



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

ANA CECÍLIA MENEZES LOPES

ANÁLISE DOS FENÔMENOS INCONTINÊNCIA FECAL E CONSTIPAÇÃO
INTESTINAL APÓS ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL

FORTALEZA-CE

2019

ANA CECÍLIA MENEZES LOPES

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de concentração: Enfermagem na Promoção da Saúde.

Linha de Pesquisa: Tecnologia de Enfermagem na Promoção da Saúde.

Orientadora: Prof. Dra. Thelma Leite de Araújo.

ANÁLISE DOS FENÔMENOS INCONTINÊNCIA FECAL E CONSTIPAÇÃO
INTESTINAL APÓS ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL

FORTALEZA-CE

2019

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Biblioteca Universitária

Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

- L85a Lopes, Ana Cecília Menezes.
 ANÁLISE DOS FENÔMENOS INCONTINÊNCIA FECAL E CONSTIPAÇÃO INTESTINAL APÓS
 ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL / Ana Cecília Menezes Lopes. – 2019.
 151 f. : il.

 Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Farmácia, Odontologia e
 Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Fortaleza, 2019.
 Orientação: Profa. Dra. Thelma Leite de Araujo..

 1. Acidente Vascular Cerebral. 2. Constipação Intestinal. 3. Incontinência Fecal. I. Título.

CDD 610.73

ANA CECÍLIA MENEZES LOPES

ANÁLISE DOS FENÔMENOS INCONTINÊNCIA FECAL E CONSTIPAÇÃO
INTESTINAL APÓS ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de concentração: Enfermagem na Promoção da Saúde.

Linha de Pesquisa: Tecnologia de Enfermagem na Promoção da Saúde.

Orientadora: Prof. Dra. Thelma Leite de Araújo.

Aprovada em: ____/____/____.

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Thelma Leite de Araújo (Orientadora)
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Profa. Dra. Nirla Gomes Guedes (1º Membro)
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Profa. Dra. Emília Soares Chaves Rouberte (2º Membro)
Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira (UNILAB)

Profa. Dra. Huana Carolina Cândido Morais (Membro Suplente)
Centro Universitário Católica de Quixadá (UNICATOLICA)

A Deus.

Aos meus pais e irmão.

A toda minha família, amigos e namorado.

AGRADECIMENTOS

A Deus, que vem me sustentando em seus braços, dando forças e permitindo que eu não desistisse em um só momento.

À minha família, que vem acompanhando toda minha trajetória acadêmica, conhece meus medos, meus anseios e mesmo assim me apoiaram incondicionalmente.

Aos meus amigos, que foram capazes de entender todas as renúncias, todos os encontros marcados e desmarcados e permaneceram ao meu lado.

Ao meu namorado, que consolou todos os meus choros nos momentos mais difíceis e manteve-se ao meu lado, não largando minha mão em nenhuma circunstância.

Aos colegas de turma de Mestrado, por desfrutarem das mesmas dores, dos mesmos pesares e pelas palavras de conforto e ânimo.

À minha orientadora, Thelma Leite de Araújo, que me inspira todos os dias, que brigou comigo nos momentos necessários e que ao longo desses sete anos me ajudou a crescer muito como profissional e como pessoa.

À minha psicóloga Farah Busgaib, que me acompanhou nessa trajetória e me ajudou a cuidar de minha saúde mental.

À Universidade Federal do Ceará, que desde 2012 vem contribuindo para minha formação como enfermeira e como ser humano.

Ao CNPq, pelo apoio financeiro indireto por meio da manutenção das bolsas de PIBIC das alunas que participaram da minha coleta de dados.

À CAPES, especialmente, por permitir a possibilidade de poder realizar meu mestrado no Programa de Pós Graduação em Enfermagem na Promoção da Saúde da Universidade Federal do Ceará.

Às bolsistas de PIBIC, Samantha e Liana, que estiverem presentes na longa jornada de coleta de dados, me auxiliaram e fizeram inúmeros esforços para estarem presentes nos campos de coleta.

Ao Hospital Geral de Fortaleza e ao Hospital Geral Dr. Waldemar de Alcântara, que me acolheram ao longo de meses no processo de coleta de dados e permitiram que este estudo acontecesse.

Aos pacientes, que aceitaram participar deste estudo.

RESUMO

Estudo transversal, com o objetivo de analisar os fenômenos Incontinência fecal (IF) e Constipação intestinal (CI) em pacientes após Acidente Vascular Cerebral (AVC). Coleta de dados realizada no período de novembro de 2018 a abril de 2019 em dois hospitais terciários especializados no tratamento e reabilitação de pacientes com doenças cerebrovasculares. Incluiu 229 participantes adultos com diagnóstico médico de AVC. Os dados foram coletados por meio de entrevista, utilizando um “Roteiro Semiestruturado para Coleta de Dados”. Posteriormente, os dados obtidos foram compilados em planilhas do programa Excel (2010) e exportados para o programa R versão 3.6.0 para processamento e análise. Predominaram indivíduos do sexo masculino, aposentados, procedentes de outras cidades do Estado, com ensino fundamental completo ou incompleto, que residiam com companheiro e possuíam idade média de 60,7 anos. A maior parte tinha AVC isquêmico e hipertensão arterial, não eram tabagistas ou haviam parado de fumar, não consumiam bebida alcoólica e praticavam exercícios físicos. A presença de IF foi identificada em 12,2% dos participantes. Nesses, a doença de Alzheimer, uso de antiespasmódicos, número de episódios e tempo do último AVC apresentaram associação estatisticamente significativas. O modelo de regressão logística apontou também que aqueles que apresentavam mais de um episódio de AVC tinham 2,1 mais chance de ter IF, e, da mesma forma, indivíduos com *diabetes mellitus* que não tomam medicamentos antidiabéticos têm 3,8 vezes mais chances de ter IF. Indivíduos com perda de flatos têm 5,9 vezes mais chance de ter IF do que as pessoas que não tem. Para CI, foi encontrada uma prevalência de 20,5%, em que sexo, escolaridade, número de membros na família, uso de medicamentos analgésicos, tempo do último AVC e itens da Escala Bristol de Consistência das Fezes (EBCF) apresentaram diferenças estatisticamente significativas. O modelo de regressão logística identificou que o sexo feminino tem 2,5 vezes mais chance de desenvolver CI. Os participantes que apresentaram outro problema de saúde além do AVC têm 3,6 a mais de chance de ter CI, aqueles com diabetes mellitus que não tomam medicamento antidiabético têm mais 2,8 de chance e os com perda de flatos têm 3 vezes mais. Além disso, considerando o mesmo modelo, para EBCF verificou-se que pessoas com tipo 1 de fezes têm 55,6% de chance a mais de ter CI do que aqueles com os demais tipos. O tipo 2 diminui em 85% as chances, o tipo 3 diminui em torno de 70%, o tipo 4 diminui 90%, o tipo 5 diminui 85% e o tipo 6 diminui 94%. Indivíduos que apresentaram tanto IF quanto CI perfizeram um total de 4,4%. Situação marital, uso de antidepressivos, tempo de último AVC,

esforço para evacuar, fezes endurecidas e percepção de presença de fezes não eliminadas apresentaram diferenças estatisticamente significativas no grupo sem e com a presença simultânea dos fenômenos. Considera-se que o presente estudo forneceu dados de fatores de risco de IF e CI que aumentam as chances desses fenômenos. Dessa forma, pode contribuir para a capacitação de equipes de enfermagem e outros profissionais da saúde por meio da identificação dos fenômenos. Além disso, pode favorecer a utilização de intervenções relacionadas a reeducação intestinal, em estudos futuros, e estratégias de promoção da saúde e cuidados especiais aos portadores dessas condições que trazem prejuízo à qualidade de vida.

Palavras-chave: Acidente Vascular Cerebral. Constipação Intestinal. Incontinência Fecal.

ABSTRACT

Cross-sectional study aimed at analyzing of fecal incontinence (FI) and intestinal constipation (HF) in patients after stroke. Data collection conducted from 2018 to April 2019 at two hospitals were specialized in the treatment and rehabilitation of cerebrovascular patients. Included 229 adult participants with medical diagnosis of stroke. Data were collected through interviews using a semi-structured script for data collection. Subsequently, the data were compiled into Excel (2010) spreadsheets and exported to R version 3.6.0 for processing and analysis. The classic male episodes, retired, coming from other cities of the state, with incomplete or incomplete elementary school, who live with the same and had an average age of 60.7 years predominated. Consumed medicine is a medical and arterial hypertension, has not smokers or had to be stopped in smoking, and non consumed alcohol and practice for physical exercises. The presence of FI was identified in 12.2% of participants. In these, Alzheimer's disease, antispasmodic use, number of episodes and last time. The logistic regression model most recently pointed to strokes. 2.1 more likely to have, and similarly, the individual with diabetes mellitus does not take antidiabetic drugs 3 times more likely to have IF. Individuals with flatus loss are 5.9 times more likely to have. For IC, a prevalence of 20.5% was found, in which gender, education, number of family members, use of analgesic drugs, last time and Bristol Stool Consistency (EBCF) items. The logistic regression model identified females at 2.5. Participants who had a health problem other than stroke are 3.6 more likely to have HF, diabetes mellitus not taking antidiabetic drugs are 2.8% more likely, and those with flatus are 3 more likely. In addition, considering the same model, for EBCF it was found that people with the type of person had a 55.6% chance of more IC than those with the other types. Type 2 times by 85% as chances, type 3 decreases by 70%, type 4 by 90%, type 5 by 85% and type 6 by 94%. If the IC made up a total of 4.4%. Marital status, antidepressant use, time of last stroke, effort to evacuate, feces and presence pressures, was not eliminated, was statistically ludicrous without any groups without and with a simultaneous presence of the phenomena. It is considered that the present study was provided to verify the existence of FI and IC. Thus, it can contribute to the training of nursing teams and other health professionals to identify the phenomena. In addition, it may favor the use of policies related to intestinal reeducation and health promotion strategies and special care for patients with diseases that bring impairment to quality of life.

Keywords: Stroke. Constipation. Fecal incontinence.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Escala de Bristol de Consistência de Fezes. Fortaleza, 2019.....	34
Figura 2 – Fluxograma da Coleta de Dados. Fortaleza, 2019.....	47

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Distribuição dos participantes de acordo com as presenças de incontinência fecal, constipação intestinal e, simultaneamente, de incontinência fecal e constipação intestinal. Fortaleza, 2019.....	54
Gráfico 2 – Distribuição dos participantes segundo os hábitos de eliminação intestinal. Fortaleza, 2019.....	55
Gráfico 3 – Distribuição de indivíduos com presença simultânea de incontinência fecal e constipação intestinal. Fortaleza, 2019.....	72

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Escala de AVC do NIHSS. Fortaleza, 2019.....	29
Quadro 2 – Questões definidoras de IF e CI presentes nas partes 1 e 2 do Roteiro utilizado para identificação de IF e CI. Fortaleza, 2019.....	44

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição dos participantes segundo os dados sociodemográficos (n = 229). Fortaleza, 2019.....	51
Tabela 2 - Distribuição dos participantes, segundo a classificação, número de episódios e tempo de ocorrência do último Acidente Vascular Cerebral (n=229). Fortaleza, 2019.....	52
Tabela 3 - Distribuição das condições clínicas e estilo de vida apresentadas pelos pacientes com Acidente Vascular Cerebral. Fortaleza, 2019.....	52
Tabela 4 - Distribuição dos participantes do sexo feminino segundo dados clínicos específicos. Fortaleza, 2019.....	54
Tabela 5 - Distribuição dos participantes com incontinência fecal segundo as condições de eliminação (n=28). Fortaleza, 2019.....	56
Tabela 6 - Caracterização dos fatores sociodemográficos associados à incontinência fecal (n=229). Fortaleza, 2019.....	60
Tabela 7 - Caracterização dos hábitos de vida e das variáveis clínicas associados à incontinência fecal (n=228). Fortaleza, 2019.....	61
Tabela 8 - Caracterização dos dados clínicos específicos do sexo feminino associados à incontinência fecal (n=89). Fortaleza, 2019.....	64
Tabela 9 - Associação da Escala Bristol de Consistência de Fezes e incontinência fecal (n=229). Fortaleza, 2019.....	64
Tabela 10 - Variáveis associadas à presença de incontinência fecal segundo modelo de regressão logística. Fortaleza, 2019.....	65
Tabela 11 - Distribuição dos participantes de acordo com a presença de constipação intestinal. Fortaleza, 2019.....	65
Tabela 12 - Distribuição dos participantes com constipação intestinal segundo as condições de eliminação (n=47). Fortaleza, 2019.....	66
Tabela 13 - Distribuição dos fatores sociodemográficos associados à constipação intestinal (n=229). Fortaleza, 2019.....	68
Tabela 14 - Distribuição dos dados clínicos associados à constipação intestinal (n=229). Fortaleza, 2019.....	69
Tabela 15 - Caracterização dos dados clínicos específicos do sexo feminino associados à constipação intestinal. Fortaleza, 2019.....	71
Tabela 16 - Associação da Escala Bristol de Consistência de Fezes e constipação intestinal (n=229). Fortaleza, 2019.....	72

Tabela 17 - Análise de regressão logística em relação à constipação intestinal. Fortaleza, 2019.....	73
Tabela 18 - Variáveis sociodemográficas e clínicas associadas à presença simultânea de incontinência fecal e constipação intestinal (n=229). Fortaleza, 2019.....	74
Tabela 19 - Outras variáveis associadas à ocorrência simultânea de incontinência fecal e constipação intestinal. Fortaleza, 2019.....	75

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AVC	Acidente Vascular Cerebral
CI	Constipação Intestinal
EBCF	Escala Bristol para Consistência de Fezes.
IA	Incontinência Anal
ICS	<i>International Continence Society</i>
IF	Incontinência Fecal
IIA	Índice de Incontinência Anal
SNC	Sistema Nervoso Central
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	19
2	OBJETIVO	23
2.1	OBJETIVO GERAL	23
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	23
3	REVISÃO DE LITERATURA	24
3.1	INCONTINÊNCIA FECAL E CONSTIPAÇÃO INTESTINAL: CONCEITOS, EPIDEMIOLOGIA E CLASSIFICAÇÃO.....	24
3.2	ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL E OS DISTÚRBIOS INTESTINAIS.....	28
3.3	ALTERAÇÕES INTESTINAIS EM PACIENTES COM AVC: PAPEL DA ENFERMAGEM NA AVALIAÇÃO E PROMOÇÃO DA SAÚDE.....	33
4	REFERENCIAL METODOLÓGICO	38
4.1	INSTRUMENTOS.....	38
4.1.1	<i>Questionário de Dados Sociodemográficos e Clínicos</i>	38
4.1.2	<i>Escala de Bristol de Consistência De Fezes (EBCF)</i>	38
4.1.3	<i>Índice de Incontinência Anal (IIA)</i>	39
4.1.4	<i>Hábito Intestinal na População Geral</i>	39
4.2	MÉTODO.....	41
4.2.1	<i>Desenho do Estudo</i>	41
4.2.2	<i>Local e Período do Estudo</i>	41
4.2.3	<i>População e Amostra</i>	41
4.2.4	<i>Instrumento para Coleta de Dados</i>	43
4.2.5	<i>Procedimento da Coleta de Dados</i>	46
4.2.6	<i>Variáveis do Estudo</i>	47
4.2.6.1	<i>Variáveis Dependentes</i>	47
4.2.6.2	<i>Variáveis Independentes</i>	48
4.2.7	<i>Análise dos Dados</i>	49
4.2.8	<i>Aspectos Éticos</i>	50
5	RESULTADOS	51
6	DISCUSSÃO	76

6.1	DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS E CLÍNICOS DOS PACIENTES COM AVC.....	76
6.2	PREVALÊNCIA, CARACTERIZAÇÃO E FATORES ASSOCIADOS À INCONTINÊNCIA FECAL.....	78
6.3	PREVALÊNCIA, CARACTERIZAÇÃO E FATORES ASSOCIADOS À CONSTIPAÇÃO INTESTINAL.....	82
6.4	PREVALÊNCIA, CARACTERIZAÇÃO E FATORES ASSOCIADOS À INCONTINÊNCIA FECAL E CONSTIPAÇÃO INTESTINAL SIMULTANEAMENTE EM PACIENTES COM AVC.....	86
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	88
	REFERÊNCIAS	91
	APÊNDICE A - ROTEIRO SEMIESTRUTURADO PARA COLETA DE DADOS	98
	APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (INSTITUIÇÃO 1)	110
	APÊNDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (INSTITUIÇÃO 2)	113
	ANEXO A - OS CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS DE ROMA III PARA OS DISTÚRBIOS GASTROINTESTINAIS FUNCIONAIS	115
	ANEXO B - HÁBITO INTESTINAL NA POPULAÇÃO GERAL (INSTRUMENTO ORIGINAL)	125
	ANEXO C – PARECER 1	139
	ANEXO D – PARECER 2	143
	ANEXO E – PARECER 3	148

1 INTRODUÇÃO

A finalidade do estudo é analisar os fenômenos Constipação Intestinal e Incontinência Fecal em pacientes com Acidente Vascular Cerebral (AVC).

A motivação para desenvolvê-lo surgiu em decorrência da aproximação com a temática durante a graduação, como bolsista de iniciação à pesquisa, ao participar de pesquisas desenvolvidas com pessoas que haviam apresentado um ou mais episódios de AVC. Nos estudos realizados a época (LEANDRO *et al.*, 2015; MORAIS, 2016), apesar de o aspecto eliminação intestinal não ser a preocupação direta, verificava-se que havia a necessidade de aprofundamento da investigação das disfunções gastrintestinais que poderiam ser observadas nestes pacientes.

O AVC é uma das principais causas de morte e deficiência em todo o mundo, representando um importante fardo econômico para os sistemas de saúde e para a saúde pública (LI *et al.*, 2017). No Brasil, é um dos principais motivos de internação no Sistema Único de Saúde (CARMO; OLIVEIRA; MORELATO, 2016).

Justifica-se a investigação dos fenômenos em questão, em pessoas nessa situação clínica, pelo fato de o mecanismo da defecação ser controlado pelo Sistema Nervoso Central (SNC) e os danos provocados por doenças do SNC, como o AVC, poderem acarretar alterações e comprometer o funcionamento do trato gastrintestinal (DOURADO; ENGLER; OLIVEIRA, 2012; COGGRAVE; NORTON; CODY, 2014). A extensão das alterações e do comprometimento depende da localização e gravidade do dano cerebral, podendo resultar em perda parcial ou completa da função motora voluntária anorretal e do assoalho pélvico (COGGRAVE; NORTON; CODY, 2014). Dessa forma, é importante o enfermeiro conhecer para intervir na situação.

Além disso, a ocorrência de um AVC pode levar ao aumento de fatores de risco para problemas intestinais, tais como: redução da mobilidade física; diminuição da ingestão de líquidos, devido à dificuldade de deglutição ou ao tentar controlar a incontinência urinária; redução da ingestão de fibras, também relacionada à dificuldade de deglutir; dependência de outros para ir ao banheiro; comprometimento cognitivo e uso de medicações que podem afetar a função intestinal (DOURADO; ENGLER; OLIVEIRA; 2012). Todos esses fatores constituem-se como preocupações globais de saúde pública, especialmente no planejamento do cuidado de enfermagem (LIM *et al.*, 2017).

As principais alterações no ritmo intestinal em decorrência do AVC são incontinência fecal e constipação, cujas prevalências variam dependendo das definições utilizadas nos estudos, localização da lesão e tipo de estudo (ENGLER *et al.*, 2014). Para

Coggrave, Norton e Cody (2014), pessoas com doença neurológica ou lesão central apresentam um risco muito maior de incontinência fecal e constipação do que a população em geral. Além disso, ambos os fenômenos podem coexistir em pessoas com doenças neurológicas centrais (BLEKKEN *et al.*, 2016). Esses eventos representam um desafio para o cuidado do paciente, para os sistemas de saúde pública e provedores de reabilitação (CAMARA-LEMARROY *et al.*, 2014).

Engler, Farage e Melo (2011) afirmam que existem poucas informações na literatura sobre as alterações intestinais e condutas para promover a reeducação intestinal dos pacientes que apresentam lesão cerebral decorrente de AVC. Da mesma maneira, pesquisas de alto nível de evidência que apoiem o manejo adequado da incontinência fecal e constipação intestinal permanecem escassas (COGGRIVE; NORTON; CODY, 2014).

A incontinência fecal (IF) pode ser definida como a perda involuntária de fezes por meio do canal retal e a incapacidade de adiar uma evacuação até um momento socialmente conveniente, podendo ocorrer concomitantemente perda de flatos (HORNG *et al.*, 2014; RUIZ, KAISER, 2017), configurando-se, dessa forma, como condição que restringe a interação social do indivíduo (DOURADO; ENGLER; OLIVEIRA, 2012). O controle do intestino está associado à privacidade, autoestima e dignidade de uma pessoa e, quando inadequado, pode gerar sentimentos de incompetência pessoal, embaraço e vergonha (TSENG *et al.*, 2014).

Revisão sistemática de literatura realizada por Camara-Lemarroy *et al.* (2014) encontrou que as incidências de IF podem variar entre 10 e 40% em pacientes após AVC, porém o tema recebe menos atenção do que a incontinência urinária (IU).

As consequências da IF são significantes em diferentes níveis e os pacientes podem desenvolver morbidades médicas secundárias, tais como maceração da pele e lesões por pressão (RUIZ, KAISER, 2017). Importante ressaltar que para as mulheres o aumento do peso intra-abdominal na gravidez e as lesões dos tecidos do assoalho pélvico ocasionadas pelo parto estão associados à redução da força dos músculos do assoalho pélvico, podendo resultar em IF, além disso, existem questões hormonais que irão interferir na presença de sintomas relacionados ao fenômeno (ZIZI *et al.*, 2017).

A constipação intestinal (CI), por sua vez, é um problema comum na população dos países ocidentais, apresentando impacto negativo sobre a qualidade de vida das pessoas, bem como sobre os custos associados ao seu tratamento, principalmente devido à sua alta prevalência (ENGLER; FARAGE; MELLO, 2011; BHARUCHA; PEMBERTON; LOCKE *et al.*, 2013).

Pode ser definida como a eliminação de fezes secas com uma frequência inferior a três vezes por semana; evacuação insatisfatória ou mal sucedida; ou como a avaliação geral de qualquer dificuldade percebida no ato de defecação, com necessidade de esforço, manipulações manuais ou excesso de tempo gasto no banheiro, podendo ocorrer isoladamente ou secundária a alguma doença (ENGLER *et al.*, 2014; BHARUCHA; PEMBERTON; LOCKE *et al.*, 2013).

É uma condição que também causa desconforto, afetando o bem-estar físico e psicológico da pessoa, além da sua capacidade em participar de ações sociais e vida familiar (LIM; CHILDS, 2012). Está associada a complicações graves como fecaloma, pseudodiarreia, úlcera estercoral, volvo e perfuração intestinal (SCHMIDT *et al.*, 2015). Além disso, pode provocar a reabsorção de substâncias tóxicas e aumentar a pressão intracraniana durante os movimentos intestinais de esforço, podendo agravar o AVC e levar a graves consequências como infarto agudo do miocárdio (JIANG, 2016).

Revisão sistemática com metanálise realizada por Li et al. (2017) revelou que a incidência de CI pode variar entre 29% e 79% após AVC. No Brasil, estudos demonstram que a prevalência de CI pós-AVC pode variar entre 29% e 57,1% (ENGLER; FARAGE; MELLO, 2011; DOURADO; ENGLER; OLIVEIRA, 2012). Além disso, estudos apontam que o sexo feminino representa fator que contribui para o desenvolvimento de CI (GARCIA *et al.*, 2016; CARNEIRO *et al.*, 2018).

Apesar da alta prevalência de IF e CI evidenciadas em pacientes após AVC, continuam sendo condições consideradas negligenciadas nas pesquisas sobre as suas consequências, uma vez que não são fatais (LIM *et al.*, 2015; LI *et al.*, 2017; CAMARA-LEMARROY, *et al.*, 2014). Entretanto, alguns estudos identificam associação entre essas condições e o aumento da permanência hospitalar, maior morbimortalidade, aumento dos custos de cuidados de saúde, desenvolvimento de complicações adicionais e até mesmo morte (LI *et al.*, 2017; CAMARA-LEMARROY, *et al.*, 2014).

Além disso, esses problemas podem causar muita ansiedade e angústia, podendo comprometer a qualidade de vida, dificultando, por vezes, o retorno efetivo às atividades cotidianas e sociais (COGGRAVE, NORTON, CODY, 2014; DOURADO, ENGLER; OLIVEIRA, 2012; CAMARA-LEMARROY, *et al.*, 2014).

É necessário, portanto, conhecer melhor as dimensões da IF e da CI de maneira a contribuir para uma maior atenção a esses sintomas em pessoas com AVC, incluindo o estabelecimento de medidas de reeducação intestinal precoce por meio da promoção da saúde para a melhoria da qualidade de vida de pessoas acometidas (ENGLER; FARAGE;

MELLO, 2011). Considera-se que a identificação precoce da IF e da CI permite instituir uma abordagem terapêutica para melhor manejo da função intestinal pelo próprio paciente e por seus familiares, cuidadores, apoiados pela enfermagem (DOURADO, ENGLER; OLIVEIRA,2012).

Com base no exposto interroga-se: qual a prevalência de IF e CI, isoladamente ou em conjunto, em pacientes que tiveram AVC? Quais as características sociodemográficas e clínicas presentes em pacientes após AVC que apresentem IF e/ou CI? De que maneira os dados sociodemográficos e clínicos se relacionam com a presença de IF e/ou CI? Como a IF e CI se caracterizam?

Espera-se que o conhecimento produzido pelo presente estudo possa contribuir para ampliar o conhecimento dos profissionais da saúde a cerca da IF e CI em pacientes com AVC, assim como para uma maior atenção a essas condições, oferecendo subsídios para a implementação de uma assistência de enfermagem voltada para a redução dos efeitos das disfunções intestinais.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

- Analisar os fenômenos de Incontinência Fecal e Constipação Intestinal em pacientes após Acidente Vascular Cerebral.

2.2 Objetivos Específicos

- Conhecer as características sociodemográficas e clínicas presentes nos pacientes com Acidente Vascular Cerebral;
- Identificar a prevalência de Incontinência Fecal e Constipação Intestinal;
- Verificar a associação da incontinência fecal e/ou constipação intestinal com as características sociodemográficas e clínicas;
- Descrever a incontinência fecal de acordo com a frequência, intensidade ou gravidade;
- Caracterizar a constipação intestinal quanto à frequência e à intensidade.

3 REVISÃO DA LITERATURA

3.1 Incontinência fecal e constipação intestinal: Conceitos, epidemiologia e classificação

A IF é definida como a queixa de perda involuntária de fezes líquidas ou sólidas, constituindo-se como uma condição que causa debilidade física e psicossocial, afetando negativamente a qualidade de vida (MEYER; RICHTER, 2015). As consequências emocionais da IF muitas vezes excedem as manifestações físicas (BHARUCHA *et al.*, 2014). Está frequentemente associada a distúrbios da musculatura esfinteriana anal e dos músculos do assoalho pélvico, aliados à presença do reflexo inibitório reto anal, da consistência das fezes e do tempo de trânsito intestinal (SILVA *et al.*, 2016). É uma das razões mais frequentes para admissão em lares de idosos, representando a segunda causa mais comum de institucionalização das pessoas idosas nos EUA (KANG *et al.*, 2012).

Muitos indivíduos relatam o abandono de suas vidas sociais e escondem o problema de suas famílias, amigos e até mesmo de seus médicos, levando a dificuldades para os prestadores de cuidados de saúde na identificação das pessoas afetadas (BHARUCHA *et al.*, 2014). A IF é muito comum, mas por causa do embaraço associado, sua prevalência encontra-se subestimada (RUIZ; KAISER, 2017). Dessa forma, este fenômeno, por vezes, encontra-se mal documentado (WHITEHEAD *et al.*, 2009).

É frequentemente confundida com incontinência anal (IA), no entanto, os termos não são sinônimos. De acordo com a terminologia da *International Urogynecology Association* (IUGA) e *International Continence Society* (ICS), a IA se refere à queixa de perda involuntária de fezes e/ou flatos, enquanto a IF diz respeito somente à perda involuntária de fezes (MEYER; RICHTER, 2015). Entretanto, a incontinência para gases deve também ser incluída na definição de IF, pois, isoladamente, pode afetar de forma significativa a qualidade de vida do doente (LEITE; POÇAS, 2010).

No que diz respeito aos Distúrbios Funcionais Anorretais, a Classificação dos Critérios de Roma III (ANEXO A) inclui o diagnóstico de Incontinência Fecal Funcional, definido-o como “eliminação recorrente e descontrolada de material fecal em indivíduo com desenvolvimento correspondente a, pelo menos, 4 anos de idade associada a um ou mais dos itens a seguir, presentes pelo menos nos últimos 3 meses:

- ✓ Funcionamento anormal dos músculos esfinterianos, normalmente enervados e estruturalmente intactos;

- ✓ Discreta anormalidade estrutural e/ou enervação da musculatura esfíncteriana;
- ✓ Hábito intestinal normal ou alterado (por exemplo, retenção fecal ou diarreia);
- ✓ Causas psicológicas.”

Com base nesses critérios, devem-se excluir as anormalidades estruturais ou neurogênicas como causas da incontinência, tais como demência, esclerose múltipla e esclerodermia.

O Consenso de ROMA teve a sua primeira publicação em 1988 e destinou-se à classificação das disfunções do aparelho gastrointestinal, por especialistas internacionais, baseada em sintomas clínicos (WGO, 2010).

Estimativas da frequência de IF dependem do delineamento do estudo, critérios diagnósticos e seleção dos sujeitos (NELSON, 2004; OLIVEIRA *et al.*, 2006). Uma investigação realizada nos EUA determinou que a prevalência estimada em adultos não institucionalizados é de 8,3%. E outra, com desenho transversal multicêntrico realizada em Barcelona incluiu 518 pessoas atendidas em 10 centros de saúde primários, encontrando 10,8% de prevalência global de IF.

No Brasil, um estudo realizado por Junqueira (2017) determinou que a prevalência de IF em adultos e idosos hospitalizados no Hospital Universitário da USP foi de 7,9%, sendo 9,4% para mulheres e 6% para homens.

A IF pode ser classificada em três subtipos, os quais se apresentam isoladamente ou em associação (LEITE, POÇAS, 2010):

- ✓ Incontinência Passiva: perda fecal inconsciente.
- ✓ Incontinência de Urgência: incapacidade de impedir a vontade de defecar.
- ✓ *Fecal Soiling*: verificação de sujidade perianal e na roupa interior.

Entretanto, não existe uma abordagem amplamente aceita para classificar a IF, sendo classificada atualmente por sistemas separados com base em etiologia, fisiopatologia, por exemplo, distúrbios intestinais, disfunções anorretais, tipo de vazamento, impulso, passivo ou combinados, ou escalas de gravidade dos sintomas (BHARUCHA *et al.*, 2014).

Já a CI constitui um dos sintomas mais frequentes de procura ao clínico geral e gastroenterologista e acomete cerca de 20% da população mundial, sendo mais comum nas mulheres e nos idosos (GALVÃO-ALVES, 2013). Segundo a *World Gastroenterology Organisation* (2010) as pesquisas sobre constipação mostram uma prevalência que vai de 1% até mais de 20% nas populações ocidentais a depender da definição diagnóstica utilizada, fatores demográficos e amostragem dos grupos. Estudo realizado em Londrina, cidade do Paraná, encontrou que a prevalência de CI na população geral foi de 25,2%, sendo de 37,2%

para as mulheres e de 10,2% para os homens, em que o AVC e a idade apresentaram associação com o fenômeno (SCHMIDT *et al.*, 2015).

Não existe uma definição de abrangência universal para CI, fundamentando-se principalmente nas queixas dos pacientes (GALVÃO-ALVES, 2013). Dessa forma, constitui-se em uma síndrome baseada em sintomas, podendo ser definida como defecação insatisfatória, caracterizada por dificuldade na passagem das fezes ou fezes infrequentes, fezes duras ou sensação de evacuação incompleta, que pode ocorrer isolada ou secundariamente a uma doença subjacente (SCHMIDT *et al.*, 2015).

Nos adultos, pode estar associada a doenças neurológicas, psiquiátricas, endócrinas, proctológicas e metabólicas, como também ao uso de medicamentos que possuem caracteres anticolinérgicos, tais como os opióides, antidepressivos, diuréticos, anti-histamínicos, antiparkinsonianos, benzodiazepínicos, corticóides, propranolol, fenotiazinas, sais de ferro e laxantes em uso sistemático (CRUZ, 2014). Em idosos, está associada à dieta pobre em resíduos, inatividade física, hidratação irregular, comorbidades e ao uso de medicamentos. (CRUZ, 2014).

De acordo com os Critérios de Roma III, a CI é classificada como um Distúrbio Gastrointestinal Funcional, e seu diagnóstico é estabelecido quando dois ou mais dos seguintes sintomas forem preenchidos nos últimos 3 meses, com início dos sintomas pelo menos 6 meses antes do diagnóstico:

- ✓ Esforço evacuatório em >25% das evacuações;
- ✓ Sensação de evacuação incompleta em >25% das evacuações;
- ✓ Menos de três evacuações por semana;
- ✓ Sensação de obstrução de saída em >25% das evacuações;
- ✓ Manobras manuais facilitadoras de evacuação em >25% das evacuações, por exemplo, manobras digitais, apoiar o assoalho pélvico.

Devido a diferentes mecanismos, são reconhecidos alguns subtipos de constipação crônica:

- ✓ Inércia colônica (motilidade lenta): É mais comum em mulheres jovens que evacuam até uma vez por semana e inicia-se, com frequência, na puberdade. As principais manifestações são dor ou desconforto abdominal, flatulência e urgência fecal. Os quadros leves possuem boa resposta ao tratamento dietético com aumento de fibras, o que geralmente não ocorre nos casos mais graves (CRUZ, 2014; GALVÃO-ALVES, 2013).

- ✓ Distúrbios da defecação: Podem ocorrer em virtude da disfunção do assoalho pélvico ou do esfíncter anal. São conhecidos como anismos, dissinergia do assoalho pélvico, contração paradoxal do assoalho pélvico, constipação obstrutiva, obstrução funcional do reto-sigmoide, síndrome espástica do assoalho pélvico e retenção fecal funcional na infância. Associa-se a distúrbios da defecação, medo da dor ao defecar, fissura anal e hemorroidas, bem como abuso físico ou sexual ou distúrbios alimentares (CRUZ, 2014; GALVÃO-ALVES, 2013).
- ✓ Constipação intestinal funcional: é a forma mais comum de apresentação. O tempo de passagem pelo cólon é normal, entretanto, a pessoa acometida refere ser constipada, e as principais queixas são fezes endurecidas ou insatisfação com a evacuação. São indivíduos que podem apresentar distúrbios psicossociais frequentes, com queixas associadas de desconforto abdominal e flatulência. Respondem, geralmente, à adição de fibras à dieta e melhor hidratação. Algumas vezes se beneficiam de laxativos osmóticos (CRUZ, 2014; GALVÃO-ALVES, 2013).

