


Declaração de Evidência sobre a Incontinência Anal
da Sociedade Real Holandesa de Fisioterapia (KNGF)

Versão Brasileira:

Gustavo F. Sutter Latorre
gustavo@perineo.net


Berghmans LCM

Bols EMJ

Groot JAM

van Heeswijk-Faase IC

Hendriks HJM



Latorre GFS

Uchoa SM

Seleme MR

O presente Guia de Prática Clínica foi traduzido para o português da versão inglesa publicada pela Sociedade Real Holandesa de Fisioterapia, que frisou em seu original que “*O acesso internacional [ao conhecimento] estimula a colaboração internacional no processo de desenvolvimento e atualização dos guias de prática clínica*”.

Notas do tradutor desta adaptação para o português brasileiro são identificados no texto pela sigla [NT:].

© 2013 Royal Dutch Society for Physical Therapy (KNGF)

© 2017: versão brasileira pela Associação Brasileira de Fisioterapia Pélvica

CONTEÚDO

1 Introdução	3
1.1 Definição	3
1.2 Epidemiologia	4
1.3 Custos	4
1.4 Fatores etiológicos	4
1.5 Fatores prognósticos (Nota nº7)	5
1.6 Fatores que predizem a resposta da fisioterapia pélvica (Nota nº8)	6
1.7 Prevenção da incontinência anal	7
1.8 Encaminhamento versus acesso direto à fisioterapia pélvica	7
2 Processo Diagnóstico	7
2.1 História da moléstia	7
2.2 Testes especiais	8
2.3 Exame físico	8
2.4 Análise diagnóstica fisioterapêutica (fluxograma)	8
3 Processo Terapêutico	9
3.1 Esboçando o plano de tratamento	9
3.2 Provendo educação e aconselhamento	9
3.3 Eletroestimulação (Nota nº22)	9
3.4 Treinamento da Musculatura do Assoalho Pélvico (TMAP) (Nota nº23)	9
3.5 Biofeedback	10
3.6 Processo terapêutico	10
3.7 Avaliação da evolução	10
3.8 Conclusão do tratamento	10
3.9 Acompanhamento pós-alta	11
Notas	11
Referências	21
Suplementos	
Suplemento 1: Diário Defecatório	27
Suplemento 2: Fluxograma da Avaliação	28

Declaração de Evidência sobre a Incontinência Anal

1 Introdução

Esta *Declaração de Evidência* diz respeito ao processo fisioterapêutico de diagnóstico e tratamento de pacientes adultos com incontinência intestinal, ou incontinência anal (IA). Decidimos publicar este consenso ao invés de um guia de prática clínica pelo fato deste nos permitir descrever o estado de conhecimento atual acerca do tema, para que então possamos formular recomendações que fomentassem uma abordagem metódica, ante a escassez de evidência publicada. Esta Declaração de Evidência está em conformidade com a versão abreviada da *Metodologia de Desenvolvimento, Implementação e Atualização das Diretrizes da KNGF*, conforme descrito por Van der Wees et al.¹ As recomendações foram formuladas com base na evidência científica e nas "boas práticas". A evidência científica para cada assunto é sempre sumarizada ao final de cada tema, numa conclusão indicando o nível de evidência. Esta foi realizada a partir das listas de avaliação e critérios da EBRO – *Evidence-Based Guideline Development* (Desenvolvimento de Guias de Prática Clínica baseados em Evidência), desenvolvido sob os auspícios do *Instituto Holandês de Melhoria nos Cuidados à Saúde* (CBO)². Onde evidência científica não esteve disponível, a recomendação foi formulada com base no consenso entre a equipe de desenvolvimento desta Declaração. A evidência e o consenso subjacente a estas recomendações foram incluídos em um extenso conjunto de notas.

Buscas eletrônicas foram realizadas entre 1º de janeiro de 1980 e 1º de novembro de 2012 nas bases de dados Cochrane, PubMed, EMBASE, PEDro e CINAHL, bem como nas listas de referências dos artigos primários. Sempre que possível publicação sobre IA, incontinência fecal (IF) e incontinência de flatos foram examinadas em separado.

O Estado de Evidência em IA é restrito a pacientes adultos com IA, uma vez que a causa do problema em crianças é normalmente de natureza distinta, e suas queixas requerem uma abordagem particular. Este fato é também refletido nos estudos científicos acerca da IA, que geralmente distinguem crianças e adultos. A IA em adultos normalmente é associada com outros problemas abdominais, da pelve ou do assoalho pélvico, como constipação, prolapso retal e incontinência urinária. A discussão de todas estas particularidades iria tornar esta declaração demasiadamente complexa. Quando apropriado, a Declaração faz referência a outras áreas ou outros Guias de Prática Clínica.

Esta Declaração é voltada a fisioterapeutas pélvicos registrados. Estes são fisioterapeutas especializados, que completaram uma pós-graduação em fisioterapia pélvica acreditada na Holanda pela *Associação Holandesa de Fisioterapeutas especializados problemas Pélvicos e Pré e Pós-Parto* [NT: no Brasil, pela Associação Brasileira de Fisioterapia Pélvica – ABFP (abfp.org.br)], incluindo o uso de técnicas invasivas (Nota nº1). Fisioterapeutas pélvicos e outros fisioterapeutas podem utilizar o *Guia de Prática Clínica da KNGF em Dor Pélvica relacionada à Gestação*, de 2005, e o *Guia de Prática Clínica em Incontinência Urinária da KNGF*, atualizado e estendido para incontinência masculina em 2011 [NT: este último Guia em IU possui versão brasileira, disponível no site da ABFP].

O objetivo da presente Declaração é responder às seguintes questões:

- Quais são a incidência e prevalência de IA, e quais são os custos diretos e indiretos envolvidos?
- Quais fatores etiológicos são hoje conhecidos por afetar o desenvolvimento da IA?
- Quais fatores prognósticos são conhecidos pelo curso da IA, e quais deles podem ser modificados pela fisioterapia pélvica?
- Que tipo de diagnósticos médico e informação psicossocial é relevante à fisioterapia pélvica, e necessário para que o fisioterapeuta pélvico trace seus planos e metas de tratamento?
- Quais tipos de tratamento e prevenção são efeitos e eficientes em relação à natureza, severidade e modificabilidade do problema de saúde em questão?
- Quais instrumentos de medida podem, em termos de qualidade metodológica, ser utilizados na identificação de problemas de saúde em indivíduos com IA, além de permitirem a avaliação dos efeitos dos tratamentos subsequentes?

1.1 Definição

A Incontinência Anal (IA), como sintoma é definida como a “queixa de escape involuntário de fezes ou flatos”. Já a Incontinência Fecal (IF), como sintoma, é definida como a “queixa de escape involuntário de fezes”, sendo subdividida em (a) sólidos, (b) líquidos, (c) IF passiva (i.e. escape involuntário sem que se perceba, ou dificuldade de se limpar após a defecação) e (d) escape involuntário de matéria fecal durante o intercuro vaginal. A Incontinência de Flatos é definida como a “queixa de escape invo-

luntário de flatos”. O termo IA é utilizado tanto para incontinência de fezes sólidas, quanto líquidas ou flatos, enquanto o termo FI se refere unicamente à incontinência de fezes sólidas ou líquidas³. Esta Declaração de Evidência utiliza a terminologia utilizada pela Associação Internacional de Uroginecologia (IUGA) e a Sociedade Internacional para a Continência (ICS). Esta terminologia foi adaptada para desenvolvimento internacional, sendo formulada com base em consensos, e subsequentemente publicada desde 2009 sob a forma de *‘Relatório conjunto de terminologia para disfunções femininas do assoalho pélvico da Associação Internacional de Uroginecologia e da Sociedade Internacional para Continência’*⁴.

Esta terminologia internacional tem sido adotada no intuito de prevenir erros na comunicação e interpretação da literatura acerca deste tema. Por este motivo as publicações sobre IA, IF e incontinência de flatos foram, sempre que possível, examinadas em separado nesta Declaração. Doravante a presente Declaração utilizará sempre a abreviatura IA como termo guarda-chuva, indicando sempre forma explícita quando houver referência aos sintomas de incontinência de flatos ou incontinência fecal.

1.2 Epidemiologia

Prevalência

Não raras vezes a prevalência de IA é influenciada por definições ou populações alvo distintas (Nota nº2), bem como pelo baixo comunicação do problema por parte dos pacientes que, comumente, se sentem constrangidos em relatar o problema aos profissionais de saúde, ou por ignorarem que existem tratamentos para o problema, ou por pensarem que esta situação é normal e não precisa ser tratada. Ao final apenas um terço dos pacientes com IF consulta o médico pelo problema⁵⁻⁶.

Uma revisão sistemática da literatura baseada em estudos transversais estimou a prevalência de IA para a população em geral entre 2% a 24%, e a de IF entre 0,4% a 18%⁷. Outra revisão sistemática relatou uma prevalência de IF de 0,8% para homens e 1,6% para mulheres no estrato etário acima de 60 anos de idade⁸. Estes valores corroboram por alto com os resultados de um estudo holandês, que apontou 7% para os homens e 6% para as mulheres daquela faixa etária. [NT: No Brasil estudos mostram uma prevalência em consonância com os dados holandeses: de 1,4% para homens e 4,3% para mulheres¹⁴⁰, ou 7% tanto para homens quanto para mulheres maiores de 18 anos¹⁴¹.]

A prevalência aumenta imensamente em pacientes institucionalizados (crônicos ou internação domiciliar), de 30% a 47%¹⁰⁻¹¹.

Pouco é conhecido a respeito da prevalência da incontinência de flatos. Estudos em mulheres holandesas de 45 a 85 anos de idade apontaram que 39% delas são incomodadas pelo problema, sendo que destas, 3,5% sofrem ainda por incontinência de fezes sólidas e 12,3% de fezes líquidas.

Estudos clínicos sugerem que a IF é mais comum em mulheres do que em homens, embora os resultados de estudos epidemiológicos tendem a mostrar uma prevalência semelhante para ambos os sexos. Esta discrepância pode estar relacionada a idade ou ao gênero das pessoas que procuram ajuda pelo problema¹³. Valores de prevalência mais elevados têm sido reportados em mulheres no pós-parto ou em pacientes com múltiplas patologias, como problemas cognitivos ou neurológicos¹⁴. Cerca de 50% dos pacientes com IF possuem também incontinência urinária (incontinência dupla). Isto pode ser causado por disfunção dos músculos levantadores do ânus, ou também em pessoas idosas mais vulneráveis, e que necessitam cuidados por conta de limitações funcionais relacionadas à toailete⁹.

Os escapes involuntários relacionados à IA podem afetar consideravelmente a participação social dos indivíduos [NT: limitações na participação de acordo com a Classificação Internacional de Funcionalidade – CIF].

Incidência

Poucos estudos têm sido publicados sobre a incidência de IA. As incidências de 5 e 10 anos em mulheres que vivem independentes são de 5,3% e 7% respectivamente, enquanto que as mesmas para homens vivendo independentemente são de 4,1% e 5,3% respectivamente. A incidência de 5 e 10 anos aumenta com a idade: para idades iguais ou superiores a 85 anos é de 13% e 15,3% respectivamente para mulheres, e 13,2% e 20% para homens¹⁶⁻¹⁸. A incidência de 10 meses em pessoas idosas institucionalizadas é de 20%¹⁰.

1.3 Custos

Os custos para pacientes adultos com IA na Holanda foram estimados em € 2.169,00 por pessoa por ano¹⁹ [NT: Não foram encontrados estudos estimando estes custos no Brasil]. Estes custos advêm de custos médicos e não médicos, tanto diretos quanto indiretos. Mais da metade destes resulta de perdas na produção (trabalho pago ou não pago). Nos Estados Unidos os custos para pacientes adultos com IF mensal são estimados em US\$ 4.110,00 ao ano²⁰. Custos gerais com a saúde, para pessoas nos EUA com IF frequente, são US\$ 2.897,00 mais caros por ano do que os mesmos para pessoas que não tem IF, embora

não esteja claro o quanto desta diferença é relacionada à comorbidades.

Dados da *Comissão Holandesa de Seguros de Saúde* mostraram que os custos e os números de usuários de produtos para incontinência urinária e anal aumentaram 11% e 6% respectivamente, entre 2007 e 2011 (Nota nº3). Um achado impressionante é o de que a proporção de pessoas com mais de 65 anos de idade que usam estes materiais é muito maior em mulheres do que em homens (58% vs 17% em 2011)²².

1.4 Fatores Etiológicos

A incontinência não é uma doença, mas um sintoma da falha de um ou mais componentes do mecanismo normal de fechamento (Nota nº4). Isto significa que vários fatores etiológicos podem ser distinguidos para a IA.

Mulheres

O fator etiológico para IA mais comumente relatado em mulheres é o parto, tendo a lesão esfintérica como mecanismo principal (Nota nº6) e neuropatia do nervo pudendo¹³. Uma revisão sistemática mostrou que lesões de terceiro ou quarto grau foram os únicos fatores de risco relacionados ao parto preditores de IA e IF no pós-parto (nível 1 de evidência)²³. Uma atualização desta revisão mostrou que a IA durante a gestação esteve fortemente associada com IA no pós-parto (nível 1 de evidência)²⁴⁻²⁶. O parto cesáreo não é protetor de IF no pós-parto^{23, 27-29}.

Ainda, há indicações de que acidente vascular encefálico, problemas cognitivos, etnia caucasóide, depressão e diarreia crônica contribuem para o desenvolvimento da IF em mulheres com idade igual ou superior a 65 anos^{16,18}. Histórico de retocele (por exemplo resultante de esforço crônico) também contribui para o desenvolvimento da IF em mulheres com idade igual ou superior a 50 anos (nível 3)¹⁷. Finalmente, há indícios de que o risco do desenvolvimento de IA aumenta entre um e três anos após a histerectomia abdominal, e três anos após a histerectomia vaginal (nível 3)^{30,31}. A combinação de histerectomia abdominal com salpingo-ovariectomia aumenta o risco de IA um ano após a cirurgia³⁰. Histórico de lesão obstétrica ou idade mais avançada na época da histerectomia abdominal ou vaginal aumenta os riscos de desenvolver IA três anos após o procedimento³¹.

Homens

Há indícios de que homens acima dos 85 anos ou homens com problemas renais apresentam risco de IF (nível 3)¹⁸. Adicionalmente, a radioterapia para o tratamento do câncer de próstata aumenta o risco de incontinência de

flatos, por exemplo se a capacidade retal for reduzida por conta de proctite pela radiação (nível 3)³². Radioterapia de baixa dose aparentemente não previne a IF³³.

Mulheres e homens

Há indícios de que problemas renais¹⁸, diarreia, sensação de evacuação incompleta, histórico de radioterapia pélvica, queixas de urgência¹⁷, ou incontinência urinária¹⁶ contribuam para o desenvolvimento da IF (nível 3).

Idosos institucionalizados

Tem sido demonstrado que o avançar da idade contribui para o desenvolvimento da IA (nível 1)^{10,34}. Também parece que incontinência urinária, limitação de mobilidade, desordens neurológicas, déficit cognitivo¹⁰, demência, problemas no controle de tronco, etnias não caucasóides e dificuldades nas atividades de vida diária, todos contribuem para o desenvolvimento da IF (nível 2)³⁴.

1.5 Prognóstico (Nota nº7)

Ser vítima da IF é associado ao acréscimo no risco de mortalidade em idosos (≥ 60 anos) institucionalizados (nível 2)¹⁰.

1.6 Fatores que predizem a resposta da fisioterapia pélvica (Nota nº8)

Tentativas de determinar a resposta da fisioterapia pélvica são complicadas heterogeneidade dos estudos, especialmente com relação às populações investigadas, e a forma e intensidade da terapia. Distinguimos aqui entre fatores associados às chances de recuperação em geral de fatores especificamente associados às chances de recuperação após eletroestimulação, biofeedback com treinamento da musculatura do assoalho pélvico (TMAP), e a combinação de eletroestimulação, biofeedback e TMAP.

Geral

- Dosagem de treino suficiente (treinamento muscular específico três vezes ao dia, duas a três vezes na semana durante cinco meses, 8-12 contrações lentas e virtualmente máximas) e treinamento dentro das conformidades aumentam as chances de recuperação (nível 1)³⁵⁻³⁷.
- Um alto nível de motivação por parte do paciente e melhor interação entre o paciente e o terapeuta aumentam as chances de recuperação (nível 4)³⁸.

- Ensinar o paciente a lidar com o problema e inspirar estes pacientes aumenta as chances de recuperação (nível 4).
- Inabilidade de seguir ou compreender as instruções por conta de disfunção neurológica ou lesão medular diminui as chances de recuperação (nível 4)³⁹⁻⁴⁰.

Eletroestimulação

- Sintomas menos severos de IF e perda de fezes líquidas ao invés de sólidas aumentam as chances de recuperação após eletroestimulação (nível 3)⁴¹.

Biofeedback com TMAP

- A maior duração dos sintomas de IA reduz as chances de recuperação depois do TMAP com biofeedback (nível 3)⁴².
- Menor sensação de constrangimento, uso de medicamentos para constipação e ter ao menos um fator de risco relacionado ao parto (alto peso ao nascimento, episiotomia, parto instrumentado) aumenta as chances de recuperação após TMAP com biofeedback (nível 3)⁴².
- A necessidade de mais de três sessões de biofeedback prediz um pior prognóstico no longo prazo (nível 3)⁴³.

TMAP com biofeedback e eletroestimulação

- IA passiva, fezes líquidas, presença de cirurgia de reparo primário de uma laceração após parto vaginal e cicatriz perineal ou perianal reduz as chances de recuperação (nível 2)⁴⁴.

1.7 Prevenção da IA (Nota nº9)

- Parto cesáreo, a medida preventiva mais comumente utilizada, não protege contra IA no pós-parto (nível 1)^{23, 27-29}.
- Há evidência moderada de que medicação constipante (óxido de loperamida e difenoxilato com atropina) reduz os riscos de IF em pacientes com perda de fezes líquidas (nível 1)⁴⁵.
- Perda de peso durante intervenções comportamentais é associada com melhoria na frequência da perda de fezes líquidas em mulheres obesas com incontinência urinária (nível 3)⁴⁶⁻⁴⁸.
- Suplementação dietética com *Psyllium husk* (fibras solúveis) ou fibra de goma arábica é associada à redução nos episódios de IF e na melhoria da consistência das fezes (nível 3)⁴⁹.
- TMAP durante a gestação reduz o risco de IF depois de 32-36 semanas gestacionais em mulheres que tiveram partos prévios (nível 3)⁵⁰.

- Em pacientes com avaliação incompleta, a irrigação da ampola retal com sistemas como cateter de balão retal, enema (minilax) ou plugs anais podem reduzir o risco de perda fecal por um determinado período (nível 4).
- Em pacientes com fezes líquidas, a redução da ingestão hídrica durante a ingestão de fibras e medicação constipante (loperamida) pode engrossar as fezes, reduzindo assim o risco de IF (nível 4).

