)	47 (94)	0,10
Não	26 (14,7)	151 (85,3)	
Colpoperineoplastia			
Sim	4 (8,2)	45(91,8)	0,27
Não	25(14,0)	153 (86)	
Prolapso Anterior			
Não	8(8,7)	84 (91,3)	0,13
Sim	21(15,6)	114 (84,4)	
Prolapso Posterior			
Não	15(10,6)	127 (89,4)	0,20
Sim	14 (16,5)	71 (83,5)	
Prolapso Apical			
Não	21(11,1)	169(88,9)	0,08
Sim	8 (21,6)	29 (78,4)	

IU=Incontinência urinária; IF=Incontinência Fecal; *Teste exato de Fisher (bilateral); **Teste não paramétrico de Mann-Whitney (bilateral); demais análises=Teste qui-quadrado (bilateral); $p \leq 0,05$.

Fonte: Dados dos autores.

Tabela 3. Associação entre variáveis sociodemográficas e clínicas com o grupo de disfunção de 227 mulheres atendidas no ambulatório de Uroginecologia do Hospital Universitário Antônio Pedro, Niterói (RJ), 2016.

Variáveis	Grupo de disfunção		valor <i>p</i>
	IU e IF (n=32) n (%)	Somente IU (n=195) n (%)	
Idade (em anos)*	60,1±10,5	60,1±11,2	0,93
IMC (em kg/m ²)*	28,6±5,90	29,7±5,8	0,32
Escolaridade			
Até o fundamental	26 (15,5)	142 (84,5)	0,31
Médio ou superior	6 (10,2)	53 (89,8)	
Tipo de parto**			
Normal	11 (12,9)	74 (87,1)	0,41
Cesáreo	4 (9,5)	38 (90,5)	
Ambos os partos	16 (18,1)	72 (81,9)	
Não teve parto	1 (8,3)	11 (91,7)	
Diabetes <i>Mellitus</i>			
Sim	11 (19,6)	45 (80,4)	0,17
Não	21 (12,3)	150 (87,7)	
Nº de comorbidades			
Nenhuma	4 (7,2)	52 (92,8)	0,04
Uma	11 (11,6)	84 (88,4)	
Duas ou mais	17 (22,4)	59 (77,6)	
Polifarmácia			
Sim	13 (22,4)	45 (77,6)	0,04
Não	19(11,2)	150 (88,8)	
Constipação			
Sim	8 (13,6)	51 (86,4)	0,89
Não	24 (14,2)	144 (85,8)	
Histerectomia abdominal			
Sim	8 (16)	42 (84)	0,66
Não	24 (13,56)	153 (86,44)	
Colpoperineoplastia			
Sim	6 (12,2)	43 (87,8)	0,67
Não	26 (14,6)	152 (85,4)	
Prolapso Anterior			
Não	10 (10,9)	82(89,1)	0,25
Sim	22 (16,3)	113 (83,7)	
Prolapso Posterior			
Não	14 (9,9)	128 (90,1)	0,02
Sim	18 (21,2)	67 (78,8)	
Prolapso Apical			
Não	30 (14,8)	173 (85,2)	0,39
Sim	2 (8,3)	22 (91,7)	

IU=Incontinência urinária; IF= Incontinência Fecal; *Teste não paramétrico de Mann-Whitney (bilateral); **Teste exato de Fisher (bilateral); demais análises = Teste qui-quadrado (bilateral); **p*≤0,05.

Fonte: Dados dos autores.

Tabela 4. Impacto dos sintomas de incontinência fecal sobre a qualidade de vida de acordo com os domínios do questionário Fecal Incontinence Quality of Life (FIQL) em 20 mulheres com queixa de incontinência fecal atendidas no ambulatório do Hospital Universitário Antônio Pedro, Niterói (RJ), 2016.

Domínio	Média ± dp	Mediana (AI)
Constrangimento	1,67 ± 0,96	1,50 (1,33)
Comportamento	1,69 ± 0,89	1,31 (1,50)
Estilo de Vida	2,19 ± 1,05	2,30 (1,78)
Depressão	2,28 ± 0,99	2,36 (1,79)

dp=desvio-padrão; AI=amplitude interquartilica.

Fonte: Dados dos autores.