Numerosos estudos investigaram a prevalência de IF e CI na população em geral independentemente um do outro. No entanto, estudo realizado com 1259 pessoas na Holanda objetivou investigar a prevalência de IF e CI, bem como sua co-ocorrência, na população geral desse país, obtendo os seguintes resultados: 24,5% apresentaram CI, 7,9% IF, e 3,5% sofreram de ambos os distúrbios (MEINDS, 2017).

3.2 Acidente Vascular Cerebral e os distúrbios intestinais

O AVC é causa importante de morbidade e mortalidade e, atualmente, representa principal fator de incapacidade para adultos nos países desenvolvidos (CAMARA- LEMARROY; IBARRAS-YRUEGAS; GONGORA-RIVERA, 2014). No Brasil, constitui-se também como importante motivo de morte e incapacidade (BRASIL, 2013). Embora a morte no período agudo imediato após AVC esteja geralmente associada a uma consequência direta do dano cerebral, certa proporção de morbidade e mortalidade nas semanas subsequentes deve-se a complicações potencialmente evitáveis ou tratáveis (DOSHI *et al.*, 2003).

Pode ser definido como uma disfunção neurológica aguda de origem vascular, com sinais e sintomas correspondentes às áreas cerebrais envolvidas, que podem iniciar-se em questão de segundos a horas e serem de dois tipos: Isquêmico (70 a 85% dos casos) e Hemorrágico (15 a 30% dos casos) (PADILHA *et al.*, 2016). Em geral, o paciente pode apresentar sinais como fraqueza, dormência, alterações visuais, disartria, disfagia ou afasia, dependendo da localização anatômica da lesão. Enfatiza-se que a ocorrência em determinada parte do cérebro resulta em perda de função da região do corpo que é controlada ou da habilidade pela qual é responsável (MORTON; FONTAINE, 2013).

O AVC isquêmico é causado pela presença de trombose ou êmbolos que acarretam bloqueio do suprimento de sangue no encéfalo, reduzindo o oxigênio e nutrientes ao tecido cerebral irrigado pela artéria, causando por sua vez isquemia e morte tissular. A privação por um minuto pode levar a sintomas reversíveis, como perda da consciência, enquanto a privação de oxigênio por períodos mais prolongados pode produzir necrose microscópica dos neurônios, podendo-se dizer então que a área necrótica se encontra infartada. Já o AVC hemorrágico é causado pelo rompimento de um vaso cerebral, que pode causar hematoma, aumentando a pressão no tecido adjacente e, como consequência, diminuindo a circulação no local, o que pode levar também à morte tissular (MORTON; FONTAINE, 2013; PADILHA *et al.*, 2016).

Durante os últimos anos, ocorreram avanços no tratamento do AVC, sendo que o reconhecimento precoce e a chegada imediata à emergência são essenciais para reduzir a morte e a incapacidade dele decorrente. O diagnóstico é feito por um neurologista por meio de avaliação que inclui desde a história do paciente, descrição do evento e determinação de fatores de risco, assim como exames de neuroimagem. O intervalo de tempo do início dos sintomas até a administração da terapia tromboembólica deve ficar

dentro de uma janela de quatro horas e meia (MORTON; FONTAINE, 2013; PADILHA *et al.*, 2016).

Alguns dos exames mais frequentes empregados na avaliação do paciente com AVC são a Tomografia Computadorizada de Crânio sem contraste, exames de sangue, exame neurológico e triagem realizada com o emprego da Escala de Acidente Vascular Cerebral do *National Institutes of Health* (*National Institutes of Health Stroke Scale – NIHSS – Quadro 1*). Esse instrumento permite que seja conferida uma pontuação à gravidade do AVC, com o objetivo de determinar o tratamento mais apropriado e prever o prognóstico tanto a curto quanto em longo prazo (MORTON; FONTAINE, 2013). Possui 15 itens e os pacientes com déficits neurológicos importantes apresentam NIHSS > 22 e pior prognóstico associado a maior risco de sangramento (PADILHA *et al.*, 2016).

Quadro 1 – Escala de AVC do NIHSS (Fortaleza/CE, 2019)

Avaliação	Pontuação
1a. Nível de Consciência	0 = alerta. 1= não alerta, mas acorda aos pequenos estímulos com resposta adequada. 2= não alerta, responde somente com estímulos repetidos ou dolorosos e realiza movimentos não estereotipados. 3= responde somente com reflexo motor ou autonômico, ou totalmente irresponsivo, flácido ou arreflexo.
1b. Nível de Consciência – orientação	0= responde a duas perguntas corretamente. 1= responde a uma questão corretamente. 2= não responde a nenhuma questão corretamente.
1c. Nível de Consciência – resposta a comandos	0= realiza dois comandos. 1= realiza um comando. 2= não realiza nenhum comando.
2. Olhar conjugado	0 = normal. 1= paralisia parcial. 2= desvio do olhar conjugado ou paralisia total, não modificada com manobra oculocefálica.
3. Campo Visual	0= normal 1= hemianopsia parcial 2= hemianopsia completa 3= hemianopsia bilateral (cegueira cortical ou por outra causa)
4. Paralisia Facial	0 = normal. 1= leve (assimetria no sorrir, apagamento do sulco nasolabial) 2= parcial (paralisia total ou quase total da porção inferior da face) 3= completa (de um ou dos dois lados)

Conclusão

Quadro 1 – Escala de AVC do NIHSS (Fortaleza/CE, 2019)

Avaliação	Pontuação
5. Resposta Motora (MMSS)	0 = sem queda a 45° (90°) por 10 segundos. 1= queda (não total) antes de completar 10 segundos 2= queda (até a cama) antes de 10 segundos, com dificuldade de vencer a gravidade. 3= discreto movimento, mas sem vencer a gravidade 4= sem movimento 5= amputação/fusão articular, descrever: 5a. MSE 5b. MSD
6. Resposta Motora (MMII)	0= sem queda a 30° por cinco segundos 1= queda (não total) antes de completar cinco segundos 2= queda (até a cama) antes de completar cinco segundos, com dificuldade de vencer a gravidade. 3= discreto movimento, mas sem vencer a gravidade 4 = sem movimento 5= amputação/fusão articular, descrever: 6ª. MIE 6b. MID
7. Ataxia Apendicular	0= ausente 1= presente em um membro. 2= presente em dois membros.
8. Sensibilidade	0 = normal 1= leve a moderado déficit de sensibilidade do lado afetado, mas o paciente tem consciência de que está sendo tocado 2= grave ou total déficit de sensibilidade (face/MMSS/MMII) 0 = normal
9. Linguagem	1= afasia leve a moderada, perda da fluência ou facilidade da compreensão, sem limitação significativa das palavras expressadas. Redução na fala ou compreensão. 2= afasia severa, comunicação por meio de expressões fragmentadas. Grande necessidade de inferir, adivinhar e questionar por parte do examinador 3= mutismo, afasia global 0= ausente
10. Disartria	1= leve a moderada (paciente pode ser compreendido com certa dificuldade) 2= grave/mutismo/anartria
11. Extinção/inatenção	9= intubado ou outra barreira (explicar) 0 = normal 1= visual, tátil, auditiva, espacial ou extinção aos estímulos simultâneos sensoriais, em uma das modalidades sensoriais 2= hemi-inatenção severa ou em mais de uma modalidade

Fonte: Adaptado de Secretaria de Estado de Saúde

A assistência de enfermagem imediata a uma vítima de AVC está focada na manutenção da vida. Para tanto, alguns cuidados primordiais são necessários, tais como o atendimento prioritário de emergência ABCD, com avaliação das vias aéreas, da ventilação, da circulação e déficits neurológicos. Além disso, o levantamento de dados do histórico de enfermagem, com a descrição do estado do paciente na chegada ao hospital, informações dos familiares quando o paciente não consegue se comunicar e os sinais e sintomas apresentados, devem ser observados e investigados com cuidado, uma vez que muitas alterações eletrolíticas e metabólicas podem levar a estados de rebaixamento do nível de consciência, entre elas as convulsões, enxaqueca, síncope, hipoglicemia, hiponatremia, encefalopatia metabólica, overdose de drogas, tumores no SNC, entre outros (PADILHA *et al.*, 2016).

O enfermeiro desempenha um papel de grande importância na prevenção das complicações associadas à imobilidade, hemiparesia ou qualquer déficit neurológico produzido por um AVC. As medidas preventivas são particularmente importantes nas áreas de infecção do trato urinário, aspiração, lesões por pressão, contraturas e tromboflebite. No que diz respeito ao preparo do paciente no planejamento da alta, a educação em saúde deve prover informações sobre a importância de modificação dos fatores de risco, esclarecendo-os também quanto ao reconhecimento dos sinais e sintomas de um AVC, bem como informações em relação aos medicamentos e outras adaptações no estilo de vida para controlar a pressão arterial. Os membros da família também devem ser instruídos sobre os cuidados para o paciente em casa quanto à mobilidade, nutrição, segurança e eliminação (MORTON; FONTAINE, 2013).

As complicações gastrointestinais após o AVC são comuns, com mais da metade de todos esses pacientes apresentando disfagia, alterações no ritmo intestinal constipação, incontinência fecal ou sangramento gastrointestinal. Essas complicações estão associadas ao aumento do tempo de permanência hospitalar, desenvolvimento de complicações adicionais e até aumento da mortalidade (CAMARA-LEMARROY; IBARRAS- YRUEGAS; GONGORA-RIVERA, 2014; ENGLER *et al.*, 2014). Além disso, podem causar muita ansiedade e angústia relacionadas à diminuição da qualidade de vida daqueles acometidos (COGGRAVE, NORTON, CODY, 2014).

IF e CI são sintomas comuns entre pacientes com doenças do SNC, incluindo o AVC, afetando negativamente o funcionamento social e a qualidade de vida (CAMARA-LEMARROY; IBARRAS-YRUEGAS; GONGORA-RIVERA, 2014; ENGLER *et al.*, 2014).

Revisão sistemática encontrou que pequenos estudos que examinaram complicações gastrointestinais após AVC revelaram que o sintoma dominante era a CI, sendo relatada em 55% dos casos nas primeiras 4 semanas após o AVC isquêmico e até 30% após 3 meses (CAMARA- LEMARROY; IBARRAS-YRUEGAS; GONGORA-RIVERA, 2014).

As modalidades de tratamento para constipação após AVC são variadas, e as orientações publicadas fazem recomendações gerais destinadas a prevenir a constipação. Ajustes dietéticos, laxantes, agentes procinéticos e enemas são usados com frequência, mas a evidência que apoia seu uso é escassa (CAMARA-LEMARROY; IBARRAS-YRUEGAS; GONGORA-RIVERA, 2014). Lim e Childs (2013) evidenciaram que as estratégias de manejo intestinal para CI em adultos com AVC são limitadas, entretanto, a evidência disponível sugere que as intervenções adotadas têm um efeito significativo na melhora das evacuações intestinais, porém, são necessários mais estudos.

A IF também é comum após o AVC isquêmico, com incidências que variam entre 10 e 40% (CAMARA-LEMARROY; IBARRAS-YRUEGAS; GONGORA-RIVERA, 2014). É uma condição que leva ao constrangimento e baixa qualidade de vida (HORNG *et al.*, 2014). A presença de IF tem sido associada ao aumento do risco de permanência em longo prazo em hospitais e morte dentro de 1 ano após o evento agudo (CAMARA-LEMARROY; IBARRAS-YRUEGAS; GONGORA-RIVERA, 2014).

Embora muitos casos sejam transitórios, a IF pode persistir em sobreviventes de AVC isquêmicos muitos anos após o evento (CAMARA-LEMARROY; IBARRAS-YRUEGAS; GONGORA-RIVERA, 2014). O tratamento para a IF é frequentemente exigente e precisa ser adaptado às circunstâncias individuais (RUIZ, KAISER, 2017).

As recomendações dietéticas propõem aumento na ingestão de fibras, bem como a abstenção de alimentos associados à diarreia e à medicação antidiarreica, sendo suficientes para melhorar os sintomas e a qualidade de vida desses pacientes. Entretanto, em pacientes que apresentam queixas severas de IF, é necessário levar em consideração as opções cirúrgicas (LEITE; POÇAS, 2010).

3.3 Alterações intestinais em pacientes com AVC: Papel da enfermagem na avaliação e promoção da saúde

Um histórico completo, incluindo cirurgias, hábitos alimentares e medicamentos em uso, fazem parte da avaliação do paciente com distúrbios intestinais a ser realizada pelo enfermeiro (SCHMIDT *et al.*, 2015). Além disso, o exame físico nesses pacientes deve focar-se na identificação das possíveis condições causais e sintomas de alarme (WGO, 2010). Quanto antes a equipe de enfermagem identificar alterações intestinais, mais precocemente poderá abordar o paciente, propondo alternativas para reeducação intestinal e conforto por meio de ações educativas e assistenciais (ENGLER, 2015).

O cuidado de pessoas com distúrbios intestinais pode ocorrer em qualquer cenário de atenção à saúde, inclusive nas instituições hospitalares e de longa permanência (SCHMIDT *et al.*, 2015). A enfermagem dispõe de instrumentos e recomendações internacionais para a avaliação dessas disfunções. Esses instrumentos representam tecnologias de saúde e, sem o apoio desses elementos, o trabalho da enfermagem se tornaria inviável (MORAIS, 2016).

O uso do diagnóstico de enfermagem, uma das etapas do processo de enfermagem, e uma das tecnologias para o cuidado, pode ajudar a compreender fenômenos que se constituem como área de interesse para enfermagem. Os enfermeiros reconhecem um determinado DE por meio da coleta de dados e do julgamento clínico e, dessa forma, são capazes de formular hipóteses ou explicações sobre problemas reais ou potenciais presentes, riscos e/ou oportunidades de promoção da saúde (HERDMAN, 2015). O processo de enfermagem irá fornecer uma abordagem para a tomada de decisão clínica, para o desenvolvimento e implementação de um plano individualizado de cuidados (POTTER, 2017).

Destaca-se que a IF e CI são fenômenos contemplados na NANDA Internacional (NANDA-I), a qual constitui um sistema de classificação de diagnósticos de enfermagem (DE) bastante estudado no Brasil. Na taxonomia, IF dispõe do diagnóstico de enfermagem: Incontinência Intestinal. Relacionados à CI, podem-se encontrar os seguintes diagnósticos de enfermagem: Constipação, Risco de Constipação, Constipação Funcional Crônica, Risco de Constipação Funcional Crônica e Constipação Percebida (HERDMAN, 2015).

Na mesma taxonomia, são descritas as características definidoras e fatores

relacionados, no caso dos diagnósticos com foco no problema e os fatores de risco, para os diagnósticos de risco. Entretanto há necessidade de se buscar na literatura formas de identificar as características e os fatores relacionados ou de risco, que apoiem a identificação dos diagnósticos.

A *World Gastroenterology Organisation* (2010) recomenda que a avaliação dos pacientes para CI deve focar na identificação da:

- ✓ Consistência das fezes: podendo ser avaliada pela Escala de Bristol de Consistência de Fezes (Figura 1), constituindo-se como uma medida desenhada para ajudar os pacientes a descrever a consistência das fezes. Essa escala foi desenvolvida por Lewis e Heaton (1997) e adaptada culturalmente e validada no Brasil por Martinez e Azevedo (2012). A escala possui sete categorias, incluindo duas, os tipos 1 e 2, que estão relacionadas à CI conforme a figura a seguir.

Figura 1 - Escala de Bristol de Consistência de Fezes (Fortaleza/CE, 2019)

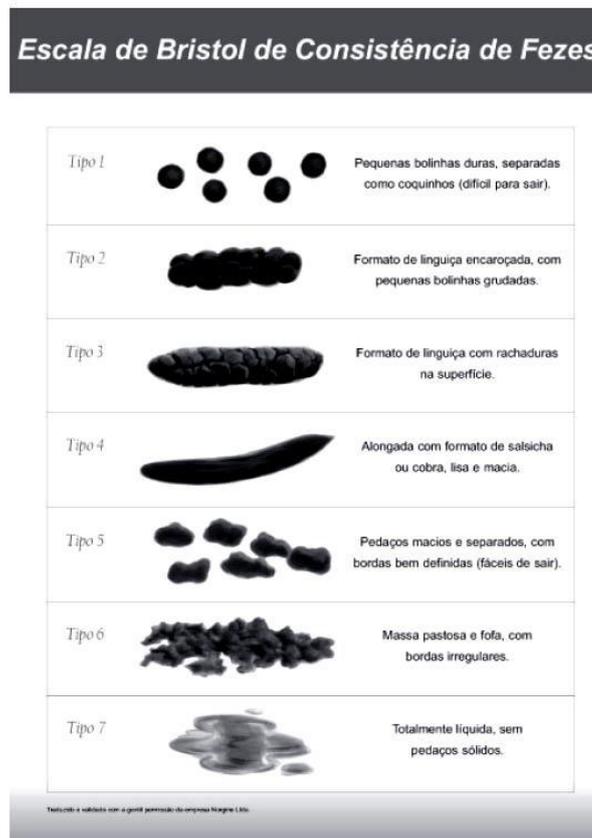


Figura 1 - Escala de Bristol de Consistência de Fezes

Fonte: Martinez e Azevedo, 2012.

- ✓ Descrição dos sintomas de CI do paciente; diário de sintomas: distensão abdominal, dor, desconforto, natureza das fezes, movimentos intestinais, esforços defecatórios prolongado/excessivo, defecação insatisfatória;
- ✓ Uso de laxantes (passado e presente, frequência e dosagem);
- ✓ Condições atuais, histórico médico, cirurgia recente, doença psiquiátrica;
- ✓ Estilo de vida do paciente, fibra na dieta e ingestão de líquidos;
- ✓ Uso de supositórios ou enemas, outras medicações;
- ✓ Exame físico: tumoração gastrintestinal, inspeção anorretal, impaction fecal, estenose, prolapso retal, retocele, atividade paradoxal ou não relaxante do músculo puborretal, tumoração retal.

O planejamento do cuidado de enfermagem deverá estar direcionado para os seguintes resultados esperados: eliminação intestinal, com relato de evacuações macias, formadas e sem esforço num período de 24 horas; ingestão de pelo menos 1500 ml de líquido durante o período de 24 horas, aumento do conteúdo de fibras na sua dieta, objetivando, por fim, uma evacuação normal para evitar a CI (POTTER, 2017).

Para a identificação da IF é necessária uma abordagem abrangente e estruturada, com história clínica detalhada e exame físico cuidadoso. Para elaborar a história clínica, algumas informações importantes devem ser obtidas, tais como (RIBEIRO, 2013):

- ✓ Data de início e fatores precipitantes;
- ✓ Duração e severidade;
- ✓ Consistência das fezes e urgência;
- ✓ Comorbidades/cirurgias prévias/ incontinência urinária/ lesões vertebrais;
- ✓ História obstétrica: fórceps, ventosas, apresentação do feto;
- ✓ Fármacos, cafeína, dieta;
- ✓ História de impaction fecal.

Investigações adicionais deverão ser utilizadas para confirmar o diagnóstico e/ou elucidar sobre a anatomia e função anorretal com objetivo de nortear o tratamento e a sua escolha, guiada principalmente pela história do paciente, pelos achados do exame físico e pela resposta às medidas conservadoras (RIBEIRO, 2013).

Alguns instrumentos podem ser utilizados para coletar dados referentes à história clínica do paciente com IF, entre estes o Índice de Incontinência Anal (IIA) proposto por Jorge e Wexner (1993). Esse Índice consiste em uma escala que inclui características e frequência das perdas fecais e anais, o uso de protetores de vestes e alteração da qualidade de vida devido às perdas. A Escala de Bristol de Consistência de

Fezes (figura 1) também pode ser utilizada para caracterizar as fezes perdidas.

Os Critérios de Roma III anteriormente descritos também devem ser empregados, uma vez que são amplamente utilizados em estudos e para qualificação da IF e CI (JUNQUEIRA, 2017). Além disso, o instrumento de avaliação denominado “Hábito Intestinal na População Geral” (*The Bowel Function in the Community*), construído por Reilly et al. (2000) e adaptado e validado para o Brasil por Domansky e Santos (2009), vem sendo amplamente utilizado em diversos estudos que buscam identificar a prevalência desses dois fenômenos (JUNQUEIRA, 2017; ENGLER, 2015; SCHMIDT, 2012).

É de fundamental importância reconhecer e caracterizar a CI e IF, bem como fatores a elas associados, atuando na identificação precoce de pacientes com estas alterações, de maneira a instituir uma abordagem terapêutica para melhor manejo da função intestinal pelo próprio paciente e por seus familiares e cuidadores, contribuindo para uma melhor qualidade de vida e possibilidade de reinserção social (DOURADO; ENGLER; OLIVEIRA, 2012).

No que diz respeito à promoção da saúde, um dos hábitos mais importantes no ensino relativo aos hábitos intestinais é reservar um tempo para a defecação. Para estabelecer hábitos intestinais regulares, é necessário saber quando a vontade de defecar ocorre normalmente. É importante recomendar o início de uma rotina durante o período em que a defecação apresenta maior probabilidade de ocorrer, geralmente uma hora após a refeição. Quando os pacientes estiverem restritos ao leito ou necessitarem de ajuda para a mobilização, é necessário oferecer uma comadre ou ajudá-los a ir ao banheiro no momento oportuno (POTTER, 2017).

O objetivo global de conduzir um paciente para um padrão de eliminação intestinal normal inclui os seguintes resultados:

- ✓ O paciente estabelece um programa regular de defecação;
- ✓ O paciente especifica uma lista de alimentos e líquidos necessários para obter fezes amolecidas e promover a eliminação intestinal regular;
- ✓ O paciente implementa um programa regular de exercícios;
- ✓ O paciente relata a evacuação diária de fezes macias, formadas na coloração marrom;
- ✓ O paciente não relata esforço ou desconforto associado à defecação (POTTER, 2017).

Identificar precocemente constipação intestinal e incontinência fecal em

pacientes com AVC é uma competência do enfermeiro. Durante a assistência de enfermagem, por meio da utilização de instrumentos e recomendações internacionais que avaliam essas disfunções, deve ser capaz de identificar os fenômenos em questão, e, então, prescrever e implementar medidas de enfermagem focadas na promoção da saúde do paciente com AVC.

4. REFERENCIAL METODOLÓGICO

4.1 INSTRUMENTOS

Para a coleta de dados foi construído um instrumento intitulado “Roteiro Semiestruturado para Coleta de Dados” (APÊNDICE A), representando a junção de quatro instrumentos originais: Questionários de Dados Sociodemográficos e Clínicos (LEANDRO et al. 2015; MORAIS, 2016), Escala de Bristol de Consistência de Fezes (MARTINEZ; AZEVEDO, 2012), Índice de Incontinência Anal (JORGE; WEXNER, 199) e Hábito Intestinal na População Geral (DOMANSKY; SANTOS, 2009a).

4.1.1 Questionário de Dados Sociodemográficos e Clínicos

O Questionário de Dados Sociodemográficos e Clínicos foi utilizado para a caracterização geral da amostra, destinando-se à investigação de dados pessoais, características sociodemográficas e clínicas de interesse dos sujeitos do estudo. Foi elaborado pela autora deste estudo com base nos instrumentos desenvolvidos anteriormente por Leandro et al. (2015) e Moraes (2016), destinados a pacientes com AVC, uma vez que ambos se complementam.

4.1.2 Escala de Bristol de Consistência de Fezes (EBCF)

A EBCF (Figura 1) foi desenvolvida por Lewis e Heaton (1997), adaptada culturalmente e validada no Brasil por Martinez e Azevedo (2012). É uma escala que apresenta as imagens que ilustram as fezes, juntamente com descrições precisas quanto à forma e à consistência. O paciente deverá apenas selecionar o tipo de fezes que mais se assemelha às suas. A escala identifica sete categorias:

- Tipo 1: pequenas bolinhas duras, separadas como coquinhos (difícil para sair);
- Tipo 2: formato de linguiça encaroçada, com pequenas bolinhas grudadas;
- Tipo 3: formato de linguiça com rachaduras na superfície;
- Tipo 4: alongada com formato de salsicha ou cobra, lisa ou macia;
- Tipo 5: pedaços macios e separados, com bordas bem definidas (fáceis desair);
- Tipo 6: massa pastosa e fofa, com bordas irregulares;
- Tipo 7: totalmente líquida, sem pedaços sólidos.

As fezes do tipo 1 e 2 são comuns em indivíduos com tendência à constipação, os tipos 3 e 4 estão relacionados ao trânsito intestinal regular e os tipos 5 a 7 são comuns em indivíduos com trânsito rápido ou diarreia (MARTINEZ; AZEVEDO, 2012).

4.1.3 Índice de Incontinência Anal (IIA)

O IIA consiste em uma escala responsável pela classificação da IF ou IA, uma vez que a escala pode se aplicada para ambos, quanto à gravidade, que inclui características e frequência das perdas fecais e anais, o uso de protetores de vestes e alteração da qualidade de vida devido às perdas (JORGE; WEXNER, 1993). Seus escores variam de 0 (completa continência) a 20 (franca incontinência). Escores de 0 a 7 referem-se à IF leve, de 8 a 13 à IF moderada e de 14 a 20 correspondendo à IF grave. Esse índice foi proposto por Jorge e Wexner (1993) conforme já citado anteriormente.

4.1.4 Hábito Intestinal na População Geral

Hábito intestinal na população geral (*The Bowel Function in the Community*) consiste em um instrumento desenvolvido por Reilly et al. (2000) e adaptado culturalmente e validado para o Brasil por Domansky e Santos (2009a).

É um instrumento baseado nos critérios de Roma III, sendo composto de 68 questões. As de número 1 a 67 são de múltipla escolha, devendo o respondente relacionar apenas uma resposta, dentre 2 a 9 alternativas. Cada alternativa de resposta recebe uma pontuação que varia de 0 a 9, não sendo possível calcular escores, sejam parciais nos agrupamentos, seja total da escala. A última questão inclui 17 sintomas gerais não relacionados ao hábito intestinal.

Para organizar as questões os autores realizaram agrupamentos específicos, conforme se segue:

- Hábitos intestinais gerais (questões de 1 a 15 e questão 52);
- Presença de incontinência anal (questão 16); caso resposta afirmativa, seguem-se perguntas que visam caracterizar a perda e medir o grau de incontinência (questões 17 a 28);
- Sintomas Urinários (questões 34 a 45 e questão 51);

- Histórico de doenças anorretais e histórico cirúrgico (questões 46 a 50 e 53 a 59);
- Uso de Serviços médicos (questões 60 a 63);
- Fatores de Risco para incontinência anal (questões 30 e 64 a questão 67).

Desse modo, a interpretação é feita a partir da análise das respostas de cada agrupamento, buscando-se caracterizar o padrão intestinal, segundo critérios internacionais, da mesma forma adotada para elaboração dos critérios de Roma III (DOMANSKY, 2009b; SCHMIDT, 2012; JUNQUEIRA, 2017).

Domansky e Santos (2009) obtiveram, por meio da adaptação transcultural, a validação de conteúdo do instrumento, mantendo sua estrutura básica, bem como os agrupamentos conforme propostos pelos autores. As modificações realizadas no instrumento original visaram atender às equivalências semântica e idiomática, e poucas mudanças foram de ordem conceitual e cultural.

As modificações de ordem clínica puderam facilitar a compreensão de termos técnicos como também a adequação dos principais medicamentos utilizados no Brasil. Mesmo com todas as alterações implementadas, foram detectadas maiores dificuldades de compreensão entre as pessoas com baixo nível de escolaridade, o que, mesmo sob supervisão, contraindicaria a sua aplicação por auto preenchimento (DOMANSKY, 2009b; SCHMIDT, 2012).

É importante salientar que, no processo de validação do instrumento no Brasil, no que diz respeito à confiabilidade interobservadores, constatou-se que todos os agrupamentos, exceto perda de fezes, assim como as questões tratadas de maneira isolada (29, 31, 32, 33, 68), obtiveram predomínio de índice kappa $\geq 0,80$, caracterizando bom e excelente nível de concordância entre as entrevistadoras e a pesquisadora principal. Referente à confiabilidade teste-reteste, as autoras obtiveram 27% (17) das questões com índice kappa $\geq 0,60$, o que representa indicadores de boa e excelente concordância. Além disso, 33% (21) das questões alcançaram nível moderado de concordância o que, associado aos índices $\geq 0,60$, segundo as autoras, poderiam confirmar a estabilidade do instrumento (DOMANSKY, 2009b).

Uma vez que o presente estudo tem como um dos objetivos avaliar a prevalência da IF e da CI foram utilizados apenas os agrupamentos Hábitos intestinais gerais e Presença de incontinência anal.

4.2 MÉTODO

4.2.1 Desenho do Estudo

Tratou-se de um estudo transversal. Esses estudos visam estimar a frequência com que um determinado evento se manifesta em uma população específica, além dos fatores associados com o mesmo. Além disso, consistem em uma ferramenta de grande utilidade para a ação e o planejamento em saúde (BASTOS; DUQUIA, 2007).

4.2.2 Local e Período do Estudo

O estudo foi realizado em dois hospitais públicos de nível terciário localizados na cidade de Fortaleza-CE considerados referências no tratamento de AVC, em espaços reservados, previamente definidos com as instituições, de maneira a assegurarem a confidencialidade e a privacidade, bem como a proteção da imagem e a não estigmatização dos participantes da pesquisa. Essas instituições realizam acompanhamento ambulatorial de pacientes após a alta da unidade de AVC. Caso apresente alteração funcional secundária ao AVC, seu acompanhamento é realizado por uma equipe multiprofissional composta por assistente social, enfermeiro, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, médico, nutricionista, psicólogo, terapeuta ocupacional. O atendimento multiprofissional é necessário para realização de avaliações clínicas especializadas, uma vez que é fundamental detectar o nível de comprometimento dos recursos funcionais do paciente, de maneira a definir cuidados fundamentados em métodos destinados à recuperação de déficits ou desenvolvimento de compensações (BRASIL, 2013).

A coleta de dados foi realizada no período de novembro de 2018 a abril de 2019.

4.2.3 População e Amostra

A população do estudo foi constituída por pacientes com diagnóstico médico de Acidente Vascular Cerebral. A amostra foi composta por pacientes que se enquadraram nos critérios de inclusão estabelecidos:

- 1) Ter idade igual ou superior a 18 anos;
- 2) Ter apresentado episódio de AVC há pelo menos seis meses, uma vez que para a CI, as perguntas definidoras foram baseadas nos critérios de Roma III. E,

conforme já apresentado na revisão de literatura, as perguntas devem ser feitas levando-se em consideração o hábito intestinal dos últimos seis meses;

3) Possuir cadastro e realizar atendimento no ambulatório de neurologia nas instituições mencionadas, possibilitando a consulta aos prontuários, caso necessário;

4) Ter condições clínicas para responder às questões, portanto, deveria estar orientado e capaz de comunicar-se verbalmente ou estar com acompanhante que conhecesse os hábitos intestinais do paciente e que pudesse dar ou complementar as informações necessárias.

Como a finalidade deste estudo é analisar a prevalência de constipação e incontinência fecal em indivíduos pós-AVC, optou-se por excluir pessoas que apresentassem outras condições clínicas que pudessem comprometer a análise e definiu-se como critérios de exclusão:

1) Pacientes com comorbidades específicas do trato gastrointestinal (doenças anorretais, tais como abscesso retal, prolapso retal e hemorroidas) que pudessem influenciar na identificação da relação entre o AVC e a constipação e/ou incontinência fecal, identificadas anteriormente ou posteriormente ao AVC;

2) História de câncer de estômago, intestino e/ou reto, ocorrida anteriormente ou posteriormente ao AVC;

3) História de cirurgia de estômago, intestino e/ou reto, ocorrida anteriormente ou posteriormente ao AVC;

4) Presença de derivação intestinal (colostomia/íleostomia);

Para a determinação da amostra, utilizou-se a fórmula para populações infinitas:

$$n = \frac{Z_{1-\alpha/2}^2 P \cdot (1-P)}{e^2}$$

onde:

n = tamanho amostral

$Z_{1-\alpha/2}$ = nível de confiança

P = proporção de indivíduos com o fenômeno

deinteresse e = erro amostral

Como parâmetros para o cálculo, foram adotados nível de confiança de 95% (Z_{α}), erro amostral de 6%, e, para a prevalência, serão utilizados os valores estimados dos estudos de Dourado, Engler e Oliveira (2012) e HARARI et al. (2003) para a CI e IF em pacientes com AVC, que encontraram percentuais de 27% e 15% respectivamente. A amostra final calculada foi de 210 pacientes e, no estudo, foram incluídos 229.

Para a realização do processo de amostragem, aplicou-se a técnica consecutiva, uma vez que não se trata de uma população fixa. Dessa maneira, os pacientes foram incluídos uma única vez conforme apareceram nos ambulatórios.

4.2.4 Instrumento para Coleta de Dados

O instrumento de coleta de dados intitulado “Roteiro Semiestruturado para Coleta de Dados”, foi elaborado em quatro partes, de forma a contemplar a aquisição das informações sociodemográficas, clínicas e a identificação e caracterização da constipação e da incontinência fecal (APÊNDICE A).

A primeira parte, aplicada com todos os pacientes, foi utilizada para a investigação de dados pessoais, características sociodemográficas e clínicas de interesse. Além disso, continha perguntas baseadas nas definições de IF e CI, conforme sugerido por Junqueira (2017), com o objetivo de identificar os pacientes que apresentassem os fenômenos de interesse, de acordo com o descrito no Quadro 2.

Para a identificação de IF foi utilizada a definição estabelecida pela *Internacional Continence Society* (ICS): perda atual de fezes líquidas ou sólidas, considerando a ocorrência atual do problema como a presença da condição. A expressão “depois do AVC” foi acrescida no início da sentença.

Considerou-se que a CI estava presente quando, conforme preconizado pelos Critérios de Roma III, dois ou mais critérios eram preenchidos com base no hábito intestinal dos últimos seis meses. As perguntas que corresponderam a esses critérios foram retiradas do instrumento Hábito Intestinal na População Geral (ANEXO B), acrescentando-se a expressão “depois do AVC” no início de cada questão.

Outros estudos também utilizaram questões do Hábito Intestinal na População Geral, para identificar a presença da CI, com modificações necessárias de forma a atender a objetivos específicos (JUNQUEIRA, 2017; ENGLER, 2015; SCHIMIDT, 2012). A adaptação temporal dos sintomas considerando apenas as manifestações após a ocorrência do AVC teve como objetivo direcionar e deixar claro para o paciente que o estudo tinha como propósito verificar a presença dos fenômenos CI e IF posteriormente ao AVC.

No instrumento Hábito Intestinal na População Geral não existe questões relacionadas ao Critério de Roma “manobras manuais facilitadoras de evacuação em >25% das evacuações”. Dessa forma, a pergunta: “Depois do AVC, você realizou manobras manuais para facilitar a defecação?” foi acrescida à investigação de CI.