1.8 Encaminhamento versus acesso direto à fisioterapia pélvica

- Na Holanda [NT: o mesmo para o Brasil] os pacientes são geralmente encaminhados ao fisioterapeuta pélvico pelo médico da família ou médico especialista, ou as vezes pelo obstetra. Pacientes também constatar o fisioterapeuta pélvico sem encaminhamento, as vezes sob a indicação de um *conselheiro de menopausa*. Acesso direto à fisioterapia requer atenção e cautela consideráveis com relação a possíveis complicadores.
- Pacientes com IA frequentemente apresentam patologias médicas que necessitam atenção de saúde distinta ou complementar, e um histórico desta patologia pode levantar fatores prognósticos relevantes. Deste modo, o terapeuta é aconselhado a entrar em contato com o clínico geral ou médico especialista antes de iniciar o processo de diagnóstico cinesiológico-funcional ou fisioterapêutico.
- Depois que o paciente acessa diretamente a fisioterapia, o terapeuta deve buscar por “bandeiras vermelhas” (vide fluxograma), enquanto mantém em mente que o estado de alerta quanto a bandeiras vermelhas é fundamental durante o processo de diagnóstico e terapia.

2 Processo Diagnóstico

Durante o processo diagnóstico o fisioterapeuta pélvico examina a natureza, a severidade e o grau de modificabilidade do problema de saúde do paciente. Esta informação vem do histórico da moléstia, auto relatos do paciente, questionários, diários defecatórios e exames próprios da fisioterapia pélvica.

2.1 História da moléstia

- O fisioterapeuta procede uma avaliação para checar até que ponto a fisioterapia pélvica é indicada.

- Esta avaliação é focada nas deficiências de funções corporais, limitações em atividades ou habilidades, restrições na participação e na influência fatores pessoais ou ambientais (impedindo ou facilitando).

Com base no julgamento de especialistas, uma revisão sistemática⁵¹ e consenso pela equipe de autores desta Declaração de Evidência (vide fluxograma), os tópicos a seguir são considerados relevantes para a avaliação:

- motivo para contato e apresentação do problema pelo paciente;
 - a natureza (ex.: causa, condição ou característica em questão) e severidade da IA (utilizando os domínios da CIF);
 - o grau de modificabilidade (fatores de impedimento gerais ou locais);
 - bandeiras vermelhas;
 - histórico proctológico, ginecológico, obstétrico, urológico ou sexológico relacionado ao sistema músculo esquelético;
 - comorbidades;
 - estratégias de cooperação;
 - problemas psicossociais;
 - padrões defecatórios e miccionais;
 - nutrição e ingesta hídrica;
 - estado dos componentes do sistema de continência (função muscular, função de reservatório, consistência das fezes, consciência e reconhecimento do problema de saúde e suas interações;
 - o padrão de expectativas do paciente.
- O processo de história da moléstia pode ser integrado com educação e aconselhamento.

2.2 Testes Especiais

Pode haver uma discordância entre a percepção do paciente e a do clínico com relação à severidade nos sintomas⁵². Deste modo é recomendado que o processo de triagem, diagnóstico e avaliação incluam ao menos um instrumento de medida que permita que o paciente relate seus próprios pontos de vista acerca da severidade dos seus sintomas e das consequências sobre o seu problema de saúde (nível 4)⁵³.

Escore de Wexner

Recomenda-se o Escore de Wexner para avaliar a severidade da IA e o nível de cooperação do paciente (Nota nº12) (nível 4).

Qualidade de Vida

Na opinião da equipe de desenvolvimento desta Declaração, não há atualmente um questionário de qualidade de

vida específico para o problema que possa ser recomendado (Nota nº13).

Efeito Global Percebido (EGP)

A equipe de desenvolvimento desta Declaração recomenda a utilização do Efeito Global Percebido (EGP) como instrumento de medida, haja visto sua simplicidade e maneabilidade (nível 4). O paciente pode usar o EGP para indicar quais mudanças globais ou quais melhorias na sua saúde ele tem percebido (Nota nº14)^{54,55}.

Diário Defecatório

Um diário defecatório do paciente permite ao terapeuta a determinação da frequência defecatória e da severidade da IF (Nota nº15, nível 4)^{47,56}. A equipe de desenvolvimento desta Declaração recomenda que se mantenha o preenchimento do diário de defecação até que a consistência e a frequência da defecação estejam normalizadas (vide Suplemento 1). Na opinião desta equipe a Escala Fecal de Bristol (EFB) é um bom instrumento para monitorar a consistência das fezes⁵⁷. A EFB pode ser incluída no diário defecatório (Nota nº16, nível 4).

2.3 Exame Físico

O fluxograma (vide Suplemento 2) mostra quais exames físicos são relevantes (Nota nº17).

2.4 Análise diagnóstica fisioterapêutica (fluxograma)

- É muito importante analisar se, e em que extensão, há equilíbrio suficiente entre tensão condição física. A condição física pode ser afetada por disfunções nos mecanismos de continência:
 - lesão ou enfraquecimento dos músculos do assoalho pélvico (esfíncter anal externo ou levantadores do ânus);
 - lesão ou enfraquecimento do esfíncter anal interno;
 - problema neurológico: disfunção nuclear ou infranuclear, de inervação periférica, medula espinal, tronco cerebral, estado de consciência.
- A condição física parcialmente depende de outros fatores, como mobilidade geral, dieta, sistema intestinal (peristaltismo ou composição fecal), medicação, história problemática (ex.: experiência sexuais adversas, violência física) e comorbidades. A condição física do paciente (nos níveis local, pessoal

e de participação) determina o quanto ele pode suportar.

- O processo de análise é utilizado para determinar a natureza, severidade e modificabilidade do problema.

O grupo de desenvolvimento do Guia de Prática Clínica em IA [NT: a ser lançado], em consulta com o grupo de feedback, pode distinguir quatro categorias de problemas para pacientes com IA (para mais divisões favor consultar o fluxograma):

- I:** IA acompanhada de disfunção do assoalho pélvico e percepção da perda de fezes (urgência). O plano de tratamento é desenvolvido com base na presença ou ausência de condições neurológicas, sensação anorretal controle voluntário ou involuntário e fatores que possam afetar adversamente a função do assoalho pélvico.
- II:** IA acompanhada de disfunção do assoalho pélvico sem percepção da perda de fezes (passiva). O plano de tratamento é desenvolvido com base na presença ou ausência de condições neurológicas e sensação anorretal.
- III:** IA sem disfunção do assoalho pélvico.
- IV:** IA com ou sem disfunção do assoalho pélvico, em combinação com fatores gerais de impedimento da recuperação ou de processos de enfrentamento/ajuste. O plano de tratamento é desenvolvido com base na presença ou ausência de comorbidades.

A natureza e a severidade de qualquer sintoma doloroso devem ser consideradas para todas as quatro categorias de problemas, uma vez que estas representam fatores complicadores.

3 Processo Terapêutico

O processo terapêutico inclui o tratamento atual, avaliação e conclusão do tratamento (Notas nº18 e 19).

3.1 Esboçando o plano de tratamento

- O plano de tratamento é relacionado à categoria do problema; sintomas de dor representam um fator complicador (nota nº20).
- O objetivo do tratamento é melhorar um ou mais dos seguintes componentes da continência: função muscular, função reservatória, consistência das fezes, consciência e conhecimento da condição de saúde ou interações entre estes componentes. Até o presente não foram descritos efeitos adversos ou piora dos sintomas para nenhuma

das formas de terapias discutidas abaixo^{38,58}.

3.2 Provendo educação e aconselhamento

- Um planejamento de educação específica para o paciente é utilizado para cada categoria de problema. Considerando o ponto de vista do paciente, suas preferências e expectativas, o fisioterapeuta pélvico explica todos os aspectos relevantes, lançando mão de recursos visuais, quando necessário, além de discutir os mecanismos normais de fechamento e continência (Nota nº21, nível 4).

3.3 Eletroestimulação (Nota nº22)

- Apesar de estudos não controlados relatarem a efetividade da eletroestimulação, além de apontarem-na como importante no tratamento conservador da IA de alguns pacientes, estas afirmações não são sustentadas pelos achados de ensaios controlados. Com base em um pequeno número de estudos controlados heterogêneos a evidência hoje é insuficiente para a recomendação do uso da eletroestimulação no tratamento da IA. Ainda não está claro quais tipos de pacientes e em quais condições poderiam ser eleitos para a eletroestimulação, nem qual modalidade seria a mais apropriada (nível 1)^{47,48,58}.
- A equipe de desenvolvimento desta Declaração, no entanto, leva em conta que a eletroestimulação possa vir a ser útil em alguns casos, objetivando o controle voluntário da musculatura do assoalho pélvico, especificamente naqueles pacientes que não sabem contrair voluntariamente aquela musculatura (problema categoria IA no fluxograma) (nível 4).

3.4 Treinamento da musculatura do assoalho pélvico (TMAP) (Nota nº23)

- O TMAP consiste em contrações voluntárias e relaxamentos da musculatura do assoalho pélvico (MAP). Como não é claro em até que ponto é possível distinguir o TMAP de exercícios para os esfíncteres anais, ambos os treinamentos são, normalmente, realizados em conjunto. Neste caso, obrigatoriamente o TMAP objetiva treinar a consciência do paciente com relação ao modo como e em até

que ponto o assoalho pélvico deve ser utilizado. O TMAP objetiva ainda:

- fortalecimento muscular (aumento da força muscular estática e dinâmica);
- controle voluntário do relaxamento muscular;
- endurance (ex.: capacidade de manter uma contração muscular máxima ou submáxima por um longo período de tempo);
- repetibilidade (ex.: número de vezes seguidas que o paciente consegue realizar contrações máximas ou submáximas);
- duração e coordenação das contrações musculares do assoalho pélvico e dos esfíncteres;
- posicionamento correto do assoalho pélvico.
- Tem sido demonstrado que alguns elementos do TMAP têm efeito terapêutico, mas mais ainda não é possível decidir conclusivamente a respeito dos exercícios para os esfíncteres anais no tratamento de pacientes com IA (nível 1)³⁸.
- Na opinião da equipe de desenvolvimento desta Declaração o TMAP pode ser parte de uma abordagem integrativa, envolvendo educação/aconselhamento, treinamento da consciência do paciente com relação ao papel do assoalho pélvico e como ele pode e deve funcionar, necessariamente lançando mão do uso do biofeedback e/ou treinamento com balonete retal (para as categorias IC, ID, II-IV). Estas observações são sustentadas pelas recomendações da 'Consulta Internacional sobre Incontinência' (ICI), sendo parcialmente sustentada, ainda, pelo baixo custo e ausência de efeitos colaterais do TMAP (nível 4)⁴⁷⁻⁴⁸.
- Na opinião do grupo de desenvolvimento do Guia de Prática Clínica em IA [NT: a ser lançado], os exercícios que visam a redução do ângulo anorretal, com enfoque no músculo puborretal (em treinamento similar ao *The Knack* utilizado para elevar a uretra) pode ser utilizado para melhorar o controle voluntário do paciente sobre seu assoalho pélvico (para problemas categoria IB) (nível 4).

3.5 Biofeedback

O biofeedback pode ser utilizado de várias formas em pacientes com IA: biofeedback EMG (atividade de unidades motoras), pressão (manometria por sonda anorretal) ou utilizando um balonete retal (Nota nº24).

- Tem sido demonstrado que alguns elementos do biofeedback tem efeito terapêutico. O TMAP auxiliado por biofeedback, aparece como mais efetivo que o TMAP isolado, e o biofeedback com eletroestimulação aparece mais efetivo que a última

quando isolada. Todavia a literatura disponível ainda não permite nenhuma conclusão definitiva a respeito do papel do biofeedback no tratamento de pacientes com IA (nível 1)³⁸.

- A combinação entre biofeedback manométrico e TMAP, ou treinamento com balonete retal associado ao TMAP, são mais efetivas do que o TMAP isolado naqueles pacientes onde o tratamento prévio falhou (nível 3)^{59,60}.
- Na opinião da equipe de desenvolvimento desta Declaração o biofeedback pode ser utilizado nos casos onde há dúvidas quanto a habilidade em contrair o assoalho pélvico, para aqueles pacientes sem controle motor (problema categoria IA), ou se o paciente vem progredindo de forma insuficiente, na tentativa de acelerar o progresso no contexto de uma abordagem integrativa (ex.: educação e aconselhamento, controle voluntário, TMAP) com base em todos os componentes modificáveis (ex.: para problemas das categorias IC, ID, II e IV) (nível 4).

3.6 Processo terapêutico

- O fisioterapeuta pélvico deve avaliar e relatar qualquer mudança quanto à natureza, severidade ou modificabilidade da condição de saúde com relação aos achados originais do processo diagnóstico no tocante ao impacto sobre funções corporais, limitações nas atividades ou na participação social.

3.7 Avaliação da evolução

- O fisioterapeuta pélvico deve avaliar o tratamento utilizando a Escala de Wexner, o EGP e o diário defecatório, avaliando ainda os componentes modificáveis do mecanismo de continência que apareceram no exame físico.

3.8 Conclusão do tratamento

- O relatório ao clínico geral ou especialista que encaminhou o paciente (se for o caso) deve descrever os resultados do tratamento, utilizando as categorias da Classificação Internacional de Funcionalidade (CIF)⁶¹, ou seja, nos níveis de estrutura (neste caso a musculatura do assoalho pélvico), função NT: continência anal], atividades [NT: ex.: caminhar curtas distâncias] e participações [NT: ex.: fazer compras num supermercado].

3.9 Acompanhamento pós-alta

- O fisioterapeuta pélvico e o paciente devem considerar em conjunto o manejo de reavaliações, no formato de um check-up ou ‘terapia lembrete’, em datas pré-definidas após a conclusão da fase clínica do tratamento.

A Nota nº25 traz a descrição de um caso que ilustra a sequência clínica de acordo com os passos descritos nesta Declaração de Evidência.

Instrumentos de medida estão disponíveis em www.meetinstrumentenzorg.nl [NT: versões em português brasileiro estão disponíveis em abfp.org.br/downloads]

Realização desta Declaração de Evidência

O projeto de desenvolvimento desta Declaração foi iniciado a partir de questões advindas de problemas da prática diária com diferentes pacientes vitimados pela IA, bem como das particularidades no tratamento de casos distintos. O projeto foi subsidiado pela KNGF.

Autores

Esther Bols

PhD, fisioterapeuta, epidemiologista clínica e cientista em saúde, pesquisadora de pós-doutorado no departamento de Epidemiologia, Centro de Fisioterapia Baseada em Evidência (CEBP), Universidade de Maastricht; fisioterapeuta na prática de primeiros cuidados, Maastricht, Holanda

Joke Groot

MsPT, fisioterapeuta geral e fisioterapeuta pélvica pediátrica, fisioterapeuta na prática de primeiros cuidados em Heemstede e Amsterdam, fisioterapeuta pélvica no VU Centro Médico Universitário, Amsterdam, Holanda.

Ingrid van Heeswijk-Faase

MsPT, fisioterapeuta pélvica, fisioterapeuta na prática de primeiros cuidados, Zoetermeer, Holanda.

Erik Hendriks

PhD, fisioterapeuta, epidemiologista clínico e cientista em saúde, professor associado no Departamento de Epidemiologia, Centro de Fisioterapia Baseada em Evidência (CEBP) da Universidade, Maastricht Holanda; mestre em fisioterapia na prática de primeiros cuidados, Druten, Holanda.

Bary Berghmans

PhD, MSc, fisioterapeuta pélvico, epidemiologista clínico e cientista em saúde, pesquisador sênior no Centro de Cuidados Pélvicos Maastricht, Centro Médico Universitário de Maastricht (MUMC), Maastricht, Holanda.

Grupo de Feedback [comentários e feedback*]

A equipe de desenvolvimento desta Declaração gostaria de agradecer aos seguintes membros do grupo de feedback (em ordem alfabética) pelo auxílio no desenvolvimento desta Declaração:

C.G.M.I. Baeten, PhD, MD, Maastricht, Holanda; J.F. Felt-Bersma, PhD, MD, Amsterdam, Holanda; P. van Houten, PhD, MD, Zonnehuisgroep, Amstelland, Amstelveen, Holanda; A.J. Kalkdijk, MSPT, fisioterapeuta pélvico, Groningen, Holanda; D. Teunissen, PhD, MD, Nijmegen, Holanda; G.A. Vester, MSPT, fisioterapeuta pélvico Utrecht, Holanda; P.J. Voorham-van der Zalm, PhD, Leiden, Holanda.

* Adições e comentários foram coletados ao estilo *roda Delphi*. A inclusão das pessoas acima como consultores não implica que cada um deles concordou com todos os detalhes desta Declaração.

© 2013 Sociedade Real Holandesa de Fisioterapia (KNGF)

© 2017 Associação Brasileira de Fisioterapia Pélvica (ABFP)

Versão Brasileira

Gustavo F. Sutter Latorre

Fisioterapeuta pélvico, doutorando em clínica cirúrgica pelo Hospital de Clínicas (UFPR/PR), mestre em fisioterapia (UDESC/SC), formação Internacional em Fisioterapia Pélvica pela Universidade de Maastricht (Holanda), professor de pós-graduação e pesquisador do curso de Fisioterapia Pélvica da Faculdade Inspirar (Curitiba/PR), professor de pós-graduação do curso de Fisioterapia Pélvica do Instituto de Excelência em Educação e Saúde - IEES (Goiânia/GO), editor geral do Portal perineo.net, Florianópolis, Brasil.

Silvana de Macedo Uchôa

Fisioterapeuta pélvica, mestre em fisioterapia (UFPE), formação Internacional em Fisioterapia Pélvica pela Universidade de Maastricht (Holanda), professora do curso de fisioterapia da UFPE, professora de pós-graduação do curso de Fisioterapia Pélvica da Faculdade Inspirar (Curitiba/PR), Recife, Brasil.

Maura Regina Seleme

Fisioterapeuta pélvica, PhD, formação Internacional em Fisioterapia Pélvica pela Universidade de Maastricht (Holanda), coordenadora e professora da Pós-Graduação em Fisioterapia Pélvica da Faculdade Inspirar (Curitiba/PR), fisioterapeuta pélvica em Maastricht, Holanda.



Dutch-Brazilian Connection [1998-2018]

Conexão Brasil-Holanda [1998-2018]

Notas

Nota nº1: Exame interno e tratamento

De acordo com a lei holandesa atual a KNGF considera o exame interno como ‘procedimento especial’ (incluindo palpação por via vaginal e/ou anal ou a introdução de eletrodos intravaginais ou anais). Isto significa que estes exames necessitam certas condições especiais, como descrito em manual apropriado⁶².