DISCUSSÃO

A amostra da população feminina com incontinência urinária associada ou não à fecal incluída no presente estudo se caracteriza por ter idade acima de sessenta anos e sobrepeso, além de apresentar pelo menos uma comorbidade e fazer uso de várias medicações. A incontinência dupla, presente em 14,1% dos casos, esteve associada ao maior número de comorbidades, à polifarmácia e ao diagnóstico de retocele. A maioria das mulheres (87,2%) tem percepção negativa da sua saúde, tal percepção está associada ao IMC mais elevado e à presença de maior número de comorbidades, mas não à presença de incontinência dupla.

A prevalência de incontinência fecal (14,1%) deve ser avaliada no contexto da população estudada, que apresentava pelo menos uma disfunção do assoalho pélvico, a IU, caracterizando um grupo específico, diferente da população geral. A mesma consideração vale para a análise dos fatores associados e da percepção geral de saúde.

As taxas de prevalência de incontinência dupla na população geral brasileira variam entre 2 e 18,1%^{10,11,20}, ao passo que nos Estados Unidos variam 6 e 7%^{9,21}. Já os estudos feitos em populações com incontinência urinária atendidas em serviços especializados guardam maior semelhança com a nossa casuística, e encontraram taxas de prevalência de 5,5% na Turquia²², 8 % na Tailândia²³, de 18%, nos Estados Unidos²⁴, e de 40,5%, no Brasil²⁵.

Tal disparidade em relação aos nossos achados pode ser decorrente da constituição genética e do assoalho pélvico de cada população (predominantemente

branca, entre as norte-americanas, miscigenada, no Brasil, Thai ou turca, na Ásia), assim como a diferenças culturais entre populações ocidentais e orientais no que se refere ao constrangimento em referir sintomas embaraçosos e na maneira de lidar com eles. Outro fator que pode explicar a diferença são as diferentes definições utilizadas pelos autores, já que os estudos brasileiro e tailandês investigaram o diagnóstico de incontinência anal, e é possível que estejam incluídas apenas pacientes com incontinência para gases, mais comum, entre aquelas com incontinência dupla^{22,25}.

No que se refere à autopercepção de saúde, o fato de todas as mulheres apresentarem também IU, que representa não somente um desconforto higiênico, mas determina também problemas sociais, sexuais, psíquicos e econômicos, pode justificar a alta proporção de mulheres com percepção negativa. De acordo com Reigota et al.²⁶, 64,1% de uma amostra de 325 mulheres brasileiras incontinentes com 50 anos ou mais também classificaram sua saúde como regular, ruim ou muito ruim.

Não foi observada associação de ID com pior percepção geral de saúde em comparação com mulheres com IU isolada. Do modo similar não houve diferença na avaliação da percepção geral de saúde investigada através do SF-36 entre mulheres brasileiras com IA isolada, com IA e prolapso e com incontinência dupla²⁷. Já nos EUA foram observados piores escores de avaliação da QV relacionada à saúde em mulheres com IF e incontinência urinária de urgência, quando comparadas com mulheres que apresentavam apenas incontinência urinária de urgência²⁶. Essas pacientes eram mais jovens, e provavelmente tinham maiores demandas

relacionadas a atividade laborativa, relações sociais e vida sexual, e a presença de IF pode ter se constituído em fator adicional para comprometimento da QV.

Por outro lado, os fatores que mostraram associação com pior percepção geral de saúde na população de mulheres com IU estudada foram IMC e número de comorbidades.

A prevalência de obesidade e de indivíduos com sobrepeso tem proporções epidêmicas em todo o mundo, e as mulheres no período de transição menopausal e na pós-menopausa – como é a população incluída no presente estudo – estão mais suscetíveis a isso²⁷. Entre as mulheres obesas tem-se o registro de escores mais baixos para a qualidade de vida²⁸. A obesidade está associada também a outras comorbidades, como hipertensão arterial, coronariopatia, diabetes e síndrome metabólica, entre outros, e o número de comorbidades está associado a pior qualidade de vida. Tal impacto é mais pronunciado na população feminina^{28,29}. Merece menção o fato de o risco de IU, outro fator associado a pior QV, aumentar à medida que aumenta o IMC^{30,31}.

Estudos sobre os fatores associados à ID em diferentes cenários populacionais mostram resultados bastante discrepantes, o que pode ser justificado pelas diferentes características dos indivíduos incluídos em termos de idade, estado nutricional, paridade, presença de comorbidades e de prolapso genital. Além disso, populações de regiões diferentes do mundo têm diferentes cargas genéticas, o que exerce influência sobre a resistência dos tecidos que compõem o assoalho pélvico feminino. Deve-se considerar também que cada autor opta por incluir determinadas variáveis que considera mais plausíveis de estarem associadas com ID, e frequentemente tais variáveis não coincidem entre os pesquisadores.