Quadro 2 – Questões definidoras de IF e CI presentes nas partes 1 e 2 do Roteiro utilizado para identificação de IF e CI (Fortaleza/CE, 2019)

Condição	Crítérios de Roma III	Questões definidoras	Respostas consideradas para Inclusão de IF e/ou CI
Incontinência Fecal	-	Depois do AVC, você tem perda atual de fezes (escape) contra sua vontade?	Sim.
	“Menos de três evacuações por semana.”	Depois do AVC, com que frequência você costumava evacuar?– Questão 1	Duas vezes ou menos por semana.
Constipação Intestinal	“Esforço evacuatório durante pelo menos 25% das defecações.”	Depois do AVC, você precisou fazer muito esforço para evacuar? – Questão 4	Sim, frequentemente (mais de 25% das vezes). Geralmente (mais que 75% das vezes).
	“Fezes grumosas ou duras em pelo menos 25% das defecações.”	Depois do AVC, quantas vezes as suas fezes se apresentaram endurecidas? – Questão 8	Sim, frequentemente (mais de 25% das vezes). Geralmente (mais que 75% das vezes).

Conclusão

Quadro 2 – Questões definidoras de IF e CI presentes nas partes 1 e 2 do Roteiro utilizado para identificação de IF e CI (Fortaleza/CE, 2019)

Condição	Critérios de Roma III	Questões definidoras	Respostas consideradas para Inclusão
	“Sensação de evacuação incompleta em pelo menos 25% das defecações.”	Depois do AVC, após evacuar, você sentiu que ainda haviam fezes para serem eliminadas? – Questão 9	Sim, frequentemente (mais de 25% das vezes). Geralmente (mais que 75% das vezes).
	“Sensação de obstrução/bloqueio anorretal das fezes em pelo menos 25% das defecações.”	Depois do AVC, você sentiu que seu reto estava obstruído dificultado a passagem das fezes? – Questão 13	Sim, frequentemente (mais de 25% das vezes). Geralmente (mais que 75% das vezes).
Constipação Intestinal	“Manobras manuais facilitadoras de evacuação em >25% das evacuações.”	Depois do AVC, você realizou manobras manuais para facilitar a defecação? Questão acrescida no apêndice A	Sim, frequentemente (mais de 25% das vezes). Geralmente (mais que 75% das vezes).

Fonte: JUNQUEIRA, 2017; DOMANSKY; SANTOS. 2009^a.

Importante ressaltar que as expressões “geralmente 75% das vezes” e “frequentemente 25% das vezes” foram adequadas de forma a permitir o entendimento da população deste estudo e dar mais fidelidade nas respostas, conforme se segue:

- Quando a alteração era observada durante cinco dias de uma semana de sete dias, considerava-se que correspondia a geramente 75% das vezes;
- Quando a alteração era observada durante dois dias de uma semana de sete dias, considerava-se que frequentemente 25% das vezes.

A segunda parte do instrumento, também aplicada a todos os pacientes, consistiu na aplicação da EBCF (MARTINEZ; AZEVEDO, 2012). Nela, o informante apontava para a imagem que melhor ilustrasse suas fezes, quanto à forma e à consistência, selecionando apenas um tipo.

A terceira parte do instrumento destinou-se à caracterização da IF naqueles participantes em que a condição foi identificada. Para isso foram utilizadas as questões (16

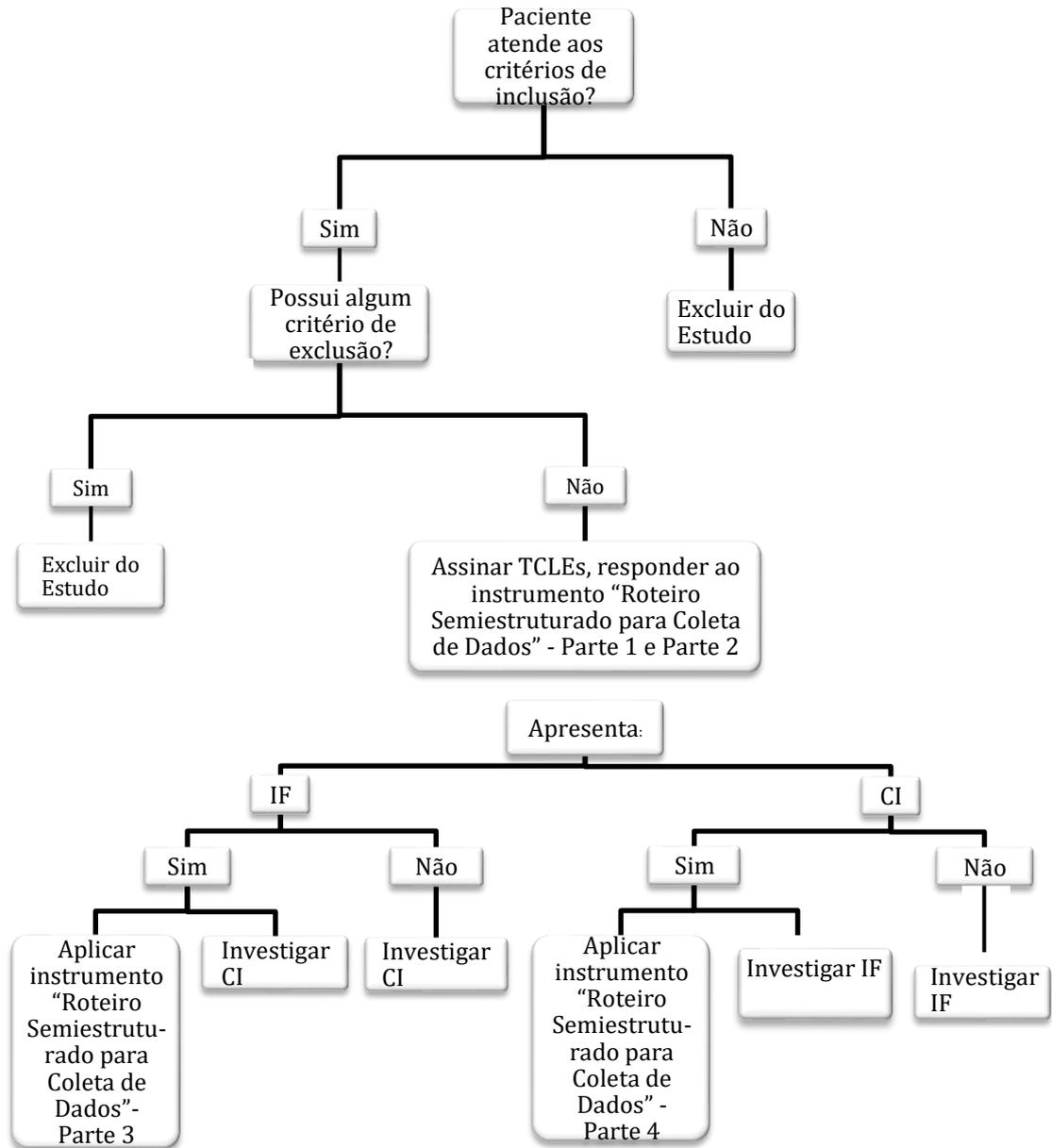
e 17 a 28) do agrupamento *presença de incontinência anal* do instrumento Hábito Intestinal na População Geral e o Índice de Incontinência Anal (IIA).

Por fim, a quarta parte do instrumento, atribuída à caracterização da CI, foi utilizada apenas àqueles em que a condição estava presente. Continham as questões referentes ao agrupamento *hábitos intestinais gerais* (questões de 1 a 15 e questão 52) também inclusas no instrumento Hábito Intestinal na População Geral.

4.2.5 Procedimentos de coleta de dados

A coleta de dados foi realizada no próprio espaço dos ambulatórios e teve início logo após aprovação do projeto pelos Comitês de Ética das instituições de interesse. Foi realizada pela pesquisadora e por dois alunos de graduação em enfermagem, bolsistas de iniciação científica, treinados para a coleta. Nos locais do estudo, os pacientes eram identificados e aplicados os critérios de inclusão e de exclusão; se selecionados, eram abordados e convidados para participar da investigação após serem informados sobre os objetivos e a forma de captação de dados. Caso aceitassem, assinavam os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE 1 e TCLE 2) e, somente após sua assinatura (APÊNDICES B e C), eram coletados os dados sociodemográficos e clínicos, que permitiam a identificação da IF ou CI, constantes da parte 1 e 2 do instrumento. A seguir, na dependência da alteração identificada, eram preenchidas as partes 3 e 4 do instrumento, possibilitando a caracterização da alteração com relação à frequência, intensidade e gravidade conforme os objetivos. A Figura 2 apresenta de forma esquematizada a trajetória da coleta.

Figura 2 – Fluxograma da Coleta de Dados (Fortaleza/CE, 2019)



Fonte: Elaborado pela autora

4.2.6 Variáveis do Estudo

4.2.6.1 Variáveis Dependentes

- ✓ Incontinência Fecal: Perda atual e involuntária de fezes líquidas ou sólidas contra sua vontade.

- ✓ Constipação Intestinal: Distúrbio Gastrintestinal Funcional, diagnosticado quando dois ou mais dos seguintes sintomas forem preenchidos nos últimos 3 meses, com início dos sintomas pelo menos 6 meses antes do diagnóstico: esforço evacuatório em >25% das evacuações; sensação de evacuação incompleta em >25% das evacuações; menos de três evacuações por semana; sensação de obstrução de saída em >25% das evacuações; manobras manuais facilitadoras de evacuação em >25% das evacuações, por exemplo, manobras digitais, apoiar o assoalho pélvico

4.2.6.2 Variáveis Independentes

- ✓ Sexo: Femino/Masculino.
- ✓ Idade: em anos.
- ✓ Procedência: cidade em que vive atualmente há pelo menos dois anos.
- ✓ Renda pessoal: renda individual própria transformada em salário mínimo vigente por ocasião do estudo.
- ✓ Renda familiar: soma da renda de todas as pessoas que vivem na mesma residência, transformado em salário mínimo vigente por ocasião do estudo.
- ✓ Anos de estudo: anos de estudo completos.
- ✓ Nível de escolaridade: analfabeto, ensino fundamental completo ou incompleto, ensino médio completo ou incompleto, ensino superior completo ou incompleto e pós-graduação completa ou incompleta.
- ✓ Situação marital: com companheiro/sem companheiro.
- ✓ Número de membros na família: número de pessoas que vivem na mesma residência.
- ✓ Ocupação: tipo de emprego ou função exercido atualmente.
- ✓ Profissão: trabalho ou atividade especializada dentro da sociedade.
- ✓ Tipo de AVC: isquêmico, hemorrágico, isquêmico e hemorrágico.
- ✓ Outras doenças neurológicas: doenças que comprometem o funcionamento do cérebro além do AVC.
- ✓ Outro problema de saúde além do AVC: doenças crônicas e/ou comorbidades conhecidas apresentadas pelo participante, independente de realizar ou não tratamento.
- ✓ Uso de medicação: sim/não e quais.
- ✓ Hábito de fumar: relato do participante sobre seu hábito de fumar.
- ✓ Hábito de ingestão de bebida alcoólica: relato do participante sobre seu hábito de ingestão de bebida alcoólica.
- ✓ Hábito de atividade física: relato do participante sobre seu hábito de realização de

atividade física.

- ✓ Restrição de mobilidade: relato do participante de fatores físicos e/ou dificuldade de deambulação e/ou osteoporose e/ou neuropatia diabética e/ou alteração da visão e/ou outros motivos que restrinjam a mobilidade.
- ✓ Menopausa: declínio natural nos hormônios reprodutivos relatado pelas participantes.
- ✓ Terapia de reposição hormonal: administração de hormônios para vários fins terapêuticos relatada pelas participantes.
- ✓ Partos: Tipo de parto (normal e/ou cirúrgico e/ou fórceps) relatado pelas participantes.
- ✓ Episiotomia: incisão efetuada na região do períneo para ampliar o canal de parto relatada pelas participantes.
- ✓ Laceração Anal: laceração traumática em decorrência do parto relatada pelas participantes.
- ✓ Escala de Bristol para Consistência das Fezes: relato pelos participantes do tipo de fezes (Figura 1) que mais se assemelha às suas.

4.2.7 Análise dos Dados

Os dados referentes à prevalência de constipação intestinal e incontinência fecal em pacientes com AVC e suas principais manifestações clínicas, bem como os dados sociodemográficos e clínicos, foram compilados em planilhas do programa Excel (2010). Posteriormente, os dados foram exportados para o programa R versão 3.6.0 para processamento e análise.

Para caracterização dos participantes envolvidos no estudo realizou-se análise descritiva com distribuição de frequência simples, medidas de tendência central (média e mediana) e medidas de variabilidade, tais como desvio padrão.

Para verificar os fatores associados à IF, os associados à CI e os associados à combinação de IF e CI, foram realizadas análises inferenciais. Para isso, foram escolhidos testes de hipóteses para avaliar a significância estatística entre os grupos estudados: Teste qui-quadrado, Teste t- Student, Teste de Fisher e Teste Mann-Witney U. Para proceder à análise nesse sentido as variáveis quantitativas foram testadas quanto à sua normalidade. Para as variáveis categóricas utilizou-se o Teste qui-quadrado e o Teste de Fisher quando necessário.

O modelo de regressão logística é um modelo de previsão ou classificação para determinar quais as variáveis mais importantes para a ocorrência dos fenômenos em

estudo. Foi utilizado o método de stepwise para seleção das variáveis e, depois, foram consideradas somente aquelas significativas para o modelo.

Para as mulheres, os dados foram apresentados de forma separada, uma vez que já foram explicados motivos pelos quais os fenômenos em estudos podem estar frequentemente relacionados ao sexo feminino.

4.2.8 Aspectos Éticos

Os aspectos bioéticos de beneficência, não maleficência, justiça e autonomia foram respeitados nesta pesquisa de acordo com o preconizado na Resolução N° 466/12, do Conselho Nacional de Saúde, referente às pesquisas com seres humanos (BRASIL, 2012).

A pesquisa trouxe benefícios individuais e coletivos, uma vez que a coleta de seus dados permitiu identificar quais pacientes em atendimento ambulatorial apresentavam perda de fezes ou constipação intestinal, possibilitando a promoção de ações educativas, tratamentos e cuidados especiais àqueles que apresentavam alterações que trazem prejuízos à qualidade de vida, comprometendo-se, desse modo, com o máximo de benefícios.

A pesquisa não trouxe riscos diretos aos participantes, entretanto, como poderiam ficar constrangidos ao responder algumas questões da entrevista, foram informados que poderiam recusar-se a responder essas questões, saindo do estudo, sem que isso trouxesse prejuízos para o eles ou para seus atendimentos nos hospitais em que foi realizado o estudo.

O projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética de Pesquisa da Universidade Federal do Ceará e recebeu previamente autorização das instituições locus do estudo, para sua realização (Pareceres n° 2.820.442, 3.043.185 e 3.005.420 - Anexo C, D e E respectivamente).

5 RESULTADOS

Participaram do estudo 229 pessoas que atenderam aos critérios de inclusão. Os dados da caracterização sociodemográfica e clínica são apresentados na Tabela 1.

Tabela 1 - Distribuição dos participantes segundo os dados sociodemográficos (n = 229). (Fortaleza/CE, 2019)

Variáveis	Total	Percentual				
Sexo						
Masculino	127	55,5%				
Feminino	102	44,5%				
Procedência						
Fortaleza	93	40,6%				
Outras cidades do Estado	122	53,3%				
Outros estados	14	6,1%				
Nível de escolaridade						
Analfabeto	30	13,1%				
Ensino Fundamental	145	63,3%				
Ensino Médio	44	19,2%				
Ensino Superior	8	3,5%				
Pós-Graduação	2	0,9%				
Situação Marital						
Com companheiro	143	62,4%				
Sem companheiro	86	37,6%				
Ocupação						
Nenhuma/Desempregado	73	31,9%				
Aposentado	119	52,0%				
Outras ¹	37	16,1%				
Profissão						
Do lar	30	13,1%				
Agricultor	32	14,0%				
Comerciante	25	10,9%				
Serviços Gerais	20	8,7%				
Outros ²	122	53,3%				
	Média	DP**	Mediana	Mínimo	Máximo	C.V.***
Idade	60,7	14,4	61,0	19,0	92,0	23,7%
Renda Pessoal (R\$)*	987,7	752,6	998,0	0,0	5000,0	76,2%
Renda Familiar (R\$)*	1704,5	1119,7	1497,0	0,0	7000,0	65,7%
N de membros na família	2,6	1,5	2,0	0,0	9,0	57,9%
Anos de estudo	5,5	4,3	5,0	0,0	18,0	78,6%

*Renda em salários mínimos (salário mínimo 2019 = R\$ 998,00); **desvio padrão; ***coeficiente de variação.

1: motorista, comerciante, do lar.

2: motorista, operário, pescador, costureira.

Fonte: Elaborado pela autora

Os participantes da pesquisa apresentavam idade média de 60,7 anos (DP = 14,3), renda pessoal média de R\$ 987,7 (DP= R\$ 752,6), renda familiar média de R\$ 1704,5 (DP = 1119,7), com número médio de 2,6 (DP = 1,5) membros na família, e com média de 5,5 (DP = 4,3) anos de estudo.

Predominaram indivíduos do sexo masculino (55,5%), procedentes de outras cidades do Estado (53,5%), com ensino fundamental completo ou incompleto (63,3%) e

que residem com companheiro (62,4%).

Foram citadas pelos participantes diversas ocupações, categorizadas em nenhuma/desempregado, aposentado e outras, incluindo todas as demais ocupações informadas. O mesmo ocorreu com a variável profissão, reunidas nas categorias do lar, agricultor, comerciante, serviços gerais (inclui-se em serviços gerais: diarista, faxineira e doméstica) e outros, que inclui as demais profissões informadas. Dessa forma, o número de participantes aposentados (52,0%), e com profissões diversas/ outros (53,3%) prevaleceu.

A Tabela 2 traz a distribuição dos dados clínicos relacionados ao AVC.

Tabela 2 - Distribuição dos participantes, segundo a classificação, número de episódios e tempo de ocorrência do último Acidente Vascular Cerebral (n=229) (Fortaleza/CE, 2019)

Variáveis		Total	Percentual				
Tipo de AVC							
Isquêmico		190	83,0%				
Hemorrágico		14	6,1%				
Isquêmico e Hemorrágico		6	2,6%				
Não sabe		19	8,3%				
Variáveis	n	Média	DP**	Mediana	Mínimo	Máximo	C.V.***
Número de AVC	229	1,48	0,82	1,00	1,00	5,00	55,73%
Tempo do último AVC*	229	22,06	28,91	13,00	6,00	336,00	131,09%

*Tempo do último AVC em meses; **desvio padrão; ***coeficiente de variância.

Fonte: Elaborado pela autora

Houve predomínio de AVC isquêmico (83,0%), com 1,5 episódios em média (DP = 0,8), com pelo menos 22 meses do último episódio (DP = 28,94). Importante ressaltar que alguns participantes da pesquisa tinham história clínica de AVC Isquêmico e Hemorrágico (2,6%).

Na Tabela 3 constam os dados clínicos gerais e estilo de vida dos participantes.

Tabela 3 – Distribuição das condições clínicas e estilo de vida apresentadas pelos pacientes com Acidente Vascular Cerebral (Fortaleza/CE, 2019)

Variáveis	Total	Percentual
Outra doença neurológica (n = 229)	28	12,2%
Epilepsia	23	82,1%
Doença de Alzheimer	4	14,3%
Neurologia do trigêmeo	1	3,6%
Outro problema de saúde além do AVC (n = 229)	205	89,5%
Hipertensão Arterial	61	16,6%

Conclusão

Tabela 3 – Distribuição das condições clínicas e estilo de vida apresentadas pelos pacientes com Acidente Vascular Cerebral (Fortaleza/CE, 2019)

Variáveis	Total	Percentual
Hipertensão arterial	61	26,6%
<i>Diabetes Mellitus</i>	3	1,3%
Dislipidemias	12	5,2%
Hipertensão Arterial e <i>Diabetes Mellitus</i>	35	15,3%
Hipertensão Arterial, <i>Diabetes Mellitus</i> e Dislipidemias	14	6,1%
Outros*	104	45,4%
Uso de medicação (n = 227)		
Sim	227	100,0%
Anti-hipertensivos	184	81,1%
Diuréticos	52	22,9%
Antidiabéticos	60	26,4%
Anticoagulantes	180	79,3%
Estatinas	150	66,1%
Outras **	169	74,4%
Tabagismo (n = 229)		
Sim	7	3,1%
Não	129	56,3%
Parou	93	40,6%
Álcool (n = 229)		
Sim	13	5,6%
Não	108	47,2%
Parou	108	47,2%
Atividade Física (n = 229)		
Sim	71	31,0%
Não	158	69,0%
Tipo de atividade (n = 71)		
Caminhada	49	69,0%
Musculação	5	7,1%
Bicicleta	6	8,5%
Outros	11	15,4%
Frequência de atividade (n = 71)		
< 2 x semana	3	4,2%
2 a 3 x semana	31	43,7%
> 3 vezes por semana	37	52,1%
Restrição de mobilidade (n = 227)	158	69,6%
Motivo (n = 158)		
Fatores Físicos	93	58,9%
Dificuldade de deambulação	111	70,3%
Alteração na visão	32	20,1%
Outro***	7	4,4%

*estenose mitral, hipotireoidismo; ***anticonvulsivantes, antiarrítmicos, antidepressivos, antiácidos, antipsicóticos, analgésicos, antispásticos, ansiolíticos, antiparkinsonianos, Alzheimer, zinco, cálcio, antivertiginosos, broncodilatadores, corticosteroide, anti-inflamatório, antiandrógenos; ***osteoporose; neuropatia diabética.

Fonte: Elaborado pela autora

Prevaleceu o número de pacientes sem outra doença neurológica além do AVC (87,8%) e entre os 12, 2% com outras alterações neurológicas, a epilepsia foi a mais citada (82,1%). Evidenciou-se ainda outros problemas de saúde além do AVC, tais como Hipertensão Arterial (53,7%), *Diabetes Mellitus* (25,4%) e Dislipidemias (12,7%).

Todos participantes faziam uso de algum tipo de medicação e apenas dois não souberam informar quais eram essas medicações. Dentre os que informaram, a maior frequência observada foi para as classes de medicamentos anti-hipertensivos (81,0%), anticoagulantes (79,3%) e estatinas (66,1%), sendo esta última conhecida como uma classe de medicamentos utilizada no tratamento de dislipidemias.

A maioria dos participantes não tinha hábito de fumar (56,3%) ou ingerir bebida alcoólica (47,2%); os demais que fumavam ou bebiam, informaram haver parado de fumar ou de consumir bebidas alcoólicas; 71 (31,0%) praticavam algum tipo de atividade física, mais de 3 vezes por semana (52,1%); caminhada foi a atividade mais citada entre as atividades (69,0%). Alguns participantes (69,6%) informaram restrição na mobilidade, principalmente dificuldade para deambular (70,3%) e outros impedimentos físicos (58,9%).

A tabela 4 considera as variáveis do estudo restritas às respondentes do sexo feminino (102 participantes).

Tabela 4 - Distribuição dos participantes do sexo feminino segundo dados clínicos específicos. (Fortaleza/CE, 2019)

Variáveis (n = 102)	Total	Percentual
Menopausa	70	68,6%
Terapia de reposição hormonal		
Sim	8	7,8%
Não	92	90,2%
Não sabe informar	2	2,0%
Partos		
Sim	89	87,3%
Não	13	12,7%
Tipo de Parto (n = 89)		
Normal	60	67,4%
Cirúrgico	20	22,5%

Conclusão

Tabela 4 - Distribuição dos participantes do sexo feminino segundo dados clínicos específicos. (Fortaleza/CE, 2019)

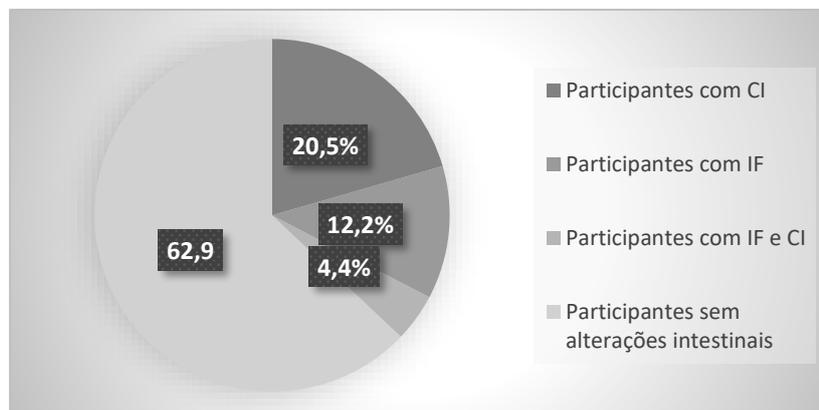
Variáveis (n = 102)	Total	Percentual
Fórceps	1	1,1%
Normal e cirúrgico	20	22,5%
Episiotomia (n = 87)		
Sim	40	46,0%
Não	46	52,9%
Não sabe informar	1	1,1%
Laceração anal (n = 87)		
Sim	6	6,9%
Não	80	92,0%
Não sabe informar	1	1,1%

Fonte: Elaborado pela autora

A maioria respondeu que se encontrava no período da menopausa (68,6%), não realizara tratamento com terapia de reposição hormonal (90,2%), teve pelo menos um parto (87,3%), sendo o mais prevalente o tipo normal (67,4%), em que foi efetuada episiotomia (52,9%) e a maior parte relatou não ter sofrido laceração anal (92,0%).

O perfil geral da amostra de acordo com os fenômenos investigados (incontinência fecal e constipação intestinal) está representado no Gráfico 1. No Gráfico 2 constam informações referentes aos hábitos de eliminação intestinal dos participantes do estudo.

Gráfico 1 – Distribuição dos participantes de acordo com as presenças de incontinência fecal, constipação intestinal e, simultaneamente, de incontinência fecal e constipação intestinal. (Fortaleza/CE, 2019)



Fonte: Elaborado pela autora

Gráfico 2 – Distribuição dos participantes segundo os hábitos de eliminação intestinal. (Fortaleza/CE, 2019)



Fonte: Elaborado pela autora

Mesmo que a maior parte dos participantes (87,2%) tenha informado apresentar continência fecal e controle da emissão de gases intestinais (74,2%), foi identificada a presença de Incontinência fecal em 12,2% dos participantes.

Na Tabela 5 constam as características relacionadas à eliminação fecal relatadas pelos pacientes com incontinências.

Tabela 5 - Distribuição dos participantes com incontinência fecal segundo as condições de eliminação (n=28). Fortaleza, 2019.

Características das perdas de fezes	n	%
Uso de Medicação para prevenir perda de fezes		
Não	16	57,1%
Sim, às vezes (menos de 25% das vezes)	9	32,1%
Sim, frequentemente (mais de 25% das vezes)	1	3,7%
Sim, geralmente (mais de 75% das vezes)	2	7,1%
Primeira vez que ocorreu o problema da perda de fezes		
Nos últimos 6 meses	6	21,4%
De 7 meses a 1 ano atrás	7	25,0%
Mais de 1 a 2 anos atrás	5	18%
Mais de 2 a 5 anos atrás	6	21,4%
Mais de 5 a 10 anos atrás	2	7,1%
Mais de 10 a 20 anos atrás	2	7,1%
Uso de protetor íntimo		
Nunca	12	42,9%
Às vezes (menos de 25% das vezes)	7	25,0%
Frequentemente (mais de 25% das vezes)	3	10,7%
Geralmente (mais de 75% das vezes)	6	21,4%

Continuação

Tabela 5 - Distribuição dos participantes com incontinência fecal segundo as condições de eliminação (n=28). Fortaleza, 2019.

Quando a perda de fezes foi mais frequente	
Acordado	20 71,4%
Dormindo	3 10,7%
Tanto acordado quanto dormindo	5 17,9%
Importância de ter banheiro por perto	
Sim	21 75,0%
Não	7 25,0%
Fezes líquidas ou amolecidas	
Nunca	1 3,6%
Às vezes (menos de 25% das vezes em que ocorria a perda)	10 35,7%
Frequentemente (mais de 25% das vezes em que ocorria a perda)	4 14,3%
Geralmente (mais de 75% das vezes em que ocorria a perda)	13 46,4%
Fezes líquidas ou formadas	
Nunca	16 57,2%
Às vezes (menos de 25% das vezes em que ocorria a perda)	9 32,1%
Frequentemente (mais de 25% das vezes em que ocorria a perda)	3 10,7%
Quantidade da perda de fezes acidentais	
Uma pequena quantidade, como o tamanho de uma moeda de vinte e cinco centavos	9 32,2%
Quantidades moderadas (sempre exigindo uma troca do protetor íntimo ou da roupa íntima)	10 35,7%
Evacuações com grande quantidade de fezes líquidas (sempre exigindo uma troca completa de roupas)	9 32,1%
Percepção da perda de fezes	
Nunca	10 35,7%
Às vezes (menos de 25% das vezes)	2 7,1%
Frequentemente (mais de 25% das vezes)	4 14,3%
Geralmente (mais de 75% das vezes)	12 42,9%
Percepção quando estava acontecendo	
Nunca	8 28,6%
Às vezes (menos de 25% das vezes)	2 7,1%
Frequentemente (mais de 25% das vezes)	5 17,9%
Geralmente (mais de 75% das vezes)	13 46,4%
Percepção na diferença entre eliminar flatos e fezes	
Nunca	16 57,1%
Às vezes (menos de 25% das vezes)	5 17,9%
Frequentemente (mais de 25% das vezes)	1 3,6%
Geralmente (mais de 75% das vezes)	6 21,4%
IIA*	
Leve	9 32,1%
Moderada	16 57,1%
Grave	3 10,7%

Continuação

Tabela 5 - Distribuição dos participantes com incontinência fecal segundo as condições de eliminação (n=28). Fortaleza, 2019.

Características das perdas de fezes	n	%
Uso de Medicação para prevenir perda de fezes		
Não	16	57,1%
Sim, às vezes (menos de 25% das vezes)	9	32,1%
Sim, frequentemente (mais de 25% das vezes)	1	3,6%
Sim, geralmente (mais de 75% das vezes)	2	7,1%
Primeira vez que ocorreu o problema da perda de fezes		
Nos últimos 6 meses	6	21,4%
De 7 meses a 1 ano atrás	7	25,1%
Mais de 1 a 2 anos atrás	5	17,9%
Mais de 2 a 5 anos atrás	6	21,4%
Mais de 5 a 10 anos atrás	2	7,1%
Mais de 10 a 20 anos atrás	2	7,1%
Uso de protetor íntimo		
Nunca	12	42,9%
Às vezes (menos de 25% das vezes)	7	25,0%
Frequentemente (mais de 25% das vezes)	3	10,7%
Geralmente (mais de 75% das vezes)	6	21,4%
Quando a perda de fezes foi mais frequente		
Acordado	20	71,4%
Dormindo	3	10,7%
Tanto acordado quanto dormindo	5	17,9%
Importância de ter banheiro por perto		
Sim	21	75,0%
Não	7	25,0%
Fezes líquidas ou amolecidas		
Nunca	1	3,6%
Às vezes (menos de 25% das vezes em que ocorria a perda)	10	35,7%
Frequentemente (mais de 25% das vezes em que ocorria a perda)	4	14,3%
Geralmente (mais de 75% das vezes em que ocorria a perda)	13	46,4%
Fezes líquidas ou formadas		
Nunca	16	57,2%
Às vezes (menos de 25% das vezes em que ocorria a perda)	9	32,1%
Frequentemente (mais de 25% das vezes em que ocorria a perda)	3	10,7%
Geralmente (mais de 75% das vezes em que ocorria a perda)	0	0,0%
Quantidade da perda de fezes acidentais		
Uma pequena quantidade, como o tamanho de uma moeda de vinte e cinco centavos	9	32,1%
Quantidades moderadas (sempre exigindo uma troca do protetor íntimo ou da roupa íntima)	10	35,8%
Evacuações com grande quantidade de fezes líquidas (sempre exigindo uma troca completa de roupas)	9	32,1%

Conclusão

Tabela 5 - Distribuição dos participantes com incontinência fecal segundo as condições de eliminação (n=28). Fortaleza, 2019.

Percepção da perda de fezes		
Nunca	10	35,7%
Às vezes (menos de 25% das vezes)	2	7,1%
Frequentemente (mais de 25% das vezes)	4	14,3%
Geralmente (mais de 75% das vezes)	12	42,9%
Percepção quando estava acontecendo		
Nunca	8	28,6%
Às vezes (menos de 25% das vezes)	2	7,1%
Frequentemente (mais de 25% das vezes)	5	17,9%
Geralmente (mais de 75% das vezes)	13	46,4%
Diferença entre eliminar gases e fezes		
Nunca	16	57,1%
Às vezes (menos de 25% das vezes)	5	17,9%
Frequentemente (mais de 25% das vezes)	1	3,6%
Geralmente (mais de 75% das vezes)	6	21,4%
IIA*		
Leve	9	32,1%
Moderada	16	57,1%
Grave	3	10,8%

*IIA: índice de incontinência anal

Fonte: Elaborado pela autora

Verifica-se que a maioria dos indivíduos identificados com IF (12,2%) não utilizava medicação para prevenir perda de fezes (57,1%) e o problema fora identificado há pelo menos um ano (46,4%), não fazendo uso de protetor íntimo (42,9). A perda de fezes era percebida mais frequentemente quando estavam acordados (71,4%), sendo importante ter um banheiro por perto (75%).

Quanto à caracterização das fezes perdidas, identificou-se que, em mais de 75% das vezes, elas eram líquidas ou amolecidas (46,4%), em quantidade moderada (35,7%), sempre exigindo troca do protetor íntimo ou roupa íntima. Evidenciou-se ainda que geralmente, os respondentes (46,4%) percebiam quando a perda de fezes estava acontecendo, entretanto, a diferença entre eliminar gases e fezes não era percebida (57,1%). A gravidade da IF investigada com o IIA considerou que 57,1% estava na categoria moderada.

Na Tabela 6 verifica-se que os testes estatísticos não indicaram associação significativa entre a ocorrência da IF e os fatores sociodemográficos.

Tabela 6 - Caracterização dos fatores sociodemográficos associados à incontinência fecal (n=229) (Fortaleza/CE, 2019).