Aos fisioterapeutas pélvicos registrados que possuem as condições descritas neste manual é permitido realizar exames e tratamentos internos, desde sob termo de consentimento expresso pelo paciente, depois que este tenha sido esclarecido a respeito dos objetivos das técnicas e das possíveis alternativas.

Todo fisioterapeuta pélvico que avalia e trata pacientes internamente deve possuir certa expertise e qualificação específicas, estas descritas também em manual específico⁶³. [NT: no Brasil a formação generalista do fisioterapeuta, de acordo com a Resolução CNE/CES nº 4/2002, permite que o profissional atue nas diversas áreas da fisioterapia. Todavia, conforme reconhecido e frisado pelos profissionais holandeses acima, é sabido que a profundidade da fisioterapia pélvica exige formação complementar, de modo que a ABFP recomenda que procedimentos de fisioterapia pélvica sejam realizados unicamente por fisioterapeutas especializados, com o mínimo de horas de pós-graduação para este fim].

Nota nº2: Classificação da incontinência anal

Ainda inexistente consenso acerca da melhor classificação para a incontinência anal (IA)³⁹. Todavia a mais utilizada é:

1. Classificação baseada no sintoma: distingue entre IA de urgência (na qual o paciente percebe a urgência antes do episódio de incontinência), IA passiva (na qual o paciente não percebe a perda de fezes), ou uma combinação das duas^{3,58,64}.
2. Classificação baseada na natureza das fezes perdidas: sólidas, líquidas, gasosas ou mucosas.
3. Classificação baseada nas categorias de pacientes: por exemplo IA em pacientes neurológicos, idosos ou mulheres no pós-parto com IA.
4. Classificação baseada na causa primária presumida: controle muscular do esfíncter anal externo (EAE) ou do esfíncter anal interno (EAI) (com contração voluntária ou involuntária e relaxamento presentes) neuropatia (lesão do nervo podendo causada por compressão excessiva por conta de trabalho de parto, constipação, tosse crônica/DOPC, diabetes, trauma ou outras desordens neurológicas), problemas cognitivos, dificuldades na toalete, medicamentos (laxantes, antidepressivos/relaxantes musculares, medicação contra Parkinson), vício em cafeína, uso de anticolinérgicos (diminuição na sensação), problemas na capacidade retal, no peristaltismo, na composição das fezes, psicossociais, sobrepeso ou problemas como bulimia/anorexia, exposição à violência (emocional, física ou sexual)⁶⁵. Nem sempre é fácil determinar a causa primária da IA, uma vez que o problema advém da interação entre vários fatores causais.

Nota nº 3: Custo dos produtos para IA

A tabela abaixo mostra os custos em Euros e o número de usuários para produtos para incontinência urinária e anal no período entre 2007 e 2011.

	Custos	Usuários
2007	€ 152.049.000	545.800
2008	€151.749.000	576.100
2009	€156.795.000	579.200
2010	€164.699.000	581.100
2011	€168.158.000	577.300

Fonte: GIP/Colégio de Zorgverzekeringen, 2012.

Nota nº4: O mecanismo normal de continência

A incontinência não é uma desordem /doença, mas um sintoma indicativo de um ou mais componentes do mecanismo normal de continência. Este mecanismo requer o normal funcionamento dos seguintes sistemas⁶⁶:

I. Sistema de resistência

O sistema de resistência inclui os músculos levantadores do ânus (puboviscerais, iliococígeos e puborretal) e os esfíncteres anais, cujo tônus de base mantém o canal anal fechado e assim resistindo a qualquer perda do conteúdo intestinal (figura 1).

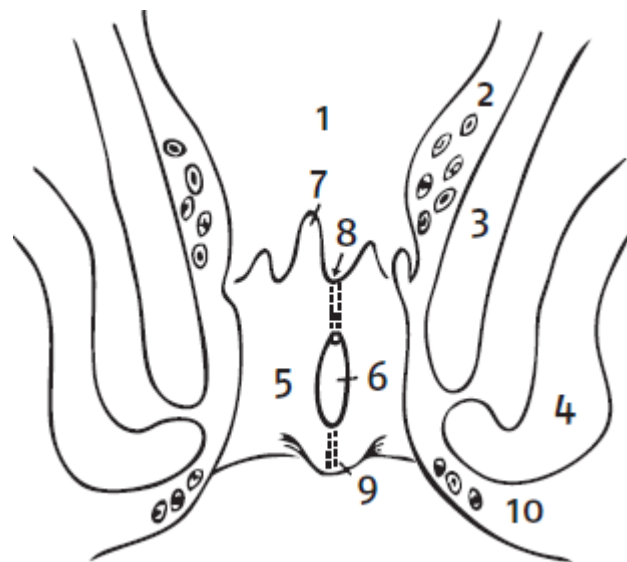


Figura 1: Anatomia do reto e do ânus.

1. ampola retal;
2. plexo hemorroidário superior;
3. m. esfíncter anal interno;
4. m. esfíncter anal externo;
5. canal anal;
6. fissura anal;
7. colunas de Morgagni;
8. criptas de Morgagni;
9. mariscas;
10. Plexo hemorroidário inferior.

Fonte: Medicina Moderna, setembro de 1990 v.14 nº9

O esfíncter anal externo (EAS) contribui especialmente para o fechamento da porção distal do canal anal. A musculatura estriada contribui cerca de 15% para o tônus muscular de repouso. O músculo puborretal (PR) corre como uma banda pela porção caudal inferior do reto e alça o reto posteriormente, prevenindo que as fezes vindas do reto adentrem ao ânus. No repouso seu ângulo é de cerca de 90°, aumentando ou reduzindo de acordo com a atividade muscular. O ângulo anorretal aumenta para 140° durante a defecação. O papel exato deste ângulo sobre a continência ainda permanece incerto.

O esfíncter anal interno forma um anel fechando o canal anal, sendo uma continuação da camada muscular lisa intestinal. Ele não é de controle voluntário, sendo inervado pelo sistema nervoso autônomo. O EAI contribui para cerca de 80% sobre o tônus de base do sistema esfíntérico ao redor do canal anal⁵⁶.

II. Sistema de capacidade

Trata-se da extensão na qual o reto é capaz de armazenar o conteúdo intestinal por conta de sua complacência própria.

III. Sistema reflexo

Inclui o conjunto de reflexos disparados quando o reto está cheio de fezes, vindas do colo sigmoide: reflexo do esfíncter anal externo (REAE), reflexo reto-anal inibitório (RRAI) e o reflexo reto-retal (RRR).

Contrações do colo sigmoide empurram as fezes para dentro do reto, de modo que o enchimento advindo é detectado pelos sensores localizados tanto na parede retal quanto na musculatura do assoalho pélvico. Então o REAE constringe fortemente a parte distal do canal anal. Ao mesmo tempo, o RRAI faz com que a parte proximal do canal anal se abra ligeiramente por meio do relaxamento do esfíncter interno. Como resultado o conteúdo intestinal fica em contato com a parede hipersensível do canal anal, permitindo que indivíduo distinga sensorialmente se o conteúdo intestinal é sólido ou líquido. Se o indivíduo decide liberar este conteúdo, relaxando o esfíncter externo, voluntário, o RRR causa então a contração do reto, permitindo que as fezes sejam excretadas. Se for entendido que não é um momento oportuno para a defecação, o EAE e o m. puborretal contraem fortemente, mantendo esta contração até que o EAI recupere seu tônus anterior, garantindo novamente o fechamento e o canal anal. Neste caso as fezes são novamente guiadas ao reto, que se adapta ao conteúdo por complacência. Todo o sistema retorna então ao estado de repouso, de modo que o indivíduo para de sentir a urgência evacuatória até que novas fezes alcancem o reto ou até que se faça esforço aumentando a pressão intra-abdominal.

Nota nº5: Fatores de risco etiológicos

Fatores etiológicos (fatores de risco) são fatores que podem promover o desenvolvimento de problemas de saúde. O grupo de desenvolvimento desta Declaração examinou os fatores de risco para IA revisando sistematicamente a literatura, incluindo apenas estudos prospectivos do tipo coorte publicados em holandês, inglês ou alemão. Onze estudos prospectivos condisseram aos critérios de inclusão. Foi encontrada uma revisão sistemática sobre os fatores de risco para IA pós-parto²³. Os fatores etiológicos (fatores de risco) para IF em homens foram examinados num estudo de revisão que incluiu apenas um estudo observacional^{18,67}.

O estudo de fatores etiológico é mormente baseado em estudos transversais, que não permitem, portanto, conclusões acerca da relação causal, uma vez que não é possível inferir qual fator em particular precede ou não a IA ou se, ao contrário, foi a IA que acabou gerando este ou aquele fator. De forma semelhante, este tipo de estudo não permite a identificação de interações entre fatores sociais e ambientais³. A etiologia da IA, na maioria dos casos, é multifatorial, sendo difícil determinar as contribuições relativas de cada um dos fatores quando agindo de modo individual¹⁴. Por exemplo, um fator de risco em particular pode vir a ser um fator intermediário (como por exemplo uma episiotomia como fator de risco no parto: neste caso uma lesão no esfíncter poderia ser o fator intermediário que eventualmente poderia causar a IA)²³.

Nível de Evidência

Mulheres

Nível 1. Tem sido demonstrado que lacerações graus 3 ou 4 são o único fator de risco relacionado ao parto para IA e IF no pós-parto²³.

Nível 1. Tem sido demonstrado que IA durante a gestação é fortemente associada à IA no pós-parto^{23, 24-26}.

Nível 3. Há indícios de que acidente vascular encefálico, déficit cognitivo, etnia caucasóide, depressão e diarreia crônica contribuem para o desenvolvimento da IA em mulheres com idade igual ou superior a 65 anos^{6,18}, bem como que o histórico de retocele contribui para o desenvolvimento da IF em mulheres com idade igual ou superior a 50 anos¹⁷.

Nível 3. Há indícios de que o risco de desenvolver IA aumenta em um e três anos após a histerectomia abdominal, e três anos após a histerectomia vaginal^{30,31}. A combinação de histerectomia abdominal com salpingo-ovariectomia bilateral aumenta o risco de IA um ano após a cirurgia³⁰, e o histórico de lesão obstétrica e idades mais avançadas à época da histerectomia abdominal ou vaginal aumenta o risco de IA três anos após³¹.

Homens

Nível 3. Há indícios de que homens com idades superiores aos 85 anos ou homens com disfunções renais tem maior risco de desenvolver IF¹⁸.

Nível 3. Há indícios de que a radioterapia no tratamento do câncer de próstata aumenta o risco de incontinência de flatos³².

Mulheres e homens

Nível 3. Há indicações de que problemas renais¹⁸, diarreia, sensação de evacuação incompleta, histórico de radioterapia pélvica, queixas de urgência¹⁷ ou incontinência urinária¹⁶ contribuem para o desenvolvimento da IF.

Idosos institucionalizados

Nível 1. Foi demonstrado que idades mais avançadas contribuem para o desenvolvimento da IF^{10,34}.

Nível 2. Parece plausível que incontinência urinária, limitação na mobilidade, presença de disfunção neurológica, declínio cognitivo¹⁰, demência, problema no controle de tronco, etnia não caucasóide e limitações gerais nas atividades de vida diária, todos contribuem para o desenvolvimento da IF³⁴.

Nota nº6: Lesão esfintéfrica perinatal

Cerca de 30% das mulheres desenvolvem lesão esfintéfrica durante o primeiro parto, sendo que este percentual diminui para 9% no segundo parto. Cerca de 30% das mulheres que tiveram lesão esfintéfrica vão mais tarde desenvolver IF⁶⁸.

Nota nº7: Fatores prognósticos para a evolução da IA

Fatores prognósticos são fatores que influenciam a evolução de uma doença. Poucos estudos têm sido publicados sobre os fatores prognósticos para a evolução da IA: apenas um estudo prospectivo do tipo coorte pôde ser incluído nesta Declaração.

Nível de Evidência

Nível 2. Parece plausível que pessoas mais velhas (idade igual ou superior a 60 anos), vivendo sob o regime institucionalizado e tendo IF apresentam maior risco de mortalidade¹⁰.

Nota nº8: Preditores de resposta da fisioterapia pélvica

Nível de Evidência

Geral

Nível 1. Foi suficientemente demonstrado que dosagem específica de treinamento (treinar os músculos certos, de forma específica três vezes ao dia, duas a três vezes na semana durante cinco meses, com 8-12 contrações lentas e virtualmente máximas) e aderência suficiente à fisioterapia aumentam as chances de recuperação³⁵⁻³⁷.

Nível 4. Na opinião deste grupo do desenvolvimento desta Declaração, um alto nível de motivação por parte do paciente e melhor interação entre o paciente e o fisioterapeuta pélvico aumentam as chances de recuperação³⁸.

Nível 4. Na opinião deste grupo de desenvolvimento, ensinar ao paciente estratégias de como lidar com seu problema de saúde, além de inspirá-los, aumenta as chances de recuperação.

Nível 4. Na opinião deste grupo de desenvolvimento, há uma pequena chance de recuperação quando a IA resulta de um problema neurológico ou lesão medular, de modo que impossível que o paciente siga ou compreenda as instruções^{39,40}.

Eletroestimulação

Nível 3. Há indícios de que sintomas menos severos de IF, além da perda de fezes líquidas ao invés das sólidas, respondem melhor à eletroestimulação⁴¹.

TMAP com biofeedback

Nível 3. Há evidência conflitante de que gênero (B-, B+), idade (A2-, B-, B+, C-), severidade dos sintomas de IA (A2-, B-, C-, C+), lesão esfínctérica (B-, C-, C+), limiares sensórios (A2+, B-, C-, C+) e neuropatia do nervo pudendo (B-, C-, C+) são associados com melhores chances de recuperação em pacientes tratados por TMAP auxiliado por biofeedback^{35,42,43,69-76}.

Nível 3. Há indícios de que sintomas mais longevos de IA reduzem as chances de recuperação após TMAP assistido por biofeedback⁴².

Nível 3. Há indícios de que menores níveis de vergonha, uso de medicamentos constipantes e ter ao menos um fator de risco relacionado ao parto (bebê pesado, episiotomia, parto instrumentado, segundo estágio demorado ou apresentação pélvica) aumentam as chances de recuperação após o TMAP auxiliado por biofeedback⁴².

Nível 3. Há indícios de que a necessidade de mais do que três sessões com biofeedback é um preditor de piores resultados no longo termo⁴³ [N.T: respeitando-se os princípios do aprendizado motor, o biofeedback é um auxiliar do TMAP, devendo ser utilizado apenas nas primeiras sessões, quando o paciente ainda não possui coordenação motora mínima.]

TMAP com biofeedback e eletroestimulação

Nível 2. Parece plausível que gênero, idade, duração das queixas, limiar sensorial e neuropatia do pudendo não sejam associadas com melhores ou piores chances de recuperação após o TMAP com biofeedback e eletroestimulação⁴⁴⁻⁴⁷.

Nível 2. Parece plausível que IA, fezes líquidas, recuperação primária após lesão pós-parto vaginal e cicatriz perineal ou perineal reduzem as chances de recuperação após TMAP com biofeedback e eletroestimulação⁴⁴.

Nível 3. Há evidência conflitante de que a severidade nos sintomas de IF, manometria de base ruim (A2+, B-) e lesão esfínctérica (A2-, B-, C+) estão associadas às chances de recuperação após TMAP com biofeedback e eletroestimulação^{44, 77-78}.

Nível 3. Há indicações de que a etiologia da IF não está associada com as chances de recuperação após TMAP com biofeedback e eletroestimulação⁷⁷.

Nota nº 9: Eficácia das medidas preventivas

Praticamente inexistem informações acerca da eficácia das medidas preventivas contra a IA^{79,80}.

Parto cesáreo

A medida preventiva mais utilizada é a cesariana, muito embora

sua eficácia na prevenção da IA ainda não esteja comprovada^{23,27-29}.

Medicação

Há evidência moderada de que medicação constipante (loperamida [óxido] e difenoxilato com atropina) reduzem os riscos de IF em pacientes com perda de fezes líquidas⁴⁵. Seus mecanismos de ação são baseados no aumento da quantidade de fezes no reto, aumentando a consistência fecal, o que estimularia a função de reservatório da ampola, aumentando assim as chances de controle. Ainda, aumentando o volume de fezes pode também facilitar o processo de evacuação, reduzindo os riscos de incontinência passiva. É importante, no entanto, que a dose seja correta, por conta dos efeitos colaterais, especialmente constipação.

Atividade física

Um estudo, em um serviço de enfermagem, descreveu que um programa de atividade física diário estruturado (visando força e mobilidade dos membros inferiores) combinado à ajustes na ingestão hídrica (aumento) e dieta, além de ajustes na toalete, não alterou a frequência de IF⁸¹. Outro estudo dos mesmos autores, no entanto, descreveu que atividade física combinada com aumento na ingestão hídrica e cuidados quanto à incontinência reduziu significativamente a frequência de IF⁸². Em comparação ao estudo anterior, 45% dos pacientes não possuíam mobilidade intestinal tanto antes quanto após o tratamento e, deste modo, não se poderia determinar que sofriam IF. Ainda, o período de intervenção do estudo anterior foi bem menor (três contra oito meses), de modo que o poder do estudo foi muito baixo.

Redução de peso e intervenções dietéticas

A prevalência de IF em mulheres obesas ou com sobrepeso é alta^{83,84}. Estudos sobre a IA pós-operatória em obesas operadas para redução do peso mostram hoje resultados conflitantes⁸⁵⁻⁸⁶. Um estudo mostrou que a IF em obesas (IMC 25-50) com incontinência urinária esteve associado à baixa ingestão de fibras (30-40 g/dia de fibra recomendado como medida preventiva)⁸⁷. A frequência da incontinência de fezes líquidas reduziu após a redução de ao menos 5 kg de peso e aumento da ingestão de fibras em ao menos 10 g (associação independente). Isto foi descrito numa análise secundária⁴⁶ de um ensaio randomizado sobre os efeitos da intervenção comportamental na redução do peso⁸⁸. Dois outros estudos examinaram intervenções dietéticas no tratamento da IA. Um deles descreveu que a suplementação ou com *Psillium husk* ou com fibra de goma arábica foi associada à redução nos episódios de IF (17-18% vs 50%), melhorando a consistência das fezes⁴⁹. O outro estudo concluiu que não houve efeito da suplementação com fibra (*Psillium*) associada à loperamida, quando comparada loperamida numa dieta pobre em fibras⁸⁹.