Camtosun et al.²², na Turquia não encontraram associação entre retocele estádios 2 e 3 e ID, o que está em desacordo com nossos achados. Por outro lado, dentre as variáveis estudadas em comum com o presente estudo, também não observaram associação entre ID e idade, IMC, tipo de parto, histerectomia e diabetes.

Já Markland et al.²⁴, de modo similar às nossas análises, observaram associação de prolapso de parede posterior e ID, e não encontraram associação entre escolaridade, diabetes e histerectomia, entre outras variáveis. Diferentemente, porém, encontraram associação do IMC e do número de partos normais com a ID.

De acordo com Wu et al.²¹, a incontinência dupla em mulheres estava associada com etnia branca não hispânica, depressão, mais de três comorbidades, histerectomia e diarreia. Para Yuaso et al.¹¹, em população brasileira, os fatores associados à incontinência dupla foram presença de hipertensão, polifarmácia e quedas no último ano. Ambos os estudos não incluíram a presença de prolapso genital entre as variáveis estudadas.

Em mulheres americanas com IU, IF e prolapso genital isolados ou em associação, Andy et al.³² não encontraram associação entre o prolapso posterior e sintomas de IF. Por outro lado, observaram que a IF esteve associada à polifarmácia, que pode ser decorrente da presença de várias comorbidades. Matthews et al.⁹ afirmam que comorbidades, além de depressão e multiparidade se associaram mais à ID do que com IU ou IF isoladas.

O prolapso de parede posterior, ou retocele, principalmente nos estádios mais avançados, se associa a defeitos neuromusculares e funcionais, que levam a uma variedade de sintomas que vão da obstrução evacuatória até a incontinência fecal³³.

O cenário em que o presente estudo foi realizado é um hospital terciário do SUS, cuja clientela frequentemente apresenta múltiplas comorbidades e faz uso de várias medicações simultaneamente, caracterizando a polifarmácia¹⁸. Tais características são também encontradas no âmbito da atenção primária do SUS¹⁸. Quanto maior o número de fármacos utilizados, maior o risco de interações medicamentosas e efeitos adversos. Várias medicações podem ter efeitos sobre o trato gastrointestinal, seja levando a diarreia, como a metformina, ou à constipação intestinal (opioides, antidepressivos, anticolinérgicos), ambas relacionadas à presença de IF pela literatura^{34,35}.

Não foi observada associação entre constipação intestinal e incontinência dupla, o que está em contraste com o estudo de Andy et al.³², que observaram maior severidade de incontinência fecal quando relacionada à constipação, e de Camtosun et al.²².

No presente estudo, a informação sobre a presença de constipação foi obtida através da anamnese, sem utilização de instrumento específico, o que difere do estudo de Andy et al.³², que utilizaram questionário validado, e isso pode ter influenciado no resultado. Por outro lado, embora Camtosun et al.²² também tenham se baseado na história, a população era mais jovem, incluiu no mesmo grupo pacientes com incontinência fecal e/ou para gases e encontrou menor prevalência desses sintomas quando comparado com o nosso estudo, o que pode justificar as diferenças nos resultados.

Em relação à avaliação do impacto da IF sobre a QV através do questionário FIQL, foram observados escores menores para os domínios constrangimento e comportamento. Tal resultado é similar ao de Portella et al.²⁵.

Embora tenham estudado populações com ID, os estudos de Camtosun et al.²² e Markland et al.²⁴ não utilizaram questionários específicos para a avaliação do impacto da IF sobre a QV. Observaram, contudo, que mulheres com ID têm piores escores nos questionários de avaliação do impacto específico da IU sobre a QV que mulheres com IU isolada.

O presente estudo tem como limitações o viés de seleção, por ter sido realizado em uma unidade terciária de saúde, a amostragem de conveniência, envolvendo sobretudo casos mais graves, e a perda

de pacientes no que se refere ao preenchimento do questionário FIQL. Por outro lado, tem como pontos fortes o ineditismo no nosso meio, já que são escassos os estudos sobre prevalência e fatores associados à ID na população brasileira, a utilização de instrumento específico, validado para a língua portuguesa falada no Brasil, para a mensuração do impacto da IF sobre a qualidade de vida, além de ter avaliado através do sistema POP-Q a presença de prolapso genital, e não somente a queixa clínica compatível com tal disfunção.