Dados Sociodemográficos	Ausente		Presente		Total	Valor p ⁴
	n	%	N	%		
Sexo						
Masculino	112	55,7%	15	53,6%	127	0,991 ¹
Feminino	89	44,3%	13	46,4%	102	
Procedência						
Fortaleza	84	41,8%	9	32,2%	93	0,603 ²
Outras cidades do Estado	105	52,2%	17	60,7%	122	
Outros estados	12	6,0%	2	7,2%	14	
Nível de escolaridade						
Analfabeto	27	13,4%	3	10,7%	30	0,139 ²
Ensino Fundamental	130	64,7%	15	53,6%	145	
Ensino Médio	35	17,4%	9	32,1%	44	
Ensino Superior	8	4,0%	0	0,0%	8	
Pós-Graduação	1	0,5%	1	3,6%	2	
Situação Marital						
Com companheiro	128	63,7%	15	53,6%	143	
Sem companheiro	73	36,3%	13	46,4%	86	
Ocupação						
Nenhuma	68	33,8%	5	17,9%	73	0,408 ¹
Aposentado	99	49,3%	20	71,4%	119	
Outras	34	16,9%	3	10,7%	38	0,107 ²
Profissão						
Do lar	25	12,4%	5	17,9%	30	0,628 ²
Agricultor	29	14,4%	3	10,7%	32	
Comerciante	20	10,0%	5	17,9%	25	
Serviços Gerais	19	9,5%	1	3,5%	20	
Outros	108	53,7%	14	50,0%	123	

Conclusão

Tabela 6 - Caracterização dos fatores sociodemográficos associados à incontinência fecal (n=229) (Fortaleza/CE, 2019)

Variáveis	IF	n	Média	DP	Mediana	Mínimo	Máximo	C.V. ³	Valor p
Idade	Não	201	60,2	14,2	61,0	19,0	91,0	23,6%	0,223
	Sim	28	64,0	15,4	68,0	29,0	92,0	24,0%	
Renda Pessoal	Não	201	983,0	777,6	998,0	0,0	5000,0	79,1%	0,332
	Sim	28	1021,3	550,1	998,0	0,0	2994,0	53,9%	
Renda Familiar	Não	201	1688,1	1152,0	1447,0	0,0	7000,0	68,2%	0,354
	Sim	28	1822,1	859,8	1996,0	800,0	3992,0	47,2%	
Nº de membros na família	Não	201	2,6	1,5	2,0	0,0	9,0	58,8%	0,759
	Sim	28	2,6	1,4	2,5	0,0	6,0	52,5%	
Anos de estudo	Não	201	5,3	4,2	5,0	0,0	17,0	80,3%	0,138
	Sim	28	6,6	4,5	6,0	0,0	18,0	67,6%	

1: Teste qui-quadrado; 2: Teste de Fisher; 3: coeficiente de variância.4: teste de Wilcoxon.

Fonte: Elaborado pela autora

A maior parte das variáveis clínicas não mostrou associação estatisticamente significativa com a ocorrência da IF; essa associação foi observada entre IF e doença de Alzheimer (p: 0,038) e uso de antiespasmódicos (p: 0,014). As variáveis que apresentaram diferença significativa quanto à mediana foram: número de AVC com valor p igual a 0,029 e tempo do último AVC com valor de p igual a 0,008 (Tabela 7).

Tabela 7 - Caracterização dos hábitos de vida e das variáveis clínicas associados à incontinência fecal (n=228) (Fortaleza/CE, 2019)

Dados Clínicos	Ausente		Presente		Total	Valor p ³
	n	%	n	%		
Tipo de AVC						
Isquêmico	166	82,6%	24	85,7%	190	0,922 ¹
Hemorrágico	13	6,5%	1	3,6%	14	
Isquêmico e hemorrágico	5	2,5%	1	3,6%	6	
Não sabe	17	8,5%	2	7,1%	19	
Outra doença neurológica	21	10,4%	7	25%	28	0,922 ¹
Epilepsia	19	90,5%	4	57,1%	23	0,082 ¹
Doença de Alzheimer	1	4,8%	3	42,9%	4	0,038¹
Neurologia do trigêmeo	1	4,8%	0	0,0%	1	1 ¹
Outro problema de saúde	181	90%	24	85,7%	205	0,508 ¹
Antihipertensivos	164	82%	20	74,1	184	0,39 ¹
Diuréticos	45	22,5%	7	25,9%	43	0,878 ²
Antidiabéticos	56	28%	4	14,8	60	0,22 ²

Continuação

Tabela 7 - Caracterização dos hábitos de vida e das variáveis clínicas associados à incontinência fecal (n=228) (Fortaleza/CE, 2019)

Anticonvulsivantes	21	10,5%	6	14,8	27	0,106 ¹
Anticoagulantes	159	79,5%	21	77,8%	180	1 ²
Estatinas	135	67,5	15	55,8%	150	0,311 ²
Antiarrítmicos	11	5,5%	1	3,7%	12	1 ¹
ICC*	19	9,5%	1	3,7%	20	0,481 ¹
Antidepressivos	24	12%	8	29,6%	32	0,033¹
Hormônios	8	4%	1	3,7%	9	1 ¹
Broncodilatadores	6	3%	0	0,0%	6	1 ¹
Antiácidos	29	14,5%	3	11,1%	32	0,775 ¹
Antipsicóticos	3	1,5%	1	3,7%	4	0,4 ¹
Corticoesteroides	1	0,5%	1	3,7%	2	0,224 ¹
Anti-inflamatórios	3	1,5%	0	0,0%	3	1 ¹
Anti-dopaminérgicos	1	0,5%	0	0,0%	1	1 ¹
Analgésicos	3	1,5%	1	3,7%	4	0,4 ¹
Antiespasmódicos	0	0,0%	2	7,4%	2	0,014¹
Antiandrógenos	1	0,5%	1	3,7%	2	0,224 ¹
Ansiolíticos	4	2%	0	0,0%	4	1 ¹
Zinco	1	0,5%	0	0,0%	1	1 ¹
Antivertiginosos	1	0,5%	0	0,0%	1	1 ¹
Antivirais	1	0,5%	0	0,0%	1	1 ¹
Antiparkinsonianos	1	99,5%	0	0,0%	1	1 ¹
Antitireoidianos	1	0,5%	0	0,0%	1	1 ¹
Alzheimer	0	0,0%	1	3,7%	1	0,119 ¹
Glicocorticóides	1	0,5%	0	0,0%	1	1 ¹
Antirreumáticos	1	0,5%	0	0,0%	1	1 ¹
Cálcio	1	0,5%	0	0,0%	1	1 ¹
Tabagismo						0,6891
Sim	7	3,5%	0	0,0%	7	
Não	114	56,7%	15	53,6%	129	
Parou	80	39,8%	13	46,4%	93	
Álcool						0,4551
Sim	10	5,0%	3	10,7%	13	
Não	95	47,3%	13	46,4%	108	
Parou	96	47,8%	12	42,9%	108	
Atividade Física						0,6062
Sim	64	31,8%	7	25,0%	71	
Não	137	68,2%	21	75,0%	158	

Conclusão

Tabela 7 - Caracterização dos hábitos de vida e das variáveis clínicas associados à incontinência fecal (n=228) (Fortaleza/CE, 2019)

	IF	n	Média	DP	Mediana	Mínimo	Máximo	C.V.	Valor p
Número de AVC	Não	201	1,4	0,8	1,0	1,0	5,0	54,8%	0,029
	Sim	28	1,8	1,0	1,0	1,0	4,0	56,0%	
Tempo do último AVC	Não	182	21,4	29,0	13,0	6,0	336,0	139,0%	0,008
	Sim	47	24,4	27,4	21,0	7,0	120,0	89,4%	
Consumo de álcool por semana	Não	10	2,0	1,9	1,5	0,5	7,0	95,5%	0,473
	Sim	3	3,3	3,2	2,0	1,0	7,0	96,4%	
Quantidade de copos	Não	10	3,2	1,8	2,0	2,0	6,0	54,7%	0,772
	Sim	3	2,7	1,2	2,0	2,0	4,0	43,3%	
Tempo de atividade	Não	64	46,6	28,0	40,0	3,0	180,0	60,0%	0,414
	Sim	7	48,6	14,6	60,0	30,0	60,0	30,1%	
Número de partos	Não	79	4,0	2,8	3,0	1,0	15,0	69,5%	0,556
	Sim	11	6,0	5,6	3,0	2,0	17,0	92,8%	

1: teste de Fisher; 2: teste qui-quadrado. 3: teste de Wilcoxon. *Insuficiência Cardíaca Congestiva.

Fonte: Elaborado pela autora

Considerando as variáveis específicas do sexo feminino, nenhuma delas apresentou diferença significativa em relação à incontinência fecal (Tabela 8).

Tabela 8 - Caracterização dos dados clínicos específicos do sexo feminino associados à incontinência fecal (n=89) (Fortaleza/CE, 2019)

Dados Clínicos	Ausente		Presente		Total	Valor p
	n	%	n	%		
Menopausa	62	69,7%	8	61,5%	10	0,783 ¹
Terapia de reposição hormonal						
Sim	7	7,9%	1	7,7%	8	1 ¹
Não	80	89,9%	12	92,3%	92	
Não sabe informar	2	2,2%	0	0,0%	2	
Partos						
Sim	78	87,6%	11	84,6%	89	
Não	11	12,4%	2	15,4%	13	0,67 ¹
Parto normal	52	66,7%	8	72,7%	60	1 ¹
Parto cirúrgico	17	21,8%	3	27,3	20	0,705 ¹
Parto com fórcepes	1	1,3	0	0,0%	1	1 ¹
Parto normal e cirúrgico	18	23,1%	2	18,2%	20	1 ¹
Episiotomia						0,592 ¹
Sim	36	47,4%	4	36,4%	40	
Não	39	51,3%	7	63,6%	46	
Não sabe informar	1	1,3%	0	0,0%	1	
Laceração anal						0,626 ¹
Sim	5	7,0%	1	10,0%	6	
Não	70	98,6%	10	100,0%	80	
Não sabe informar	1	1,4%	0	0,0%	1	

1: teste de Fisher

Fonte: Elaborado pela autora

Para a Escala Bristol de Consistência das fezes (Figura 1), obteve-se um valor p de 0,416, logo não há indícios de que haja associação entre os itens investigados na escala e a presença de IF (Tabela 9).

Tabela 9 – Associação da Escala Bristol de Consistência de Fezes e incontinência fecal (n=229) (Fortaleza/CE, 2019)

Tipo de fezes segundo EBCF	Ausente		Presente		Total	Valor p
	n	%	n	%		
TIPO 1	22	12,3%	2	7,1%	24	
TIPO2	54	30,2%	7	25,0%	61	
TIPO 3	64	35,8%	9	32,1%	73	
TIPO 4	32	17,9%	2	7,1%	34	0,416 ¹
TIPO 5	20	11,2%	5	17,9%	25	
TIPO 6	9	5,0%	3	10,7%	12	
TIPO 7	0	0,0%	0	0,0%	0	

1: Teste de Fisher

Fonte: Elaborado pela autora

O modelo de regressão logística foi utilizado para verificar quais os principais fatores que levam à IF no grupo participante e de acordo com critérios estabelecidos, permaneceram no modelo: número de AVC, medicamentos antidiabéticos e perda de gases.

De acordo com os dados, a cada episódio de AVC há 2,1 mais chances de ocorrer IF, e, da mesma forma, indivíduos com AVC e *diabetes mellitus* que não tomam medicamentos antidiabéticos têm 3,8 vezes mais chances de ter IF. Indivíduos com perda de gases têm 5,9 vezes mais chances de ter IF do que as pessoas que não têm perda de gases. A interpretação do coeficiente linear indica que a chance de alguém que tenha AVC, não tome medicamento antidiabético e tenha perda de flatos e possuir o fenômeno IF é 0,029 em relação a alguém que não tenha essas características. Esses dados podem ser observados na Tabela 10.

Tabela 10 - Variáveis associadas à presença de incontinência fecal segundo modelo de regressão logística (Fortaleza/CE, 2019)

Variáveis	B	SE	Wald	Sign	Exp(B)	IC 95% Exp(B)	
Coeficiente							
Linear	-3,538	0,546	-6,478	<0,001	0,029	0,010	0,0848
Número de AVC	0,698	0,243	2,874	0,004	2,010	1,249	3,2361
Antidiabéticos	-1,339	0,630	-2,125	0,034	0,262	0,076	0,9014
Perda de gases	1,785	0,466	3,829	0,000	5,959	2,390	14,857

Fonte: Elaborado pela autora

A maior parte dos participantes (79,5%) com AVC não apresentou CI (Tabela 11).

Tabela 11 – Distribuição dos participantes de acordo com a presença de constipação intestinal (Fortaleza/CE, 2019)

Constipação Intestinal	Total	Percentual
Sim	47	20,5%
Não	182	79,5%

Fonte: Elaborado pela autora

Na tabela 12 verifica-se a caracterização da CI nos participantes identificados com essa condição (20,5%).

Tabela 12 - Distribuição dos participantes com constipação intestinal segundo as condições de eliminação (n=47) (Fortaleza/CE, 2019)

Características da Constipação Intestinal	n	%
Número de dias consecutivos sem evacuar		
2 dias ou menos	12	25,5%
Mais de 2 a 4 dias	11	23,4%
Mais de 4 dias a 1 semana	13	27,7%
Mais de 1 a 2 semanas	7	14,9%
Mais de 2 semanas	4	8,5%
Tomou algo para evacuar		
Não	14	29,8%
Sim, às vezes (menos de 25% das vezes)	19	40,4%
Sim, frequentemente (mais de 25% das vezes)	7	14,9%
Sim, geralmente (mais de 75% das vezes).	7	14,9%
Esforço para evacuar		
Eu nunca tive que fazer esforço para evacuar	2	4,2%
Muito pouco	3	6,4%
Pouco	3	6,4%
Moderado	13	27,7%
Intenso	7	14,9%
Muito intenso	19	40,4%
Há quanto tempo vem fazendo esforço		
Eu nunca me esforço para evacuar	3	6,4%
Menos de 1 ano	18	38,3%
De 1 a 2 anos	17	36,2%
Mais de 2 a 5 anos	3	6,4%
Mais de 5 a 10 anos	1	2,1%
Mais de 10 anos	5	10,6%
Fezes soltas ou consistência aquosa		
Nunca	12	25,5%
Às vezes (menos de 25% das vezes)	29	61,7%
Frequentemente (mais de 25% das vezes)	4	8,5%
Geralmente (mais de 75% das vezes)	2	4,3%
Manobras Manuais		
Sim	15	31,9%
Não	32	68,1%

Conclusão

Tabela 12 - Distribuição dos participantes com constipação intestinal segundo as condições de eliminação (n=47) (Fortaleza/CE, 2019)

Características da Constipação Intestinal	n	%
Geralmente (mais de 75% das vezes)	2	4,3%
Manobras Manuais		
Sim	15	31,9%
Não	32	68,1%
Tempo necessário no banheiro para evacuar		
Menos de 5 minutos	3	6,4%
De 5 a 10 minutos	12	25,5%
Mais de 10 até 30 minutos	18	38,3%
Mais de 30 minutos até 1 hora	12	25,5%
Mais de 1 hora	2	4,3%
Adoção de outra posição para evacuar		
Nunca	31	66,0%
Às vezes	9	19,1%
Frequentemente (mais de 25% das vezes)	6	12,8%
Geralmente (mais de 75% das vezes)	1	2,1%
Regularidade ou frequência com que evacua		
Tive constipação intestinal com frequência (mais de 25% das vezes)	38	80,9%
Às vezes tive constipação (menos de 25% das vezes)	4	8,5%
Às vezes tive diarreia (menos de 25% das vezes)	1	2,1%
Geralmente normal	4	8,5%
Precisou correr ao banheiro para evacuar		
Nunca	23	48,9%
Às vezes (menos de 25% das vezes)	21	44,7%
Frequentemente (mais de 25% das vezes)	3	6,4%
Pressionar a vagina para ajudar na evacuação (Somente para sexo feminino - N=28)		
Sim	5	17,9%
Não	23	82,1%

Fonte: Elaborado pela autora

Observou-se que indivíduos identificados com CI passaram até uma semana para conseguir evacuar (76,6%), necessitavam tomar algo laxativo em pelo menos 25% das evacuações (40,4%), realizando esforço moderado (27,7%), intenso (14,9%) ou muito intenso (40,4%). Em relação ao tempo em que o esforço se fez necessário, a maior parte dos respondentes observou constipação há pelo menos 1 ou 2 anos (74,5%)

Quanto às características das fezes, a maioria apresentou fezes endurecidas (61,7%), não realizava manobras manuais para facilitar a evacuação (68,1%), passava pelo menos 30 minutos no banheiro para evacuar (70,2%), apesar disso, não necessitava usar outra posição para facilitar a evacuação (66%) e referiu a CI como ocorrendo frequentemente, em mais de 25% das vezes (80,9%). Mesmo com alterações, 48,9% não referiram necessidade de

correr ao banheiro para evacuar. As respondentes do sexo feminino não precisaram exercer pressão ao redor da vagina para ajudar na evacuação (82,1%).

Na Tabela 13 constam os dados referentes à relação entre fatores sociodemográficos e CI. Mulheres (59,6%), procedentes de outras cidades do estado (57,4%), com ensino fundamental completo ou incompleto (53,2%), com companheiro (53,3%), aposentadas (63,8%) e do lar prevaleceram (17%). Os testes de associação demonstraram que a presença da CI apresentou associação estatisticamente significativa com as variáveis sexo ($p=0,031$) e escolaridade ($p=0,042$), bem como a variável número de membros na família.

Tabela 13- Distribuição dos fatores sociodemográficos associados à constipação intestinal (n=229) (Fortaleza/CE, 2019)

Fatores Sociodemográficos	Ausente		Presente		Total	Valor p ³
	n	%	n	%		
Sexo						
Masculino	108	59,3%	19	40,4%	127	0,031¹
Feminino	74	40,7%	28	59,6%	102	
Procedência						
Fortaleza	77	42,3%	16	34,0%	93	0,467 ²
Outras cidades do Estado	95	52,2%	27	57,4%	122	
Outros estados	10	5,5%	4	8,5%	14	
Outros países	0	0,0%	0	0,0%	0	
Nível de escolaridade						
Analfabeto	18	9,9%	12	25,5%	30	0,042²
Ensino Fundamental	120	65,9%	25	53,2%	145	
Ensino Médio	34	18,7%	10	21,3%	44	
Ensino Superior	8	4,4%	0	0,0%	8	
Pós-Graduação	2	1,1%	0	0,0%	2	
Situação Marital						
Com companheiro	117	64,3%	26	55,3%	143	0,336 ¹
Sem companheiro	65	35,7%	21	44,7%	86	
Ocupação						
Nenhuma	59	32,4%	14	29,8%	73	0,075 ¹
Aposentado	89	48,9%	30	63,8%	119	
Outras	34	18,7%	3	6,4%	38	
Profissão						
Do lar	22	12,1%	8	17,0%	30	0,068 ²
Agricultor	21	11,5%	11	23,4%	32	
Comerciante	18	9,9%	7	14,9%	25	
Serviços Gerais	18	9,9%	2	4,3%	20	
Outros	103	56,6%	19	40,4%	123	

Conclusão

Tabela 13- Distribuição dos fatores sociodemográficos associados à constipação intestinal (n=229) (Fortaleza/CE, 2019)

Variáveis	CI	n	Média	DP	Mediana	Mínimo	Máximo	C.V.	Valor p
Idade	Não	182	60,6	13,4	61,0	19,0	92,0	22,2%	0,848
	Sim	47	60,9	17,8	64,0	19,0	91,0	29,2%	
Renda Pessoal	Não	182	988,8	750,4	998,0	0,0	4700,0	75,9%	0,846
	Sim	47	983,5	769,1	998,0	0,0	5000,0	78,2%	
Renda Familiar	Não	182	1696,5	1119,0	1497,0	0,0	7000,0	66,0%	0,878
	Sim	47	1735,5	1133,8	1447,0	0,0	5988,0	65,3%	
N de membros na família	Não	182	2,4	1,3	2,0	0,0	9,0	55,8%	<0,001
	Sim	47	3,3	1,9	3,0	0,0	9,0	56,2%	
Anos de estudo	Não	182	5,7	4,2	5,0	0,0	18,0	74,1%	0,04
	Sim	47	4,4	4,4	3,0	0,0	14,0	98,8%	

1: Teste qui-quadrado; 2: Teste de Fisher; 3: teste de Wilcoxon.

Fonte: Elaborado pela autora

A CI também foi observada em maior prevalência naqueles pacientes que tiveram AVC isquêmico (83,0%), sem outra doença neurológica associada (89,4%), com outros problemas de saúde (85,1%), em uso de medicamentos anticoagulantes (87,0%) e analgésicos (0,6%), que haviam parado de fumar (53,2%) e de consumir álcool (53,2%) e que não praticavam atividades físicas (68,7%). O uso de medicamentos analgésicos mostrou associação com a CI ($p= 0,027$) e a variável Tempo do último AVC apresentou diferença significativa quanto à mediana (Tabela 14)

Foram encontradas associações estatisticamente significantes entre as variáveis específicas do sexo feminino, quanto à CI, parto normal e cirúrgico (Tabela 15).

Tabela 14 - Distribuição dos dados clínicos associados à constipação intestinal (n=229) (Fortaleza/CE, 2019)

Dados Clínicos	Ausente		Presente		Total	Valor p
	n	%	n	%		
Tipo de AVC						
Isquêmico	151	83,0%	39	83,0%	190	0,343 ¹
Hemorrágico	9	4,9%	5	10,6%	14	
Isquêmico e hemorrágico	6	3,3%	0	0,0%	14	
Não sabe	16	8,8%	3	6,4%	6	

Continuação

Tabela 14 - Distribuição dos dados clínicos associados à constipação intestinal (n=229)
(Fortaleza/CE, 2019)

Outra doença neurológica						
Sim	23	12,6%	5	10,6%	28	0,343 ¹
Não	159	87,4%	42	89,4%	201	
Epilepsia	18	78,3%	5	100%	23	0,549 ¹
Doença de Alzheimer	4	17,4%	0	0,0%	4	1 ¹
Neurologia do trigêmeo	1	4,3%	0	0,0%	1	1 ¹
Outro problema de saúde	165	90,7%	40	85,1%	206	0,287 ¹
Uso de medicação	181	100%	46	100%	227	<0,001 ²
Antihipertensivos	149	82,3%	35	76,1%	184	0,452 ²
Diuréticos	37	20,4%	15	32,6%	52	0,119 ²
Antidiabéticos	53	29,3%	7	15,2%	60	0,081 ²
Anticonvulsivantes	19	10,5%	8	17,4%	27	0,301 ²
Anticoagulantes	140	77,3%	40	87,0%	180	0,218 ²
Estatinas	119	65,7%	31	67,4%	150	0,971 ²
Antiarrítmicos	8	4,4%	4	8,7%	12	0,269 ¹
ICC*	13	7,2%	7	15,2%	20	0,139 ¹
Antidepressivos	23	12,7%	9	19,6%	32	0,339 ²
Hormônios	5	2,8%	4	8,7%	9	0,085 ¹
Broncodilatadores	5	2,8%	1	2,2%	6	1 ¹
Antiácidos	27	14,9%	5	10,9%	32	0,64 ²
Antipsicóticos	2	1,1%	2	4,3%	4	0,183 ¹
Corticoesteroides	1	0,6%	1	2,2%	2	0,365 ¹
Anti-inflamatórios	3	1,7%	0	0,0%	3	1 ¹
Anti-dopaminérgicos	0	0,0	1	2,2%	1	0,206 ¹
Analgésicos	1	0,6%	3	6,5%	4	0,027¹
Antiespásticos	2	1,1%	0	0,0%	2	1 ¹
Antiandrógenos	2	1,1%	0	0,0%	2	1 ¹
Ansiolíticos	4	2,2%	0	0,0%	4	0,585 ¹
Zinco	1	0,6%	0	0,0%	1	1 ¹
Antivertiginosos	1	0,6%	0	0,0%	1	1 ¹
Antivirais	1	0,6%	0	0,0%	1	1 ¹
Antiparkinsonianos	0	0,0%	1	2,2%	1	0,203 ¹
Antitireoidianos	1	0,6%	0	0,0%	1	1 ¹
Alzheimer	1	0,6%	0	0,0%	1	1 ¹
Glicocorticóides	1	0,6%	0	0,0%	1	1 ¹
Antirreumáticos	1	0,6%	0	0,0%	1	1 ¹
Cálcio	1	0,6%	0	0,0%	1	1 ¹
Tabagismo						
Sim	7	3,8%	0	0,0%	7	0,107 ¹
Não	107	58,8%	22	46,8%	129	
Parou	68	37,4%	25	53,2%	93	

Continuação

Tabela 14 - Distribuição dos dados clínicos associados à constipação intestinal (n=229) (Fortaleza/CE, 2019)

Álcool									
Sim		11	6,0%	2	4,3%	13			0,713 ¹
Não		88	48,4%	20	42,6%	108			
Parou		83	45,6%	25	53,2%	108			
Atividade Física		57	31,3%	14	29,8%	71			0,98 ²
Fatores Físicos		75	47,5%	18	50%	93			0,3 ²
	CI	n	Média	DP	Mediana	Mínimo	Máximo	C.V.	Valor p
Número de AVC	Não	182	1,5	0,8	1,0	1,0	5,0	55,3%	0,456
	Sim	47	1,6	0,9	1,0	1,0	0,0	57,3%	
Tempo do último	Não	182	21,4	30,6	12,0	6,0	336,0	142,6%	0,018
	Sim	47	24,4	21,4	16,0	6,0	120,0	87,5%	

Conclusão

Tabela 14 - Distribuição dos dados clínicos associados à constipação intestinal (n=229) (Fortaleza/CE, 2019)

	Sim	2	2,0	0,0	2,0	2,0	0,0	0,0%	
Tempo de atividade	Não	57	48,6	29,2	40,0	3,0	180,0	60,1%	
	Sim	14	39,6	12,2	35,0	30,0	60,0	30,7%	0,387
Número de partos	Não	65	4,2	3,0	3,0	1,0	13,0	71,6%	0,741
	Sim	25	4,2	3,9	3,0	1,0	17,0	91,2%	

1; teste de Fisher; 2: teste qui-quadrado. * Insuficiência Cardíaca Congestiva.

Fonte: Elaborado pela autora

Tabela 15 – Caracterização dos dados clínicos específicos do sexo feminino associados à constipação intestinal (Fortaleza/CE, 2019)

Dados Clínicos	Ausente		Presente		Total	Valor p
	n	%	n	%		
Menopausa						
Sim	54	73,0%	16	57,1%	70	0,194 ¹
Não	20	27,0%	12	11,8%	32	
Terapia de reposição hormonal						
Sim	5	6,8%	3	10,7%	8	0,834 ²
Não	67	90,5%	25	89,3%	92	
Não sabe informar	2	2,7%	0	0,0%	2	
Partos						
Sim	64	86,5%	25	89,3%	89	1 ²
Não	10	13,5%	3	10,7%	13	

Parto normal						0,091 ¹
Sim	47	73,4%	13	52,0%	60	
Conclusão						
Não	17	26,6%	12	48,0%	29	
Parto cirúrgico						0,281 ¹
Sim	10	15,6%	10	40,0%	20	
Não	54	84,4%	15	60,0%	69	
Parto com fórcepes						0,281 ²
Sim	0	0,0%	1	4,0%	1	
Não	64	100,0%	24	96,0%	88	
Parto normal e cirúrgico						0,028 ¹
Sim	10	15,6%	10	40,0%	20	
Não	54	84,4%	15	60,0%	69	
Episiotomia						0,61 ²
Sim	31	48,4%	9	39,1%	40	
Não	32	50,0%	14	60,9%	46	
Não sabe informar	1	1,6%	0	0,0%	1	
Laceração anal						0,747 ²
Sim	4	6,3%	2	8,7%	6	
Não	59	92,2%	21	91,3%	80	
Não sabe informar	1	1,6%	0	0,0%	1	

1: Teste de Fisher; 2: Teste qui quadrado.

Fonte: Elaborado pela autora

Conforme disposto na Tabela 16, para a EBCF o valor p resultante do teste de Fisher foi menor que 0,001, indicando haver associação estatística entre os itens da escala e a CI.

Tabela 16 – Associação da Escala Bristol de Consistência de Fezes e constipação intestinal (n=229) (Fortaleza/CE, 2019)

EBCF	Ausente		Presente		Total	Valor p
	n	%	n	%		
TIPO 1	10	5,8%	14	29,8%	24	<0,001 ¹
TIPO2	51	29,7%	10	21,3%	61	
TIPO 3	57	33,1%	16	34,0%	73	
TIPO 4	31	18,0%	3	6,4%	34	
TIPO 5	22	12,8%	3	6,4%	25	
TIPO 6	11	6,4%	1	2,1%	12	
TIPO 7	0	0,0%	0	0,0%	0	

1: Teste de Fisher.

Fonte: Elaborado pela autora

O modelo de regressão para constipação intestinal consta na tabela 17.

Tabela 17 - Análise de regressão logística em relação a constipação intestinal (Fortaleza/CE, 2019)

Variáveis	B	SE	Wald	Sign	Exp(B)	IC 95%	
Sexo	-0,903	0,400	-2,256	0,024	0,406	0,185	0,888
Outro Problema	0,035	0,015	2,318	0,020	1,036	1,005	1,067
Antidiabéticos	-1,118	0,507	-2,205	0,027	0,327	0,121	0,883
Perda de gases	1,111	0,418	2,655	0,008	3,037	1,337	6,898
Bristol Tipo 1	0,442	0,535	0,826	0,409	1,556	0,545	4,444
Bristol Tipo 2	-1,925	0,500	-3,854	0,000	0,146	0,055	0,388
Bristol Tipo 3	-1,130	0,453	-2,497	0,013	0,323	0,133	0,784
Bristol Tipo 4	-2,328	0,714	-3,262	0,001	0,097	0,024	0,395
Bristol Tipo 5	-1,910	0,708	-2,698	0,007	0,148	0,037	0,593
Bristol Tipo 6	-2,799	1,116	-2,509	0,012	0,061	0,007	0,542

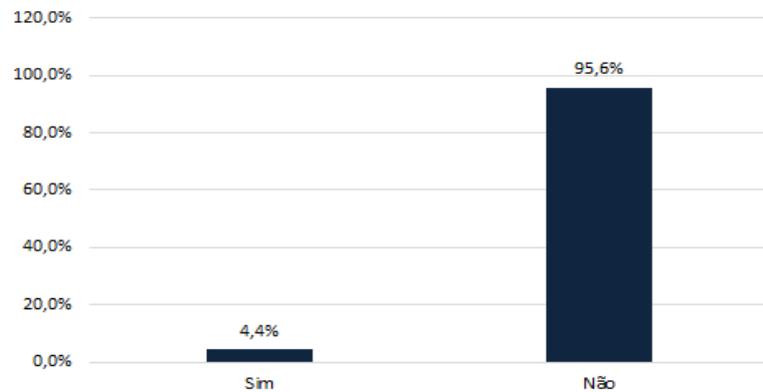
Fonte: Elaborado pela autora

Identificou-se que o sexo feminino tem aumento de 2,5 vezes na chance de desenvolver CI. Os participantes que apresentaram outro problema de saúde além do AVC têm aumento de 3,6 na chance, aqueles com *diabetes mellitus* que não tomam medicamento antidiabético têm aumento de 2,8 na chance de apresentar CI e os com perda de gases têm 3 vezes mais.

Considerando a aplicação do modelo de regressão logística para os tipos de fezes identificados pela EBCF, e adotando o tipo 1 como referência para as demais, verificou-se que pessoas com esse tipo de fezes têm 55,6% de chances a mais de ter CI do que aqueles com os demais tipos. O tipo 2 diminui em 85% as chances, o tipo 3 diminui em torno de 70%, o tipo 4 diminui 90%, o tipo 5 diminui 85% e o tipo 6 diminui 94%.

O Gráfico 3 demonstra a prevalência de indivíduos do estudo que apresentaram tanto constipação intestinal quanto incontinência fecal (4,4%).

Gráfico 3 – Distribuição de indivíduos com presença simultânea de incontinência fecal e constipação intestinal (Fortaleza/CE, 2019)



Fonte: Elaborado pela autora

Nas Tabelas 18 e 19 podem-se observar os testes de associação aplicados nos grupos sem e com presença simultânea de IF e CI.

Tabela 18 – Variáveis sociodemográficas e clínicas associadas à presença simultânea de incontinência fecal e constipação intestinal (n=229) (Fortaleza/CE, 2019)

Variáveis Sociodemográficas		Combinação de incontinência fecal e constipação intestinal				Total	Valor p
		Ausente		Presente			
		n	%	n	%		
Situação Marital							
Com companheiro		140	63,9%	3	30,0%	143	0,043¹
Sem companheiro		79	36,1%	7	70,0%	86	
Dados Clínicos		Combinação de incontinência fecal e constipação intestinal				Total	Valor p
		Ausente		Presente			
		n	%	n	%		
Antidepressivos							
Sim		28	12,8%	4	44,4%	32	0,025¹
Não		190	87,2%	5	55,6%	195	
Tempo do último AVC	Não	219	21,4	28,5	13,0	336,0	0,045
	Sim	10	35,7	34,9	21,0	120,0	

1: Teste de Fisher.

Fonte: Elaborado pela autora

Tabela 19 – Outras variáveis associadas à ocorrência simultânea de incontinência fecal e constipação intestinal (Fortaleza/CE, 2019)

Incontinência Fecal	Combinação de incontinência fecal e constipação intestinal					Valor p
	Ausente		Presente		Total	
	N	%	N	%		
Perda de gases						
Sim	52	23,7%	7	70,0%	59	0,003¹
Não	167	76,3%	3	30,0%	170	
Esforço para evacuar						
Não	147	67,1%	1	10,0%	148	<0,001¹
Sim, às vezes	43	19,6%	2	20,0%	45	
Sim, frequentemente	10	4,6%	3	30,0%	13	
Sim, geralmente	19	8,7%	4	40,0%	23	
Fezes endurecidas						
Nunca	84	38,4%	1	10,0%	85	<0,001¹
Às vezes	87	39,7%	0	0,0%	87	
Frequentemente	27	12,3%	5	50,0%	32	
Geralmente	21	9,6%	4	40,0%	25	
Ainda há fezes para eliminar						
Nunca	135	61,6%	2	20,0%	137	0,005¹
Às vezes	61	27,9%	4	40,0%	65	
Frequentemente	18	8,2%	2	20,0%	20	
Geralmente	5	2,3%	2	20,0%	7	

1: Teste de Fisher.

Fonte: Elaborado pela autora.

Para as variáveis situação marital, uso de antidepressivos, tempo de último AVC, esforço para evacuar, fezes endurecidas e percepção de presença de fezes não eliminadas, encontrou-se diferenças estatisticamente significativas.

Entretanto, o modelo de regressão logística não pôde ser aplicado devido à baixa prevalência da combinação de ambos os fenômenos na amostra estudada, uma vez que as informações não seriam confiáveis.

6 DISCUSSÃO

A discussão é apresentada de acordo com os dados sociodemográficos e clínicos investigados em pacientes com AVC, prevalência de cada tipo de condição (incontinência fecal e constipação intestinal) bem como seus fatores associados.

6.1 Dados sociodemográficos e clínicos dos pacientes com AVC

É possível verificar que quanto à variável sexo a maioria dos participantes com AVC incluídos neste estudo, era do sexo masculino. Em concordância aos achados, Leandro *et al.* (2015) e Moraes (2016), ao investigarem outras condições clínicas na mesma população em épocas distintas, também encontraram predominância do sexo masculino. Sabe-se que os homens apresentam maior risco de desenvolver AVC e morte em comparação às mulheres, independente da etnia ou raça (ENGLER, 2011). Segundo o sistema de Informação Hospitalar do Sistema Único de Saúde (SIH-SUS) foram registradas 156.278 internações de homens no SUS devido ao AVC no período de janeiro de 2011 a setembro de 2012. Outras investigações também encontraram predominância do sexo masculino (RODRIGUES *et al.*, 2013; CARVALHO *et al.*, 2015; CARVALHO; DEODATO, 2016).