TMAP periparto

Uma revisão sistemática⁹⁹ que incluiu oito ensaios randomizados examinou os efeitos do TMAP durante e após a gestação na prevenção da IF antenatal⁵⁰⁻⁹¹ e pós-natal⁹¹⁻⁹⁷. Os autores concluíram que a IF ou IA após 32-38 semanas de gestação não pode ser prevenida por TMAP durante a gestação em nulíparas ou uníparas⁵⁰⁻⁹¹. Um estudo relatou efeito positivo do TMAP durante a gestação na prevenção de IF após 32-36 semanas gestacionais, mas apenas para mulheres que já tinham partos anteriores⁵⁰. TMAP após a gestação em mulheres com sintomas de incontinência urinária após três meses pós-parto não apresentou significância na redução do risco de IF em um ano pós-parto (RR = 0.68; 95%IC = 0.24-1.94)^{90,92,93}. Após seis anos conti-

nuou não havendo diferença nos relatos de IF⁹⁴. Estudos relataram ainda que os efeitos preventivos do TMAP antenatal⁹¹⁻⁹⁷ ou pós-natal⁹⁵⁻⁹⁶ sobre a IF não é melhor do que os efeitos no grupo controle (instruções para o TMAP ou nenhuma intervenção) em seis semanas, três meses⁹¹⁻⁹⁵, sete meses⁹⁷ ou 10 meses⁹⁶ pós-parto. Merece nota o fato de que as descrições dos programas de treinamento usados nos três estudos⁹⁵⁻⁹⁷ foram detalhados insuficientemente, especialmente quanto a se a intensidade era realmente suficiente para influenciar a função da musculatura do assoalho pélvico⁹⁰.

Outros

Não há evidência para prevenção da IF por meio de: deixar de fumar; abandonar os medicamentos para o trato gastrointestinal com efeitos colaterais para IF; ajuste dos ambientes físico e social para pessoas com déficit físico ou mental; e aumento da ingestão hídrica para influenciar a consistência das fezes⁴⁷⁻⁴⁸.

Nível de Evidência

Nível 1. Foi demonstrado que o parto cesáreo não protege contra IA pós-parto, quando comparado ao parto vaginal espontâneo^{23, 28-29}.

Nível 1. Foi demonstrado que há evidência moderada de que medicação constipante (loperamida [óxido] e difenoxilato com atropina) reduz o risco de IF em pacientes com perda de fezes líquidas⁴⁵.

Nível 2. Parece plausível que o TMAP durante a gestação não previne IA ou IF após 34-38 semanas de gestação em nulíparas ou uníparas⁵⁰⁻⁹¹.

Nível 2. Parece plausível que o TMAP realizado no período pós-parto de mulheres com sintomas de incontinência urinária nos três meses após o parto não previne o desenvolvimento de IF um ano após o parto⁹²⁻⁹³.

Nível 3. Há evidência conflitante (B+, B-) de que um programa diário e estruturado de atividade física em uma instituição de enfermagem, combinado com ingestão extra de fluidos e auxílio à toalete reduzam a frequência de IF⁸¹⁻⁸².

Nível 3. Há indícios de que a redução do peso corporal possa ser considerada um fator modificável na prevenção da IF em mulheres obesas com incontinência urinária⁴⁶⁻⁴⁸.

Nível 3. Há indícios de que o aumento na ingestão de fibras (Psyllium ou goma arábica) pode ser visto como um fator modificável na prevenção da IF⁸⁹.

Nível 3. Há indícios de que o TMAP durante a gestação reduz os riscos de IA após 32-36 semanas de gestação em mulheres que já passaram por ao menos um parto⁵⁰.

Nível 3. Há indícios de que o TMAP depois da gestação em mulheres com sintomas de incontinência urinária em três meses do pós-parto não previne a IF no longo termo⁹⁴.

Nível 3. Há indícios de que o efeito preventivo do TMAP ante o pós-parto para IF não é melhor do que os efeitos observados no grupo controle em seis semanas, três, sete ou 10 meses pós-parto^{91, 95-97}.

Nível 4. Na opinião deste grupo de desenvolvimento, pacientes com evacuação incompleta podem se beneficiar da irrigação da ampola retal por um sistema como o balonete anorretal, enema (Minilax) ou Peristeen, como método de prevenção da perda fecal por um período limitado.

Nível 4. Na opinião deste grupo de desenvolvimento, pacientes com perda de fezes líquidas podem se beneficiar da redução na ingestão hídrica (i.e. ao ingerir medicações constipantes), o que pode endurecer as fezes, reduzindo assim os riscos de IF.

Nota nº10: Política de encaminhamento

Pouca evidência está disponível quanto à política de encaminhamento dos pacientes com IF pelos médicos aos fisioterapeutas pélvicos. Os recentes avanços no desenvolvimento da fisioterapia pélvica, como maior especialização, competências adquiridas com base nos perfis de competências, mais exigência de treinamento, pesquisa científica sobre seus efeitos, melhor provisão de informações tanto para os médicos encaminhadores quanto para os pacientes a respeito de o que os fisioterapeutas pélvicos podem ou não fazer) irão provavelmente aumentar o número de encaminhamentos ao fisioterapeuta pélvico.

As cartas de encaminhamento devem conter informação suficiente, ou seja, detalhes que o fisioterapeuta necessitará para uma intervenção efetiva. Se qualquer dado médico não foi disponibilizado o fisioterapeuta pélvico deverá contatar o médico solicitando estes dados, sempre após o consentimento do paciente.

Nível de Evidência

Nível 4. O fisioterapeuta deve contatar o clínico geral ou médico especialista antes de iniciar o processo de avaliação ou tratamento fisioterapêutico, uma vez que a condição de IA implica em riscos consideráveis de patologia médica que requerem cuidados médicos distintos ou suplementares, e o histórico patológico médico pode também trazer fatores prognósticos relevantes.

Nota nº 11: Instrumentos de medida

Registrar a severidade da IA bem como suas consequências sobre o a vida diária e o senso de auto-respeito é fundamental para que o paciente perceba seu problema de modo eficaz. Avaliar e registrar qualquer alteração na severidade das queixas ou na qualidade de vida (QV) usando instrumentos validados e responsivos é essencial para o entendimento dos efeitos do tratamento fisioterapêutico, além de ser muito útil para a comunicação entre os profissionais e as empresas de planos saúde envolvidas.

Pelo fato de não haver uniformidade na classificação dos sintomas de IA, os instrumentos de medida desenvolvidos até o momento têm enfoque nos diferentes aspectos das queixas. Muitos deles ainda não foram ajustados ou validados para a realidade holandesa [e brasileira], apesar de o escore de Wexner já ter sido validado para o holandês [bem como para o português brasileiro]¹⁴², e a escala de Vaizey estar disponível em holandês. Os instrumentos disponíveis também variam enormemente quanto a sua compreensibilidade, o tempo necessário para responder a facilidade nas respostas.

De modo geral estes instrumentos de medida podem ser divididos em escalas de severidade, instrumentos de QV específicos para a doença, escalas de Efeito Global Percebido e diários defecatórios.

Nível de Evidência

Nível 4. Na opinião deste grupo de desenvolvimento, o rastreio, diagnóstico e processo de avaliação do tratamento deve envolver ao menos uma medida de resultados subjetivos preenchida diretamente pelo paciente.

Nota nº 12: Escalas de severidade

Escalas de severidade consistem em escalas de graduação (categóricas) ou escalas somatórias (contínuas)⁶⁶. Estes escores podem avaliar as seguintes variáveis: (1) perda de fezes (forma ou quantidade de fezes perdidas) ou (2) os mecanismos usados

pelo paciente para se adaptar com esta perda. Ainda, tais instrumentos normalmente perguntam a respeito da frequência da perda fecal por meio de escalas de frequência (que podem, por exemplo, ir de ‘nunca’ a ‘todos os dias’).

Instrumentos de graduação podem ser completados facilmente, mas não provém informações sobre a frequência da perda, algo fundamental para a avaliação da evolução do tratamento. Este fato dificulta o uso de escalas de graduação na diferenciação de pacientes com comprometimentos mais ou menos severos⁵². Neste aspecto escalas somatórias são superiores, mas elas apresentam outras desvantagens: elas definem mal repostas com opções (ex.: ‘às vezes’). Nas escalas somatórias todos os itens têm o mesmo peso (somatórias não-pesadas). Geralmente é mais trabalhoso preencher um instrumento pesado, além de ser complicado definir o peso específico de uma determinada questão, enquanto pesos externamente desenvolvidos podem não estar bem adaptados para aquela população avaliada⁹⁸. Finalmente, escalas somatórias que incluam itens como mecanismos de enfrentamento (ex.: uso de produtos para incontinência) e impacto social parecem cobrir uma área de sombra importante entre medir severidade e medir QV⁹⁹. A importância disto está na determinação da severidade da IF de diferentes perspectivas: onde a severidade é determinada apenas pelo tipo de incontinência (forma, quantidade e frequência) ou de que forma é determinada por uma combinação do tipo de incontinência e os mecanismos de enfrentamento adotados pelo paciente. O tipo de perspectiva escolhida pelo avaliador vai determinar as características psicométricas dos instrumentos de medida e para as determinações de peso: ou se assume que não há diferença entre os tipos de incontinência (pesos iguais), ou se assume que a importância percebida difere para os diferentes tipos de incontinência (dando pesos distintos para cada tipo).

Escores de severidade que tem sido descritos e discutidos na literatura incluem a escala Wexner (Escala Clínica de Cleveland)¹⁰⁰, a escala Vaizey (Escala São Marcos)^{99,101}, o Índice de Severidade na Incontinência Fecal (FISI)¹⁰², o índice Pescator¹⁰³, a Escala de Graduação Miller¹⁰⁴, o índice de Kelly¹⁰⁵ e o índice Lunniss^{51,53,106}. Avery et al.⁵³, em revisão sistemática, em conjuntos com as recomendações da Consulta Internacional em Incontinência (ICI)¹⁰⁷ permitem a conclusão de que escalas de severidade devem ser remendadas, haja vista a pobreza de estudos psicométricos a este respeito. Enquanto a evidência vinda deste tipo de estudo continuar insuficiente, as escalas de Vaizey e Wexner são recomendadas como instrumentos de primeira escolha⁵¹. Frisa-se ainda que a escala Wexner tem demonstrado ser melhor adaptada como escala de severidade do que a de Vaizey^{108,109}.

Nível de Evidência

Nível 4. Na opinião deste grupo de desenvolvimento, a escala de Wexner é um instrumento adaptado para a avaliação da severidade da IA como problema de saúde, bem como para avaliar as estratégias de enfrentamento que o paciente vem tomando para com o problema.

Nota nº 13: Escalas de Qualidade de Vida (QV)

A incontinência afeta claramente a qualidade de vida (QV), de modo que a QV deve ser incluída na anamnese e na avaliação da evolução terapêutica. Com relação aos questionários gerais de qualidade de vida, como por exemplo o SF-36 e o EuroQoL, há que se considerar que já existem questionários para doenças específicas, que avaliam uma área em particular sob o conceito de ‘bem-estar’. A desvantagem é que eles tornam mais difícil a comparação entre estudos sobre problemas gastrointestinais distintos, mas a vantagem é que eles avaliam melhor as

mudanças. Os questionários de QV específicos para doenças descritos atualmente na literatura incluem o Qualidade de Vida na Incontinência Fecal (FIQL)¹¹⁰, o Índice de Qualidade de Vida Gastrointestinal (GIQLI)¹¹¹, o Qualidade de Vida na Malformação Anorretal de Hirschprung (HAQL)¹¹² e o Questionário de Saúde de Manchester^{51,53,66,107,114}. Os achados de estudos psicométricos¹⁰⁸ e revisões sistemáticas^{51,53,107,114} sugerem que o FIQL poderia ser recomendado como um instrumento para avaliação específica da qualidade de vida relacionada à doença. [N.T: O FIQL foi recentemente validado para o holandês¹⁴³, embora já estivesse validado para o português brasileiro desde 2004¹⁴⁴].

Nota nº 14: Questionários sobre o Efeito Global Percebido

O questionário de efeito global percebido (EGP) consiste normalmente de cinco, sete ou nove categorias. Escalas numéricas acima de nove categorias geralmente parecem funcionar igual a escalas visuais analógicas. Aparentemente o paciente não consegue mais distinguir entre as categorias de modo confiável quando existem mais de 20 categorias¹¹⁵.

Nível de Evidência

Nível 4. Na opinião deste grupo de desenvolvimento o EGP é um instrumento adaptado para avaliar as percepções do paciente com relação às mudanças em seu estado de saúde durante o tratamento.

Nota nº 15: Diário defecatório

Diários defecatórios ajudam a contornar algumas das desvantagens dos questionários sintomáticos¹¹⁶. Questionários que tipicamente perguntam sobre sintomas ocorridos semanas ou meses atrás, o que pode levar ao viés de lembrança (viés informacional)¹¹⁵, havendo ainda, nestes casos, a tendência a subestimação¹¹⁷ ou superestimação¹¹⁸ da frequência defecatória. Foi descrito que pacientes que completaram um questionário de anamnese da defecação (baseado nas próprias lembranças) subestimaram a severidade (quantidade e natureza da perda) em comparação à pacientes que mantiveram um diário defecatório por duas semanas¹¹⁷. Este tipo de diário também facilita a avaliação das variações no padrão defecatório, facilitando também a relação entre a defecação e os episódios de incontinência com a consistência das fezes e os hábitos evacuatórios (ex.: valsalva ou urgência)¹¹⁸.

Outro grupo estudou se houve diferença na manutenção do diário em papel ou de modo virtual. O estudo durou três semanas e incluiu pacientes com dor crônica, mostrando que os pacientes que utilizaram a versão eletrônica seguiram melhor as orientações terapêuticas do que aqueles que utilizaram o diário em papel (94% vs 11%), mesmo que a sensação de estar seguindo corretamente o tratamento, quando auto-relatada pelos pacientes, foi alta no grupo do papel (90%), sendo que este grupo tendeu ainda a atrasar mais o preenchimento do diário¹¹⁹.

Os objetivos e recomendações para a manutenção de um diário defecatório incluem⁵¹:

- Determinar o padrão defecatório usual do paciente;
- Monitorar a frequência defecatória;
- Monitorar o número de episódios de perda;
- O diário deve ser mantido até que a frequência e a consistência estejam normalizadas, e uma certa regularidade tenha sido estabelecida;
- A interface do diário deve ser amigável ao usuário;
- Preferencialmente o diário deve ser mantido em formato eletrônico por exemplo em um website seguro, de modo

a melhorar a aderência ao tratamento, aumentar a satisfação do paciente e registrar automaticamente os momentos exatos de preenchimento^{116,119};

- Devem ser fornecidas instruções claras acerca de como o paciente deve proceder nos casos onde esquecer de preencher o diário¹¹⁶.

Nível de Evidência

Nível 4. Na opinião deste grupo de desenvolvimento deve-se utilizar um diário defecatório para avaliar a frequência e a severidade da IF.

Nota nº 16: Escala Fecal de Bristol

A Escala Fecal de Bristol⁵⁷ é recomendada normalmente para auxiliar o paciente a descrever a consistência de suas fezes. Esta escala pode ser incluída em um diário defecatório (ex.: impressa na contracapa)^{120,121}. O paciente pode apontar mais de um número se ele produz mais de um tipo de fezes no mesmo dia. Os sete tipos de fezes são:

Tipo 1: pelotas rígidas como nozes (difíceis de passar)

Tipo 2: formato de salsicha, mas rígida

Tipo 3: formato de salsicha ou cobra, com rachaduras

Tipo 4: formato de salsicha ou cobra, lisa e macia

Tipo 5: pelotas macias com cantos definidos (fáceis de passar)

Tipo 6: porções moles com cantos não definidos, pastosas

Tipo 7: totalmente líquidas, sem partes sólidas

Os tipos 1 e 2 indicam constipação; o tipo 3 e especialmente o 4 são os ideais, fáceis de passar, enquanto os tipos de 5 a 7 tendem a ser diarreia.

Nível de Evidência

Nível 4. Na opinião deste grupo de desenvolvimento a Escala Fecal de Bristol é um instrumento adaptado para avaliar a consistência das fezes.

Nota nº 17: Exame Físico

Inspeção geral

Inspeção da respiração, da coluna vertebral, pelve, quadril e análise da marcha.

Inspeção local da vagina/ânus/assoalho pélvico

Inspeção do assoalho pélvico em repouso [estática]^{51,122}

Posição inicial:

- supina

Procedimento

- inspeção geral: anormalidade cutâneas (inflamação, eritema), cicatrizes, edema, atrofia de introito, prolapso, varizes, hemorroidas, descamação, soiling [N.T: linha de sujeira marcando as roupas íntimas], fístula, fissura;
- introito: aberto ou fechado;
- corpo perineal: encurtado, ausente, invaginado, abaulado;
- vagina: rosada, avermelhada, esbranquiçada, úmida, seca, vulvite focal;
- ânus: fechado ou aberto ao repouso, profundo ou abaulado, atresia anal, amputação formato do ânus.

Inspeção do assoalho pélvico durante a contração [dinâmica]

Posição inicial:

- supina

Procedimento vaginal/anal:

- inspeção durante a contração: forte/clara, contração moderada, contração invisível, contração possível somente após instrução, movimento de abaulamento visível.
- co-contrações: abdominais, glúteas, faciais, mãos ou pés, adutores, interrupção da respiração.

Inspeção do assoalho pélvico durante a tosse [contração involuntária]

Posição inicial:

- supina

Procedimento vaginal/anal:

- inspeção durante a tosse: movimento cranial do assoalho pélvico, movimento caudal do assoalho pélvico, perda de urina, fezes ou flatos, direção do movimento do assoalho pélvico (para cima e para dentro ou [paradoxal] para baixo e para fora).

Inspeção do assoalho pélvico durante a expulsão [relaxamento involuntária]

Posição inicial:

- supina

Procedimento vaginal/anal:

- inspeção durante a expulsão: movimento caudal do assoalho pélvico, perda de fezes, urina ou flatos, desenvolvimento de prolapso, prolapso visível, direção do movimento do assoalho pélvico (para baixo e para fora ou [paradoxal] para cima e para dentro).

Exame funcional complementar

Palpação anorretal ao repouso^{51,122}

Posição inicial:

- decúbito lateral esquerdo

Avaliação:

- acessibilidade do esfíncter: impossível, com dificuldade, boa, fácil, fácil demais;
- atividade do aparato esfintérico: (EAI e EAE) ao repouso: hiperativo, normal, hipoativo;
- atividade do m. puborretal ao repouso (visando a importância do ângulo anorretal);
- falha do EAE
- sensibilidade aferente (nocicepção, mecânica, química ou hormonal): hipersensível, normal, hiposensível
- dor? (local)

*Palpação durante a contração anorretal*⁵¹:

- contração: ausente, fraca, normal, forte;
- co-contrações: presentes, ausentes
- contração de: apenas os esfíncteres, apenas o m. puborretal, ambos, nenhum;
- simetria: esquerda>direita, direita>esquerda;
- ação direta dos levantadores do ânus: presente, incompleta, ausente;
- relaxamento pós-contração: ausente, parcial, incompleto⁴.