CONCLUSÕES

Na população estudada, a prevalência de incontinência dupla foi de 14,1%, menor do que a observada em estudos realizados em cenários semelhantes.

Os fatores associados à incontinência dupla foram maior número de comorbidades, polifarmácia e presença de retocele.

A percepção geral de saúde foi negativa para 87,2% das pacientes. Mostraram associação com pior percepção geral de saúde o IMC (quanto maior, pior) e maior número de comorbidades. Não houve associação de incontinência dupla com pior percepção geral de saúde.

Houve comprometimento da qualidade de vida em todos os domínios do questionário FIQL, sendo os menores escores observados para os domínios constrangimento e comportamento.

Editado por: Ana Carolina Lima Cavaletti

REFERÊNCIAS

1. Hallock JL, Handa VL. The Epidemiology of pelvic floor disorders and childbirth: an update. *Obstet Gynecol Clin North Am.* 2016;43(1):1-13.
2. Freeman A, Menees S. Fecal incontinence and pelvic floor dysfunction in women: a review. *Gastroenterol Clin North Am.* 2016;45(2):217-37.
3. Lawrence JM, Lukacz ES, Nager CW, Hsu JWY, Lubner KM. Prevalence and co-occurrence of pelvic floor disorders in community-dwelling women. *Obstet Gynecol.* 2008;111(3):678-85.
4. Cheung RY, Chan S, Yiu AK, Lee LL, Chung TK. Quality of life in women with urinary incontinence is impaired and comparable to women with chronic disease. *Hong Kong Med J.* 2012;18(3):214-20.
5. Haylen BT, De Ridder D, Freeman RM, Swift SE, Berghmans B, Lee J, et al. An International Urogynecological Association (IUGA)/International Continence Society (ICS) joint report on the terminology for pelvic floor dysfunction. *Int Urogynecol J.* 2010;21(1):5-26.