Uma vez que os participantes necessitavam ter mais de 18 anos, foi encontrada uma idade mínima de 19 anos para o paciente mais novo e 98 para o paciente mais velho. Leandro *et al.* (2015) encontraram uma idade mínima de 28 anos e máxima de 87 anos, obtendo idade média de 62,28 anos, bem semelhante ao presente estudo.

Uma maior prevalência nesta faixa etária é esperada, posto que a idade é considerada o principal fator de risco não-modificável para o AVC, reforçando a necessidade da tomada de medidas urgentes referentes à prevenção e controle de fatores de risco para doenças cerebrovasculares, com o objetivo de reduzir os comportamentos de risco na população adulta, permitindo que o envelhecimento ocorra de forma mais saudável. (CARVALHO; DEODATO, 2016; SILVA *et al.*, 2018).

Entretanto, observa-se que nos países em desenvolvimento, como o Brasil, os adultos jovens apresentam-se vulneráveis às doenças crônicas, uma vez que frequentemente estão expostos a riscos, como as dificuldades socioeconômicas, fatores ambientais e sociais, além dos fatores biológicos e hereditários, tendendo a desenvolver doenças cerebrovasculares precocemente (LIMA *et al.*, 2016). O AVC em adultos jovens representa um importante impacto individual e socioeconômico em termos de anos produtivos subtraídos (TRAD;

PEREIRA; BAPTISTA, 2017). Além disso, esta alteração neurovascular em pessoas mais jovens tem um efeito especialmente devastador para o doente e a sua família, estando associada a sequelas físicas, emocionais e sociais que se traduzem numa pior qualidade de vida (CORREIA et al., 2018). Sua incidência nessa população varia entre 5 e 10% do total de AVCs (TRAD; PEREIRA; BAPTISTA, 2017).

O fato de predominarem indivíduos que residiam com companheiro tem importância na qualidade de vida, visto que os cônjuges assumem a responsabilidade do cuidado do companheiro, movidos principalmente pela obrigação matrimonial (LEANDRO, 2014).

O presente estudo obteve entre os seus respondentes uma média de 4,4 anos de estudo, considerado baixo, contrapondo-se ao encontrado por Morais (2016), em que se obteve uma média de 7,57 anos de estudo. Essa média é menor que a da população geral do país (7,7 anos de estudo) segundo dados do PNAD (2011). Entretanto, quando se considera a população com mais de 60 anos essa média passa a ser de 4,4 anos.

Os participantes possuíam uma renda pessoal média um pouco menor que o salário mínimo atual. Cavalcante *et al.* (2011) enfatizam que a renda pode interferir na ocorrência do AVC, uma vez que o decréscimo do nível socioeconômico está relacionado ao aumento da incidência desse evento.

Em seu estudo, Leandro (2014) identificou que a maioria dos participantes também era procedente de outras cidades do estado. Isso se deve ao fato dos cenários do estudo representarem referência no tratamento do AVC, uma vez que as demais cidades do interior do estado contam com serviços novos e/ou insuficientes necessários à identificação, tratamento e acompanhamento desses pacientes (CAVALCANTE, 2011; LEANDRO, 2014).

Pacientes com AVC isquêmico foram destaque na pesquisa (83,0%). Em concordância, Rowland (2007) e Cambier, Masson, Dehen (2005) afirmam que o AVC isquêmico compreende aproximadamente 85% de todas as lesões. O estudo realizado por Leandro *et al.* (2015) encontrou uma prevalência de 78,8% e na pesquisa realizada por Morais (2016) todos os participantes possuíam AVC isquêmico.

Alguns pacientes além de apresentarem AVC também conviviam com outras doenças, prevalecendo Hipertensão Arterial, *Diabetes Mellitus* e Dislipidemias. Os principais fatores de risco do AVC podem ser categorizados em grupos de risco modificáveis (hipertensão arterial, tabagismo, *diabetes mellitus*), os não modificáveis (idade, gênero, raça) e o de risco potencial (sedentarismo, obesidade, alcoolismo) (BARELLA, 2019). A hipertensão arterial é o principal fator de risco modificável para o AVC, presente em 80% dos

casos e responsável por danificar as artérias cerebrais de grande, médio e de fino calibre, bem como também as estruturas das artérias (CARVALHO; DEODATO, 2016). Estudo realizado por Rodrigues *et al.* (2013) evidenciou uma prevalência de diabetes mellitus tipo II em 20,3% de indivíduo com AVC e dislipidemias em 9,4%.

A maioria dos participantes informou não ser tabagista, não ingerir bebida alcoólica ou ter parado de consumir e não praticar atividades físicas. O tabagismo expande o risco de isquemia cerebral e o risco de AVC diminui após a interrupção da prática de fumar (CARVALHO; DEODATO, 2016). O etilismo recebe influência de variáveis comportamentais, da história de vida, dos hábitos da pessoa e, por isso, precisa ser tratado (FERNANDES, 2009) e o sedentarismo também é um fator de risco considerado mutável (RODRIGUES *et al.*, 2013)

6.2 Prevalência, caracterização e fatores associados à Incontinência Fecal

A prevalência de IF, encontrada neste estudo, foi de 12,2%, sendo 6,6% para homens e 5,7% para mulheres. Estudo retrospectivo, realizado no Brasil, identificou uma prevalência de 18% para Incontinência Anal em pacientes com AVC admitidos em um programa de reabilitação por meio da investigação de prontuários (DOURADO *et al.*, 2012). Entretanto, os autores não utilizaram uma definição padronizada, mesmo considerando incontinência anal diferente de incontinência fecal, para definir o que seria considerado como incontinência anal. Estudos nacionais sobre a prevalência de IF em pacientes com AVC em atendimento ambulatorial não foram encontrados.

Na literatura de um modo geral, é possível evidenciar estudos sobre a IF após AVC com incidências que variam entre 10 e 40% (CAMARA-LEMARROY ; IBARRA-YRUEGAS; GONGORA-RIVERA, 2014). Brittain *et al.* (2006) realizaram um levantamento populacional incluindo 1483 sobreviventes de AVC no Reino Unido, em que IF ocorreu em 5%, representando um risco quatro vezes maior quando comparado a indivíduos sem AVC.

Em Londres, grande estudo epidemiológico realizado por Harari *et al.* (2004), o qual incluiu 1563 pacientes com AVC, encontrou prevalências de IF semelhantes ao presente estudo: 11% em 1 ano pós-AVC e 15% em 3 anos.

No que se refere à população geral, na Coreia do Sul, encontrou-se uma prevalência de IF em adultos de 6,4%, sendo mais comum em idosos sem diferença entre os sexos, em que envelhecimento e diarreia foram preditores independentes do fenômeno (KANG *et al.*, 2012). Nos Países Baixos foi encontrada uma prevalência de 7,9% para o

fenômeno na população geral e em Taiwan, evidenciando predomínio de IF em 6,9% de homens idosos e em 9,3% de mulheres idosas (HORNG *et al.*, 2013). Nos Estados Unidos, o custo total anual médio no tratamento de IF é de US \$ 17.166 por pessoa, representando também uma das principais causas de encaminhamento para lares de idosos (DITAH *et al.*, 2014).

No Brasil, estudo realizado por Junqueira (2017) obteve uma prevalência de 7,9% de IF em pacientes hospitalizados de uma forma geral. Em Pouso Alegre-MG, Santos e Santos (2011) evidenciaram uma prevalência de 7% para IF em adultos. Dessa forma, é possível observar que, de um modo geral, a prevalência de IF em pacientes após AVC, não atendidos ambulatorialmente, apresenta-se maior quando comparada a presença do fenômeno identificado na população geral.

Vale salientar, entretanto, que dados a respeito da prevalência do fenômeno em estudo podem não ser muito fidedignos, uma vez que a prevalência da IF é subestimada pelo fato de ser sub-relatada e muitas pessoas não procuram assistência dos profissionais de saúde, devido ao medo, frustração e vergonha (FERREIRA; MARINO; CAVENAGHI, 2012).

As variáveis: doença de Alzheimer, não uso de medicamentos antidiabéticos na presença de diabetes, uso de antiespasmódicos, número de episódios de AVC e perda de flatos, mostraram diferenças estatisticamente significativas entre os grupos com e sem IF no presente estudo. Camara-Lemarroy, Ibarra-Yruegas e Gongora-Rivera (2014) apontam que os fatores associados ao desenvolvimento de IF, após o AVC, incluem idade avançada, gravidade do AVC, diabetes mellitus e outras doenças incapacitantes.

Estudo realizado por Junqueira *et al.* 2017 evidenciou associação entre doença de Alzheimer e a presença de incontinência fecal e incontinência urinária simultaneamente. Ao estudar os efeitos da hiperglicemia sobre a função motora e sensorial anorretal com pacientes portadores de diabetes mellitus, 18 pessoas foram submetidas a exames sistematizados de glicemia, de avaliação sensorial e motora anorretal e os resultados evidenciaram que a hiperglicemia aguda inibe a função do esfíncter anal externo e diminui a complacência retal, aumentando potencialmente o risco de incontinência fecal (RUSSO *et al.*, 2004).

Medicações antiespasmódicas possuem efeito colateral anticolinérgico e são frequentemente relacionadas ao outro fenômeno de interesse do presente estudo: constipação intestinal (JUNQUEIRA, 2017), fato este que se contrapõe ao evidenciado no presente estudo. Entretanto, Harari *et al.* (2004) evidenciaram o uso de drogas anticolinérgicas à presença de IF em pessoas com AVC. Camara-Lemarroy, Ibarra-Yruegas e Gongora-Rivera (2014) também apontam que o uso de drogas de efeito anticolinérgicos estão relacionados com a

ocorrência de IF nessa população.

A perda de flatos é critério para a definição de Incontinência Anal (SILVA; LIMA 2017). Entretanto, para IF considera-se que o indivíduo tenha perda de fezes contra sua vontade associada ou não a perda de flatos, ou seja, não preveem a perda exclusiva dos últimos (JUNQUEIRA, 2017). Dessa forma, a perda de flatos pode apresentar-se associada à IF, como se evidencia neste estudo. Quintão, Oliveira e Guedes (2010) ao estudarem IF numa população de idosos em Rio de Piracicaba-MG, evidenciaram que a maioria daqueles com incontinência apresentava diariamente perda de flatos.

Apesar de não terem sido apontadas por este estudo, outras variáveis, tais como idade avançada, (QUINTÃO; OLIVEIRA; GUEDES, 2010; SILVA *et al.*, 2016) e multiparidade são apontadas como fatores associados à IF (JUNQUEIRA, 2017). Neste estudo a idade média foi de 60,7 anos e dentre as respondentes do sexo feminino, 87,3% tinham pelo menos um filho.

A incidência de IF após o parto vaginal vem apresentando declínio de 13 a 8% nas últimas duas décadas, principalmente devido às mudanças nas práticas obstétricas, como a não mais utilização de fórceps, extração a vácuo e uso seletivo de episiotomia. Entretanto, não se pode dizer que o parto cesáreo se apresenta como fator protetor, uma vez que não se podem excluir outros fatores relacionados à gestação fortemente associados à perda de fezes, tais como obesidade e idade (JUNQUEIRA, 2017).

A IF se constitui como um problema para os idosos, de ambos os sexos, gerando consequências que afetam sua qualidade de vida e, apesar de não ameaçar a vida, acomete o indivíduo, gerando um isolamento progressivo e baixa autoestima (SILVA *et al.*, 2016; MORAES *et al.*, 2012). O processo de envelhecimento aumenta significativamente as chances de o idoso desenvolver algum tipo de incontinência, entretanto não deve ser considerada como inerente ao envelhecimento (SILVA *et al.*, 2016).

A maioria dos incontinentes relatou a eliminação de fezes em quantidade moderada (35,7%), condição esta também evidenciada por Junqueira (2017). A percepção de perda das fezes no momento em que estava acontecendo foi relatada pela maior parte dos incontinentes. Em seu estudo, Quintão, Oliveira e Guedes (2010) evidenciaram que a maioria dos entrevistados não percebia a eliminação das fezes no momento em que ocorria. Essa condição é considerada debilitante do ponto de vista físico, psíquico e social, uma vez que traz prejuízo à qualidade de vida e constrangimento, além de comprometer o relacionamento familiar (FARIA; BENAYON; FERREIRA, 2018). Assim como evidenciado por Junqueira (2017), neste estudo os indivíduos relataram não conseguir distinguir entre fezes e gases no

reto anteriormente à eliminação.

A maioria dos participantes deste estudo relatou a não utilização de protetor íntimo, indo de encontro ao evidenciado por Quintão, Oliveira e Guedes (2010) e Junqueira (2017) que encontraram uma maioria com necessidade de usar protetor íntimo e/ou fralda.

Os sujeitos deste estudo, em sua maioria, não utilizavam medicações para prevenir perda de fezes e necessitavam ter um banheiro sempre por perto. A mesma situação, quando investigada em outras populações, foi evidenciada por Domansky (2009), Quintão, Oliveira e Guedes (2010) e Junqueira (2017).

Quanto à caracterização das fezes perdidas, identificou-se que, em mais de 75% das vezes, elas eram líquidas ou amolecidas (46,4%). Estudo populacional realizado por Domansky (2009) evidenciou que não havia observação rotineira das características das fezes, tais como forma e consistência. A consistência das fezes está relacionada de maneira intrínseca com a capacidade de continência, uma vez que o controle de fezes líquidas é mais difícil do que o de fezes sólidas, ainda que todos os mecanismos envolvidos na continência estejam intactos e preservados (JUNQUEIRA, 2017).

Estudo realizado nos EUA determinou que a prevalência estimada de IF em adultos não institucionalizados foi de 8,3%, com 6,2% relatando a perda de fezes líquidas, 1,6% de fezes sólidas, sendo a prevalência semelhante nas mulheres (8,9%) e nos homens (7,7%) e aumentando com a idade: 2,6% em adultos de 20 a 29 anos e até 15,3% em pessoas de 70 anos ou mais (BHARUCHA *et al.*, 2015). Um estudo transversal multicêntrico realizado em Barcelona entrevistou 518 pessoas atendidas em dez centros de saúde primários, encontrando uma prevalência global de IF de 10,8%, sendo que 2,7% relataram perda de gases, 3,7% de fezes líquidas e 4,4% de fezes sólidas (MAESTRE *et al.*, 2010).

A avaliação da gravidade da IF, segundo o IIA, demonstrou que 57,1% dos indivíduos apresentaram situação moderada. A utilização dos índices de gravidade de incontinência fecal existentes permite a estratificação da gravidade da incontinência e o IIA vem sendo amplamente utilizado por coloproctologistas, uroginecologistas, cirurgiões gerais e do aparelho digestivo e outros profissionais que publicam nesta área (JORGE; JUNIOR; BUSTAMANTE-LOPEZ, 2015).

Estudo realizado por Faria, Benayon e Ferreira (2018) investigou a presença de incontinência anal em mulheres idosas e evidenciou índice de Incontinência Anal diferente de zero em 19 pacientes (28,8 %), com idade média de 67,7 anos, e destas 17 (89,5%) foram classificadas como tendo incontinência leve e duas (10,5%) com incontinência moderada.

As consequências da IF podem ser agravadas em decorrência do estigma social e,

dessa forma, muitas pessoas acabam por não compartilharem a condição com familiares e amigos, com tendência ao isolamento social (JUNQUEIRA, 2017). Estudos mais aprofundados sobre o assunto podem permitir o conhecimento da epidemiologia do fenômeno na população geral, bem como em específicas e contribuir para o desenvolvimento de políticas públicas visando à prevenção primária e secundária, e ao tratamento (SANTOS; SANTOS, 2011).

6.3 Prevalência, caracterização e fatores associados à Constipação Intestinal

A presença de CI em 20,5% dos participantes deste estudo (8,3% dos homens e 12,2% das mulheres) foi maior que a obtida na pesquisa de Junqueira (2017), na qual foram adotados os mesmos critérios para considerar o fenômeno como presente, obtendo uma prevalência de 14,9% em pacientes hospitalizados. Outro estudo realizado no Brasil, no município de Londrina-PR, demonstrou uma prevalência de 14,6% na população em estudo (SCHMIDT *et al.*, 2015). Esses autores (SCHMIDT *et al.*, 2015; JUNQUEIRA *et al.* 2017) evidenciaram ainda relação estatisticamente significativa entre o AVC e a presença de CI. Sexo feminino e tempo do último AVC apresentaram associação com a CI em pacientes com AVC neste estudo. Outras investigações que demonstraram essa associação incluem as realizadas por Bracci *et al.* (2007) e Otegbayo *et al.* (2006).

Porém, a maior parte dos estudos não tem conseguido mostrar uma associação direta, ressaltando o fato de que pesquisas nessa área são limitadas (ENGLER, 2015). Na população geral a prevalência CI pode variar entre 2 e 27%, de acordo com fatores demográficos, tamanho da amostra e definição de CI utilizada nos diferentes estudos (ENGLER, 2015).

Um dos maiores estudos populacionais realizados até o momento evidenciou uma incidência de 7% de CI em 11.757 pacientes dinamarqueses admitidos em unidades de AVC (INGEMAN *et al.*, 2011). Revisão sistemática da literatura realizada por Li *et al.* (2017) demonstrou que a incidência do fenômeno em pacientes pós-AVC é em torno de 48%, sendo maior para pacientes que tiveram AVC isquêmico (66%) em relação ao AVC hemorrágico (51%), e a incidência na doença na fase aguda (45%) foi menor do que na fase de reabilitação (48%). Da mesma forma, a CI também foi observada em maior prevalência naqueles que tiveram AVC isquêmico (83,0%) no presente estudo. Estudo realizado por Engler (2015) demonstrou uma prevalência de 31% para CI em pacientes com AVC admitidos num programa de reabilitação. Revisão sistemática com metanálise realizada por Zhai *et al.* (2017)

demonstrou que a incidência de CI em pacientes com AVC hemorrágico é maior do que em pacientes com tipo isquêmico e, da mesma forma, a incidência no estágio de reabilitação é maior que no estágio agudo.

É importante salientar que a CI é difícil de ser caracterizada devido a componentes subjetivos da sintomatologia, podendo ser revelada por uma história de uso de laxante ou critérios formais e amplamente estabelecidos, tais como os critérios de Roma III (CAMARA-LEMARROY; IBARRA-YRUEGAS; GONGORA-RIVERA, 2014). Variações encontradas na prevalência do fenômeno em pacientes com AVC justificam-se, uma vez que há falta de uma definição precisa (AZEVEDO; MACHADO, 2013). O conceito de hábito intestinal normal para a população brasileira, está associado à frequência das evacuações, entretanto, a utilização dos Critérios de Roma III permite que sejam considerados outros fatores para seu diagnóstico, tais como esforço evacuatório, obstrução anorretal, esvaziamento incompleto do reto e uso de manobras manuais em 25% das evacuações em seis meses seguidos (JUNQUEIRA, 2017).

Na presente investigação, foi utilizado o instrumento Hábito Intestinal na População Geral, também aplicado por outros pesquisadores para investigação da CI (SCHMIDT, 2015; ENGLER, 2015; JUNQUEIRA, 2017), semelhante aos critérios de Roma III e utilizados na população em geral, bem como em específicas.

Outras variáveis que apresentaram diferenças estatisticamente significativas para CI em pacientes com AVC quando comparados aos indivíduos não constipados foram: escolaridade, número de membros na família, uso de medicamentos analgésicos, itens da EBCF, em que o tipo 1 foi o mais prevalente dentre os constipados.

O modelo de regressão logística realizado neste estudo mostrou que o sexo feminino tem aumento de 2,5 vezes na chance de desenvolver CI, bem como os que apresentam outro problema de saúde além do AVC, não tomam medicamento antidiabético quando necessário, e apresentam perda de flatos.

Sabe-se que CI é mais comum nas mulheres e aumenta conforme o envelhecimento, sendo frequente em pessoas não brancas, com baixa ingestão calórica, podendo estar associada com inatividade física, uso de alguns medicamentos, tais como opioides, diuréticos, antidepressivos, anti-histamínicos, antiespasmódicos, anticonvulsivantes e antiácidos de alumínio, baixa renda, nível educacional, abuso físico e sexual (ENGLER, 2015). Possível explicação para a alta taxa de prevalência no gênero feminino deve-se aos fatores hormonais, pois durante a fase lútea do ciclo menstrual a ação da progesterona está aumentada e com isso existem maiores riscos de manifestações e sintomas de CI (SILVA,

2017).

No que se refere aos aspectos ginecológicos e obstétricos, estudo realizado por Schmidt (2012) demonstrou que a CI em mulheres parece ser mais comum por razões como a gravidez e o parto, bem como alterações hormonais próprias do sexo feminino. O presente estudo demonstrou que a maioria das mulheres se encontrava no período pós-menopausa bem como as do estudo realizado por Leandro *et al.* (2015). Vale salientar que homens, entretanto, possuem uma tendência de aumento da prevalência de CI conforme aumenta a idade (COLLETE; ARAÚJO; MADRUGA, 2010).

Estudos epidemiológicos sugerem que a CI é mais prevalente em pessoas sedentárias quando comparada a pessoas que fazem atividade física regular (ENGLER, 2015). A maioria dos participantes do presente estudo não praticava atividade física. O exercício físico proporciona movimentos no intestino grosso e mudanças hormonais, que provocam efeitos mecânicos no intestino, facilitando o peristaltismo, além de melhorar o tônus muscular pélvico e abdominal, facilitando a expulsão do bolo fecal (GARCIA *et al.*, 2016). Além disso, as recomendações atuais para manejo de CI propostas pela Associação Americana de Gastroenterologia sugerem a prática regular de atividade física (COLLETE; ARAÚJO; MADRUGA, 2010).

As principais complicações relacionadas à CI ainda durante a fase de hospitalização de pacientes com AVC incluem: gastroparesia e íleo paralítico, condições que dificultam a progressão do suporte nutricional, resultando em pior prognóstico, reduzindo a força muscular geral e capacidade funcional do paciente, bem como a capacidade de sintetizar novos tecidos e cicatrização de feridas, aumentando o número de infecções e o tempo de hospitalização (AZEVEDO; MACHADO, 2011).

O presente estudo demonstrou possível associação do nível de escolaridade e a presença de CI. Em concordância a esse achado, Carneiro *et al.* (2018) observaram em seu estudo tendência de aumento da prevalência de CI conforme o nível de escolaridade diminuía. Junqueira (2017) sugere ainda que pode haver relação entre escolaridade e IF. Esse achado pode ser devido às diferenças nos hábitos alimentares conforme diminui o *status* social e o consumo de fibras e alimentos saudáveis em geral é baixo na população como um todo, mas é ainda menor entre aqueles indivíduos pertencentes às classes menos favorecidas economicamente (COLLETE; ARAÚJO; MADRUGA, 2010).

O uso de diuréticos (classe de anti-hipertensivos) pode estar associado ao risco de CI (ENGLER, 2015). Vale salientar ainda que polifarmácia é um fator que pode ser considerado agravante da CI (CARNEIRO, 2018).

Indivíduos identificados com CI passaram até uma semana para conseguir evacuar, necessitavam tomar algo laxativo em pelo menos 25% das evacuações, realizando em sua maioria esforço caracterizado como muito intenso. Em concordância com os achados, Engler (2015) evidenciou diminuição na frequência das evacuações (73%), realização esforço durante evacuação (77%), além de terem sido identificados pacientes que faziam uso contínuo de laxantes (25,6%).

Junqueira (2017) obteve em seu estudo uma maioria de pessoas constipadas com relato de fezes de consistência endurecida como sendo o mais frequente (92%) seguido de esforço para evacuar (82%), de moderado a muito intenso para a maioria (50%).

O uso abusivo de laxantes pode ter como consequência o surgimento de outros problemas como: doença diverticular do cólon, hemorroidas, fissuras anais e fecalomas com impactação fecal, uma vez que provocam alterações nos receptores nervosos mioentéricos e na inervação da musculatura circular do reto, piorando a CI em longo prazo (COLLETE; ARAÚJO; MADRUGA, 2010; JUNQUEIRA, 2017). Lin *et al* 2013 identificaram frequência de 60% dos pacientes constipados em uso de laxantes.

De acordo com os dados acima, identifica-se que o uso de laxantes por pacientes com seqüela de AVC é relevante, o que reforça a importância de identificar, o mais precocemente possível, aqueles constipados em uso dessas medicações, de preferência no momento da admissão em programa de reabilitação, para melhor eficiência do programa de reeducação intestinal, já que esse deverá ser instituído e adaptado a essa ocorrência (ENGLER, 2015).

Em relação ao tempo em que vem fazendo esforço, a maior parte dos respondentes identificou constipação há pelo menos 1 ou 2 anos (74,5%). Esse dado deve-se provavelmente aos critérios adotados para seleção dos participantes, em que o AVC deveria estar presente a pelo menos seis meses, de forma a adequar-se da melhor forma possível aos critérios de Roma.

Quanto às características das fezes, as pessoas com constipação apresentaram fezes endurecidas na maior parte das evacuações (87,2%) e não necessitavam utilizar os dedos da mão para exercer uma determinada pressão ao redor do ânus e facilitar a evacuação (68,1%). Esses achados vão ao encontro dos resultados obtidos por Engler (2015) e Junqueira (2017), em que os pacientes em sua maioria apresentavam frequentemente ou geralmente eliminação de fezes de consistência endurecidas (74,3% e 76,2% respectivamente), porém necessitavam utilizar de manobras manuais para evacuar (7,7%, e 29,%).

Quanto à EBCF, este estudo indicou que a chance de ter o tipo 1 é 55,6% maior do que os demais tipos de fezes em relação a ter CI. No estudo realizado por Junqueira (2017) o tipo 1 e 2 totalizaram, juntos, 37,1% dos participantes e fezes do tipo 1 e 2 são apontadas em indivíduos com tendência à CI (JUNQUEIRA, 2017).

Carneiro *et al.* (2018) obtiveram em seu estudo que indivíduos que apontaram para as classificações do tipo 1, 2 e 5 possuem chances 2300, 371 e 454 maiores de terem CI, em relação aos que apontaram o tipo 4. Além disso, é importante salientar também que a consistência das fezes está intimamente relacionada com a capacidade de continência, uma vez que o controle das fezes líquidas é mais difícil que o de fezes sólidas, mesmo que outros mecanismos relacionados na continência apresentem-se intactos e preservados e, os tipos 5 a 7 estariam relacionados à IF (JUNQUEIRA, 2017).

Dessa forma, é possível dizer que a CI se constitui como queixa frequente, podendo causar desconforto em pacientes com AVC. As diferenças nas frequências dos sintomas podem estar relacionadas ao tamanho, características das amostras e critérios utilizados para definição dos sintomas de constipação intestinal e dos critérios de inclusão e exclusão dos participantes.

6.4 Prevalência, caracterização e fatores associados à Incontinência Fecal e Constipação intestinal simultaneamente em pacientes com AVC

Como já elucidado anteriormente, é possível que pacientes após AVC apresentem simultaneamente IF e CI. No presente estudo foi encontrada prevalência global de 4,4%, em que situação marital, uso de antidepressivos, tempo de último AVC, esforço para evacuar, fezes endurecidas e ainda a existência de fezes para eliminar no reto, apresentaram diferenças estatisticamente significativas no grupo com IF e CI em relação ao grupo sem. Blakken e colaboradores (2018) também apontaram relação entre os fenômenos. Entretanto, de um modo geral, a literatura carece de informações sobre a presença de ambos os fenômenos em pacientes com AVC.

Pessoas com AVC têm um risco muito maior de incontinência fecal e constipação do que a população geral e, muitas vezes, há uma linha tênue entre os dois sintomas, em que o manejo que pretende melhorar um risco acaba precipitando o aparecimento do outro (COGGRAVE; NORTON; CODY, 2014). Além disso, sabe-se que fatores associados à lesão cerebral podem alterar a peristalse e eliminação das fezes e, dessa forma, pacientes com AVC poderão apresentar constipação intestinal e incontinência anal (DOURADO; ENGLER;

OLIVEIRA, 2012).

Estudo retrospectivo realizado por Dourado, Engler e Oliveira (2012), que objetivou pesquisar a prevalência da disfunção intestinal, incontinência anal e constipação intestinal, em pacientes com lesão cerebral decorrente de AVC, encontrou uma prevalência de disfunção intestinal de 41%, sendo 24% para incontinência anal e 27% para constipação intestinal.

Essas complicações, quando encontradas de maneira simultânea, estão associadas com o aumento do tempo de internação hospitalar, desenvolvimento de outras complicações e até aumento da mortalidade (CAMARA-LEMARROY *et al.*,2014).

Podemos apontar como limitações para a realização deste estudo:

- ✓ Necessidade de modificar o erro amostral de 5% para 6% para atingir o total de participantes posteriormente pretendidos, uma vez que houve dificuldade de encontrar em tempo hábil, pacientes que se adequassem aos critérios de inclusão estabelecidos;
- ✓ Dificuldade de alguns os participantes entenderem que os fenômenos incontinência fecal e constipação intestinal estavam sendo investigados somente após a ocorrência do Acidente Vascular Cerebral e que a existência anterior a esse período não era objetivo do estudo;
- ✓ Escassez de estudos sobre a prevalência de constipação intestinal e incontinência fecal em pacientes após Acidente Vascular Cerebral, dificultando a discussão dos resultados por meio de comparações com outros dados;
- ✓ Necessidade de adaptar determinados conceitos referentes aos critérios anteriormente estabelecidos (ex: Critérios de Roma III) para entendimento da população.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Incontinência fecal e constipação intestinal em decorrência do AVC ainda são pouco exploradas na literatura nacional e internacional. Isso se deve principalmente ao fato de serem consideradas condições não fatais, bem como pelas suas subnotificações, uma vez que são consideradas situações de embaraço e vergonha, não sendo relatadas a amigos e familiares. Entretanto, sabe-se que o AVC pode provocar alterações no trato gastrointestinal devido aos danos no SNC e esses fenômenos recebem ainda menos atenção que a incontinência urinária na mesma população.

Dados de prevalência variam dependendo das definições utilizadas, localização da lesão e o tipo de estudo. Apesar disso, as taxas de prevalência encontradas no presente estudo dialogam com a literatura nacional e internacional. Porém, há lacuna de conhecimento quanto à ocorrência desses fenômenos em pacientes após AVC. Da mesma maneira, informações a respeito de condutas para promover a reeducação intestinal, bem como promover a saúde desses pacientes são escassas.

Nessa perspectiva, optou-se por preencher tal lacuna na literatura, contribuindo para o cuidado da saúde cerebrovascular no país por meio da identificação da prevalência dos fenômenos e fatores associados, aplicando-se técnicas estatísticas específicas para esse fim.

Após obtenção e análise dos dados contemplados neste estudo, foi possível a detecção dos eventos e suas distribuições na população de interesse. Também houve a possibilidade de identificar fatores associados aos objetos de estudo, mesmo não sendo possível estabelecer relação de causa-efeito, criando a oportunidade de, posteriormente, serem desenvolvidos estudos longitudinais que possam comprovar a relação entre os fatores e os desfechos. Estudos transversais constituem-se em importantes ferramentas para a detecção de eventos e sua distribuição na população de interesse.

Para IF encontrou-se uma prevalência de 12,2% neste estudo, em que a doença de Alzheimer, número de AVC e tempo do último AVC apresentaram diferenças estatisticamente significativas. Da mesma maneira, o modelo de regressão logística identificou que a cada episódio de AVC há 2,1 vezes mais chance de ter IF e, da mesma forma, indivíduos com AVC e *diabetes mellitus* que não tomam medicamentos antidiabéticos têm 3,8 vezes mais chances de ter IF. Indivíduos com perda de gases têm 5,9 vezes mais chance de ter IF do que as pessoas que não tem perda de gases.

Esses indivíduos em sua maioria não utilizavam medicação para prevenir perda de

fezes e o problema fora identificado há pelo menos um ano, não fazendo uso de protetor íntimo. A perda de fezes era percebida mais frequentemente quando estavam acordados, sendo importante ter um banheiro por perto. Identificou-se também que a maior parte dos incontinentes perdiam fezes líquidas ou amolecidas, em quantidade moderada, e os que utilizavam exigiam troca do protetor íntimo ou roupa íntima. Evidenciou-se ainda que geralmente, os respondentes percebiam quando a perda de fezes estava acontecendo, entretanto, a diferença entre eliminar gases e fezes não era percebida. A gravidade da IF investigada com o IIA considerou que a maioria estava na categoria moderada.

Já para CI, encontrou-se uma prevalência de 20,5% no presente estudo, as variáveis sexo, escolaridade, número de membros na família, uso de medicações analgésicas, tempo do último AVC e os tipos de fezes da EBCF apresentaram diferenças estatisticamente significativas. O modelo de regressão logística identificou que o sexo feminino tem 2,5 vezes mais chance de desenvolver CI. Os participantes que apresentaram outro problema de saúde além do AVC têm 3,6 a mais de chance, aqueles com diabetes mellitus que não tomam medicamento antidiabético têm mais 2,8 de chance de apresentar e os com perda de gases têm 3 vezes mais.

Considerando a aplicação do modelo de regressão logística para os tipos de fezes identificados pela EBCF e adotando o tipo 1 como referência para as demais, verificou-se que pessoas com esse tipo de fezes têm 55,6% de chance a mais de ter CI do que aqueles com os demais tipos. O tipo 2 diminui em 85% as chances, o tipo 3 diminui em torno de 70%, o tipo 4 diminui 90%, o tipo 5 diminui 85% e o tipo 6 diminui 94%.

Observou-se que indivíduos identificados com CI passaram até uma semana para conseguir evacuar, necessitavam tomar algo laxativo em pelo menos 25% das evacuações, realizando esforço moderado, intenso ou muito intenso. Em relação ao tempo em que o esforço se fez necessário, a maior parte dos respondentes observou constipação há pelo menos 1 ou 2 anos.

Quanto às características das fezes, a maioria apresentou fezes endurecidas (61,7%), não realizava manobras manuais para facilitar a evacuação, passava pelo menos 30 minutos no banheiro para evacuar, apesar disso, não necessitava usar outra posição para facilitar a evacuação e referiram a CI como ocorrendo frequentemente, em mais de 25% das vezes. Mesmo com alterações, 48,9% não referiram necessidade de correrem ao banheiro para evacuar. As respondentes do sexo feminino não precisaram exercer pressão ao redor da vagina para ajudar na evacuação.

Encontraram-se diferenças estatisticamente significativas entre os grupos sem e

com a presença simultânea de IF e CI para as seguintes variáveis: situação marital, uso de antidepressivos, tempo de último AVC, esforço para evacuar, fezes endurecidas e percepção de presença de fezes não eliminadas

O estudo atendeu aos seus objetivos ao identificar dados de prevalência dos fenômenos investigados, caracterizá-los e identificar associações.