Palpação durante a expulsão anorretal

- palpação durante a expulsão e manobra de Valsalva: rela-

xamento involuntário do assoalho pélvico e descenso suave presente/ausente;

- palpação durante a tosse: contração involuntária presente/ausente
- assoalho pélvico paradoxal: não há o relaxamento nem descenso suave, ou contração no lugar do relaxamento do m. puborretal ou dos esfíncteres.

Balão retal e eletromiografia (EMG)

- preencher com ar um balão intrarretal permite ao terapeuta medir a percepção sensorial inicial de enchimento, o reflexo retoanal inibitório, a sensação inicial de urgência e o volume máximo tolerado.
- complementarmente, a EMG pode ser utilizada para medir a atividade ao repouso e durante a contração, bem como a resposta do assoalho pélvico aos movimentos de expulsão e durante o enchimento com o balão.

Nota nº 18: Utilizando guias de prática clínica (guidelines)

Toda intervenção deve ser realizada respeitando o guia de higiene e intervenção na área do assoalho pélvico (em holandês)¹²³ [N.T. e no Brasil seguindo as normas da Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA e da Associação Brasileira de Fisioterapia Pélvica - ABFP].

Nota nº 19: Alcançando a intensidade de treino necessária

Alcançar a intensidade necessária de treino é pré-condição fundamental para que os efeitos terapêuticos sejam alcançados³⁶. Se a dose-resposta de um determinado estudo tiver sido demonstravelmente muito alta ou baixa, deve ser adicionada uma nota na descrição a este respeito, mesmo que o nível de evidência do mesmo se mantenha inalterado.

Nota nº 20: Formulando recomendações

O grupo de desenvolvimento desta Declaração de Evidência tem buscado relacionar as recomendações para o processo terapêutico para as várias categorias de problemas listadas anteriormente (vide fluxograma). As populações descritas nos estudos originais são bastante heterogêneas em termos de categoria do problema, sendo virtualmente impossível distinguir quais problemas em particular estão envolvidos em cada estudo. Deste modo este time necessitou fazer certas assunções: os problemas das categorias de I a IV foram assumidos como integrantes de um estudo quando seu texto não especificou a categoria de IA.

Nota nº 21: Provendo educação e aconselhamento

Os seguintes tópicos devem ser discutidos:

- explicar a IA como um sintoma;
- funcionamento do reto e do ânus;
- onde e como as fezes são produzidas;
- relação entre reto, ânus e assoalho pélvico;
- relação entre assoalho pélvico, respiração e postura;
- possíveis causas e consequências da IA;
- localização e função do assoalho pélvico;
- influência do estresse e do relaxamento na condição física do assoalho pélvico;
- exercícios de relaxamento gerais e locais;
- relação com outras disfunções do assoalho pélvico como prolapsos e incontinência urinária;

- explicar os fatores de risco e fatores prognósticos gerais em potencial, e os fatores particulares relevantes ao caso específico do paciente (incluindo estilo de vida);
- conselhos sobre a postura em sedestação relaxada e respiração;
- Otimizar a frequência e consistência da defecação: conselhos sobre o comportamento evacuatório⁴⁷, alimentação, ingestão hídrica e dieta (incluindo fibras)¹²⁴ e uso de medicação (com base em um diário defecatório preenchido corretamente de forma consistente e estruturada).

Ao avaliar a educação e o aconselhamento que o paciente já tem, o fisioterapeuta pélvico deve checar se o ele visualiza o seu problema de modo realista, especialmente quanto às expectativas sobre seu problema, e se ele está agindo hoje como deveria a este respeito.

Alcançar resultados no longo termo é algo que requer mudanças comportamentais. Estas devem ser implementadas por meio de educação e aconselhamento, de modo que o tratamento não deve ser levado à cabo antes que o paciente tenha entendimento suficiente a respeito da condição e do processo terapêutico sem si.

Fatores fundamentais relacionados à mudança comportamental incluem: expectativas da mudança no comportamento (mostrar as vantagens para que o paciente possa comparar às desvantagens) e da percepção da auto-eficácia do paciente (percepção de controle sobre seus próprios comportamentos). O quanto uma pessoa é capaz de mudar seu comportamento depende dos aspectos¹²⁵: estar receptivo, bom entendimento, desejar mudar, estar aberto à mudança, à mudança de comportamento e a manutenção do novo comportamento adquirido.

Nível de Evidência

Nível 4. Na opinião deste grupo de desenvolvimento deve-se utilizar um plano de educação específica para o paciente em cada categoria particular de problemas. Esta recomendação é sustentada pelo consenso e as recomendações da *Consulta Internacional sobre Incontinência (ICI)*^{47,48}.

Nota nº 22: Eletroestimulação

A eletroestimulação pode ser utilizada de diversas formas, pode meio de diversos parâmetros, além de combinada a outras técnicas como biofeedback e TMAP. O mecanismo preciso de ativação da eletroestimulação é desconhecido, mas sugere-se que haveria a transformação de fibras de contração rápida (tipo I), [rapidamente] fadigáveis, para fibras de contração lenta (tipo II). Ainda poderia haver, em tese, um aumento na densidade dos vasos sanguíneos. Poderiam ainda haver uma mudança no diâmetro das fibras musculares. Fora estas mudanças fisiológicas, o mecanismo principal de sucesso do tratamento por eletroestimulação poderia estar no aumento da propriocepção e percepção esfíncter anal⁵⁸.

Três hipóteses têm sido propostas a respeito da eficácia da eletroestimulação:

Hipótese 1: A eletroestimulação é mais eficiente do que qualquer outro tratamento

Osterberg et al. randomizaram pacientes com IA idiopática (neurogênica) para a cirurgia de perineoplastia ou eletroestimulação, avaliando os resultados em três, 12 e 24 meses¹²⁶. Na primeira avaliação os pacientes operados tiveram piores escores de continência, mas após os 12 e 24 meses a diferença entre os grupos desapareceu. Em nenhuma das avaliações a cirurgia pareceu ter alterado as variáveis fisiológicas, embora tenham

havido alterações nas variáveis sociais e físicas, com a cirurgia apresentando melhores resultados em todas as três avaliações.

Naimy et al. compararam o TMAP auxiliado por biofeedback EMG com a eletroestimulação, ambos com sonda por via anal¹²⁷. Os autores não encontraram diferença entre os dois grupos após o tratamento, mas deve-se frisar que o tratamento para ambos os grupos durou menos de dois meses.

Hipótese 2: A combinação entre um tratamento e eletroestimulação é mais eficiente do que o outro tratamento isolado

Fynes et al. compararam o TMAP assistido por biofeedback por via vaginal domiciliar (realizado por enfermeira) com TMAP e biofeedback por via anal associado à eletroestimulação (realizados por fisioterapeuta) mais exercícios para casa para pacientes com IF após lesão obstétrica⁷⁸. Doze meses após o tratamento não havia diferença significativa entre os grupos em favor da eletroestimulação. Todavia os dados deste estudo são difíceis de interpretar, uma vez que não fica claro se a diferença seria por conta da via de acesso do biofeedback (vagina/ânus) ou pela adição da eletroestimulação.

Mahony et al. compararam o TMAP assistido por biofeedback por sonda anal domiciliar com o mesmo tratamento associado à eletroestimulação¹²⁸, mas não encontraram diferença entre os grupos ao final do tratamento.

Schwandner et al. compararam um regime de alvo triplo (3T) (eletroestimulação de frequência média com amplitude modulada AM-MF) associado ao TMAP com biofeedback EMG, com o biofeedback isolado¹²⁹. Ainda que tenham havido perdas amostrais importantes em ambos os grupos o protocolo 3T se mostrou significativamente melhor para todas as variáveis medidas, a exceção da QV. A alta perda amostral (61%) pode ter sido relacionada a alta intensidade da eletroestimulação (100 Hz) ou ao longo período de coleta de dados (nove meses).

Hipótese 3: Uma modalidade de eletroestimulação é mais efetiva que todas as outras modalidades de eletroestimulação.

Norton et al. compararam a eletroestimulação a 1 Hz aquela a 35 Hz durante oito semanas, não encontrando diferença nos resultados¹³⁰.

A eletroestimulação para IF foi objeto de uma revisão Cochrane⁵⁸, que pode incluir apenas quatro ensaios controlados perfazendo um total de 260 pacientes. Os resultados destes estudos foram incorporados em separado às supracitadas hipóteses 1 e 2^{78,126,128,130}.

Há ainda ensaios não controlados sobre os efeitos da eletroestimulação na IF. Tais estudos mencionam repetidamente que a literatura internacional, assim como os achados de nosso estudo, confirmam que a eletroestimulação é efetiva, desempenhando papel importante no tratamento conservador para alguns pacientes com IA^{58,131}.

Nível de Evidência

Nível 1. Tem sido demonstrado que a evidência é insuficiente para que se recomende a eletroestimulação no tratamento da IF, com base em quatro estudos, heterogêneos quando à amostra de pacientes, protocolos de tratamento e medidas dos resultados⁵⁸. Ainda, não está claro com base em que pacientes possam ser selecionados para receber este tratamento, e qual modalidade de eletroestimulação seria a melhor. Esta evidência é sustentada pelo consenso e as recomendações da *Consulta Internacional sobre Incontinência (ICI)*^{47,48}.

Nível 4. Na opinião deste grupo de desenvolvimento a eletroestimulação pode ser útil para um grupo específico de pacientes, incapazes de controlar voluntariamente a contração do assoalho pélvico, como forma de melhorar esta capacidade proprioceptiva e motora (categoria de problema IA no fluxograma).

Nota nº 23: Treinamento da musculatura do assoalho pélvico (TMAP)

Foram encontrados dois estudos examinando a eficácia do TMAP, lançando mão de duas hipóteses:

Hipótese 1: A combinação entre o TMAP e outro tipo de tratamento é mais efetiva que o TMAP isolado.

No estudo de Norton et al. um dos quatro grupos recebeu o TMAP mais aconselhamentos, e outro grupo recebeu apenas os aconselhamentos⁷⁴. Nenhuma diferença foi notada entre os grupos ao final do tratamento, mas deve-se levar em conta que o tratamento foi realizado por enfermeiras. Ainda, o estudo falhou em prover detalhes suficientes a respeito do tratamento, restando dúvidas a respeito de a intensidade terapêutica ter sido suficiente ou não (relação dose-resposta).

Hipótese 2: Uma modalidade de TMAP é mais efetiva do que todas as outras modalidades de TMAP.

Bartlett et al. não encontraram diferença entre o TMAP associado ao biofeedback utilizando contrações submáximas sustentadas, e o TMAP associado ao biofeedback combinando contrações submáximas prolongadas e contrações máximas rápidas repetidas¹³².

Uma revisão sistemática examinou a eficácia do TMAP com biofeedback e/ou exercícios para os esfíncteres anais em adultos com IF, mas não pôde formular uma conclusão definitiva³⁸.

Nível de Evidência

Nível 1. Tem sido demonstrado que alguns elementos do TMAP têm efeito terapêutico, mas ainda é impossível tecer uma conclusão definitiva a respeito dos exercícios para esfncteres anais no tratamento de pacientes com IF³⁸.

Nível 2. Parece plausível que o TMAP a partir de contrações submáximas sustentadas e o TMAP combinando estas contrações com outras máximas rápidas e repetidas são igualmente efetivos.

Nível 3. Há indícios de que a combinação entre TMAP e aconselhamento é igualmente efetiva ao aconselhamento isolado, muito embora esta inferência seja baseada em um estudo que descreveu a dose-intensidade de modo insuficiente⁷⁴.

Nível 4. Na opinião deste grupo de desenvolvimento o TMAP deve ser recomendado como parte da abordagem integral, que envolve educação/aconselhamento, treinamento da percepção do paciente sobre como seu assoalho pélvico pode ser utilizado, quando necessariamente deve ser auxiliado pelo biofeedback e/ou treinamento com balnete retal (para problemas das categorias IC, ID, II-IV). Esta evidência é sustentada pelas recomendações da *Consulta Internacional sobre Incontinência (ICI)*, sendo parcialmente baseada no baixo custo e ausência de efeitos colaterais do PFMT^{47,48}.

Nível 4. Na opinião do grupo de desenvolvimento do Guia de Prática Clínica, exercícios objetivando a redução do ângulo anorretal, com enfoque no m. puborretal, (similar ao *The Knack* descrito para o fechamento da uretra em casos de incontinência urinária) podem ser utilizados para melhorar o controle voluntário do assoalho pélvico, quando for este o caso (problema categoria IB). O *knack* é uma contração voluntária que se pode utilizar para aprender a contrair seu assoalho pélvico no momento exato antes do qual um aumento na pressão intra-abdominal (tosse, levantamento de objeto pesado), evitando assim a perda de urina, fezes [ou flatos].

Uma descrição dos estudos sobre os efeitos do TMAP na prevenção da IA ante-natal e pós-natal já foi realizada anteriormente a propósito da sessão sobre prevenção (Nota nº 9).

Nota nº 24: Biofeedback

O biofeedback pode ser utilizado de diversas formas em pacientes com IA.

Para diminuir ou aumentar a sensação retal com o balonete

O paciente é instruído a indicar quando percebe a primeira sensação de enchimento, a primeira sensação de urgência e o volume máximo tolerado. Alguns pacientes percebem o enchimento do reto apenas em estágios tardios, o que resulta em menos tempo hábil para chegar ao banheiro, em contração dos esfíncteres ou ambos. Pacientes com este tipo de limiar elevado são ensinados a perceber o enchimento do balonete em estágios mais precoces, por meio do enchimento repetido do dispositivo usando volumes progressivamente menores³⁸. Tão logo quanto o paciente seja capaz de perceber o reto se enchendo ele deve compensar a inibição do esfíncter anal interno com uma contração do assoalho pélvico. Este treino deve ser repetido até que esta reação se torne automática⁵⁶. Em pacientes que sintam urgência em fases prematuras do enchimento retal, ou que tenham um reto hipersensível, o balonete deve ser enchido com volumes progressivamente maiores e o paciente aprender a tolerar volumes cada vez maiores, de modo a aumentar o limiar sensorial local.

Treino de reforço (EMG ou manometria)

O biofeedback pode também ser utilizado na visualização da atividade esfinctérica do paciente, incluindo o *knack* involuntário [pré-contracção], indicando que o paciente percebe tanto o repouso quanto a contração seletiva da musculatura do assoalho pélvico. Isto permite que o fisioterapeuta pélvico ensine ao paciente exercícios para os esfíncteres anais, dando a ele o retorno da informação quanto a sua performance na evolução do tratamento e inclusive durante a realização destes exercícios. Este treinamento pode ser realizado por meio de EMG (eletrodos de superfície para pele ou para mucosa, por sonda anal), sonda manométrica, puxando a musculatura do assoalho pélvico com o dedo, *tapping* [N.T: fornecer, com o dedo, um estímulo cinestésico rápido para o m. puborretal, fornecendo propriocepção] ou vibração digital. Quando o paciente vê ou ouve o sinal, ou sente o estímulo tátil ou vibrátil, ele é encorajado a aumentar a força desta contração e/ou sustentá-la por mais tempo.

Não há consenso a respeito de qual protocolo de treinamento deve ser seguido em casa, entre cada uma das sessões ambulatoriais, nem a respeito do número de contrações, a frequência dos exercícios, instruções para o exercício em casa ou a duração do programa de tratamento: vários autores têm descrito programas distintos.

Treino de coordenação (triplet)

Um balonete é inserido no reto. Dois outros balotes para aferição manométrica, menores, são inseridos nas porções superior e inferior do canal anal. Quando o balonete retal é inflado ele dispara o reflexo reto-anal inibitório, o que causa um relaxamento do ânus, comprovado pelos sensores dos balonetes de reconhecimento. Assim o paciente deve se tornar capaz de perceber esta sensação, bem como deve aprender a contra-atacar por meio de uma contração voluntária dos esfíncteres anais. Esta contração deve ser forte e demorada o suficiente para permitir que a pressão de repouso retorne aos seus valores iniciais.

Três hipóteses têm sido propostas a respeito da eficácia do biofeedback:

Hipótese 1. O biofeedback é mais efetivo que qualquer outro tratamento

Naimy et al. compararam o biofeedback EMG por sonda anal

com a eletroestimulação para IA em lacerações obstétricas de graus 3 ou 4¹²⁷, não encontrando diferença entre os grupos após o tratamento. Todavia o estudo não dividiu seus participantes com IA com base na presença ou não de controle voluntário, o que pode ter afetado a resposta terapêutica de ambos os grupos. Ainda, o tratamento durou menos de dois meses.

Hipótese 2: A combinação do biofeedback com outro tipo de tratamento é mais efetiva que o outro tratamento quando isolado.

Healy et al. compararam a eletroestimulação por sonda anal doméstica com eletroestimulação similar associada ao biofeedback EMG sob supervisão¹³³, não encontrando diferença entre os grupos após o tratamento.

Dois outros estudos examinaram pacientes com IA que foram antes tratados conservadoramente sem sucesso (ajustes dietéticos, medicamentos), por meio de um protocolo passo-a-passo. Heymen et al. descreveram que a combinação do TMAP com o biofeedback manométrico, em comparação ao TMAP isolado, resultou num aumento significativo da força de contração, escores de severidade significativamente menores e melhoria subjetiva importante imediatamente após findado o tratamento. Bols et al. compararam o TMAP isolado com a combinação do TMAP ao treino com o balonete retal¹⁵⁹. O treino com balonete resultou num aumento significativo no volume máximo tolerado e na percepção subjetiva de melhora, além de melhoria significativa também no domínio 'estilo de vida' do FIQL. Deve-se levar em consideração que o poder deste estudo foi baixo. Estes dois estudos, ambos usando protocolos passo-a-passo, apontaram resultados favoráveis para a eficácia do biofeedback manométrico e o treinamento com o balonete retal.

Norton et al. compararam o aconselhamento com ou sem TMAP com o aconselhamento com ou sem biofeedback (biofeedback de manometria clínica ou biofeedback EMG com sonda anal em casa)⁷⁴. Os autores não encontraram diferença entre os grupos ao final do tratamento – que fora efetuado por enfermeiras. Ainda o estudo não proveu detalhamento suficiente sobre o tratamento, restando dúvidas quanto a intensidade ter sido suficiente (relação dose-resposta).

Davis et al. compararam os efeitos do reparo cirúrgico do esfíncter anal associado ou não ao TMAP com biofeedback manométrico domiciliar durante seis semanas, num pequeno grupo de mulheres com lesão esfinctérica por conta do parto¹³⁴. Não houve diferença entre os grupos.

Ilnyckyj et al. não encontraram diferença entre um grupo que recebeu uma combinação de TMAP com biofeedback manométrico e outro recebendo apenas TMAP¹³⁵. Todavia, o tratamento consistiu de apenas quatro sessões, uma por semana, durante quatro semanas.