6. Sultan AH, Monga A, Lee J, Emmanuel A, Norton C, Santoro G, et al. An International Urogynecological Association (IUGA)/International Continence Society (ICS) joint report on the terminology for female anorectal dysfunction. *Int Urogynecol J*. 2017;28(1):5-31.
7. Bharucha AE, Dunivan G, Goode PS, Lukacz ES, Markland AD, Matthews CA, et al. Epidemiology, pathophysiology, and classification of fecal incontinence: state of the science summary for the National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases (NIDDK) workshop. *Am J Gastroenterol*. 2015;110(1):127-36.
8. Tannenbaum C, Gray M, Hoffstetter S, Cardozo L. Comorbidities associated with bladder dysfunction. *Int J Clin Pract*. 2013;67(2):105-13.
9. Matthews CA, Whitehead WE, Townsend MK, Grodstein F. Risk factors for urinary, fecal, or dual incontinence in the Nurses' Health Study. *Obstet Gynecol*. 2013;122(3):539-45.
10. Amaro JL, Macharelli CA, Yamamoto H, Kawano PR, Padovani CR, Agostinho AD. Prevalence and risk factors for urinary and fecal incontinence in Brazilian women. *Int Braz J Urol*. 2009;35(5):592-8.
11. Yuaso DR, Santos JLF, Castro RA, Duarte YAO, Girão MJB, Berghmans B, et al. Female double incontinence: prevalence, incidence, and risk factors from the SABE (Health, Wellbeing and Aging) study. *Int Urogynecol J*. 2018;29(2):265-72.
12. Brown HW, Wexner SD, Segall MM, Brezoczky KL, Lukacz ES. Quality of life impact in women with accidental bowel leakage. *Int J Clin Pract*. 2012;66(11):1109-16.
13. Meyer I, Richter HE. Impact of fecal incontinence and its treatment on quality of life in women. *Womens Health*. 2015;11(2):225-38.
14. Tamanini JTN, D'Ancona CL, Botega NJ, Rodrigues Netto Jr. N. Validação do "King's Health Questionnaire" para o português em mulheres com incontinência urinária. *Rev Saúde Pública*. 2003;37(2):203-11.
15. Yusuf SA, Jorge JM, Habr-Gama A, Kiss DR, Gama Rodrigues J. Evaluation of quality of life in anal incontinence: validation of the questionnaire FIQL (Fecal Incontinence Quality of Life). *Arq Gastroenterol*. 2004;41:202-8.
16. Santos CRS, Santos VLGG. Prevalência da incontinência anal na população urbana de Pouso Alegre - Minas Gerais. *Rev Esc Enferm USP*. 2011;45(1):180-6.
17. Haylen BT, Maher CF, Barber MD, Camargo S, Dandolu V, Digesu A, et al. An International Urogynecological Association (IUGA) / International Continence Society (ICS) joint report on the terminology for female pelvic organ prolapse (POP). *Int Urogynecol J*. 2016;27(2):165-94.
18. Nascimento RCRMD, Álvares J, Guerra Junior AA, Gomes IC, Silveira MR, Costa EA, et al. Polypharmacy: a challenge for the primary health care of the Brazilian Unified Health System. *Rev Saúde Pública*. 2017;51(suppl 2):1-12.
19. Medeiros SM, Silva LSR, Carneiro JA, Ramos GCF, Barbosa ATF, Caldeira AP. Fatores associados à autopercepção negativa da saúde entre idosos não institucionalizados de Montes Claros, Brasil. *Ciênc Saúde Colet*. 2016;21(11):3377-86.
20. Faria CA, Benayon PC, Ferreira ALV. Prevalência de incontinências anal e dupla em idosas e impacto na qualidade de vida. *Arq Ciênc Saúde*. 2018;25(1):41-5.
21. 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.
22. Camtosun A, Sen I, Onaran M, Aksakal N, Özgür Tan M, Bozkirli I. An evaluation of fecal incontinence in women with urinary incontinence. *Eur Rev Med Pharmacol Sci*. 2016;20(10):1918-22.
23. Manonai J, Wattanayingcharoenchai R, Sarit-Apirak S, Vannatim N, Chittacharoen A. Prevalence and risk factors of anorectal dysfunction in women with urinary incontinence. *Arch Gynecol Obstet*. 2010;281(6):1003-7.
24. Markland AD, Richter HE, Kenton KS, Wai C, Nager CW, Kraus SR, et al. Urinary Incontinence Treatment Network. Associated factors and the impact of fecal incontinence in women with urge urinary incontinence: from the Urinary Incontinence Treatment Network's Behavior Enhances Drug Reduction of Incontinence study. *Am J Obstet Gynecol*. 2009;200(4):424-34.
25. Portella PM, Feldner Jr PC, Conceição JC, Castro RA, Sartori MG, Girão MJ. Prevalence of and quality of life related to anal incontinence in women with urinary incontinence and pelvic organ prolapse. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2012;160(2):228-31.
26. Reigota RB, Pedro AO, de Souza SM, Costa-Paiva L, Pinto-Neto AM. Prevalence of urinary incontinence and its association with multimorbidity in women aged 50 years or older: a population-based study. *Neurourol Urodyn*. 2016;35(1):62-8.
27. Al-Safi ZA, Polotsky AJ. Obesity and menopause. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2015;29(4):548-53.

28. Torres KD, Rosa ML, Moscovitch SD. Gender and obesity interaction in quality of life in adults assisted by family doctor program in Niterói, Brazil. *Ciênc Saúde Colet*. 2016;21(5):1617-24.
29. Corica F, Bianchi G, Corsonello A, Mazzella N, Lattanzio F, Marchesini G. Obesity in the context of aging: quality of life considerations. *Pharmacoeconomics*. 2015;33(7):655-72.
30. Yang Y, Herting JR, Choi J. Obesity, metabolic abnormality, and health-related quality of life by gender: a cross-sectional study in Korean adults. *Qual Life Res*. 2016;25(6):1537-48.
31. de Sam Lazaro S, Nardos R, Caughey AB. Obesity and pelvic floor dysfunction: battling the bulge. *Obstet Gynecol Surv*. 2016;71(2):114-25.
32. Andy UU, Harvie HS, Pahwa AP, Markland A, Arya LA. The relationship between fecal incontinence, constipation and defecatory symptoms in women with pelvic floor disorders. *Neurourol Urodyn*. 2017;36(2):495-98.
33. Mustain WC. Functional disorders: Rectocele. *Clin Colon Rectal Surg*. 2017;30(1):63-75.
34. Ditah I, Devaki P, Luma HN, Ditah C, NjeiB, Jaiyeoba C, et al. *Neurourol Urodyn*, 2005-2010. *Clin Gastroenterol Hepatol*. 2014;12(4):636-43.
35. Menees SB, Almario CV, Spiegel BMR, Chey WD. Prevalence of and Factors Associated With Fecal Incontinence: results from a population-Based Survey. *Gastroenterology*. 2018;154(6):1672-81.