O papel da enfermagem na intervenção preventiva dos fatores associados à presença de IF e/ou CI em pacientes após AVC não foi investigado neste estudo por não ser o foco de sua proposta. No entanto, sugere-se que estudos posteriores capacitem as equipes de enfermagem para identificação dos fenômenos, bem como para a utilização de intervenções relacionadas à reeducação intestinal e estratégias de promoção da saúde e cuidados especiais aos portadores dessas condições que trazem prejuízo à qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

- Anexo A. Os critérios diagnósticos de Roma III para os distúrbios gastrointestinais funcionais. **Arq. Gastroenterol.**, São Paulo, v. 49, supl. 1, p. 64-68, 2012.
- AZEVEDO, R. P; MACHADO, F. R. Constipação intestinal em pacientes graves: muito mais do que imaginamos. **Rev Bras Ter Intensiva**, v. 25, n. 2, p. 73-74, 2013.
- BASTOS, J.L.D.; DUQUIA, R.P. Um dos delineamentos mais empregados em epidemiologia: estudo transversal. **Scientia Medica**, v. 17, n. 4, p. 229-232, 2007.
- BARELLA, R.P. *et al.* Perfil do atendimento de pacientes com acidente vascular cerebral em um hospital filantrópico do sul de Santa Catarina e estudo de viabilidade para implantação da Unidade de AVC. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, v. 48, n. 1, p. 131-143, 2019.
- BHARUCHA, A. *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. **The American Journal Of Gastroenterology**, [s.l.], v. 110, n. 1, p.127-136, 23 dez. 2014. Springer Nature.
- BHARUCHA, A.E; PEMBERTON, J.H; LOCKE, G.R. American Gastroenterological Association Technical Review on Constipation. **Gastroenterology**, [s.l.], v. 144, n. 1, p.218-238, jan. 2013. Elsevier BV.
- BLEKKEN, L.E. *et al.* Constipation and Laxative Use among Nursing Home Patients: Prevalence and Associations Derived from the Residents Assessment Instrument for Long-Term Care Facilities (interRAI LTCF). **Gastroenterology Research And Practice**, [s.l.], v. 2016, p.1-12, 2016.
- BRACCI F. *et al.* Chronic constipation in hemiplegic patients. **World J Gastroenterol**, v.13, p.3967–72, 2007.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Diretrizes de atenção à reabilitação da pessoa com acidente vascular cerebral**. Editora do Ministério da Saúde, 2013.
- BRITTAIN K. *et al.* Isolated urinary, fecal, and double incontinence: prevalence and degree of soiling in stroke survivors. **J Am Geriatr Soc**, v.52, p.1915–9, 2006.
- CAMARA-LEMARROY, C.R.; IBARRA-YRUEGAS, B.E.; GONGORA-RIVERA, F. Gastrointestinal complications after ischemic stroke. **Journal Of The Neurological Sciences**, [s.l.], v. 346, n. 1-2, p.20-25, nov. 2014.
- CAMBIER, J; MASSON, M; DEHEN, H. **Neurologia**. 11.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

CARNEIRO, R.C.M. *et al.* Constipação intestinal em idosos e sua associação com fatores físicos, nutricionais e cognitivos. **Aletheia**, v. 51, n. 1 e 2, 2018.

CARVALHO, I.A.; DEODATO, L.F.F. Fatores de risco do acidente vascular encefálico. **Revista Científica da FASETE**, p. 180, 2016.

CARVALHO, M.I.F. *et al.* Acidente Vascular Cerebral: Dados Clínicos e epidemiológicos de uma clínica de fisioterapia do sertão nordestino Brasileiro. **Revista Interfaces: Saúde, Humanas e Tecnologia**, v. 2, n. 6, 2015.

CAVALCANTE, T.F. **Validação do diagnóstico de enfermagem risco de aspiração em pacientes com acidente vascular cerebral**. 2011. 190f. Tese (Doutorado em Promoção da Saúde). Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2011.

COGGRAVE, M.; NORTON, C.; CODY, J.D. Management of faecal incontinence and constipation in adults with central neurological diseases. **Cochrane Database Of Systematic Reviews**, [s.l.], p.1-61, 13 jan. 2014. Wiley-Blackwell.

COLLETE, V.L.; ARAÚJO, C.L.; MADRUGA, S.W. Prevalência e fatores associados à constipação intestinal: um estudo de base populacional em Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil, 2007. **Cadernos de saúde pública**, v. 26, p. 1391-1402, 2010.

CORREIA, J. P. *et al.* Investigação Etiológica do Acidente Vascular Cerebral no Adulto Jovem. **Medicina Interna**, v. 25, n. 3, p. 213-223, 2018.

CRUZ, F.R.N. Constipação Intestinal: Abordagem Medicamentosa e não Medicamentosa. **International Journal of Nutrology**, v. 7, n. 1, p. 15-20, 2014.

DITAH, I. *et al.* Prevalence, trends, and risk factors for fecal incontinence in United States adults, 2005–2010. **Clinical Gastroenterology and Hepatology**, v. 12, n. 4, p. 636-643. e2, 2014.

DO CARMO, J.F; OLIVEIRA, E.R.A; MORELATO, R.L. Incapacidade funcional e fatores associados em idosos após o Acidente Vascular Cerebral em Vitória–ES, Brasil. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 19, n. 5, p. 809-818, 2016.

DOMANSKY, R.C; SANTOS, V.L.C.G. Adaptação cultural e validação do instrumento The Bowel Function in the Community para o Brasil. **Revista da Escola de Enfermagem da Usp**, [s.l.], v. 43, n., p.1114-1129, dez. 2009a.

DOMANSKY, R.C. **Avaliação do hábito intestinal e fatores de risco para incontinência anal na população geral**. 2009. 125 f. Tese (Doutorado em Enfermagem na Saúde do Adulto) - Curso de Enfermagem, Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009b.

DOSHI, V.S. *et al.* Complications in stroke patients: a study carried out at the Rehabilitation Medicine Service, Changi General Hospital. **Singapore Med J**, v. 44, n. 12, p. 643-52, 2003.

DOURADO, C.C; ENGLER, T.M.N.M; OLIVEIRA, S.B. Disfunção intestinal em pacientes com lesão cerebral decorrente de acidente vascular cerebral e traumatismo craniocéfálico:

- estudo retrospectivo de uma série de casos. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 21, n. 4, p. 905-911, hor Dec. 2012.
- ENGLER, T.M.N.M; FARAGE, L; MELLO, P.A. Constipação intestinal em pacientes admitidos em programa de reabilitação neurológica. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 24, n. 6, 2011.
- ENGLER, T.M.N *et al.* Stroke: bowel dysfunction in patients admitted for rehabilitation. **The open nursing journal**, v. 8, p. 43, 2014.
- ENGLER, T.M.N.M. **Fatores associados à constipação intestinal em pacientes crônicos com lesão cerebral decorrente de acidente vascular cerebral admitidos para programa de reabilitação.** 2015. 119 f. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde) - Curso de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, Brasília, 2015.
- FARIA, C.A; BENAYON, P.C; FERREIRA, A.L.V. Prevalência de incontinências anal e dupla em idosas e impacto na qualidade de vida. **Arquivos de Ciências da Saúde**, v. 25, n. 1, p. 41-45, 2018.
- FERNANDES, P.T. Aspectos psicossociais do AVC. **ComCiência**, n. 109, p. 0-0, 2009.
- FERREIRA; L.L; MARINO; L.H.C; CAVENAGHI, S. Intervenção fisioterapêutica na incontinência fecal no idoso. **Arquivos Brasileiros de Ciências da Saúde**, v.37, n.3, p.168-72, 2012.
- GARCIA, L.B. *et al.* Constipação intestinal: aspectos epidemiológicos e clínicos. **Saúde e Pesquisa**, v. 9, n. 1, p. 153-162, 2016.
- GALVÃO-ALVES, J. Constipação intestinal. **J. bras. med**, v. 101, n. 02, p. 31-37, 2013.
- HARARI, D. *et al.* New-onset fecal incontinence after stroke: prevalence, natural history, risk factors, and impact. **Stroke**, v. 34, n. 1, p. 144-150, 2003.
- HARARI, D. *et al.* Treatment of constipation and fecal incontinence in stroke patients: randomized controlled trial. **Stroke**, v. 35, n. 11, p. 2549-2555, 2004.
- HERDMAN, T.H (Ed.). **NANDA Internacional Diagnósticos de Enfermagem da NANDA: definições e classificação 2015-2016.** Porto Alegre: Artmed, 2015.
- HORNG, S.-S. *et al.* Fecal incontinence epidemiology and help seeking among older people in Taiwan. **Neurourology and urodynamics**, v. 33, n. 7, p. 1153-1158, 2014.
- IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. **Pesquisa Nacional por amostra de domicílios: 2011.** Rio de Janeiro, 2011.
- INGEMAN A. *et al.* Processes of Care and Medical Complications in Patients With Stroke. **Stroke**, v.42, p.167-72, 2011.
- JIANG, Y.-J. Clinical observation on Tui-pushing the Large Intestine Meridian plus point sticking at Tianshu (ST 25) in prevention of post-stroke constipation. **Journal Of Acupuncture And Tuina Science**, [s.l.], v. 14, n. 6, p.396-400, dez. 2016. Springer Nature.

JORGE, J.M.N.; WEXNER S. D. Etiology and management of fecal incontinence. **Dis Colon Rectum** 1993; 36: 77-97.

JORGE, J.M.N; JUNIOR, I.F.; BUSTAMANTE-LOPEZ, L.A. Incontinência Anal: Avaliação Clínica Inicial e Índices de Gravidade.

JUNQUEIRA, J.B. **Incontinências Urinárias e fecal e Constipação Intestinal em pacientes hospitalizados: prevalência e fatores associados.** 2017. 190 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem na Saúde do Adulto) - Curso de Enfermagem, Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2017.

KANG, H.-W *et al.* Prevalence and Predictive Factors of Fecal Incontinence. **Journal Of Neurogastroenterology And Motility**, [s.l.], v. 18, n. 1, p.86-93, 31 jan. 2012. The Korean Society of Neurogastroenterology and Motility.

LEANDRO, Telma Alteniza. **Prevalência de diagnósticos de enfermagem de incontinência urinária com acidente vascular cerebral.** 2014. 98 f. Dissertação (Mestrado em Promoção da Saúde) - Curso de Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2014.

LEANDRO, T.A. *et al.* Urinary incontinence nursing diagnoses in patients with stroke. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 49, n. 6, p. 923-930, Dec. 2015.

LEITE, J.; POÇAS, F. Tratamento da incontinência fecal. **Rev Port Coloproct**, v. 7, n. 2, p. 68-72, 2010.

LEWIS, S.J.; HEATON, K.W. Stool Form Scale as a Useful Guide to Intestinal Transit Time. **Scandinavian Journal Of Gastroenterology**, [s.l.], v. 32, n. 9, p.920-924, jan. 1997.

LI, J. *et al.* Incidence of constipation in stroke patients. **Medicine**, [s.l.], v. 96, n. 25, p.1-6, jun. 2017. Ovid Technologies (Wolters Kluwer Health).

LIM, S.-F. *et al.* Incidence and predictors of new-onset constipation during acute hospitalisation after stroke. **International journal of clinical practice**, v. 69, n. 4, p. 422-428, 2015.

LIM, S.F.; CHILDS, C. A systematic review of the effectiveness of bowel management strategies for constipation in adults with stroke. **International Journal Of Nursing Studies**, [s.l.], v. 50, n. 7, p.1004-1010, jul. 2013. Elsevier BV.

LIMA, M.B.; PEREIRA, M.C.A. Constipação intestinal em pacientes tratados com opioides: uma revisão integrativa. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 30, n. 2, p. 275-282, 2017.

LINDBERG, G. *et al.* Constipação: uma perspectiva mundial. **World Gastroenterology Organisation Practice Guidelines**, p. 1-15, 2010.

MAESTRE, Y. *et al.* Prevalencia de incontinencia fecal y su relación con el hábito defecatorio en pacientes atendidos en medicina primaria. **Medicina Clínica**, [s.l.], v. 135, n. 2, p.59-62, jun. 2010.

MARTINEZ, A.P.; AZEVEDO, G.R. Tradução, adaptação cultural e validação da Bristol Stool Form Scale para a população brasileira. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 20, n. 3, p. 583-589, 2012.

MEINDS, R.J. *et al.* On the prevalence of constipation and fecal incontinence, and their co-occurrence, in the Netherlands. **International Journal Of Colorectal Disease**, [s.l.], v. 32, n. 4, p.475-483, 2 dez. 2016. Springer Nature.

MEYER, I.; RICHTER, H. Impact of Fecal Incontinence and Its Treatment on Quality of Life in Women. **Women's Health**, [s.l.], v. 11, n. 2, p.225-238, mar. 2015.

MORAIS, H.C.C. **Percepção Sensorial Tátil Prejudicada - identificação do fenômeno em grupos predisponentes**. 2016. 142 f. Tese (Doutorado em Promoção da Saúde) - Curso de Enfermagem, Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2016.

MORTON, P.G.; FONTAINE, D.K. **Essentials of Critical Care Nursing A Holistic Approach**. Wolters Kluwer Health| Lippincott Williams & Wilkins, 2013.

NELSON, R.L. Epidemiology of fecal incontinence. **Gastroenterology**, [s.l.], v. 126, p.3-7, jan. 2004. Elsevier BV.

OLIVEIRA, S.C.M. *et al.* Incontinência fecal em mulheres na pós-menopausa: prevalência, intensidade e fatores associados. **Arquivos de Gastroenterologia**, 2006.

OLIVEIRA, E.C. *et al.* CUIDADOS PÓS-ALTA EM PACIENTES IDOSOS COM SEQUELAS DE ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL: PLANEJAMENTO DE ALTA HOSPITALAR. **Revista Saúde e Desenvolvimento**, v. 11, n. 9, p. 172-197, 2017.

OLIVEIRA, A.R.S. **Validação dos resultados de enfermagem estado de deglutição e prevenção da aspiração em pacientes após acidente vascular cerebral**. 2013. 254f. Tese (Doutorado em Promoção da Saúde) – Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2013.

OTEGBAYO J. Á. *et al.* Gastrointestinal complications in stroke survivors. **Trop Gastroenterol**, v.27, p.127–30, 2006.

PADILHA, K.G. *et al.* **Enfermagem em UTI: cuidando do paciente crítico**. Barueri: Manole, 2016. 1376 p. (Série Enfermagem).

POTTER, P.A; PERRY, A.G. **Fundamentos de enfermagem** 9. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2017.

PORTO, C. C. **Semiologia médica**. 9 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017.

QUINTÃO, M.G.; OLIVEIRA, S.A.S.; GUEDES, H.M. Incontinência fecal: perfil dos idosos residentes na cidade de Rio Piracicaba, MG. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, p. 191-201, maio/ago. 2010.

REILLY, T.W. *et al.* Validation of a questionnaire to assess fecal incontinence and associated risk factors. **Diseases Of The Colon & Rectum**, [s.l.], v. 43, n. 2, p.146-153, fev. 2000. Ovid Technologies (Wolters Kluwer Health).

RIBEIRO, F.S.L. **Incontinência fecal: abordagem passo a passo**. 2013. 43 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Biomédicas) - Curso de Medicina, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Porto, 2013.

RODRIGUES, E.S.R. et al. Fatores de risco cardiovascular em pacientes com acidente vascular cerebral. **Amazônia: Science & Health**, v. 1, n. 2, p. 21-28, 2013.

ROWLAND L. P. M. **Tratado de neurologia**. 11. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007.

RUIZ, N.S.; KAISER, A.M. Fecal incontinence - Challenges and solutions. **World Journal Of Gastroenterology**, [s.l.], v. 23, n. 1, p.11-24, 2017.

RUSSO A. *et al.* Effects of acute hyperglycaemia on anorectal motor and sensory function in diabetes mellitus. **Diabetes Med**, v.21, n.1, p.176-82, 2004.

SANTOS, C.R.S.; SANTOS, V.L.C.G (a). Epidemiologia das incontinências urinárias e anal combinadas. **Acta Paul Enferm**. v. 22, n. 3, p. 328-330, 2009.

SANTOS, C.R.S.; SANTOS, V.L.C.G (b). Prevalência da incontinência anal na população urbana de Pouso Alegre – Minas Gerais. **Revi. Esc Enferm. USP**. V 45, n. 1, p 180-186, 2011.

SCHMIDT, F.M.Q. et al. Prevalence of self-reported constipation in adults from the general population. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 49, n. 3, p. 440-449, 2015.

SILVA, D.O. *et al.* Prevalência e correlação entre constipação intestinal e ansiedade. **Cadernos da Escola de Saúde**, v. 1, n. 7, 2017.

SILVA, M.A. *et al.* Prevalência de incontinência urinária e fecal em idosos: estudo em instituições de longa permanência para idosos. **Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento**, v. 21, n. 1, 2016.

SILVA, R.C.M. *et al.* Constipação intestinal em idosos e sua associação com fatores físicos, nutricionais e cognitivos. **Aletheia**, v. 51, n. 1 e 2, 2018.

SILVA, P.L.N. *et al.* Análise da prevalência de acidente vascular encefálico em pacientes assistidos por uma instituição hospitalar. **JMPHC| Journal of Management & Primary Health Care| ISSN 2179-6750**, v. 9, 2018.

TRAD, L. I. A.; PEREIRA, A. P. A.; BAPTISTA, M. N. Suporte social e aspectos ocupacionais do adulto jovem após acidente vascular cerebral. **Psic., Saúde & Doenças**, Lisboa, v. 18, n. 2, p. 474-483, 2017.

TSENG, C.-N. *et al.* A Qualitative Study of Family Caregiver Experiences of Managing Incontinence in Stroke Survivors. **Plos One**, [s.l.], v. 10, n. 6, p.1-12, 12 jun. 2015. Public Library of Science (PLoS).

WHITEHEAD, W.E. et al. Fecal Incontinence in US Adults: Epidemiology and Risk Factors. **Gastroenterology**, [s.l.], v. 137, n. 2, p.512-517, ago. 2009. Elsevier BV.

YANG, L.-H. *et al.* Efficacy of Auriculotherapy for Constipation in Adults: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. **The Journal Of Alternative And Complementary Medicine**, [s.l.], v. 20, n. 8, p.590-605, ago. 2014. Mary Ann Liebert Inc.

ZHAI, J. *et al.* Acupuncture for constipation in patients with stroke: protocol of a systematic review and meta-analysis. **BMJ open**, v. 8, n. 3, p. e020400, 2018.

ZIZZI, P. T. *et al.* Força muscular perineal e incontinência urinária e anal em mulheres após o parto: estudo transversal. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 51, e03214, 2017.

APÊNDICE A – Roteiro Semiestruturado para Coleta de Dados

PARTE I

1. Dados de identificação e sociodemográficos

1.1 Data da entrevista: __/__/__ 1.2 N° da entrevista: _____

1.3 Idade: _____ 1.4 Sexo: M () F ()

1.5 Procedência () Fortaleza () Outras Cidades do Estado () Outros estados
() outros países

1.6 Renda Pessoal (em reais): _____ 1.7 Renda Familiar (em reais): _____

1.8 N° de Membros na família: _____

1.9 Ocupação: _____ 1.10 Profissão: _____

1.11 Nível de escolaridade:

() Analfabeto () Ensino Fundamental () Ensino Médio () Ensino Superior
() Pós-Graduação

1.11 Anos de estudo: _____

1.13 Situação Marital: () com companheiro () sem companheiro

2. Dados Clínicos

2.1 Tipo de AVC: () isquêmico () hemorrágico () não sabe informar

2.2 Número de AVC: _____

2.3 Tempo (em meses) do último AVC: _____

2.4 Outra Doença Neurológica: () sim () não

Se sim, qual? _____

2.5 Outro Problema de saúde além do AVC: _____

2.6 Uso de Medicamentos: () sim () não

Se sim, quais? _____

2.7 Tabagismo: () sim () não () parou

Se sim, há quanto tempo fuma? _____ N° de cigarros por dia: _____

Se parou, há quanto tempo parou? _____ Por quanto tempo fumou? _____

N° de cigarros que costumava fumar: _____

2.8 Consumo de álcool: () sim () não () parou

Se sim, número de vezes (por semana) _____

Quantidade (copos): _____

2.9 **Atividade Física:** () sim () não

Tipo: _____ Tempo _____ (em minutos)

Frequência: () < 2 X por semana () 2 a 3 X por semana () > 3 X por semana

2.10 **Restrição de Mobilidade:** () sim () não

Se sim, qual motivo?

() fatores físicos () dificuldade de deambulação () osteoporose

() neuropatia diabética () alteração na visão () outro

2.11 **Menopausa:** () sim () não

Terapia de reposição hormonal: () sim () não

2.12 **Partos:** () sim () não

Se sim, número total: _____

Tipo de parto: () normal () cirúrgico () fórceps

Episiotomia: () sim () não

Laceração anal: () sim () não

3. Identificação da Ocorrência de Incontinência Fecal

3.1 Depois do AVC, você tem perdas atuais de fezes (escape) contra sua vontade?

() sim () não

3.2 Depois do AVC, você tem perdas atuais de gases (escape) contra sua vontade?

() sim () não

<p>Se sim para a questão 3.1, preencher Parte III.</p>

4. Identificação da Ocorrência de Constipação Intestinal

4.1 Depois do AVC, com que frequência você costuma evacuar?

- 1 vez ou menos por MÊS
- de 2 a 3 vezes por MÊS
- 1 vez por SEMANA
- 2 vezes por SEMANA
- de 3 a 6 vezes por SEMANA
- 2 vezes POR DIA
- 3 vezes POR DIA
- mais de 3 vezes POR DIA

4.2 Depois do AVC, você precisa fazer muito esforço para evacuar (por mais de 1 ou 2 minutos)? (Somente 1 resposta)

- NÃO
- SIM, às vezes (menos que 25% das vezes)
- SIM, frequentemente (mais que 25% das vezes)
- SIM, geralmente (mais que 75% das vezes)

4.3 Depois do AVC, quantas vezes suas fezes se apresentam endurecidas? (Somente 1 resposta)

- nunca
- às vezes (menos de 25% das vezes)
- frequentemente (mais de 25% das vezes)
- geralmente (mais de 75% das vezes)

4.4 Depois do AVC, após evacuar, você sente que ainda há fezes para serem eliminadas? (Somente 1 resposta)

- nunca
- às vezes (menos de 25% das vezes)
- frequentemente (mais de 25% das vezes)
- geralmente (mais de 75% das vezes)

4.5 Depois do AVC, você sente que seu reto ou seu ânus está obstruindo ou dificultando a passagem das fezes? (Somente 1 resposta)

- nunca
- às vezes (menos de 25% das vezes)
- frequentemente (mais de 25% das vezes)
- geralmente (mais de 75% das vezes)

4.6 Depois do AVC, você costuma realizar manobras manuais para facilitar a defecação?

- nunca
- às vezes (menos de 25% das vezes)
- Sim, frequentemente (mais de 25% das vezes)
- Geralmente (mais de 75% das vezes)

**Se dois ou mais critérios de Roma III preenchidos,
preencher parte IV**

PARTE II

5. Aponte para o tipo de fezes que mais se assemelha às suas próprias fezes, selecionando apenas 1 tipo.



Figura 1 - Escala de Bristol de Consistência de Fezes

PARTE III

6. Depois do AVC, você toma alguma medicação para prevenir a perda de fezes (antidiarréicos caseiros, água morna com maisena, kaomagma, Lomotil, Imosec, Tiorfan, Carbonato de cálcio, etc.)? (Somente 1 resposta)
- NÃO
- SIM, às vezes (menos de 25% das vezes)
- SIM, frequentemente (mais de 25% das vezes)
- SIM, geralmente (mais de 75% das vezes).
- Caso sua resposta seja SIM, o que você tomou?_____
7. Você consegue lembrar-se da primeira vez que aconteceu este problema com perda de fezes? (Somente 1 resposta)
- nos últimos 6 meses
- de 7 meses a 1 ano atrás
- mais de 1 a 2 anos atrás
- mais de 2 a 5 anos atrás
- mais de 5 a 10 anos atrás
- mais de 10 a 20 anos atrás
- mais de 20 anos atrás
8. Depois do AVC, alguma vez você teve que usar protetor íntimo para prevenir-se de escapes ou perda de fezes? (Somente 1 resposta)
- nunca
- às vezes (menos de 25% das vezes)
- frequentemente (mais de 25% das vezes)
- geralmente (mais de 75% das vezes)
9. Se você tivesse que usar um protetor íntimo para proteger sua roupa íntima da perda de fezes, quando você o usaria?
- acordado

- dormindo
- acordado e dormindo
- não uso protetor
- 10.** Depois do AVC, quando a perda de fezes foi mais frequente? (Somente 1 resposta)
- acordado
- dormindo
- tanto acordado quanto dormindo
- 11.** Depois do AVC, para você era importante ter sempre um banheiro por perto? (Somente 1 resposta)
- SIM NÃO
- 12.** Depois do AVC, quando a perda de fezes ocorreu elas eram fezes líquidas ou amolecidas? (Somente 1 resposta)
- nunca
- às vezes (menos de 25% das vezes em que ocorria a perda)
- frequentemente (mais de 25% das vezes em que ocorria a perda)
- geralmente (mais de 75% das vezes em que ocorria a perda)
- 13.** Depois do AVC, quando a perda de fezes ocorreu, elas eram fezes sólidas ou formadas? (Somente 1 resposta)
- nunca
- às vezes (menos de 25% das vezes em que a perda ocorria)
- frequentemente (mais de 25% das vezes em que a perda ocorria)
- geralmente (mais de 75% das vezes em que a perda ocorria)
- 14.** Depois do AVC, quando as perdas de fezes “acidentais” ocorreram, qual foi a quantidade de fezes eliminada? (Somente 1 resposta)
- uma pequena quantidade, como o tamanho de uma moeda de vinte e cinco centavos
- quantidades moderadas (sempre exigindo uma troca do protetor íntimo ou da roupa íntima)

evacuações com grande quantidade de fezes líquidas (sempre exigindo uma troca completa de roupas)

fezes formadas ou sólidas

15. Depois do AVC, você conseguia perceber quando a perda de fezes estava para acontecer? (Somente 1 resposta)

nunca

às vezes (menos de 25% das vezes)

frequentemente (mais de 25% das vezes)

geralmente (mais de 75% das vezes)

16. Depois do AVC, quando ocorriam esses “acidentes” com a perda de fezes, você conseguia perceber quando a perda estava realmente acontecendo? (Somente 1 resposta)

nunca

às vezes (menos de 25% das vezes)

frequentemente (mais de 25% das vezes)

geralmente (mais de 75% das vezes)

17. Depois do AVC, você teve dificuldade em sentir a diferença entre a vontade de eliminar gases e a de eliminar fezes? (Somente 1 resposta)

nunca

às vezes (menos de 25% das vezes)

frequentemente (mais de 25% das vezes)

geralmente (mais de 75% das vezes)

18. Aplicar IIA:

Parâmetros	Nunca	Raro	Às vezes	Usual	Sempre
Gases	0	1	2	3	4
Líquidos	0	1	2	3	4
Sólidos	0	1	2	3	4
Proteção das vestes	0	1	2	3	4
Alteração de QV	0	1	2	3	4

0= Continência Perfeita

Raramente= menor que uma vez por mês

Às vezes= menor que uma vez por semana e maior ou igual a uma vez por mês

Usualmente =menor que uma vez por dia e maior ou igual a uma vez por semana

Sempre= maior ou igual a uma vez por dia

PARTE IV

- 19.** Depois do AVC, qual foi o maior número de dias consecutivos que você ficou sem evacuar? (Somente 1 resposta)
- 2 dias ou menos
 - mais de 2 a 4 dias
 - mais de 4 dias a 1 semana
 - mais de 1 a 2 semanas
 - mais de 2 semanas
- 20.** Depois do AVC, você tomou alguma coisa para poder evacuar (como: laxantes, enemas ou supositórios, mas não incluindo dieta rica em fibras)? (Somente 1 resposta)
- NÃO
 - SIM, às vezes (menos de 25% das vezes)
 - SIM, frequentemente (mais de 25% das vezes)
 - SIM, geralmente (mais do que 75% das vezes)
- Caso sua resposta seja SIM, o que você tomou? _____
- 21.** Depois do AVC, como você classificaria o seu esforço para evacuar? (Somente 1 resposta)
- Eu nunca tive que fazer esforço para evacuar
 - muito pouco
 - pouco
 - moderado
 - intenso
 - muito intenso
- 22.** Há quanto tempo você vem fazendo força ou se esforçando para evacuar? (Somente 1 resposta)
- Eu nunca me esforço para evacuar
 - menos de 1 ano
 - de 1 a 2 anos
 - mais de 2 a 5 anos
 - mais de 5 a 10 anos

- mais de 10 anos
- 23.** Depois do AVC, quantas vezes suas fezes se apresentaram soltas ou de consistência aquosa? (Somente 1 resposta).
- nunca
- às vezes (menos de 25% das vezes)
- frequentemente (mais de 25% das vezes)
- geralmente (mais de 75% das vezes)
- 24.** Depois do AVC, alguma vez você precisou pressionar seu dedo ao redor do ânus ou dentro dele para ajudar na eliminação das fezes? (Somente 1 resposta)
- Sim
- Não
- 25.** Depois do AVC, geralmente quanto tempo você precisou ficar no banheiro para evacuar? (Somente 1 resposta)
- menos de 5 minutos mais de 30 minutos até 1 hora
- de 5 a 10 minutos mais de 1 hora
- mais de 10 até 30 minutos
- 26.** Depois do AVC, além de sentado você precisou adotar outra posição para ajudar na evacuação? (Somente 1 resposta)
- nunca
- às vezes
- frequentemente (mais de 25% das vezes)
- geralmente (mais de 75% das vezes)
- Caso sua resposta tenha sido SIM, que posição você SEMPRE usou? _____
- 27.** Depois do AVC, com que regularidade ou frequência você evacuou? (Somente 1 resposta)
- tive constipação intestinal com frequência (mais de 25% das vezes)
- às vezes tive constipação (menos de 25% das vezes)
- tinha diarreia e constipação ,alternadamente

- às vezes tive diarreia (menos de 25% das vezes)
- tinha diarreia frequentemente (mais de 25% das vezes)
- geralmente normal

28. Depois do AVC, você já precisou correr ao banheiro devido à sua urgência para evacuar? (Somente 1 resposta)

- nunca
- às vezes (menos de 25% das vezes)
- frequentemente (mais de 25% das vezes)
- geralmente (mais de 75% das vezes)

29. Depois do AVC, alguma vez você teve que pressionar dentro ou ao redor da vagina para ajudar na evacuação? (Somente 1 resposta) * **Para sexo feminino**

- Sim
- Não

APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – Instituição 1

Você está sendo convidado pela enfermeira Ana Cecília Menezes Lopes a participar da pesquisa intitulada **“Análise da constipação intestinal e incontinência fecal em pessoas com acidente vascular cerebral em atendimento ambulatorial”**. Você não deve participar contra a sua vontade. Leia atentamente as informações abaixo e faça qualquer pergunta que desejar, para que todos os procedimentos desta pesquisa sejam esclarecidos.

A pesquisa a qual você está sendo convidado a participar tem como objetivo analisar a prevalência de Constipação Intestinal e Incontinência Fecal em pacientes com Acidente Vascular Cerebral em atendimento ambulatorial, bem como caracterizar esses dois fenômenos nessa população. A pesquisa trará benefícios individuais e coletivos, uma vez que a coleta de seus dados, bem como a de outros pacientes, permitirá saber quantos pacientes em atendimento neste ambulatório apresentam perda de fezes ou constipação intestinal, com o objetivo de promover ações educativas, tratamentos e cuidados especiais aos portadores dessas condições que trazem prejuízos à qualidade de vida, comprometendo-se, desse modo, com o máximo de benefícios. Dessa forma, a sua participação é muito importante.

Para isso, você terá que responder até 4 partes de um único instrumento intitulado “Entrevista Semiestruturada para Coleta de Dados” que contém 54 perguntas relacionadas ao assunto, por meio de uma única entrevista realizada por mim ou outro colaborador. Essa entrevista tem duração prevista de aproximadamente 20 minutos, sendo realizada enquanto você aguarda atendimento neste ambulatório, em local reservado, previamente definido juntamente à instituição, de maneira a assegurar a confidencialidade e a privacidade, bem como a proteção de sua imagem. Ressalta-se que a sua participação é voluntária, você tem a liberdade de não querer participar e pode desistir, em qualquer momento, mesmo após ter iniciado a entrevista sem nenhum prejuízo para você. Salienta-se que a sua participação não irá gerar qualquer tipo de gratificação financeira.

A pesquisa não lhe trará riscos diretos, entretanto, você poderá ficar constrangido ao responder algumas questões da entrevista e, se isso acontecer, pode recusar-se a responder essas questões, saindo do estudo, sem que isso traga prejuízos para você ou para seu atendimento neste hospital.

As informações conseguidas por meio de sua participação não permitirão sua identificação, exceto aos responsáveis pela pesquisa, e a divulgação das informações cedidas só será feita entre os profissionais estudiosos do assunto. Importante ressaltar ainda que, ao concordar em participar da pesquisa, você possui a garantia de que receberá uma via deste termo.

Se houver dúvidas antes, durante ou após a sua participação na pesquisa, você pode entrar em contato comigo por telefone e/ou e-mail, os quais estão informados logo abaixo. Você também pode entrar em contato por telefone e/ou e-mail para obter acesso às informações

referentes à pesquisa em qualquer tempo. Caso deseje, pode contactar-me posteriormente para receber o relatório da pesquisa concluída.

Endereço da responsável pela pesquisa:

Nome: Ana Cecília Menezes Lopes
Instituição: Universidade Federal do Ceará
Endereço: Rua Alexandre Baraúna, 1115, Rodolfo Teófilo
Telefone e e-mail para contato: (85) 999178907/ anacecilopes2016@gmail.com

ATENÇÃO: Se você tiver alguma consideração ou dúvida, sobre a sua participação na pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da UFC/PROPESQ – Rua Coronel Nunes de Melo, 1000 - Rodolfo Teófilo, fone: 3366-8346/44. (Horário: 08:00-12:00 horas de segunda a sexta-feira). O CEP/UFC/PROPESQ é a instância da Universidade Federal do Ceará responsável pela avaliação e acompanhamento dos aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos.

Qualquer dúvida ética o Sr. (Sra.) também poderá entrar em contato com os seguintes Comitês de Ética em Pesquisa:

1) Hospital Geral de Fortaleza (HGF) - Rua Avila Goulart, 900 – Papicu, fone: (85) 3101 7078. O Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do HGF é formado de um grupo de profissionais de diversas áreas, cuja função é avaliar as pesquisas com seres humanos. O CEP foi criado para defender os interesses dos participantes da pesquisa.