Hipótese 3: Uma modalidade de biofeedback é mais efetiva que todas as outras modalidades de biofeedback.

Solomon et al. não encontraram diferença entre um grupo tratado com a combinação de TMAP (feedback por palpação digital) e biofeedback manométrico por via anal e um grupo tratado pela combinação de TMAP mais biofeedback por ultrassonografia¹³⁶.

Heymen et al. não encontraram diferença entre o biofeedback EMG clínico com uma combinação de biofeedback EMG mais treino com balonete, nem entre o biofeedback EMG clínico comparado ao biofeedback EMG doméstico e o biofeedback EMG associado ao treino com balonete feito em casa¹³⁷.

Miner et al. compararam grupos que usaram biofeedback sensorial com ou sem os resultados de feedback sendo informados aos pacientes¹³⁸. O grupo que ia recebendo os resultados do biofeedback melhorou significativamente mais quanto a sensação fecal, número de episódios de incontinência e alcance da continência plena.

Há pouca evidência quanto ao biofeedback ser, de fato, a melhor opção, em parte porque as amostras utilizadas nos estudos foram pequenas, e a intensidade do treino foi duvidosa, especialmente nos dois últimos estudos supracitados.

Há uma revisão sistemática que incluiu todos os ensaios citados anteriormente que examinou a eficácia do biofeedback e/ou dos exercícios para os esfíncteres em adultos com IF³⁸, a qual os autores concluíram que não há evidência suficiente para concluir que o biofeedback realmente possa ajudar no tratamento da IF. Ainda, não estão claras as bases pelas quais o biofeedback deva ser indicado, qual modalidade de biofeedback seria a melhor, nem as melhorias observadas seriam por conta de efeitos placebo inespecíficos^{38,74}. Todavia análises pareadas de mais de 70 ensaios não controlados sobre a eficácia do biofeedback e/ou do TMAP mostraram tanto melhoria e taxas de recuperação que foram de 0 a 100%, com a maioria dos estudos relatando taxas de 50% a 80%¹³⁹.

Nível de Evidência

Nível 1. Tem sido demonstrado que alguns elementos do biofeedback tem efeito terapêutico. O TMAP assistido por biofeedback parece ser mais efetivo do que o TMAP isolado, e o biofeedback com eletroestimulação parece mais efetivo do que a eletroestimulação isolada (embora esta conclusão tenha sido apoiada no estudo Fynes et al., difícil de interpretar)⁷⁸. Não há conclusão definitiva acerca do papel real do biofeedback no tratamento de pacientes com IF³⁸.

Nível 3. Há indícios de que a combinação entre o biofeedback manométrico ou o treinamento com o balonete associados ao TMAP são mais efetivos do que o TMAP isolado, quando tratamentos conservadores prévios falharam^{59,60}.

Nível 4. Na opinião deste grupo de desenvolvimento o biofeedback pode ser utilizado quando há dúvidas a respeito da habilidade dos pacientes (sem controle motor voluntário suficiente) em contraírem corretamente sua musculatura do assoalho pélvico (problema categoria IA), ou se um paciente apresenta progresso insuficiente de modo a tentar acelerar esta evolução no sentido de uma abordagem integrada (ex.: aconselhamento educacional, controle voluntário, TMAP) com base nos componentes modificáveis (para problemas das categorias IC, ID, II e IV).

Nota nº 25: Estudo de caso

Informações do encaminhamento

Indicações: IA diária, ruptura total em seis meses pós-parto

Sexo: mulher, idade 33, para 1

Exames complementares: US endoanal e manometria

- Defeito no EAE e EAI às 10 e 1 horas [330° e 30°]
- Pressão de repouso normal, baixa força de contração, relaxamento incompleto após esforço de expulsão.
- Capacidade retal diminuída: primeira sensação de enchimento em 50 ml, primeira urgência em 70 ml, urgência máxima em 120 ml

Questão: há indicação para fisioterapia pélvica

Anamnese

- Incontinência diária de flatos sem controle voluntário desenvolvida após o parto. Ruptura total de esfíncteres sem reparo cirúrgico.
- Sem comorbidades. Problemas psicossociais: preocupada com o retorno ao trabalho (sedentário: contadora). Sem outros domínios uroginecológicos.

Exame físico

Inspeção geral ao repouso [estática]

- Biotipo longilíneo. Tonicidade muscular abdominal elevada: mantém o baixo ventre para dentro, medo de relaxar a musculatura por medo de flatulência. Diafragma elevado, ombros tensos. Sem outras abnormalidades.

Inspeção geral durante o movimento [dinâmica]

- Padrão respiratório: respiração diafragmática alta.

Inspeção local da vagina/ânus/assoalho pélvico

- Inspeção do *assoalho pélvico*: ligeiramente introvertido, pele de aspecto normal, cicatriz da ruptura, sem hemorroidas.
- Contração da musculatura do assoalho pélvico com contrações, especialmente abdominais e adutores além de alguma atividade dos ombros: melhorou após instrução. Movimento cranial do assoalho pélvico durante contração. Relaxamento retardado até a posição original com co-contracção de glúteos e adutores. Mais relaxada após instrução.
- Pré-contracção na tosse presente.
- Descenso suave do assoalho durante movimento de expulsão.

Exames funcionais complementares

- Palpação anorretal durante o repouso: esfíncter interrompido; presença de fezes na ampola retal.
- Palpação anorretal durante contração: força do EAE fraca, força do m. puborretal normal durante contração voluntária. Relaxamento do m. puborretal parcial e com retardo, mas após instrução o relaxamento foi virtualmente completo na terceira tentativa.

Balonete retal e EMG

- Balonete retal: alcançou capacidade máxima rapidamente; primeira sensação de enchimento em 40 ml, primeira urgência em 80 ml, urgência máxima aos 130 ml.
- EMG (Anuform [N.T: sonda anatômica, análoga à brasileira Miotec Pelvifit®]): atividade de repouso inicial 14 µv. Musculatura do assoalho pélvico após 1 segundo de contração máxima 60 µv, relaxamento 12 µv; após seis segundos de contração máxima: 25µv decaindo para 15 µv; relaxamento após contração máxima de 10 µv. Contração submáxima após 10 segundos: 20 µv, relaxamento 12 µv. Atividade de repouso após final da sessão de 8 µv.

Instrumentos de medida

- Diário miccional de 24 horas: sem alterações.
- Diário defecatório: frequência diária. Bristol 4; IA diária; fibras: um saco de Metamucil ao dia.
- Escore de Wexner: 8

Análise

- Natureza: assoalho pélvico hiperativo com relaxamento parcial, contração fraca do EAE combinada com respiração diafragmática alta, tonicidade elevada da musculatura abdominal e capacidade retal diminuída.
- Severidade: severa em termos do bem-estar subjetivo, limitações sociais e preocupação quanto ao retorno ao trabalho.
- Adaptações: estratégias inadequadas.

Conclusão/diagnóstico fisioterapêutico

- Disfunção do assoalho pélvico, respiração diafragmática alta, capacidade retal reduzida, comportamento defensivo quanto à flatulência, e medo de incontinência, estratégias de enfrentamento inadequadas e medo do retorno ao trabalho.
- Categorização do problema: IA com disfunção do assoalho pélvico e perdas não percebidas pela paciente → sem comprometimento neurológico mas com fatores gerais de impedimento → problema categoria IVB.

Objetivos

- Com base nas estratégias usadas pela paciente e as condições física prévias para mudança, fisioterapeuta e paciente decidiram trabalhar em todos os componentes do mecanismo de continência: funções muscular e de reservatório, aumento da consistência e volume das fezes, percepção e conhecimento do problema de saúde bem como a interação entre todos estes componentes.

Estratégia

- Educação, melhorar o entendimento e oferecer aconselhamento utilizando um modelo da pelve e imagens anatômicas:
 - Anatomia e funcionamento do assoalho pélvico e relação entre este a 'estabilidade do core', postura e movimento corporais;
 - Funcionamento do anorreto e mecanismos de continência, controle da urgência de flatos, ensinar a melhor técnica de defecação para otimizar a evacuação;
 - Funções intestinal e vesical, e interação entre bexiga, intestinos, cérebro e assoalho pélvico;
 - Enfoque no relaxamento: trabalhar as respirações diafragmática e abdominal, além da contração do assoalho pélvico;
 - Funcionamento do sistema nervoso autônomo (simpático vs parassimpático) e influência destes sobre a função intestinal e o anorreto.
- Percepção do problema e alcance do controle voluntário.
- Evoluir de AVDs simples para AVDs múltiplas e completas, automáticas.

Terapia

- EMG para promover percepção da função do assoalho pélvico: otimização do relaxamento do m. puborretal e aumento da força contrátil de EAE.
- Treinamento com balonete para promover a percepção da sensação de enchimento retal e o aumento da capacidade retal.
- Exercícios terapêuticos de: postura defecatória, comportamento ao toalete e melhoria da técnica defecatória, relaxamento geral, respiração diafragmática inferior, otimização das funções do assoalho pélvico.
- Exercícios domiciliares 3x ao dia e 3x na semana para otimizar as funções do assoalho pélvico: fortalecimento do EAE, contrações máximas de 1 segundo, 6 segundos de contração máxima, 10 segundos de contração sustentada cuidando com o relaxamento completo (todos os exercícios repetidos 15 vezes).
- Estratégias de enfrentamento, controle da sensação de urgência, integração da contração e relaxamento do assoalho pélvico nas AVDs.
- Continuação da suplementação alimentar com fibras (Metamucil).

Evolução

- Palpação anorretal durante a contração: força de contração muscular do EAE normal, m. puborretal normal, relaxamento completo do puborretal com leve descenso durante a expulsão.
- EMG: atividade de repouso inicial 6 μ v. Após um segundo de contração máxima: 60 μ v, relaxamento 4 μ v; após seis segundos de contração máxima: 35 μ v decaindo para 30 a 25 μ v; relaxamento após contração máxima 3 μ v.
- Balonete retal: primeira sensação de enchimento aos 25 ml, primeira urgência aos 90 ml, urgência máxima aos 180 ml.
- Adaptações: mais relaxada, lidando melhor com a urgência medo consideravelmente menor.
- Escore de Wexner: 1 (rara incontinência de flatos).
- Diário defecatório: frequência diária, Bristol 4, sem IA, flatulência bastante reduzida, 1 saco de Metamucil ao dia.
- EGP: grande melhora. Atividades sociais reassumidas, trabalho reassumido, paciente bastante satisfeita com os resultados, tratamento concluído.

Referências

1. Wees PJ van der, Hendriks HJM, Helderdoorn M, Custers JW, Bie RA de. Methode voor ontwikkeling, implementatie en bijstelling van KNGFrichtlijnen. Methode versie 2.5. Amersfoort /Maastricht: KNGF; 2007.
2. CBO Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg. Evidence-based Richtlijnonontwikkeling. Handleiding voor werkgroepleden. Utrecht: CBO; 2007.
3. Landefeld CS, Bowers BJ, Feld AD, Hartmann KE, Hoffman E, Ingber MJ, et al. National Institutes of Health state-of-the-science conference statement: prevention of fecal and urinary incontinence in adults. *Ann Intern Med.* 2008;148(6):449-58.
4. Haylen BT, Ridder D, Freeman RM, Swift SE, Berghmans B, Lee J, et al. An International Urogynecological Association (IUGA)/International Continence Society (ICS) joint report on the terminology for female pelvic floor dysfunction. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct.* 2009;21(1):5-26.
5. Whitehead WE. Diagnosing and managing fecal incontinence: if you don't ask, they won't tell. *Gastroenterology.* 2005;129(1):6.
6. Kalantar JS, Howell S, Talley NJ. Prevalence of faecal incontinence and associated risk factors; an underdiagnosed problem in the Australian community? *Med J Aust.* 2002;176(2):54-7.
7. Macmillan AK, Merrie AE, Marshall RJ, Parry BR. The prevalence of fecal incontinence in community-dwelling adults: a systematic review of the literature. *Dis Colon Rectum.* 2004;47(8):1341-9.
8. Pretlove SJ, Radley S, Toozs-Hobson PM, Thompson PJ, Coomarasamy A, Khan KSCP. Prevalence of anal incontinence according to age and gender: a systematic review and meta-regression analysis. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct.* 2006;17(4):407-17.
9. Teunissen TA, Bosch WJ van den, Hoogen HJ van den, Lagro-Janssen AL. Prevalence of urinary, fecal and double incontinence in the elderly living at home. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct.* 2004;15(1):10-3; discussion 3.

10. Chassagne P, Landrin I, Neveu C, Czernichow P, Bouaniche M, Doucet J, et al. Fecal incontinence in the institutionalized elderly: incidence, risk factors, and prognosis. *Am J Med.* 1999;106(2):185-90.
11. Thomas TM, Egan M, Walgrove A, Meade TW. The prevalence of faecal and double incontinence. *Community Med.* 1984;6(3):216-20.
12. Slieker-ten Hove MC, Pool-Goudzwaard AL, Eijkemans MJ, Steegers-Theunissen RP, Burger CW, Vierhout ME. Prevalence of double incontinence, risks and influence on quality of life in a general female population. *Neurourol Urodyn.* 2010;29(4):545-50.
13. Madoff RD, Parker SC, Varma MG, Lowry ACCM. Faecal incontinence in adults. *Lancet.* 2004;364(9434):621-32.
14. Tjandra JJ, Dykes SL, Kumar RR, Ellis CN, Gregorcyk SG, Hyman NH, et al. Practice parameters for the treatment of fecal incontinence. *Dis Colon Rectum.* 2007;50(10):1497-507.
15. Farage MA, Miller KW, Berardesca E, Maibach HI. Psychosocial and societal burden of incontinence in the aged population: a review. *Arch Gynecol Obstet.* 2008;277(4):285-90.
16. Markland AD, Goode PS, Burgio KL, Redden DT, Richter HE, Sawyer P, et al. Incidence and risk factors for fecal incontinence in black and white older adults: a population-based study. *J Am Geriatr Soc.* 2010;58(7):1341-6.
17. Rey E, Choung RS, Schleck CD, Zinsmeister AR, Locke GR, 3rd, Talley NJ. Onset and risk factors for fecal incontinence in a US community. *Am J Gastroenterol.* 2010;105(2):412-9.
18. Ostbye T, Seim A, Krause KM, Feightner J, Hachinski V, Sykes E, et al. A 10-year follow-up of urinary and fecal incontinence among the oldest old in the community: the Canadian Study of Health and Aging. *Can J Aging.* 2004;23(4):319-31.
19. Deutekom M, Dobben AC, Dijkgraaf MG, Terra MP, Stoker J, Bossuyt PM. Costs of outpatients with fecal incontinence. *Scand J Gastroenterol.* 2005 May;40(5):552-8.
20. Xu X, Menees SB, Zochowski MK, Fenner DE. Economic cost of fecal incontinence. *Dis Colon Rectum.* 2012;55(5):586-98.
21. Dunivan GC, Heymen S, Palsson OS, von Korff M, Turner MJ, Melville JL, et al. Fecal incontinence in primary care: prevalence, diagnosis, and health care utilization. *Am J Obstet Gynecol.* 2010;202(5):493 e1-6.
22. College voor Zorgverzekeringen. GIPeilingen 2011: Ontwikkelingen genees- en hulpmiddelengebruik 2012; nr. 33. Diemen: CVZ; 2012.
23. Bols EM, Hendriks EJ, Berghmans BC, Baeten CG, Nijhuis JG, Bie RA de. A systematic review of etiological factors for postpartum fecal incontinence. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2010;89(3):302-14.
24. Brown SJ, Gartland D, Donath S, MacArthur C. Fecal incontinence during the first 12 months postpartum: complex causal pathways and implications for clinical practice. *Obstet Gynecol.* 2012;119(2 Pt 1):240-9.
25. Solans-Domenech M, Sanchez E, Espuna-Pons M. Urinary and anal incontinence during pregnancy and postpartum: incidence, severity, and risk factors. *Obstet Gynecol.* 2010;115(3):618-28.
26. Torrisi G, Minini G, Bernasconi F, Perrone A, Trezza G, Guarabasso V, et al. A prospective study of pelvic floor dysfunctions related to delivery. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2012;160(1):110-5.
27. Pretlove SJ, Thompson PJ, Toozs-Hobson PM, Radley S, Khan KS. Does the mode of delivery predispose women to anal incontinence in the first year postpartum? A comparative systematic review. *BJOG.* 2008;115(4):421-34.
28. Nelson RL, Furner SE, Westercamp M, Farquhar C. Cesarean delivery for the prevention of anal incontinence. *Cochrane Database Syst Rev.* 2010(2):CD006756.
29. Nelson RL, Westercamp M, Furner SE. A systematic review of the efficacy of cesarean section in the preservation of anal continence. *Dis Colon Rectum.* 2006;49(10):1587-95.
30. Altman D, Zetterstrom J, Lopez A, Pollack J, Nordenstam J, Mellgren A. Effect of hysterectomy on bowel function. *Dis Colon Rectum.* 2004;47(4):502-8; discussion 8-9.
31. Forsgren C, Zetterstrom J, Lopez A, Nordenstam J, Anzen B, Altman D. Effects of hysterectomy on bowel function: a three-year, prospective cohort study. *Dis Colon Rectum.* 2007;50(8):1139-45.
32. Geinitz H, Thamm R, Keller M, Astner ST, Heinrich C, Scholz C, et al. Longitudinal study of intestinal symptoms and fecal continence in patients with conformal radiotherapy for prostate cancer. *Int J Radiat Oncol Biol Phys.* 2011;79(5):1373-80.
33. Little DJ, Kuban DA, Levy LB, Zagars GK, Pollack A. Quality-of-life questionnaire results 2 and 3 years after radiotherapy for prostate cancer in a randomized dose-escalation study. *Urology.* 2003;62(4):707-13.
34. Nelson RL, Furner SE. Risk factors for the development of fecal and urinary incontinence in Wisconsin nursing home residents. *Maturitas.* 2005;52(1):26-31.
35. Byrne CM, Solomon MJ, Young JM, Rex J, Merlino CL. Biofeedback for fecal incontinence: short-term outcomes of 513 consecutive patients and predictors of successful treatment. *Dis Colon Rectum.* 2007;50(4):417-27.
36. Bo K, Aschehoug A. Strength training. In: Bo K, Berghmans B, Morkved S, Kampen M van, editors. Evidence-based physical therapy for the pelvic floor. London: Elsevier Ltd; 2007 p119-32.
37. Garber CE, Blissmer B, Deschenes MR, Franklin BA, Lamonte MJ, Lee IM, et al. American College of Sports Medicine position stand. Quantity and quality of exercise for developing and maintaining cardiorespiratory, musculoskeletal, and neuromotor fitness in apparently healthy adults: guidance for prescribing exercise. *Med Sci Sports Exerc.* 2011;43(7):1334-59.
38. Norton C, Cody JD. Biofeedback and/or sphincter exercises for the treatment of faecal incontinence in adults. *Cochrane Database Syst Rev.* 2012;7:CD002111.
39. NICE Clinical Guideline no. 49. The management of faecal incontinence in adults. London: National Collaborating Centre for Acute Care; 2007.
40. Jorge JM, Habr-Gama A, Wexner SDCJ. Biofeedback therapy in the colon and rectal practice. *Appl Psychophysiol Biofeedback.* 2003;28(1):47-61.
41. Osterberg A, Graf W, Eeg-Olofsson K, Hallden M, Pahlman L. Is electrostimulation of the pelvic floor an effective treatment for neurogenic faecal incontinence? *Scand J Gastroenterol.* 1999;34(3):319-24.
42. Bols E, Hendriks E, Bie R de, Baeten C, Berghmans B. Predictors of a favorable outcome of physiotherapy in fecal incontinence: secondary analysis of a randomized trial. *Neurourol Urodyn.* 2012 Sep;31(7):1156-60. doi: 10.1002/nau.21236. Epub 2012 Apr 4.

43. Ryn A-K, Morren GI, Hallbook O, Sjodahl R. Long-term results of electromyographic biofeedback training for faecal incontinence. *Dis Colon Rectum*. 2000;43:1262-6.
44. Terra MP, Deutekom M, Dobben AC, Baeten CG, Janssen LW, Boeckxstaens GE, et al. Can the outcome of pelvic floor rehabilitation in patients with fecal incontinence be predicted? *Int J Colorectal Dis*. 2008;23(5):503-11.
45. Cheetham M, Brazzelli M, Norton C, Glazener CM. Drug treatment for faecal incontinence in adults. *Cochrane Database Syst Rev*. 2009(1).
46. Markland AD, Richter HE, Burgio KL, Myers DL, Hernandez AL, Subak LLC. Weight loss improves fecal incontinence severity in overweight and obese women with urinary incontinence. *Int Urogynecol J*. 2011;22(9):1151-7.
47. Norton C, Whitehead WE, Bliss DZ, Harari D, Lang J. Management of fecal incontinence in adults. *Neurourol Urodyn*. 2010;29(1):199-206.
48. Norton C, Whitehead WE, Bliss DZ, Harari D, Lang J. Conservative and pharmacological management of faecal incontinence in adults. In: Abrams P, Cardoza L, Khoury S, Wein A, editors. *Incontinence*. Plymouth UK: Health Publications Ltd; 2009. p. 1321-86.
49. Bliss DZ, Jung HJ, Savik K, Lowry A, LeMoine M, Jensen L, et al. Supplementation with dietary fiber improves fecal incontinence. *Nurs Res*. 2001;50(4):203-13.
50. Stafne S, Salvesen K, Romundstad P, Torjusen I, Morkved S. Does regular exercise including pelvic floor muscle training prevent urinary and anal incontinence during pregnancy? A randomised controlled trial. *Bjog*. 2012;119(10):1270-80.
51. Fallon A, Westaway J, Moloney C. A systematic review of psychometric evidence and expert opinion regarding the assessment of faecal incontinence in older community-dwelling adults. *Int J Evid Based Healthc*. 2008;6(2):225-59.
52. Baxter NN, Rothenberger DA, Lowry ACCB. Measuring fecal incontinence. *Dis Colon Rectum*. 2003;46(12):1591-605.
53. Avery KN, Bosch JL, Gotoh M, Naughton M, Jackson S, Radley SC, et al. Questionnaires to assess urinary and anal incontinence: review and recommendations. *J Urol*. 2007;177(1):39-49.
54. Jaeschke R, Singer J, Guyatt GH. Measurement of health status. Ascertaining the minimal clinically important difference. *Control Clin Trials*. 1989;10(4):407-15.
55. Veldhuyzen van Zanten SJ, Talley NJ, Bytzer P, Klein KB, Whorwell PJ, Zinsmeister ARC. Design of treatment trials for functional gastrointestinal disorders. *Gut*. 1999;45 Suppl 2:II69-77.
56. Backer JCS de. Bekkenbodemeëducatie bij anale problematiek. In: Smits-Engelsman BCM, Ham I van, Vaes P, Aufdemkampe G, Dekker JB den, redactie. *Jaarboek Fysiotherapie/kinesitherapie*. Houten/Diegem: Bohn Stafleu van Loghum; 1998. p. 16-37.
57. Lewis SJ, Heaton KW. Stool form scale as a useful guide to intestinal transit time. *Scand J Gastroenterol*. 1997;32(9):920-4.
58. Hosker G, Cody JD, Norton CC. Electrical stimulation for faecal incontinence in adults. *Cochrane Database Syst Rev*. 2007(3):CD001310.
59. Bols E, Berghmans B, Bie R de, Govaert B, Wunnik B van, Heymans M, et al. Rectal balloon training as add-on therapy to pelvic floor muscle training in adults with fecal incontinence: a randomized controlled trial. *Neurourol Urodyn*. 2012;31(1):132-8.
60. Heymen S, Scarlett Y, Jones K, Ringel Y, Drossman D, Whitehead WE. Randomized controlled trial shows biofeedback to be superior to pelvic floor exercises for fecal incontinence. *Dis Colon Rectum*. 2009;52(10):1730-7.
61. Heerkens Y, Hendriks EJ, Oostendorp RA. Assessment instruments and the ICF in rehabilitation and physiotherapy. *Medical Rehabilitation*. 2006;10(3):1-14.
62. Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie. Brochure Zorgvuldig handelen bij voorbehouden en bijzondere handelingen. Amersfoort: KNGF; 2010.
63. NVFB. Engelenburg-van Lonkhuyzen M van, Hogen Esch F, Westerik-Verschuuren L, Coppoolse R. Beroepscompetentieprofiel Bekkenfysiotherapeut. Amersfoort: NVFB; 2009.
64. Abrams P, Andersson KE, Birder L, Brubaker L, Cardozo L, Chapple C, et al. Fourth International Consultation on Incontinence Recommendations of the International Scientific Committee: Evaluation and treatment of urinary incontinence, pelvic organ prolapse, and fecal incontinence. *Neurourol Urodyn*. 2010;29(1):213-40.
65. Chiarioni G, Bassotti G, Monsignor A, Menegotti M, Salandini L, Di Matteo G, et al. Anorectal dysfunction in constipated women with anorexia nervosa. *Mayo Clin Proc*. 2000;75(10):1015-9.
66. Bols EMJ, Berghmans LCM, Hendriks HJM, Baeten CGMI, Bie RA de. Physiotherapy and surgery in fecal incontinence: an overview. *Physical Therapy Reviews*. 2008;13(2):1-20.
67. Shamliyan TA, Bliss DZ, Du J, Ping R, Wilt TJ, Kane RL. Prevalence and risk factors of fecal incontinence in community-dwelling men. *Ver Gastroenterol Disord*. 2009;9(4):E97-110.
68. Oberwalder M, Connor J, Wexner SDCO. Meta-analysis to determine the incidence of obstetric anal sphincter damage. *Br J Surg*. 2003;90(11):1333-7.
69. Chiarioni G, Bassotti G, Stanganini S, Vantini I, Whitehead WECC. Sensory retraining is key to biofeedback therapy for formed stool fecal incontinence. *Am J Gastroenterol*. 2002;97(1):109-17.
70. Glia A, Gyllin M, Akerlund JE, Lindfors U, Lindberg G. Biofeedback training in patients with fecal incontinence. *Dis Colon Rectum*. 1998;41:359-64.
71. Sangwan YP, Coller JA, Schoetz DJ, Jr., Murray JJ, Roberts PLCS. Latency measurement of rectoanal reflexes. *Dis Colon Rectum*. 1995;38(12):1281-5.
72. Kraemer M, Ho YH, Tan W. Effectiveness of anorectal biofeedback therapy for faecal incontinence: medium-term results. *Tech Coloproctol*. 2001;5(3):125-9.
73. Leroi AM, Dorival MP, Lecouturier MG. Pudendal neuropathy and severity of incontinence but not presence of an anal sphincter defect may determine the response to biofeedback therapy in fecal incontinence. *Dis Colon Rectum*. 1999;42:762-9.
74. Norton C, Chelvanayagam S, Wilson-Barnett J, Redfern S, Kamm MACN. Randomized controlled trial of biofeedback for fecal incontinence. *Gastroenterology*. 2003;125(5):1320-9.
75. Pager CK, Solomon MJ, Rex J, Roberts RACP. Long-term outcomes of pelvic floor exercise and biofeedback treatment for patients with fecal incontinence. *Dis Colon Rectum*. 2002;45(8):997-1003.
76. Rieger NA, Wattchow DA, Sarre RG, Cooper SJ, Rich CA, Saccone GT, et al. Prospective trial of pelvic floor retraining

- in patients with fecal incontinence. *Dis Colon Rectum*. 1997;40(7):821-6.
77. Boselli AS, Pinna F, Cecchini S, Costi R, Marchesi F, Violi V, et al. Biofeedback therapy plus anal electrostimulation for fecal incontinence: prognostic factors and effects on anorectal physiology. *World J Surg*. 2010;34(4):815-21.
 78. Fynes MM, Marshall K, Cassidy M, Behan M, Walsh D, O'Connell PR, et al. A prospective, randomized study comparing the effect of augmented biofeedback with sensory biofeedback alone on fecal incontinence after obstetric trauma. *Dis Colon Rectum*. 1999;42(6):753-8; discussion 8-61.
 79. Abrams P, Cardoza L, Khoury S, Wein A, editors. *Incontinence: 4th International Consultation on Incontinence*. Paris, France: Health Publication Ltd; 2009.
 80. Sievert KD, Amend B, Toomey PA, Robinson D, Milsom I, Koelbl H, et al. Can we prevent incontinence? ICI-RS 2011. *Neurourol Urodyn*. 2012;31(3):390-9.
 81. Schnelle JF, Leung FW, Rao SS, Beuscher L, Keeler E, Clift JW, et al. A controlled trial of an intervention to improve urinary and fecal incontinence and constipation. *J Am Geriatr Soc*. 2010;58(8):1504-11.
 82. Schnelle JF, Alessi CA, Simmons SF, Al-Samarrai NR, Beck JC, Ouslander JG. Translating clinical research into practice: a randomized controlled trial of exercise and incontinence care with nursing home residents. *J Am Geriatr Soc*. 2002;50(9):1476-83.
 83. Erekson EA, Sung VW, Myers DL. Effect of body mass index on the risk of anal incontinence and defecatory dysfunction in women. *Am J Obstet Gynecol*. 2008;198(5):596 e1-4.
 84. Altman D, Falconer C, Rossner S, Melin I. The risk of anal incontinence in obese women. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct*. 2007;18(11):1283-9.
 85. Burgio KL, Richter HE, Clements RH, Redden DT, Goode PS. Changes in urinary and fecal incontinence symptoms with weight loss surgery in morbidly obese women. *Obstet Gynecol*. 2007;110(5):1034-40.
 86. Roberson EN, Gould JC, Bushman WA. Prevalence of fecal incontinence and urinary incontinence after bariatric surgery (abstract). *Gastroenterology*. 2008;134:A65.
 87. Markland AD, Richter HE, Burgio KL, Bragg C, Hernandez AL, Subak LLCMC. Fecal incontinence in obese women with urinary incontinence: prevalence and role of dietary fiber intake. *Am J Obstet Gynecol*. 2009;200(5):566 e1-6.
 88. Subak LL, Wing R, West DS, Franklin F, Vittinghoff E, Creasman JM, et al. Weight loss to treat urinary incontinence in overweight and obese women. *N Engl J Med*. 2009;360(5):481-90.
 89. Lauti M, Scott D, Thompson-Fawcett MW. Fibre supplementation in addition to loperamide for faecal incontinence in adults: a randomized trial. *Colorectal Dis*. 2008;10(6):553-62.
 90. Boyle R, Hay-Smith EJ, Cody JD, Morkved S. Pelvic floor muscle training for prevention and treatment of urinary and faecal incontinence in antenatal and postnatal women. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012;10:CD007471.
 91. Bo K, Haakstad LA. Is pelvic floor muscle training effective when taught in a general fitness class in pregnancy? A randomized controlled trial. *Physiotherapy*. 2011;97(3):190-5.
 92. Wilson PD, Herbison GP. A randomized controlled trial of pelvic floor muscle exercises to treat postnatal urinary incontinence. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct*. 1998;9(5):257-64.
 93. Glazener C, Herbison G, Wilson P, MacArthur C, Lang G, Gee H, et al. Conservative management of persistent postnatal urinary and faecal incontinence: randomised controlled trial. *BMJ (Clinical research ed.)* 2001;323(7313):593-6.
 94. Glazener CM, Herbison GP, MacArthur C, Grant A, Wilson PDCG. Randomised controlled trial of conservative management of postnatal urinary and faecal incontinence: six year follow up. *BMJ*. 2005;330(7487):337.
 95. Sleep J, Grant A. Pelvic floor exercises in postnatal care. *Midwifery*. 1987;3(4):158-64.
 96. Meyer S, Hohlfeld P, Ahtari C, De Grandi P. Pelvic floor education after vaginal delivery. *Obstet Gynecol*. 2001;97(5 Pt 1):673-7.
 97. Dannecker C. The effect of the pelvic floor training device Epi-No on the maternal pelvic floor function six months after childbirth - follow-up study of a randomised controlled trial. *Geburtshilfe Frauenheilkd*. 2004;64(11):1192-8.
 98. Rockwood THCR. Incontinence severity and QOL scales for fecal incontinence. *Gastroenterology*. 2004;126(1 Suppl 1):S106-13.
 99. Vaizey CJ, Carapeti E, Cahill JA, Kamm MACV. Prospective comparison of faecal incontinence grading systems. *Gut*. 1999;44(1):77-80.
 100. Jorge JM, Wexner SDCJ. Etiology and management of fecal incontinence. *Dis Colon Rectum*. 1993;36(1):77-97.
 101. Bols EM, Hendriks EJ, Deutekom M, Berghmans BC, Baeten CG, de Bie RACB. Inconclusive psychometric properties of the Vaizey score in fecally incontinent patients: a prospective cohort study. *Neurourol Urodyn*. 2010;29(3):370-7.
 102. Rockwood TH, Church JM, Fleshman JW, Kane RL, Mavran-tonis C, Thorson AG, et al. Patient and surgeon ranking of the severity of symptoms associated with fecal incontinence: the fecal incontinence severity index. *Dis Colon Rectum*. 1999;42(12):1525-32.
 103. Pescatori M, Anastasio G, Bottini C, Mentasti A. New grading and scoring for anal incontinence. Evaluation of 335 patients. *Dis Colon Rectum*. 1992;35(5):482-7.
 104. Miller R, Bartolo DC, Locke-Edmunds JC, Mortensen NJCM. Prospective study of conservative and operative treatment for faecal incontinence. *Br J Surg*. 1988;75(2):101-5.
 105. Shelton AA, Madoff RD. Defining anal incontinence: establishing a uniform continence scale. *Semin Colon Rectal Surg*. 1997;8(2):54-60.
 106. Lunniss PJ, Kamm MA, Phillips RK. Factors affecting continence after surgery for anal fistula. *Br J Surg*. 1994;81(9):1382-5.
 107. Staskin D, Kelleher C, Avery K, Bosch R, Cotterill N, Coyne K, et al. Patient-reported outcome assessment. In: Abrams P, Cardoza L, Khoury S, Wein A, editors. *Incontinence, 4th International Consultation on Incontinence: Health Publication Ltd; 2009. p. 363-412.*
 108. Bols EM, Hendriks HJ, Berghmans LC, Baeten CG, Bie RA de. Responsiveness and interpretability of incontinence severity scores and FIQL scale in patients with fecal incontinence: a secondary analysis from a randomized controlled trial. *Int Urogyn J* 2013 Mar;24(3):469-78.
 109. Thomas S, Nay R, Moore K, Fonda D, Hawthorne G, Marosszeky N, et al. *Continence Outcomes Measurement Suite Project (Final report)*. Australian Government Department of Health and Ageing; 2006.