2) ISGH - Instituto de Saúde e Gestão Hospitalar – Rua Socorro Gomes, 190 - Guajeru, fone: (85) 3195.2767 (Horário: Segunda-feira: 15 às 18h; Quarta-feira: 9 às 12h; Quinta-feira: 15 às 18h). O Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Saúde e Gestão Hospitalar- CEP/ISGH é um colegiado interdisciplinar e independente, de relevância pública, de caráter consultivo, deliberativo e educativo, criado pelo Instituto de Saúde e Gestão Hospitalar (ISGH), com a finalidade de defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade, contribuindo no desenvolvimento da pesquisa de acordo com padrões éticos conforme Resolução CNS/MS Nº 466/12 de 12 de dezembro de 2012.

O abaixo assinado _____, ____ anos,
 RG: _____, declara que é de livre e espontânea vontade que está
 como participante de uma pesquisa. Eu declaro que li cuidadosamente este Termo de

Consentimento Livre e Esclarecido e que, após sua leitura, tive a oportunidade de fazer perguntas sobre o seu conteúdo, como também sobre a pesquisa, e recebi explicações que responderam por completo minhas dúvidas. E declaro, ainda, estar recebendo uma via assinada deste termo.

Fortaleza, ___/___/___

Nome do participante da pesquisa

Data

Assinatura



Digital caso não assine

Ana Cecília Menezes Lopes

Nome do pesquisador principal

Data

Assinatura

Nome do profissional que aplicou o TCLE

Data

Assinatura

APÊNDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – Instituição 2

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado pela enfermeira Ana Cecília Menezes Lopes a participar da pesquisa intitulada “**Análise da constipação intestinal e incontinência fecal em pessoas com acidente vascular cerebral em atendimento ambulatorial**”. Você não deve participar contra a sua vontade. Leia atentamente as informações abaixo e faça qualquer pergunta que desejar, para que todos os procedimentos desta pesquisa sejam esclarecidos.

A pesquisa a qual você está sendo convidado a participar tem como objetivo analisar a prevalência de Constipação Intestinal e Incontinência Fecal em pacientes com Acidente Vascular Cerebral em atendimento ambulatorial, bem como caracterizar esses dois fenômenos nessa população. A sua participação é importante para que possamos saber quantos pacientes em atendimento neste ambulatório apresentam perda de fezes ou constipação, com o objetivo de promover ações educativas, tratamentos e cuidados especiais aos portadores dessas condições que trazem prejuízos à qualidade de vida.

Para isso, você terá que responder até 4 partes de um único instrumento intitulado “Entrevista Semiestruturada para Coleta de Dados” que contém 54 perguntas relacionadas ao assunto, por meio de uma única entrevista realizada por mim ou outro colaborador. Essa entrevista tem duração prevista de aproximadamente 20 minutos, sendo realizada enquanto você aguarda atendimento neste ambulatório. Ressalta-se que a sua participação é voluntária, você tem a liberdade de não querer participar e pode desistir, em qualquer momento, mesmo após ter iniciado a entrevista sem nenhum prejuízo para você. Salienta-se que a sua participação não irá gerar qualquer tipo de gratificação financeira.

Você poderá ficar constrangido ao responder algumas questões da entrevista e, se isso acontecer, pode recusar-se a responder essas questões, saindo do estudo, sem que isso traga prejuízos para você ou para seu atendimento neste hospital.

As informações conseguidas por meio de sua participação não permitirão sua identificação, exceto aos responsáveis pela pesquisa, e a divulgação das informações cedidas só será feita entre os profissionais estudiosos do assunto.

Se houver dúvidas antes, durante ou após a sua participação na pesquisa, você pode entrar em contato comigo por telefone e/ou e-mail, os quais estão informados logo abaixo. Você também pode entrar em contato por telefone e/ou e-mail para obter acesso às informações referentes à pesquisa em qualquer tempo. Caso deseje, pode contactar-me posteriormente para receber o relatório da pesquisa concluída.

Endereço da responsável pela pesquisa:

Nome: Ana Cecília Menezes Lopes

Instituição: Universidade Federal do Ceará

Endereço: Rua Alexandre Baraúna, 1115, Rodolfo Teófilo

Telefone e e-mail para contato: (85) 999178907/ anacecilopes2016@gmail.com

ATENÇÃO: Se você tiver alguma consideração ou dúvida, sobre a sua participação na pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da UFC/PROPESQ – Rua Coronel Nunes de Melo, 1000 - Rodolfo Teófilo, fone: 3366-8346/44. (Horário: 08:00-12:00 horas de segunda a sexta-feira).

O CEP/UFC/PROPESQ é a instância da Universidade Federal do Ceará responsável pela avaliação e acompanhamento dos aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos.

Qualquer dúvida ética o Sr. (Sra.) também poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Geral de Fortaleza, fone: 3101 7078.

O Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) é formado de um grupo de profissionais de diversas áreas, cuja função é avaliar as pesquisas com seres humanos. O CEP foi criado para defender os interesses dos participantes da pesquisa.

O abaixo assinado _____, _____ anos, RG: _____, declara que é de livre e espontânea vontade que está como participante de uma pesquisa. Eu declaro que li cuidadosamente este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e que, após sua leitura, tive a oportunidade de fazer perguntas sobre o seu conteúdo, como também sobre a pesquisa, e recebi explicações que responderam por completo minhas dúvidas. E declaro, ainda, estar recebendo uma via assinada deste termo.

Fortaleza, ____/____/____

Nome do participante da pesquisa

Data

Assinatura



Digital caso não assine

Ana Cecília Menezes Lopes

Nome do pesquisador principal

Data

Assinatura

Nome do profissional que aplicou o TCLE

Data

Assinatura

ANEXO A - Os critérios diagnósticos de Roma III para os distúrbios gastrointestinais funcionais

A. DISTÚRBIOS ESOFÁGICOS FUNCIONAIS

A1. Pirose funcional

Os critérios* diagnósticos devem incluir **todos** os itens a seguir:

1. Queimação ou dor retroesternal;
2. Falta de evidência de que o refluxo gastroesofágico é a causa do sintoma;
3. Ausência de distúrbios da motilidade esofágica baseados em alterações histopatológicas.

* Critérios preenchidos nos últimos 3 meses com início dos sintomas pelo menos 6 meses antes do diagnóstico.

A2. Dor torácica funcional de presumível origem esofágica

Os critérios* diagnósticos devem incluir **todos** os itens a seguir:

1. Dor ou desconforto retroesternal que não é em queimação;
2. Falta de evidência de que o refluxo gastroesofágico é a causa do sintoma;
3. Ausência de distúrbios da motilidade esofágica baseados em alterações histopatológicas.

* Critérios preenchidos nos últimos 3 meses com início dos sintomas pelo menos 6 meses antes do diagnóstico.

A3. Disfagia funcional

Os critérios* diagnósticos devem incluir **todos** os itens a seguir:

1. A percepção da passagem dos alimentos, líquidos ou sólidos, ao longo do esôfago. Na linguagem do paciente pode ser referido como alimento que tranca, fica retido ou passa com dificuldade;
2. Falta de evidência de que o refluxo gastroesofágico é a causa do sintoma;
3. Ausência de distúrbios da motilidade esofágica baseados em alterações histopatológicas.

* Critérios preenchidos nos últimos 3 meses com início dos sintomas pelo menos 6 meses antes do diagnóstico.

A4. Globus

Os critérios* diagnósticos devem incluir **todos** os itens a seguir:

1. Sensação não dolorosa persistente ou intermitente de presença de um nó ("bola" ou "bolo") ou de um corpo estranho na garganta;

2. Ocorrência da sensação entre as refeições;
3. Ausência de disfagia ou de odinofagia;
4. Falta de evidência de que o refluxo gastroesofágico é a causa do sintoma;
5. Ausência de distúrbios da motilidade esofágica baseados em alterações histopatológicas.

* Critérios preenchidos nos últimos 3 meses com início dos sintomas pelo menos 6 meses antes do diagnóstico.

B. DISTÚRBIOS GASTRODUODENAIIS FUNCIONAIS

B1. Dispepsia funcional

Os critérios* diagnósticos devem incluir **todos** os itens a seguir:

1. Um ou mais dos itens a seguir:
 - a. sensação incômoda de plenitude pós-prandial;
 - b. saciedade precoce
 - c. dor epigástrica
 - d. queimação epigástrica
2. Nenhuma evidência de doença estrutural (presente na endoscopia do trato digestivo superior) que seja capaz de explicar os sintomas

* Critérios preenchidos nos últimos 3 meses com início dos sintomas pelo menos 6 meses antes do diagnóstico.

B1a. Síndrome do desconforto pós-prandial

Os critérios* diagnósticos devem incluir **um ou ambos** os itens a seguir:

1. Sensação incômoda de plenitude pós-prandial que ocorre após refeições habituais, pelo menos várias vezes na semana;
2. Saciedade precoce que impede finalizar uma refeição comum, pelo menos várias vezes na semana.

* Critérios preenchidos nos últimos 3 meses com início dos sintomas pelo menos 6 meses antes do diagnóstico.

Critérios de apoio

1. Empachamento/estufamento abdominal superior ou náusea pós-prandial ou eructação excessiva podem estar presentes;
2. Síndrome da dor epigástrica pode coexistir.

B1b. Síndrome da dor epigástrica

Os critérios* diagnósticos devem incluir **todos** os itens a seguir:

1. Dor ou queimação localizada no epigástrio com intensidade moderada, pelo menos uma vez por semana;
2. A dor é intermitente;
3. Não é generalizada ou localizada para outras regiões do abdome ou do tórax;
4. Não é aliviada com a defecação ou por flatulência;
5. Não preenche os critérios para os distúrbios da vesícula e do esfíncter de Oddi.

* Critérios preenchidos nos últimos 3 meses com início dos sintomas pelo menos 6 meses antes do diagnóstico.

Critérios de apoio

1. A dor pode ser em queimação, mas sem um componente retroesternal;
2. A dor é comumente induzida ou aliviada pelas refeições, mas pode ocorrer também durante o jejum;
3. A síndrome do desconforto pós-prandial pode coexistir

B2. Distúrbios da eructação

B2a. Aerofagia

Os critérios* diagnósticos devem incluir **todos** os itens a seguir:

1. Aerofagia repetitiva e incômoda pelo menos várias vezes na semana;
2. Engolir o ar de modo que possa ser objetivamente observado ou medido.

* Critérios preenchidos nos últimos 3 meses com início dos sintomas pelo menos 6 meses antes do diagnóstico.

B2b. Eructação excessiva inespecífica

Os critérios* diagnósticos devem incluir **todos** os itens a seguir:

1. Aerofagia repetitiva e incômoda pelo menos várias vezes na semana;
2. Não há evidências de que engolir ar em excesso seja a causa do sintoma.

* Critérios preenchidos nos últimos 3 meses com início dos sintomas pelo menos 6 meses antes do diagnóstico.

B3. Distúrbios da náusea e do vômito

B3a. Náusea idiopática crônica

Os critérios* diagnósticos devem incluir **todos** os itens a seguir:

1. Náusea significativa, ocorrendo pelo menos algumas vezes na semana;
2. Habitualmente não está associada com vômito;
3. Ausência de anormalidades na endoscopia digestiva superior ou doença metabólica

que explique a náusea.

* Critérios preenchidos nos últimos 3 meses com início dos sintomas pelo menos 6 meses antes do diagnóstico.

B3b. Vômito funcional

Os critérios* diagnósticos devem incluir **todos** os itens a seguir:

1. Cerca de um ou mais episódios de vômito por semana;
2. Ausência de critério para distúrbio alimentar, ruminação ou distúrbio psiquiátrico maior de acordo com o DSM-IV;
Ausência de vômito auto-induzido, uso crônico de canabinoide, ausência de
3. anormalidades no sistema nervoso central ou doenças metabólicas que expliquem o vômito recorrente.

* Critérios preenchidos nos últimos 3 meses com início dos sintomas pelo menos 6 meses antes do diagnóstico.

B3c. Síndrome do vômito cíclico

Os critérios* diagnósticos devem incluir **todos** os itens a seguir:

1. Episódios de vômito que se repetem de forma semelhante, considerando-se o início (agudo) e a duração (menos de 1 semana);
2. Três ou mais episódios distintos no ano anterior;
3. Ausência de náusea e de vômito entre os episódios.

Critérios de apoio

História ou histórico familiar de dores de cabeça tipo enxaqueca.

B4. Síndrome da ruminação em adultos

Os critérios* diagnósticos devem incluir **todos** os itens a seguir:

1. Regurgitação persistente ou recorrente do alimento recém-ingerido à boca, sendo subsequentemente cuspidado ou remastigado e engolido;
2. A regurgitação não é precedida por esforço de vômito.

Critérios de apoio

1. Os episódios de regurgitação geralmente não são precedidos de náusea;
2. Interrupção do processo quando o material regurgitado se torna ácido;
3. A regurgitação contém alimentos que são reconhecidos e cujo sabor é agradável.

* Critérios preenchidos nos últimos 3 meses com início dos sintomas pelo menos 6 meses antes do diagnóstico.

C. DISTÚRBIOS INTESTINAIS FUNCIONAIS

C1. Síndrome do intestino irritável

Os critérios* diagnósticos devem incluir **todos** os itens a seguir:

Dor ou desconforto abdominal recorrente** pelo menos 3 dias/mês, nos últimos 3 meses, associada com dois ou mais dos seguintes:

1. Melhora com a defecação;
2. Início associado com mudança na frequência das evacuações;
3. Início associado com mudança no formato (aparência) das fezes.
 - * Critérios preenchidos nos últimos 3 meses com início dos sintomas pelo menos 6 meses antes do diagnóstico.
"Desconforto" significa uma sensação desconfortável não descrita como dor.
 - ** Recomenda-se que, para uma pessoa possa participar e ser incluída nos protocolos de pesquisas de fisiopatologia e em estudos clínicos, tenha frequência de dor/desconforto de ao menos 2 dias por semana durante o período de avaliação.

C2. Estufamento/Empachamento funcional

Os critérios* diagnósticos devem incluir **os dois** itens a seguir:

1. Sensação recorrente de estufamento/empachamento ou distensão visível por pelo menos 3 dias/mês em 3 meses
2. Critérios insuficientes para diagnóstico de dispepsia funcional, síndrome do intestino irritável ou outro distúrbio gastrointestinal funcional

* Critérios preenchidos nos últimos 3 meses com início dos sintomas pelo menos 6 meses antes do diagnóstico.

C3. Constipação funcional

Os critérios* diagnósticos devem incluir:

1. Dois ou mais dos seguintes:
 - a. Esforço evacuatório durante pelo menos 25% das defecações;
 - b. Fezes grumosas ou duras em pelo menos 25% das defecações;
 - c. Sensação de evacuação incompleta em pelo menos 25% das defecações;
 - d. Sensação de obstrução/bloqueio anorretal das fezes em pelo menos 25% das defecações;
 - e. Manobras manuais para facilitar pelo menos 25% das defecações (por exemplo, evacuação com ajuda digital, apoio do assoalho pélvico);
 - f. Menos de três evacuações por semana.
2. Fezes moles estão raramente presentes sem o uso de laxantes;
3. Critérios insuficientes para SII.

* Critérios preenchidos nos últimos 3 meses com início dos sintomas pelo menos 6 meses antes do diagnóstico.

C4. Diarreia funcional

Critérios diagnósticos*

Fezes moles ou aquosas sem dor, ocorrendo em pelo menos 75% das evacuações.

* Critérios preenchidos nos últimos 3 meses com início dos sintomas pelo menos 6 meses antes do diagnóstico

C5. Distúrbio intestinal funcional inespecífico

Critérios diagnósticos*

Sintomas intestinais não atribuíveis a uma etiologia orgânica e que não preenchem critérios para as categorias definidas previamente.

* Critérios preenchidos nos últimos 3 meses com início dos sintomas pelo menos 6 meses antes do diagnóstico.

D. DOR ABDOMINAL FUNCIONAL

D. Síndrome da dor abdominal funcional

Os critérios* diagnósticos devem incluir **todos** os itens a seguir:

1. Dor abdominal contínua ou quase contínua;
2. Ausência ou relacionamento somente ocasional de dor com eventos fisiológicos (por exemplo, alimentação, defecação ou menstruação);
3. Alguma diminuição no funcionamento diário;
4. A dor não é dissimulada (por exemplo, fingir-se de doente);
5. Sintomas insuficientes para atingir o critério para outro distúrbio gastrointestinal funcional que explicariam a dor abdominal.

* Critérios preenchidos nos últimos 3 meses com início dos sintomas pelo menos 6 meses antes do diagnóstico.

E. DISTÚRBIOS FUNCIONAIS DA VESÍCULA BILIAR E DO ESFÍNCTER DE ODDI

E. Distúrbios funcionais da vesícula biliar e do esfíncter de Oddi

Critérios diagnósticos* devem incluir episódios de dor localizada no epigástrico e/ou quadrante superior direito e **todos** os seguintes:

1. Episódios com duração de 30 minutos ou mais;
2. Sintomas recorrentes ocorrendo em diferentes intervalos de tempo (não diariamente);
3. A dor aumenta até chegar a um nível que se mantém constante;
4. A dor é de moderada a grave, suficiente para interromper as atividades cotidianas do paciente ou levá-lo a buscar por ajuda em serviço de emergência;
5. A dor não é aliviada pelas evacuações;
6. A dor não é aliviada por alteração postural;
7. A dor não é aliviada com antiácidos;
8. Exclusão de outras doenças estruturais que explicariam os sintomas.

Critério de apoio

A dor pode apresentar com um ou mais dos seguintes itens:

1. Estar associada com náusea e vômito;
2. Irradiar para as costas e/ou para a região subescapular direita;
3. Despertar do sono no meio da noite.

E1. Distúrbio funcional da vesícula biliar

Os critérios* diagnósticos devem incluir **todos** os itens a seguir:

1. Critério para distúrbio funcional da vesícula biliar e do esfíncter de Oddi;
2. A vesícula biliar está presente;
3. Enzimas hepáticas, bilirrubina conjugada e amilase/lipase normais.

E2. DISTÚRBO FUNCIONAL DO ESFÍNCTER DE ODDI BILIAR

Os critérios* diagnósticos devem incluir **todos** os itens a seguir:

1. Critério para distúrbio funcional do esfíncter de Oddi;
2. Amilase/lipase normais.

Critério de apoio

Elevação temporária de transaminases, fosfatase alcalina ou bilirrubina conjugada séricas, relacionada a, pelo menos, dois episódios de dor.

E3. Distúrbio funcional do esfíncter de Oddi pancreático

Os critérios* diagnósticos devem incluir **ambos** os itens a seguir:

1. Critérios para distúrbios funcionais da vesícula e do esfíncter de Oddi;
2. Amilase/lipase elevadas.

F. DISTÚRBIOS FUNCIONAIS ANORRETAIS

F1. Incontinência fecal funcional

Critérios diagnósticos*:

- Eliminação recorrente e descontrolada de material fecal em indivíduo com
1. desenvolvimento correspondente a, pelo menos, 4 anos de idade associada a um ou mais dos itens a seguir:
 - a. Funcionamento anormal dos músculos esfínterianos, normalmente enervados e estruturalmente intactos;
 - b. Discreta anormalidade estrutural e/ou enervação da musculatura esfínteriana;
 - c. Hábito intestinal normal ou alterado (por exemplo, retenção fecal ou diarreia);
 - d. Causas psicológicas.
 2. Exclusão de todos os itens seguintes:
 - a. Enervação anormal causada por lesão(ões) no cérebro (por exemplo, demência), na medula espinhal, ou na inervação sacral, ou lesões mistas (por exemplo, esclerose múltipla), ou como parte de neuropatia generalizada periférica ou autonômica (por exemplo, em decorrência de diabetes);
 - b. Anormalidades da função esfínteriana anal associadas com uma doença sistêmica (por exemplo, esclerodermia);
 - c. Anormalidades estruturais ou neurogênicas creditadas como causa mais importante ou primária da incontinência fecal;

* Critérios preenchidos nos últimos 3 meses.

F2. Dor anorretal funcional

F2a. Proctalgia crônica

Os critérios* diagnósticos devem incluir **todos** os itens a seguir:

1. Dor ou dolorimento retal crônico ou recorrente;
2. Episódios devem durar 20 minutos ou mais;
Exclusão de outras causas de dor retal, tais como isquemia, doença inflamatória
3. intestinal, criptite, abscesso intramuscular, fissura anal, hemorroida, prostatite e coccigodínia

* Critérios preenchidos nos últimos 3 meses com início dos sintomas pelo menos 6 meses antes do diagnóstico. A proctalgia crônica deve ser a seguir caracterizada como Síndrome do Elevador do Ânus ou como dor anorretal inespecífica, baseada no exame digital retal.

F2a1. Síndrome do elevador do ânus

Critério diagnóstico;

Critérios de sintomas para proctalgia crônica e desconforto doloroso durante tração posterior no músculo puborretal.

F2a2. Dor anorretal funcional inespecífica

Critério diagnóstico:

Critérios de sintoma para proctalgia crônica, mas sem desconforto doloroso durante a tração posterior no músculo puborretal.

F2b. Proctalgia fugaz

Os critérios* diagnósticos devem incluir **todos** os itens a seguir:

1. Episódios recorrentes de dor localizada no ânus ou no reto baixo;
2. Os episódios duram de segundos a minutos;
Ausência de dor anorretal entre os episódios; Para propósitos de pesquisa, os critérios
3. devem ser preenchidos por 3 meses; entretanto, o diagnóstico clínico e a avaliação devem ter sido feitos antes de 3 meses.

F3. Distúrbios funcionais da defecação

Critérios diagnósticos*

1. O paciente deve satisfazer os critérios diagnósticos para constipação funcional**;
2. Durante tentativas repetidas de defecar deve haver pelo menos dois dos seguintes itens:
 - a. Evidência de incapacidade de evacuação, baseada no teste de expulsão do balão ou por exames de imagem;
Contração inadequada dos músculos do assoalho pélvico (por exemplo, do esfíncter
 - b. anal ou do puborretal) ou menos de 20% de relaxamento da pressão esfínteriana de repouso, avaliada por manometria, exame de imagem ou eletromiografia (EMG);
 - c. Força propulsiva evacuatória inadequada, avaliada por manometria ou exames de imagem;

* Critérios preenchidos nos últimos 3 meses com início dos sintomas pelo menos 6 meses antes do diagnóstico.

** Critério diagnóstico para constipação funcional:

(1) Deve incluir dois ou mais dos seguintes itens: (a) esforço evacuatório aumentado durante pelo menos 25% das defecações, (b) Fezes grumosas ou duras em pelo menos 25% das defecações, (c) Sensação de evacuação incompleta em pelo menos 25% das defecações, (d) Sensação de obstrução /bloqueio anorretal em pelo menos 25% das defecações, (e) Manobras manuais para facilitar pelo menos 25% das defecações (por exemplo, evacuação com ajuda digital, apoio do assoalho pélvico), (f) Menos de três defecações por semana. (2) Fezes moles raramente estão presentes sem o uso de laxantes. (3) Existem critérios insuficientes para síndrome do intestino irritável.

F3a. Defecação dissinérgica

Critério diagnóstico*

Contração inapropriada dos músculos do assoalho pélvico ou menos de 20% de relaxamento da pressão esfínteriana basal em repouso, com força propulsiva adequada durante tentativa de evacuação

F3b. *Propulsão defecatória inadequada*

Critério diagnóstico*

Força propulsiva inadequada com ou sem contração inapropriada ou menos de 20% de relaxamento esfínteriano anal durante tentativa de defecação.

ANEXO B - HÁBITO INTESTINAL NA POPULAÇÃO GERAL (Instrumento Original)

HÁBITO INTESTINAL NA COMUNIDADE Esta investigação é feita para ampliar a compreensão dos problemas de saúde na comunidade. Por favor, responda TODAS as questões mesmo se você não tiver problemas de saúde. Em caso de dúvida, por favor, escolha a melhor alternativa. É fácil esquecer de responder uma pergunta, então cheque todas elas para que nenhuma fique sem resposta. No caso de querer fazer algum comentário ou justificar sua resposta, use o espaço nas margens; esses comentários serão lidos e considerados. Esteja certo(a) de que a informação dada será mantida em sigilo.

Grata pela sua colaboração.

O objetivo mais importante desta pesquisa é conhecer os hábitos intestinais da comunidade no ano passado. Favor não incluir as alterações intestinais ocorridas durante ou que foram decorrentes de doenças passageiras como gripe ou viroses

1. NO ANO PASSADO, com que frequência você costumava evacuar?
(1) 1 vez ou menos por MÊS (5) de 3 a 6 vezes por SEMANA
(2) de 2 a 3 vezes por MÊS (6) 2 vezes POR DIA
(3) 1 vez por SEMANA (7) 3 vezes POR DIA
(4) 2 vezes por SEMANA (8) mais de 3 vezes POR DIA

2. NO ANO PASSADO, qual foi o maior número de dias consecutivos que você ficou sem evacuar? (Somente 1 resposta)
(1) 2 dias ou menos
(2) mais de 2 a 4 dias
(3) mais de 4 dias a 1 semana
(4) mais de 1 a 2 semanas
(5) mais de 2 semanas

3. NO ANO PASSADO, você tomou alguma coisa para poder evacuar (como: laxantes, enemas ou supositórios, mas não incluindo dieta rica em fibras)? (Somente 1 resposta) (1) NÃO
(2) SIM, às vezes (menos de 25% das vezes)
(3) SIM, frequentemente (mais de 25% das vezes)
(4) SIM, geralmente (mais do que 75% das vezes)
Caso sua resposta seja SIM, o que você tomou? _____

4. NO ANO PASSADO, você precisou fazer muito esforço para evacuar (por mais de 1 ou 2 minutos)? (Somente 1 resposta)
- (1) NÃO
 - (2) SIM, às vezes (menos que 25% das vezes)
 - (3) SIM, frequentemente (mais que 25% das vezes)
 - (4) SIM, geralmente (mais que 75% das vezes)
5. NO ANO PASSADO, como você classificaria o seu esforço para evacuar? (Somente 1 resposta)
- (1) Eu nunca tive que fazer esforço para evacuar
 - (2) muito pouco
 - (3) pouco
 - (4) moderado
 - (5) intenso
 - (6) muito intenso
6. Há quantos anos você vem fazendo força ou se esforçando para evacuar? (Somente 1 resposta)
- (1) Eu nunca me esforço para evacuar
 - (2) menos de 1 ano
 - (3) de 1 a 2 anos
 - (4) mais de 2 a 5 anos
 - (5) mais de 5 a 10 anos
 - (6) mais de 10 anos
7. NO ANO PASSADO, quantas vezes suas fezes se apresentaram soltas ou de consistência aquosa? (Somente 1 resposta).
- (1) nunca
 - (2) às vezes (menos de 25% das vezes)
 - (3) frequentemente (mais de 25% das vezes)
 - (4) geralmente (mais de 75% das vezes)
8. NO ANO PASSADO, quantas vezes suas fezes se apresentaram endurecidas? (Somente 1 resposta)
- (1) nunca
 - (2) às vezes (menos de 25% das vezes)
 - (3) frequentemente (mais de 25% das vezes)
 - (4) geralmente (mais de 75% das vezes)

9. NO ANO PASSADO, após evacuar, você sentiu que ainda havia fezes para serem eliminadas? (Somente 1 resposta)
- (1) nunca
 - (2) às vezes (menos de 25% das vezes)
 - (3) frequentemente (mais de 25% das vezes)
 - (4) geralmente (mais de 75% das vezes)
10. NO ANO PASSADO, alguma vez você precisou pressionar seu dedo ao redor do ânus ou dentro dele para ajudar na eliminação das fezes? (Somente 1 resposta)
- (1) Sim
 - (2) Não
11. NO ANO PASSADO, geralmente quanto tempo você precisou ficar no banheiro para evacuar? (Somente 1 resposta)
- (1) menos de 5 minutos (4) mais de 30 minutos até 1 hora
 - (2) de 5 a 10 minutos (5) mais de 1 hora
 - (3) mais de 10 até 30 minutos
12. NO ANO PASSADO, além de sentado você precisou adotar outra posição para ajudar na evacuação? (Somente 1 resposta)
- (1) nunca
 - (2) às vezes
 - (3) frequentemente (mais de 25% das vezes)
 - (4) geralmente (mais de 75% das vezes)
- Caso sua resposta tenha sido SIM, que posição você SEMPRE usou? _____
13. NO ANO PASSADO, você sentiu que seu reto ou seu ânus estava obstruído dificultando a passagem das fezes? (Somente 1 resposta)
- (1) nunca
 - (2) às vezes (menos de 25% das vezes)
 - (3) frequentemente (mais de 25% das vezes)
 - (4) geralmente (mais de 75% das vezes)
14. NO ANO PASSADO, com que regularidade ou frequência você evacuou? (Somente 1 resposta)
- (1) tive constipação intestinal com frequência (mais de 25% das vezes)
 - (2) às vezes tive constipação (menos de 25% das vezes)
 - (3) tinha diarreia e constipação ,alternadamente
 - (4) às vezes tive diarreia (menos de 25% das vezes)

(5) tinha diarreia frequentemente (mais de 25% das vezes)

(6) geralmente normal

15. NO ANO PASSADO, você já precisou correr ao banheiro devido à sua urgência para evacuar?

(Somente 1 resposta)

(1) nunca

(2) às vezes (menos de 25% das vezes)

(3) frequentemente (mais de 25% das vezes)

(4) geralmente (mais de 75% das vezes)

A seguir, gostaríamos de fazer algumas perguntas sobre alguma perda de fezes no passado. (Favor não incluir alterações intestinais provenientes de doenças passageiras como gripe ou viroses).

16. Você já teve algum problema com perda ou pequenos escapes de fezes (eventual ou devido à incapacidade de controlar a evacuação até chegar ao banheiro)? (Somente 1 resposta).

(1) Não

(2) Sim

Caso sua resposta seja SIM, responda as perguntas 17 à 29

Caso sua resposta seja NÃO, favor ir para a pergunta 30

17. NO ANO PASSADO, você tomou alguma medicação para prevenir a perda de fezes (antidiarréicos caseiros, água morna com maisena, kaomagma, Lomotil, Imosec, Tiorfan, Carbonato de cálcio, etc.)? (Somente 1 resposta)

(1) NÃO

(2) SIM, às vezes (menos de 25% das vezes)

(3) SIM, frequentemente (mais de 25% das vezes)

(4) SIM, geralmente (mais de 75% das vezes).

Caso sua resposta seja SIM, o que você tomou? _____

18. Você consegue lembrar-se da primeira vez que aconteceu este problema com perda de fezes?

(Somente 1 resposta)

(1) nos últimos 6 meses

(2) de 7 meses a 1 ano atrás

(3) mais de 1 a 2 anos atrás

(4) mais de 2 a 5 anos atrás

(5) mais de 5 a 10 anos atrás

(6) mais de 10 a 20 anos atrás

- (7) mais de 20 anos atrás
19. NO ANO PASSADO, alguma vez você teve que usar protetor íntimo para prevenir-se de escapes ou perda de fezes? (Somente 1 resposta)
- (1) nunca
 - (2) às vezes (menos de 25% das vezes)
 - (3) frequentemente (mais de 25% das vezes)
 - (4) geralmente (mais de 75% das vezes)
20. Se você tivesse que usar um protetor íntimo para proteger sua roupa íntima da perda de fezes, quando você o usaria?
- (1) acordado
 - (2) dormindo
 - (3) acordado e dormindo
 - (4) não uso protetor
21. NO ANO PASSADO, quando a perda de fezes foi mais frequente? (Somente 1 resposta)
- (1) acordado
 - (2) dormindo
 - (3) tanto acordado quanto dormindo
22. NO ANO PASSADO, para você era importante ter sempre um banheiro por perto? (Somente 1 resposta)
- (1) SIM (2) NÃO
23. NO ANO PASSADO, quando a perda de fezes ocorreu elas eram fezes líquidas ou amolecidas? (Somente 1 resposta)
- (1) nunca
 - (2) às vezes (menos de 25% das vezes em que ocorria a perda)
 - (3) frequentemente (mais de 25% das vezes em que ocorria a perda) (4) geralmente (mais de 75% das vezes em que ocorria a perda)
24. NO ANO PASSADO, quando a perda de fezes ocorreu, elas eram fezes sólidas ou formadas? (Somente 1 resposta)
- (1) nunca
 - (2) às vezes (menos de 25% das vezes em que a perda ocorria)
 - (3) frequentemente(mais de 25% das vezes em que a perda ocorria)
 - (4) geralmente (mais de 75% das vezes em que a perda ocorria)

25. NO ANO PASSADO, quando as perdas de fezes “acidentais” ocorreram, qual foi a quantidade de fezes eliminada? (Somente 1 resposta)
- (1) uma pequena quantidade, como o tamanho de uma moeda de vinte e cinco centavos
 - (2) quantidades moderadas (sempre exigindo uma troca do protetor íntimo ou da roupa íntima)
 - (3) evacuações com grande quantidade de fezes líquidas (sempre exigindo uma troca completa de roupas)
 - (4) fezes formadas ou sólidas
26. NO ANO PASSADO, você conseguia perceber quando a perda de fezes estava para acontecer? (Somente 1 resposta)
- (1) nunca
 - (2) às vezes (menos de 25% das vezes)
 - (3) frequentemente (mais de 25% das vezes)
 - (4) geralmente (mais de 75% das vezes)
27. Quando ocorriam esses “acidentes” com a perda de fezes, você conseguia perceber quando a perda estava realmente acontecendo? (Somente 1 resposta)
- (1) nunca
 - (2) às vezes (menos de 25% das vezes)
 - (3) frequentemente (mais de 25% das vezes)
 - (4) geralmente (mais de 75% das vezes)
28. NO ANO PASSADO, você teve dificuldade em sentir a diferença entre a vontade de eliminar gases e a de eliminar fezes? (Somente 1 resposta)
- (1) nunca
 - (2) às vezes (menos de 25% das vezes)
 - (3) frequentemente (mais de 25% das vezes)
 - (4) geralmente (mais de 75% das vezes)
29. NO ANO PASSADO, você ficou de cama por mais de um mês? (Somente 1 resposta) (1) Sim
(2) Não
- Caso tenha respondido SIM, por que? _____
- Por quanto tempo? _____

Todos os respondentes devem retornar neste ponto.

30. Você já fez tratamento com radioterapia na parte inferior do abdômen ou da pélvis? (Somente 1 resposta)
 (1) Sim (2) Não

Para ajudar na interpretação dos resultados deste estudo, gostaríamos de perguntar sobre suas atividades, hábitos e trabalho. Tenha certeza de que todas as informações aqui contidas serão mantidas estritamente confidenciais.

31. Primeiro, marque um “X” indicando a IMPORTÂNCIA de cada uma das atividades pra você durante o ANO PASSADO. (Uma resposta por linha)

	Sem Importância (1)	Pouco importante (2)	Importante (3)	Muito Importante (4)	Extremamente Importante (5)
Esportes/Recreação					
Trabalho em Casa					
Social/Lazer					
Relações Familiares					
Viagens					
Vida Sexual					
Trabalho (ocupação)					
Você é aposentado? () sim () não					

32. A seguir, marque um “X” indicando se algum problema com a sua função intestinal afetou a cada uma dessas atividades, durante o ANO PASSADO. (Não incluir as alterações provocadas por enfermidades temporárias como viroses, etc.) (Uma resposta por linha)

	Não tive problemas com perda de fezes (1)	Não afeta (2)	Pouco afetada (3)	Moderadamente afetada (4)	Extremamente afetada (5)
Esportes/Recreação					
Trabalho em Casa					
Social/Lazer					

(2) às vezes (menos de 25% das vezes) (4) geralmente (mais de 75% das vezes)

35. NO ANO PASSADO , você teve algum “evento” em que houvesse o esvaziamento total da sua bexiga antes de você conseguir chegar ao banheiro? (Somente 1 resposta)

(1) nunca (3) frequentemente (mais de 25% das vezes)

(2) às vezes (menos de 25% das vezes) (4) geralmente (mais de 75% das vezes)

36. NO ANO PASSADO, você usou algum protetor íntimo para perda urinária? (Somente 1 resposta)

(1) nunca (3) frequentemente (mais de 25% das vezes)

(2) às vezes (menos de 25% das vezes) (4) geralmente (mais de 75% das vezes)

37. NO ANO PASSADO, você perdeu urina ao tossir ou espirrar? (Somente 1 resposta)

(1) nunca (3) frequentemente (mais de 25% das vezes)

(2) às vezes (menos de 25% das vezes) (4) geralmente (mais de 75% das vezes)

38. NO ANO PASSADO, você conseguia sentir vontade de urinar antes de acontecer a perda da urina? (Somente 1 resposta)

(1) Eu nunca tive perda urinária durante o dia

(3) às vezes (menos de 25% das vezes)

(4) frequentemente (mais de 25% das vezes) (2) nunca (5) geralmente (mais de 75% das vezes)

Favor responder às seguintes perguntas com relação a outros sintomas urinários (Somente 1 resposta)

Perguntas	Frequência De maneira alguma (0)	Menos de 1x em 5vezes (1)	Menos da Metade (2)	Metade das vezes (3)	Mais de metade das vezes (4)	Quase sempre (5)
39. Durante o mês passado, com que frequência você teve a sensação de ter esvaziado completamente sua bexiga após ter urinado?						
40. No mês passado, com que frequência você teve que urinar novamente com menos de 2 horas da última micção?						
41. Durante o mês passado, com que frequência você interrompeu o ato de urinar						

e recomeçou novamente por diversas vezes?						
42. Durante o mês passado, com que frequência você achou difícil segurar a urina?						
43. Durante o mês passado, com que frequência você teve o jato de urina fraco?						
44. Durante o mês passado, com que frequência você teve que fazer força para começar a urinar?						
45. Durante o mês passado, quantas vezes você acordou à noite para urinar desde a hora em que você deitou até acordar pela manhã?	Nenhuma	1 vez	2 vezes	3 vezes	4 vezes	5 ou mais vezes

O próximo grupo de perguntas são sobre problemas que você pode ter tido no ânus ou na região anal, NO ANO PASSADO.

46. Você já teve algum abscesso/infecção ao redor do ânus (por trás ou por onde saem as fezes)? (Somente 1 resposta)

(1) Sim (2) Não

47. Você já teve alguma fístula (orifício perianal com drenagem de secreção ou pús) ao redor do ânus (por trás ou por onde saem as fezes)? (Somente 1 resposta)

(1) Sim (2) Não

48. Você já teve alguma fissura anal (ferida dolorosa no ânus – por trás ou por onde saem as fezes)? (Somente 1 resposta)

(1) Sim (2) Não

49. Você já fez alguma cirurgia no reto ou no ânus (por trás ou por onde saem as fezes)? (Somente 1 resposta)

(1) Sim (2) Não

Caso sua resposta seja sim, operou de que? _____

Quando? _____

50. Você teve algum trauma ou ferimento na área ao redor do reto ou do ânus (por trás ou por onde saem as fezes)? (Somente 1 resposta)

(1) Sim (2) Não

A próxima questão é somente para homens. Caso seja mulher, favor ir para a questão 52

51. Você frequentemente tem problemas com impotência, ou seja, não tem ereção? (Somente 1 resposta)

(1) Sim (2) Não

As questões 52 a 56 são para mulheres. Caso seja homem, favor ir para a questão 57.

52. NO ANO PASSADO, alguma vez você teve que pressionar dentro ou ao redor da vagina para ajudar na evacuação? (Somente 1 resposta)

(1) Sim (2) Não

53. Você já teve algum parto/filho? (Somente 1 resposta)

(1) Sim (2) Não

Caso sua resposta seja SIM, de quantos filhos? _____ de quantos por parto normal (vaginal)? _____ de quantos por cesárea? _____ de quantos por fórceps? _____

54. Você já teve alguma lesão ou laceração do ânus durante o parto que tenha sido necessário alguma correção cirúrgica? (Somente 1 resposta)

(1) Sim (2) Não

(3) Eu nunca dei à luz

Caso sua resposta seja SIM, que cirurgia foi feita? _____

55. Você já fez histerectomia (retirada do útero)? (Somente 1 resposta)

(1) Sim (2) Não

Caso sua resposta seja SIM, quando? _____

56. Você já teve a saída do reto através da vagina (chamada retocele)? (Somente 1 resposta)

(1) Sim (2) Não

Caso sua resposta seja SIM,
quando? _____

57. Você já teve a saída do reto através ao ânus (chamado prolapso retal)? (Somente 1 resposta)

(1) Sim (2) Não

Caso sua resposta seja SIM, quando? _____

58. Você tem hemorróidas (protrusão de qualquer material úmido de dentro do ânus)? (Somente 1 resposta)

(1) Sim (2) Não

Caso SIM, responda a questão 59. Caso NÃO, siga para questão 60

59. Você já teve que reduzir/empurrar as hemorróidas para dentro do ânus ou do reto? (Somente 1 resposta)

(1) NÃO, a hemorróida voltou sozinha

(2) SIM, eu empurro a hemorróida para dentro

(3) NÃO, a hemorróida está sempre para fora e não dá para empurrar para dentro.

60. NO ANO PASSADO, quantas vezes você foi ao médico por qualquer motivo? (Somente 1 resposta)

(1) nenhuma (4) de 6 a 10 vezes

(2) de 1 a 2 vezes (5) mais de 10 vezes

(3) de 3 a 5 vezes

61. NO ANO PASSADO, quantas vezes você foi ao médico por problemas com seu intestino? (Somente 1 resposta)

(1) nenhuma (4) de 6 a 10 vezes

(2) de 1 a 2 vezes (5) mais de 10 vezes

(3) de 3 a 5 vezes

62. NO ANO PASSADO, quantas vezes você foi ao médico por problemas com perda de fezes? (somente 1 resposta)

(1) nenhuma (4) de 6 a 10 vezes

(2) de 1 a 2 vezes (5) mais de 10 vezes

(3) de 3 a 5 vezes

63. NO ANO PASSADO, quantas vezes você foi ao médico por problemas urinários? (homens devem incluir problemas na próstata) (Somente 1 resposta)

- (1) nenhuma (4) de 6 a 10 vezes
(2) de 1 a 2 vezes (5) mais de 10 vezes
(3) de 3 a 5 vezes

64. Você tem diabetes mellitus (açúcar no sangue)? (Somente 1 resposta)

- (1) Sim (2) Não

65. Você tem alguma doença ou distúrbio do sistema nervoso? (Somente 1 resposta)

- (1) Sim (2) Não

Em caso positivo, que doença? _____

66. Você já teve alguma lesão na sua coluna espinhal (no nervo dentro da espinha)? (Somente 1 resposta)

- (1) Sim (2) Não

Em caso positivo, favor explicar _____

67. Você já teve derrame? (Somente 1 resposta)

- (1) Sim (2) Não

68. DURANTE O ANO PASSADO, como você avaliaria a sua saúde? (Somente 1 resposta)

- (1) Extraordinária (6) Ruim
(2) Excelente (7) Muito ruim
(3) Muito boa (8) Péssima
(4) Boa (9) Não poderia ter sido pior
(5) Razoável

FINALMENTE, POR FAVOR COMPLETE A LISTA DE SINTOMAS A SEGUIR

IMPORTANTE: Indique com que frequência cada sintoma ou doença abaixo ocorreram e o quanto eles lhe incomodaram no ano passado.

(Escreva um número de 0 a 4 para TODAS as 17 questões abaixo em ambas as colunas) **FREQUÊNCIA**
NÍVEL DE INCÔMODO

0 não é um problema	0 não é um problema
1 ocorre 1 vez por mês	1 incomoda pouco quando ocorre
2 ocorre 1 vez por semana	2 incomoda moderadamente
3 ocorre várias vezes por semana	3 incomoda bastante quando ocorre
4 ocorre diariamente	4 incomoda demasiadamente quando ocorre

	Frequência (0 a 4)	Incômodo (0 a 4)
(1) Dor de cabeça		
(2) Dor nas costas		
(3) Úlcera gástrica ou duodenal		
(4) Dor de estômago		
(5) Asma		
(6) Colo espástico (intestino irritado)		
(7) Insônia (dificuldade em dormir)		
(8) Pressão arterial alta		
(9) Cansaço		
(10) Depressão		
(11) Náusea		
(12) Rigidez Geral		
(13) Palpitação		
(14) Dor nos olhos associada à leitura		
(15) Diarreia/constipação		
(16) Tontura		
(17) Fraqueza		

Por favor, verifique se você respondeu a TODAS as 17 questões; cada uma tem um número de 0 a 4 nas colunas frequência e nível de incomodo.

OBRIGADO.

ANEXO C – Parecer 1

UFC - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO CEARÁ /



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ANÁLISE DA CONSTIPAÇÃO INTESTINAL E INCONTINÊNCIA FECAL EM PESSOAS COM ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL EM ATENDIMENTO

Pesquisador: ANA CECILIA MENEZES LOPES

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 94767418.9.0000.5054

Instituição Proponente: Departamento de Enfermagem

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.820.442

Apresentação do Projeto:

Projeto de dissertação do Programa de pós-graduação em Enfermagem, caracterizado como um estudo transversal. Será realizado em dois grandes hospitais públicos de nível terciário localizados na cidade de Fortaleza-CE, considerados referências no tratamento de AVC. A população do estudo será constituída por pacientes com diagnóstico médico de Acidente Vascular Cerebral. A amostra final calculada foi de 303 pacientes. Para a realização do processo de amostragem, será aplicada a técnica consecutiva. São critérios de inclusão: 1) Ter idade igual ou superior a 18 anos; 2) Ter apresentado episódio de AVC há pelo menos seis meses, uma vez que para a CI, as perguntas definidoras serão baseadas nos critérios de Roma III, em que as perguntas devem ser feitas levando-se em consideração o hábito intestinal dos últimos seis meses como explicado na revisão de literatura; 3) Possuir cadastro e realizar atendimento no ambulatório de neurologia nas instituições mencionadas; 4) Ter condições clínicas e cognitivas para responder às questões, portanto, deverá estar orientado. Os critérios de exclusão estabelecidos para o estudo são: 1) Pacientes com comorbidades específicas do trato gastrointestinal (doenças anorretais, tais como abscesso retal, prolapso retal e hemorroidas) que possam influenciar na identificação da relação entre o AVC e a constipação e/ou incontinência fecal, identificadas anteriormente ou posteriormente ao AVC; 2) História de câncer de estômago, intestino e/ou reto, ocorrida anteriormente ou posteriormente ao AVC; 3) História de cirurgia de estômago, intestino e/ou reto, ocorrida anteriormente ou posteriormente ao AVC; 4) Presença de derivação intestinal

Endereço: Rua Cel. Nunes de Melo, 1000
Bairro: Rodolfo Teófilo
UF: CE Município: FORTALEZA
Telefone: (85)3366-8344

CEP: 60.430-275

E-mail: comepe@ufc.br

Continuação do Parecer: 2.820.442

(colostomia/ileostomia). Os dados serão coletados com fonte primária, diretamente com o paciente, após aprovação do projeto pelo Comitê de Ética das instituições de interesse. Nos locais do estudo, a pesquisadora identificará os pacientes que aguardam atendimento ambulatorial, os abordará e, ao aplicar os critérios de inclusão e exclusão, os convidará para participar da investigação. Ao aceitarem o convite, os participantes assinarão os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido. Para coleta de dados, será utilizado instrumento intitulado "Entrevista Semiestruturada para Coleta de Dados", subdivido em quatro partes. A primeira parte será utilizada para a caracterização geral da amostra, sendo aplicada a todos os pacientes, e se destinará à investigação de dados pessoais, características sociodemográficas e clínicas. Contém ainda perguntas baseadas nas definições de incontinência fecal e constipação intestinal, objetivando identificar os pacientes que apresentem os fenômenos de interesse. A segunda parte, refere-se a Escala de Bristol para Consistência de Fezes, utilizada para descrever as fezes quanto à forma e à consistência, aplicada a todos os participantes do estudo. A terceira parte do instrumento é destinada à caracterização da incontinência fecal. Serão utilizadas as questões contidas no agrupamento presença de incontinência anal do instrumento "Hábito Intestinal na População Geral" e o Índice de Incontinência Anal. Por fim, a quarta parte do instrumento é atribuída à caracterização da constipação intestinal. Irá conter as questões referentes ao agrupamento hábitos intestinais gerais também pertencentes ao instrumento "Hábito Intestinal na População Geral". Os dados referentes à prevalência de constipação intestinal e incontinência fecal em pacientes com AVC e suas principais manifestações clínicas, bem como os dados sociodemográficos e clínicos, serão compilados em planilhas do programa Excel (2010). O banco de dados construído será analisado com apoio do programa estatístico BM SPSS versão 21.0 for Windows.

Objetivo da Pesquisa:

Primário: Analisar a Constipação Intestinal e Incontinência Fecal em pacientes com Acidente Vascular Cerebral em atendimento ambulatorial.

Específicos: Identificar a prevalência de Constipação Intestinal e Incontinência Fecal; Conhecer as características sociodemográficas e clínicas presentes nos pacientes que apresentam constipação intestinal e/ou incontinência intestinal; Verificar a associação da constipação intestinal e incontinência fecal entre si e destas com as características sociodemográficas e clínicas; Caracterizar a constipação intestinal quanto à frequência e a intensidade; Descrever a incontinência fecal de acordo com a frequência, intensidade e gravidade.

Endereço: Rua Cel. Nunes de Melo, 1000
 Bairro: Rodolfo Tedflio CEP: 60.430-275
 UF: CE Município: FORTALEZA
 Telefone: (85)3366-8344 E-mail: comepe@ufc.br

Continuação do Parecer: 2.820.442

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: A participação na pesquisa gera riscos/desconfortos mínimos. O paciente poderá ficar constrangido ao responder algumas questões da entrevista e, se isso acontecer, pode recusar-se a responder essas questões, saindo do estudo, sem que isso o traga prejuízos.

Benefícios: A pesquisa não trará ao paciente benefícios diretos, mas a coleta de seus dados permitirá saber quantos pacientes em atendimento nos ambulatórios pretendidos apresentam perda de fezes ou constipação intestinal, com o objetivo de promover ações educativas, tratamentos e cuidados especiais aos portadores dessas condições que trazem prejuízos à qualidade de vida.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa relevante. Objeto de pesquisa está bem descrito e os objetivos são claros e pertinentes. Metodologia com adequado detalhamento dos participantes e instrumentos. Aspectos éticos informados e de acordo com a Resolução 466/12.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos obrigatórios foram apresentados e estão de acordo com a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

A pesquisa não apresenta pendências éticas e documentais.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_1172491.pdf	30/07/2018 20:29:05		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projetodepesquisa.pdf	26/07/2018 21:14:28	ANA CECILIA MENEZES LOPES	Aceito
Outros	cartaoCEP.pdf	26/07/2018 21:10:20	ANA CECILIA MENEZES LOPES	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	26/07/2018 20:57:57	ANA CECILIA MENEZES LOPES	Aceito

Endereço: Rua Cel. Nunes de Melo, 1000
 Bairro: Rodolfo Tedflio CEP: 60.430-275
 UF: CE Município: FORTALEZA
 Telefone: (85)3366-8344 E-mail: comepe@ufc.br

UFC - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO CEARÁ /



Continuação do Parecer: 2.820.442

Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	03/07/2018 16:03:36	ANA CECILIA MENEZES LOPES	Aceito
Outros	Curriculo_Lattes.pdf	03/07/2018 15:50:47	ANA CECILIA MENEZES LOPES	Aceito
Outros	TERMO_DE_COMPROMISSO_PARA_UTILIZACAO_DE_DADOS.pdf	03/07/2018 15:44:25	ANA CECILIA MENEZES LOPES	Aceito
Outros	fiel_depositario_hgf.jpeg	03/07/2018 15:43:46	ANA CECILIA MENEZES LOPES	Aceito
Outros	fiel_depositario_waldemar.jpeg	03/07/2018 15:43:35	ANA CECILIA MENEZES LOPES	Aceito
Outros	termo_de_ciencia_waldemar.jpeg	03/07/2018 15:43:07	ANA CECILIA MENEZES LOPES	Aceito
Outros	carta_de_anuencia_waldemar.jpeg	03/07/2018 15:41:48	ANA CECILIA MENEZES LOPES	Aceito
Outros	carta_anuencia_hgf.jpeg	03/07/2018 15:41:12	ANA CECILIA MENEZES LOPES	Aceito
Outros	_CARTA_APRECIACAO_CEPUFC_.pdf	03/07/2018 15:40:01	ANA CECILIA MENEZES LOPES	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO_CECILIA.pdf	03/07/2018 15:38:36	ANA CECILIA MENEZES LOPES	Aceito
Declaração de Pesquisadores	_DECLARACAO_PESQUISADORES.pdf	03/07/2018 15:38:23	ANA CECILIA MENEZES LOPES	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	03/07/2018 15:38:00	ANA CECILIA MENEZES LOPES	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

FORTALEZA, 14 de Agosto de 2018

Assinado por:
FERNANDO ANTONIO FROTA BEZERRA
(Coordenador)

Endereço: Rua Cel. Nunes de Melo, 1000
 Bairro: Rodolfo Teófilo CEP: 60.430-275
 UF: CE Município: FORTALEZA
 Telefone: (85)3366-8344 E-mail: comepe@ufc.br

ANEXO D - PARECER 2



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ANÁLISE DA CONSTIPAÇÃO INTESTINAL E INCONTINÊNCIA FECAL EM PESSOAS COM ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL EM ATENDIMENTO

Pesquisador: ANA CECILIA MENEZES LOPES

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 94767418.9.3002.5684

Instituição Proponente: INSTITUTO DE SAUDE E GESTAO HOSPITALAR

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.043.185

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo transversal. O estudo será realizado em dois grandes hospitais públicos de nível terciário localizados na cidade de Fortaleza-CE considerados referências no tratamento de AVC. A coleta de dados será realizada nos meses de agosto a dezembro de 2018. POPULAÇÃO: Será constituída por pacientes com diagnóstico médico de Acidente Vascular Cerebral. A amostra será composta por pacientes que se enquadrarem nos critérios de inclusão estabelecidos: 1) Ter idade igual ou superior a 18 anos; 2) Ter apresentado episódio de AVC há pelo menos seis meses, uma vez que para a CI, as perguntas definidoras serão baseadas nos critérios de Roma III, em que as perguntas devem ser feitas levando-se em consideração o hábito intestinal dos últimos seis meses como explicado na revisão de literatura; 3) Possuir cadastro e realizar atendimento no ambulatório de neurologia nas instituições mencionadas, possibilitando a consulta aos prontuários caso necessário; 4) Ter condições clínicas e cognitivas para responder às questões, portanto, deverá estar orientado. CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO: 1) Pacientes com comorbidades específicas do trato gastrointestinal (doenças anorretais, tais como abscesso retal, prolapso retal e hemorroidas) que possam influenciar na identificação da relação entre o AVC e a constipação e/ou incontinência fecal, identificadas anteriormente ou posteriormente ao AVC; 2) História de câncer de estômago, intestino e/ou reto, ocorrida anteriormente ou posteriormente ao AVC; 3) História de cirurgia de estômago, intestino e/ou reto, ocorrida anteriormente ou posteriormente ao AVC; 4) Presença de derivação intestinal (colostomia/ileostomia). Para a determinação da amostra, será

Endereço: Rua Socorro Gomes, 190
 Bairro: Guajuru CEP: 60.843-070
 UF: CE Município: FORTALEZA
 Telefone: (85)3195-2767 Fax: (85)3195-2765 E-mail: cepisgh@gmail.com



Continuação do Parecer: 3.043.185

utilizada a fórmula para populações infinitas totalizando 303 participantes. Os dados serão coletados com fonte primária, diretamente com o paciente após aprovação do projeto pelo Comitê de Ética das instituições de interesse.

Nos locais do estudo, a pesquisadora identificará os pacientes que atendam aos critérios de inclusão, aplicará os de exclusão, e posteriormente abordará os selecionados e os convidará para participar da investigação após informar os seus objetivos e a forma de coleta de dados. Os dados referentes à prevalência de constipação intestinal e incontinência fecal em pacientes com AVC e suas principais manifestações clínicas, bem como os dados sociodemográficos e clínicos, serão compilados em planilhas do programa Excel (2010). O banco de dados construído será analisado com apoio do programa estatístico BM SPSS versão 21.0 for Windows (Statistical Package for de Social Sciences).

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo primário:

- Analisar a Constipação Intestinal e Incontinência Fecal em pacientes com Acidente Vascular Cerebral em atendimento ambulatorial.

Objetivos Secundários:

- Identificar a prevalência de Constipação Intestinal e Incontinência Fecal;
- Conhecer as características sociodemográficas e clínicas presentes nos pacientes que apresentem constipação intestinal e/ou incontinência intestinal;
- Verificar a associação da constipação intestinal e incontinência fecal entre si e destas com as características sociodemográficas e clínicas;
- Caracterizar a constipação intestinal quanto à frequência e a intensidade;
- Descrever a incontinência fecal de acordo com a frequência, intensidade e gravidade.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

A pesquisa não trará riscos diretos aos participantes, entretanto, poderão ficar constrangidos ao responder algumas questões da entrevista e, se isso acontecer, poderão recusar-se a responder essas questões, saindo do estudo, sem que isso traga prejuízos para o participante ou para seu atendimento nos hospitais em que será realizada a pesquisa. Ressalta-se que a entrevista será realizada em local reservado, previamente definido juntamente à instituição, de maneira a assegurar a confidencialidade e a privacidade, bem como a proteção de sua imagem.

Endereço: Rua Socorro Gomes, 190
 Bairro: Guajuru CEP: 60.843-070
 UF: CE Município: FORTALEZA
 Telefone: (85)3195-2767 Fax: (85)3195-2765 E-mail: cepisgh@gmail.com



Continuação do Parecer: 3.043.185

Benefícios:

A pesquisa poderá trazer benefícios individuais e coletivos, uma vez que a coleta de seus dados, bem como a de outros pacientes, permitirá saber quantos pacientes em atendimento ambulatorial apresentam perda de fezes ou constipação intestinal, com o objetivo de promover ações educativas, tratamentos e cuidados especiais aos portadores dessas condições que trazem prejuízos à qualidade de vida, comprometendo-se, desse modo, com o máximo de benefícios.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa é relevante do ponto de vista científico e assistencial do cuidado ao indivíduo com sequela de AVE. A pesquisadora descreveu os benefícios e riscos da pesquisa, bem como a maneira de mitigar os riscos.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Anexados na Plataforma Brasil os documentos obrigatórios para execução da pesquisa: Folha de Rosto; Carta de anuência; Termo de Ciência da Unidade hospitalar; Termo de compromisso para utilização dos dados; Termo de Consentimento Livre Esclarecido; Projeto detalhado; Cronograma; Orçamento.

Todos os termos obrigatórios foram apresentados: TCLE com as recomendações do CEP, cronograma atualizado (coleta de novembro/2018 a fevereiro/2019; fiel depositário;

Recomendações:

- Recomenda-se a comunicação e registro de quaisquer alterações realizadas no protocolo de pesquisa ao Comitê de Ética em Pesquisa e Centro Participante.
- Recomenda-se que ao término da pesquisa, o pesquisador realize a devolutiva dos resultados da pesquisa ao Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Saúde e Gestão Hospitalar por meio do envio do Relatório Final de Pesquisa na aba Notificações da Plataforma Brasil e para a Instituição participante.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

- As pendências relatadas no parecer consubstanciado anterior pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Saúde e Gestão Hospitalar foram atendidas e sanadas pelos pesquisadores.
- A pesquisa atende a Resolução 466/2012 CNS/MS estando de acordo com os preceitos éticos da pesquisa envolvendo seres humanos.

Endereço: Rua Socorro Gomes, 190
 Bairro: Guajuru CEP: 60.843-070
 UF: CE Município: FORTALEZA
 Telefone: (85)3195-2767 Fax: (85)3195-2765 E-mail: ceptsgh@gmail.com



Continuação do Parecer: 3.043.185

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1200619.pdf	10/10/2018 11:09:16		Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA_ATUALIZADO_POS_PARECER_2.pdf	10/10/2018 11:04:40	ANA CECILIA MENEZES LOPES	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_FINAL_MESTRADO_POS_PARECER_2.pdf	10/10/2018 11:03:44	ANA CECILIA MENEZES LOPES	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TERMO_DE_CONSENTIMENTO_LIVRE_E_ESCLARECIDO_POS_PARECER_2.pdf	10/10/2018 11:03:11	ANA CECILIA MENEZES LOPES	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_FINAL_MESTRADO_POS_PARECER.pdf	02/10/2018 09:25:34	ANA CECILIA MENEZES LOPES	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA_ATUALIZADO.pdf	02/10/2018 09:22:55	ANA CECILIA MENEZES LOPES	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_POS_PARECER.pdf	02/10/2018 09:21:46	ANA CECILIA MENEZES LOPES	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projetedepesquisa.pdf	26/07/2018 21:14:28	ANA CECILIA MENEZES LOPES	Aceito
Outros	cartaaoCEP.pdf	26/07/2018 21:10:20	ANA CECILIA MENEZES LOPES	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	26/07/2018 20:57:57	ANA CECILIA MENEZES LOPES	Aceito
Outros	Curriculo_Lattes.pdf	03/07/2018 15:50:47	ANA CECILIA MENEZES LOPES	Aceito
Outros	TERMO_DE_COMPROMISSO_PARA_UTILIZACAO_DE_DADOS.pdf	03/07/2018 15:44:25	ANA CECILIA MENEZES LOPES	Aceito
Outros	fiel_depositario_hgf.jpeg	03/07/2018 15:43:46	ANA CECILIA MENEZES LOPES	Aceito
Outros	fiel_depositario_waldemar.jpeg	03/07/2018 15:43:35	ANA CECILIA MENEZES LOPES	Aceito
Outros	termo_de_ciencia_waldemar.jpeg	03/07/2018 15:43:07	ANA CECILIA MENEZES LOPES	Aceito
Outros	carta_de_anuencia_waldemar.jpeg	03/07/2018 15:41:48	ANA CECILIA MENEZES LOPES	Aceito
Outros	carta_anuencia_hgf.jpeg	03/07/2018 15:41:12	ANA CECILIA MENEZES LOPES	Aceito
Outros	_CARTA_APRECIACAO_CEPUFUC_.pdf	03/07/2018 15:40:01	ANA CECILIA MENEZES LOPES	Aceito

Endereço: Rua Socorro Gomes, 190
 Bairro: Guajuru CEP: 60.843-070
 UF: CE Município: FORTALEZA
 Telefone: (85)3195-2767 Fax: (85)3195-2765 E-mail: cepisgh@gmail.com



Continuação do Parecer: 3.043.185

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

FORTALEZA, 28 de Novembro de 2018

Assinado por:
Jamille Soares Moreira Alves
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Socorro Gomes, 190
Bairro: Guajuru CEP: 60.843-070
UF: CE Município: FORTALEZA
Telefone: (85)3195-2767 Fax: (85)3195-2765 E-mail: cepisgh@gmail.com

ANEXO E – PARECER 3

HOSPITAL GERAL DE
FORTALEZA/SUS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ANÁLISE DA CONSTIPAÇÃO INTESTINAL E INCONTINÊNCIA FECAL EM PESSOAS COM ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL EM ATENDIMENTO

Pesquisador: ANA CECILIA MENEZES LOPES

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 94767418.9.3001.5040

Instituição Proponente: Hospital Geral de Fortaleza/SUS

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.005.420

Apresentação do Projeto:

Projeto reapresentado para verificação de pendências. Trata-se de um estudo transversal que será realizado em dois grandes hospitais públicos de nível terciário localizados na cidade de Fortaleza-CE, considerados referências no tratamento de AVC. A amostra final calculada foi de 303 pacientes. Nos locais do estudo, a pesquisadora identificará os pacientes que aguardam atendimento ambulatorial, os abordará e, ao aplicar os critérios de inclusão e exclusão, os convidará para participar da investigação. Para coleta de dados, será utilizado instrumento intitulado "Entrevista Semiestruturada para Coleta de Dados", subdividido em quatro partes, contemplando informações dos demais instrumentos utilizados para avaliação dos pacientes. A primeira parte será utilizada para a caracterização geral da amostra, sendo aplicada a todos os pacientes, e se destinará à investigação de dados pessoais, características sociodemográficas e clínicas. Além disso, contém perguntas baseadas nas definições de incontinência fecal e constipação intestinal, objetivando identificar os pacientes que apresentem os fenômenos de interesse. A segunda parte, refere-se a Escala de Bristol para Consistência de Fezes, utilizada para descrever as fezes quanto à forma e à consistência, aplicada a todos os participantes do estudo. A terceira parte do instrumento é destinada à caracterização da IF. Serão utilizadas as questões contidas no agrupamento presença de incontinência anal do instrumento "Hábito Intestinal na População Geral" e o Índice de Incontinência Anal. Por fim, a quarta parte do instrumento é atribuída à caracterização da CI. Irá conter as questões referentes ao agrupamento hábitos

Endereço: Rua Avila Goulart, nº 900
 Bairro: Papicu CEP: 60.155-290
 UF: CE Município: FORTALEZA
 Telefone: (85)3101-7078 Fax: (85)3101-3163 E-mail: cepghf.ce@gmail.com

HOSPITAL GERAL DE
FORTALEZA/SUS



Continuação do Parecer: 3.005.420

Intestinais gerais também pertencentes ao instrumento "Hábito Intestinal na População Geral". Os dados referentes à prevalência de constipação intestinal e incontinência fecal em pacientes com AVC e suas principais manifestações clínicas, bem como os dados sociodemográficos e clínicos, serão compilados em planilhas do programa Excel (2010). O banco de dados construído será analisado com apoio do programa estatístico BM SPSS versão 21.0.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário: Analisar a Constipação Intestinal e Incontinência Fecal em pacientes com Acidente Vascular Cerebral em atendimento ambulatorial.

Objetivo Secundário: Identificar a prevalência de Constipação Intestinal e Incontinência Fecal; Conhecer as características sociodemográficas e clínicas presentes nos pacientes que apresentem constipação intestinal e/ou incontinência intestinal; Verificar a associação da constipação intestinal e incontinência fecal entre si e destas com as características sociodemográficas e clínicas; Caracterizar a constipação intestinal quanto à frequência e a intensidade; Descrever a incontinência fecal de acordo com a frequência, intensidade e gravidade.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: O paciente poderá ficar constrangido ao responder algumas questões da entrevista e, se isso acontecer, pode recusar-se a responder essas questões, saindo do estudo, sem que isso o traga prejuízos ao seu tratamento.

Benefícios: A pesquisa não trará aos pacientes benefícios diretos, mas a coleta de seus dados permitirá saber quantos pacientes em atendimento nos ambulatórios pretendidos apresentam perda de fezes ou constipação intestinal, com o objetivo de promover ações educativas, tratamentos e cuidados especiais aos portadores dessas condições que trazem prejuízos à qualidade de vida.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O diagnóstico e acompanhamento de pacientes com alterações intestinais secundárias ao AVC deverá melhorar a assistência prestada a estes pacientes.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O projeto apresenta todos os documentos obrigatórios em anexo: TCLE, Termo de Fiel Depositário, Carta de Anuência. Todos documentos estão redigidos conforme Resolução

Endereço: Rua Avila Goulart, nº 900
 Bairro: Papicó CEP: 60.155-290
 UF: CE Município: FORTALEZA
 Telefone: (85)3101-7078 Fax: (85)3101-3163 E-mail: cepghf.ce@gmail.com

HOSPITAL GERAL DE
FORTALEZA/SUS



Continuação do Parecer: 3.005.420

466/2012.

Recomendações:

Recomenda-se apresentar relatório ao CEP ao término da pesquisa.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O projeto atende aos trâmites da Resolução 466/2012.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1200618.pdf	13/09/2018 15:23:52		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLHgf.docx	13/09/2018 15:17:50	ANA CECILIA MENEZES LOPES	Aceito
Outros	seap_2.jpeg	13/09/2018 15:15:30	ANA CECILIA MENEZES LOPES	Aceito
Outros	seap_1.jpeg	13/09/2018 15:15:03	ANA CECILIA MENEZES LOPES	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projetedepesquisa.pdf	26/07/2018 21:14:28	ANA CECILIA MENEZES LOPES	Aceito
Outros	cartaaoCEP.pdf	26/07/2018 21:10:20	ANA CECILIA MENEZES LOPES	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	26/07/2018 20:57:57	ANA CECILIA MENEZES LOPES	Aceito
Outros	Curriculo_Lattes.pdf	03/07/2018 15:50:47	ANA CECILIA MENEZES LOPES	Aceito
Outros	TERMO_DE_COMPROMISSO_PARA_UTILIZACAO_DE_DADOS.pdf	03/07/2018 15:44:25	ANA CECILIA MENEZES LOPES	Aceito
Outros	fiel_depositario_hgf.jpeg	03/07/2018 15:43:46	ANA CECILIA MENEZES LOPES	Aceito
Outros	fiel_depositario_waldemar.jpeg	03/07/2018 15:43:35	ANA CECILIA MENEZES LOPES	Aceito
Outros	termo_de_ciencia_waldemar.jpeg	03/07/2018 15:43:07	ANA CECILIA MENEZES LOPES	Aceito
Outros	carta_de_anuencia_waldemar.jpeg	03/07/2018 15:41:48	ANA CECILIA MENEZES LOPES	Aceito

Endereço: Rua Avila Goulart, nº 900
 Bairro: Papicó CEP: 60.155-290
 UF: CE Município: FORTALEZA
 Telefone: (85)3101-7078 Fax: (85)3101-3163 E-mail: cepghf.ce@gmail.com

HOSPITAL GERAL DE
FORTALEZA/SUS



Continuação do Parecer: 3.005.420

Outros	carta_anuencia_hgf.jpeg	03/07/2018 15:41:12	ANA CECILIA MENEZES LOPES	Aceito
Outros	_CARTA_APRECIACAO_CEPUFC_.pdf	03/07/2018 15:40:01	ANA CECILIA MENEZES LOPES	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

FORTALEZA, 07 de Novembro de 2018

Assinado por:
Ivana Lima Verde Gomes
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Avila Goulart, nº 900
Bairro: Papicó CEP: 60.155-290
UF: CE Município: FORTALEZA
Telefone: (85)3101-7078 Fax: (85)3101-3163 E-mail: cepgf.ce@gmail.com