110. Rockwood TH, Church JM, Fleshman JW, Kane RL, Mavrantoni C, Thorson AG, et al. Fecal Incontinence Quality of Life Scale: quality of life instrument for patients with fecal incontinence. *Dis Colon Rectum*. 2000;43(1):9-16; discussion 7.
111. Eypasch E, Williams JI, Wood-Dauphinee S, Ure BM, Schummig C, Neugebauer E, et al. Gastrointestinal Quality of Life Index: development, validation and application of a new instrument. *Br J Surg*. 1995;82(2):216-22.
112. Hanneman MJ, Sprangers MA, Mik EL de, Ernest van Heurn LW, Langen ZJ de, Looyard N, et al. Quality of life in patients with anorectal malformation or Hirschsprung's disease: development of a disease-specific questionnaire. *Dis Colon Rectum*. 2001;44(11):1650-60.
113. Bug GJ, Kiff ES, Hosker GCB. A new condition-specific health-related quality of life questionnaire for the assessment of women with anal incontinence. *BJOG*. 2001;108(10):1057-67.
114. Avery K, Donovan J, Peters TJ, Shaw C, Gotoh M, Abrams PCA. ICIQ: a brief and robust measure for evaluating the symptoms and impact of urinary incontinence. *Neurourol Urodyn*. 2004;23(4):322-30.
115. Naliboff BDCN. Choosing outcome variables: global assessment and diaries. *Gastroenterology*. 2004;126(1 Suppl 1):S129-34.
116. Irvine EJ, Whitehead WE, Chey WD, Matsueda K, Shaw M, Talley NJ, et al. Design of treatment trials for functional gastrointestinal disorders. *Gastroenterology*. 2006;130(5):1538-51.
117. Fisher K, Bliss DZ, Savik K. Comparison of recall and daily self-report of fecal incontinence severity. *J Wound Ostomy Continence Nurs*. 2008;35(5):515-20.
118. Bharucha AE, Seide BM, Zinsmeister AR, Melton LJ, 3rd. Insights into normal and disordered bowel habits from bowel diaries. *Am J Gastroenterol*. 2008;103(3):692-8.
119. Stone AA, Shiffman S, Schwartz JE, Broderick JE, Hufford MR. Patient non-compliance with paper diaries. *BMJ*. 2002;324(7347):1193-4.
120. Riegler G, Esposito I. Bristol scale stool form. A still valid help in medical practice and clinical research. *Tech Coloproctol*. 2001;5(3):163-4.
121. Talley NJ, Nyren O, Drossman DA, Heaton KW, Veldhuyzen van Zanten SJO, Koch MM. The irritable bowel syndrome: towards optimal design of controlled treatment trials. *Gastroenterol Int*. 1994;6:189-211.
122. Rogers RG, Abed H, Fenner DECR. Current diagnosis and treatment algorithms for anal incontinence. *BJU Int*. 2006;98 Suppl 1:97-106; discussion 7-9.
123. Nederlandse Vereniging voor Fysiotherapie bij Bekkenproblematiek en pré- en postpartum gezondheidszorg (NVFB). Richtlijn voor het hygiënisch werken in het bekkenbodemgebied. Amersfoort: NVFB; 2005.
124. Hansen JL, Bliss DZ, Peden-McAlpine C. Diet strategies used by women to manage fecal incontinence. *J Wound Ostomy Continence Nurs*. 2006;33(1):52-61; discussion 2.
125. Burgt MLA van der, Verhulst FJCM. Doen en blijven doen, voorlichting en compliancebevordering door paramedici. Houten: Bohn Stafleu van Loghum; 2009.
126. Osterberg A, Edebol Eeg-Olofsson K, Hallden M, Graf W. Randomized clinical trial comparing conservative and surgical treatment of neurogenic faecal incontinence. *Br J Surg*. 2004;91(9):1131-7.
127. Naimy N, Lindam AT, Bakka A, Faerden AE, Wiik P, Carlsen E, et al. Biofeedback vs. electrostimulation in the treatment of postdelivery anal incontinence: a randomized, clinical trial. *Dis Colon Rectum*. 2007;50:2040-6.
128. Mahony RT, Malone PA, Nalty J, Behan M, O'Connell P R, O'Herlihy CCM. Randomized clinical trial of intra-anal electromyographic biofeedback physiotherapy with intra-anal electromyographic biofeedback augmented with electrical stimulation of the anal sphincter in the early treatment of postpartum fecal incontinence. *Am J Obstet Gynecol*. 2004;191(3):885-90.
129. Schwandner T, König IR, Heimerl T, Kierer W, Roblick M, Bouchard R, et al. Triple target treatment (3T) is more effective than biofeedback alone for anal incontinence: the 3T-AI study. *Dis Colon Rectum*. 2010;53(7):1007-16.
130. Norton C, Gibbs A, Kamm MA. Randomized, controlled trial of anal electrical stimulation for fecal incontinence. *Dis Colon Rectum*. 2006;49(2):190-6.
131. Sprakel B, Maurer S, Langer M, Diller R, Spiegel HU, Winde GCS [Value of electrotherapy within the scope of conservative treatment of anorectal incontinence]. *Zentralbl Chir*. 1998;123(3):224-9.
132. Bartlett L, Sloots K, Nowak M, Ho YH. Biofeedback for fecal incontinence: a randomized study comparing exercise regimens. *Dis Colon Rectum*. 2011;54(7):846-56.
133. Healy CF, Brannigan AE, Connolly EM, Eng M, O'Sullivan M J, McNamara DA, et al. The effects of low-frequency endo-anal electrical stimulation on faecal incontinence: a prospective study. *Int J Colorectal Dis*. 2006;21(8):802-6.
134. Davis KJ, Kumar D, Poloniecki J. Adjuvant biofeedback following anal sphincter repair: a randomized study. *Aliment Pharmacol Ther*. 2004;20(5):539-49.
135. Ilnyckyj A, Fachnie E, Tougas GC. A randomized-controlled trial comparing an educational intervention alone vs education and biofeedback in the management of faecal incontinence in women. *Neurogastroenterol Motil*. 2005;17(1):58-63.
136. Solomon MJ, Pager CK, Rex J, Roberts R, Manning JCS. Randomized, controlled trial of biofeedback with anal manometry, transanal ultrasound, or pelvic floor retraining with digital guidance alone in the treatment of mild to moderate fecal incontinence. *Dis Colon Rectum*. 2003;46(6):703-10.
137. Heymen S, Pikarsky A, Weiss E, Vickers D, Noguera J, Wexner S. A prospective randomized trial comparing four biofeedback techniques for patients with fecal incontinence. *Colorectal Dis*. 2000;2:88-92.
138. Miner PB, Donnelly TC, Read NWCM. Investigation of mode of action of biofeedback in treatment of fecal incontinence. *Dig Dis Sci*. 1990;35(10):1291-8.
139. Norton C, Kamm MACN. Anal sphincter biofeedback and pelvic floor exercises for faecal incontinence in adults - a systematic review. *Aliment Pharmacol Ther*. 2001;15(8):1147-54.
- [140]. Zaslavsky C, Jurach MT, Barros CP. Epidemiologia da incontinência anal em população assistida em serviços de saúde de Porto Alegre/RS, Brasil. *Revista da AMRIGS, Porto Alegre*, 56 (4): 289-294, out.-dez. 2012
- [141]. Santos CRS, Santos VLCC. Prevalência da incontinência anal na população urbana de Pouso Alegre - Minas Gerais. *Rev Esc Enferm USP* 2011; 45(1):180-6.
- [142]. Meinberg MF, Silva-F° AL, Rodrigues AM, Fonseca LM.

Adaptação cultural e validação da escala de Wexner em mulheres com incontinência anal na população brasileira. Dissertação de mestrado UFMG, 2014. Disponível em http://www.bibliotecadigital.ufmg.br/dspace/bitstream/handle/1843/BUBD-A2MG5Q/mestrado_mariana_meinberg.pdf?sequence=1

[143]. t Hoen LA, Utomo E, Schouten WR, Blok BFM, Korfage IJ. The fecal incontinence quality of life scale (FIQL) and fecal incontinence severity index (FISI): Validation of the

Dutch versions. Neurorol Urodyn. 2017 Mar;36(3):710-715. doi: 10.1002/nau.23003.

[144]. Yusuf SAI, Jorge JMN, Habr-Gama A, Kiss DR, Rodrigues JG. Avaliação da qualidade de vida na incontinência anal: validação do questionário FIQL (Fecal Incontinence Quality of Life). Arq. Gastroenterol. vol.41 no.3 São Paulo July/Sept. 2004

Suplementos

Suplemento 1: Exemplo de um diário defecatório

Como utilizar este diário:

- Complete uma linha por dia. A linha cinza representa o primeiro dia da semana.
- **Coluna 1:** preencha com a data.
Coluna 2: preencha com o número de vezes que você defecou neste dia. (ex: I ou III).
Coluna 3: preencha com a consistência das fezes. Se a consistência variar, por exemplo, de 2 para 4 ou de 3 para 6, por favor escreva 2-4 ou 3-6.
Coluna 4: preencha com o número de vezes que você teve perdas (se for o caso).
Coluna 5: preencha com o seu escore de dor (se for o caso).
Coluna 6: preencha com qualquer mudança na medicação que possa afetar a consistência das fezes.
Coluna 7: preencha com qualquer coisa que possa ter influenciado seu mecanismo de defecação.
- O dia 1 começa de manhã, no momento em que você acorda, e inclui a noite anterior.
 O dia 2 começa na manhã seguinte, assim que você acorda.

Data	Número de defecações	Consistência das Fezes 1 = pelotas separadas 2 = formato de salsicha rugosa 3 = formato de salsicha com rachaduras 4 = formato de salsicha pastosa 5 = pastosa 6 = mole 7 = aquosa	Número de Perdas	Dor (1-10) Média para todo o dia 1 = sem dor 10 = dor severa	Medicamentos	Comentários

Suplemento 2: Fluxograma da avaliação

Abordagem metódica	<p>Bandeiras vermelhas*</p> <ul style="list-style-type: none"> - Trauma recente - Febre preexistente e inexplicável - Perda de peso recente e inexplicável (> 5kg ao mês) - Uso prolongado de corticosteroides - Dor constante que não cessa no repouso ou depois de alterar a posição corporal - Histórico de câncer - Mal-estar geral - Dor noturna - Sinais e sintomas neurológicos em demais - Impossibilidade de urinar ou evacuar - Fezes com sangue ou muco - Dor durante a defecação - Perda aguda de fezes - Fezes com coloração anormal (não relacionada ao consumo de alimentos colorantes) - Episódio breve de anemia <p><i>* Atenção às bandeiras vermelhas é fundamental durante todo o processo de diagnóstico e tratamento fisioterapêutico.</i></p>
<p>Acesso direto à fisioterapia Recomendação: contatar o clínico geral (com a permissão do paciente)</p>	
Encaminhamento	
Dados suplementares	<ul style="list-style-type: none"> - Motivo para contatar o paciente que apresenta o problema - Natureza (causa/condição) e severidade da incontinência anal (de acordo com a CIF) e modificabilidade (fatores impeditivos gerais e locais) - Histórico proctológico, ginecológico, obstétrico, urológico e sexual com relação ao sistema musculoesquelético - Comorbidades - Estratégias de enfrentamento - Problemas psicológicos - Padrões de micção e defecação - Nutrição e ingesta hídrica - Situação dos componentes do sistema de continência (funções muscular e de reservatório, consistência das fezes, percepção e entendimento do problema de saúde; interação entre estes) - Expectativas do paciente
Exame físico	<p>Inspeção geral</p> <ul style="list-style-type: none"> - Inspeção da respiração, coluna vertebral, pelve, quadris e análise de marcha <p>Inspeção local da vagina, ânus e assoalho pélvico</p> <ul style="list-style-type: none"> - Inspeção do assoalho pélvico no repouso (introito, períneo, vagina, ânus) - Inspeção do assoalho pélvico durante contração (força, movimento, co-contrações, respiração) - Inspeção do assoalho pélvico durante a tosse - Inspeção do assoalho pélvico durante a expulsão <p>Exame funcional complementar</p> <ul style="list-style-type: none"> - Palpação anorretal no repouso [estática] - Palpação anorretal durante a contração [dinâmica] - Palpação retal durante a expulsão, Valsalva e tosse (involuntário) - Balonete retal e eletromiografia <p>Instrumentos de medida</p> <ul style="list-style-type: none"> - Escore de Wexner - Questionário do Efeito Global Percebido - Diário defecatório
Análise/diagnóstico fisioterapêutico (consequências da incontinência anal)	<p>Identificação das deficiências (natureza/severidade) [nível de estruturas (s) e funções (b) da CIF] Limitações nas atividades e participação [nível de atividades e participação (d) da CIF]</p>

**Identificação da categoria de problemas:
I, II, III ou IV**

Plano de tratamento para pacientes com incontinência anal

I-II Incontinência anal com Disfunção do Assoalho Pélvico									
I Percebe a perda de fezes (urgência): Falha do esfíncter anal externo + m. puborretal / levantadores do ânus Problema neurológico ^a Sim (local/central) Não				II Não percebe a perda de fezes (passiva): Falha do esfíncter anal interno Problema neurológico ^b Sim (local/central) Não		III Incontinência anal sem disfunção do assoalho pélvico		IV Incontinência anal (I/II/III) + fatores de risco impedindo a recuperação ou tentativas de ajuste	
Sensação anorretal normal Laceração de 3° ou 4° graus Traumas		Sensação anorretal anormal Disfunção do assoalho pélvico TRM S2- S4		Sensação anorretal normal		Sensação anorretal anormal			
IA	IB	IC	ID	IIA	IIB	III	IVA	IVB	
<ul style="list-style-type: none"> Sem controle voluntário do assoalho pélvico 	<ul style="list-style-type: none"> Sem controle voluntário do assoalho pélvico 	<ul style="list-style-type: none"> Sem controle voluntário do assoalho pélvico 	<ul style="list-style-type: none"> Efeitos negativos sobre a função do assoalho pélvico vindos de problemas respiratórios, musculoesqueléticos e/ou regime, postura ou comportamento evacuatório 	<ul style="list-style-type: none"> Laceração de 3° ou 4° graus Traumas Diarreia por transbordamento Expulsão paradoxal 	<ul style="list-style-type: none"> Disfunção do assoalho pélvico TRM S2- S4 Prolapso genital^d 	<ul style="list-style-type: none"> Capacidade retal reduzida Problemas da função intestinal Problemas da consistência fecal Soiling Perda da capacidade de diferenciar fezes de flatos 	<ul style="list-style-type: none"> Sem comorbidades Dieta Medicação para constipação (incluindo anti-muscarínicos M3/M4), diarreia, sensibilidade, cognição relaxantes musculares) 	<ul style="list-style-type: none"> Com comorbidades Sensibilidade aumentada (fadiga crônica, estresse crônico, dificuldade de concentração) Problema neurológico, urológico, ginecológico, endócrino, psicológico ou cognitivo Doenças do tecido conjuntivo DPOCs Obesidade mórbida Desordens alimentares Pânico, ansiedade, psicose Problemas funcionais relacionados à toailete 	

DISFUNÇÃO

Objetivos	<p>Melhorar os mecanismos de continência</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Função muscular: atividade de base, tempo de contração, coordenação, relaxamento, duração, atividade reflexa (fibras lentas / fibras rápidas) 2. Função de reservatório (percepção da sensação de enchimento): primeira sensação, primeira sensação de urgência, volume máximo tolerado, reação do assoalho pélvico ao enchimento (= estar continente) 3. Consistência fecal: de pastosas para moles 4. Reconhecimento do problema de saúde, aceitação do problema, exprimir (agrupar, armar o movimento) e liberar 5. Interação entre os componentes de continência supracitados 																	
Estratégia	<p>Otimizar um componente de continência → otimizar os componentes do mecanismo de continência → automatizar os exercícios do assoalho pélvico nas AVDs</p>																	
Tratamento	<p>Prover educação e aconselhamento</p> <table border="1"> <tr> <td data-bbox="224 483 459 1018"> <p>IA</p> <ul style="list-style-type: none"> • Instrução verbal • EE para TMAP (m. puborretal / EAE) • EE isolada • BFB <p><i>Quando há dúvidas sobre a capacidade de contração do assoalho pélvico</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Controle voluntário do assoalho pélvico presente: TMAP • Controle voluntário ausente: encaminhar para o médico </td> <td data-bbox="459 483 674 1018"> <p>IB</p> <ul style="list-style-type: none"> • Treinamento para redução do ângulo anorretal • Treinamento do assoalho pélvico durante a estabilização do tronco </td> <td data-bbox="674 483 889 1018"> <p>IC</p> <ul style="list-style-type: none"> • TMAP • BFB^f </td> <td data-bbox="889 483 1104 1018"> <p>ID</p> <ul style="list-style-type: none"> • Exercícios para combater fatores desfavoráveis • TMAP • BFB^f </td> <td data-bbox="1104 483 1319 1018"> <p>IIA</p> <ul style="list-style-type: none"> • TMAP • BFB^f </td> <td data-bbox="1319 483 1534 1018"> <p>IIB</p> <ul style="list-style-type: none"> • TMAP • BFB^f </td> <td data-bbox="1534 483 1749 1018"> <p>III</p> <ul style="list-style-type: none"> • TMAP <p><i>Nota: recuperação completa improvável</i></p> </td> <td data-bbox="1749 483 1964 1018"> <p>IVA</p> <ul style="list-style-type: none"> • Visar fatores impeditivos quando possível • Informar ao paciente que tipo de terapia poderá ou não alcançar resultados • TMAP • BFB^f </td> <td data-bbox="1964 483 2152 1018"> <p>IVB</p> <ul style="list-style-type: none"> • Visar fatores impeditivos quando possível • Informar ao paciente que tipo de terapia poderá ou não alcançar resultados • TMAP • BFB^f </td> </tr> </table>									<p>IA</p> <ul style="list-style-type: none"> • Instrução verbal • EE para TMAP (m. puborretal / EAE) • EE isolada • BFB <p><i>Quando há dúvidas sobre a capacidade de contração do assoalho pélvico</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Controle voluntário do assoalho pélvico presente: TMAP • Controle voluntário ausente: encaminhar para o médico 	<p>IB</p> <ul style="list-style-type: none"> • Treinamento para redução do ângulo anorretal • Treinamento do assoalho pélvico durante a estabilização do tronco 	<p>IC</p> <ul style="list-style-type: none"> • TMAP • BFB^f 	<p>ID</p> <ul style="list-style-type: none"> • Exercícios para combater fatores desfavoráveis • TMAP • BFB^f 	<p>IIA</p> <ul style="list-style-type: none"> • TMAP • BFB^f 	<p>IIB</p> <ul style="list-style-type: none"> • TMAP • BFB^f 	<p>III</p> <ul style="list-style-type: none"> • TMAP <p><i>Nota: recuperação completa improvável</i></p>	<p>IVA</p> <ul style="list-style-type: none"> • Visar fatores impeditivos quando possível • Informar ao paciente que tipo de terapia poderá ou não alcançar resultados • TMAP • BFB^f 	<p>IVB</p> <ul style="list-style-type: none"> • Visar fatores impeditivos quando possível • Informar ao paciente que tipo de terapia poderá ou não alcançar resultados • TMAP • BFB^f
<p>IA</p> <ul style="list-style-type: none"> • Instrução verbal • EE para TMAP (m. puborretal / EAE) • EE isolada • BFB <p><i>Quando há dúvidas sobre a capacidade de contração do assoalho pélvico</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Controle voluntário do assoalho pélvico presente: TMAP • Controle voluntário ausente: encaminhar para o médico 	<p>IB</p> <ul style="list-style-type: none"> • Treinamento para redução do ângulo anorretal • Treinamento do assoalho pélvico durante a estabilização do tronco 	<p>IC</p> <ul style="list-style-type: none"> • TMAP • BFB^f 	<p>ID</p> <ul style="list-style-type: none"> • Exercícios para combater fatores desfavoráveis • TMAP • BFB^f 	<p>IIA</p> <ul style="list-style-type: none"> • TMAP • BFB^f 	<p>IIB</p> <ul style="list-style-type: none"> • TMAP • BFB^f 	<p>III</p> <ul style="list-style-type: none"> • TMAP <p><i>Nota: recuperação completa improvável</i></p>	<p>IVA</p> <ul style="list-style-type: none"> • Visar fatores impeditivos quando possível • Informar ao paciente que tipo de terapia poderá ou não alcançar resultados • TMAP • BFB^f 	<p>IVB</p> <ul style="list-style-type: none"> • Visar fatores impeditivos quando possível • Informar ao paciente que tipo de terapia poderá ou não alcançar resultados • TMAP • BFB^f 										
Evolução	<p>Avaliando os resultados finais: Escore de Wexner, Efeito Global Percebido, Diário Defecatório</p>																	
Acompanhar	<p>Checkup em datas pré-definidas → novo plano de tratamento rápido (se necessário)</p>																	

EE = eletroestimulação; TMAP = treinamento da musculatura do assoalho pélvico; EAE = esfínter anal externo; BFB = biofeedback (eletromiografia, manometria ou balonete retal)

- a. sem problema neurológico (motor); problema neurológico local (motor): lesão do n. pudendo (S2-S4), iatrogênica; problema neurológico central: incoordenação
- b. sem problema neurológico: laceração de 3°/4° graus, traumas, diarreia de transbordamento, expulsão paradoxal; problema neurológico central ou local (sensitivo): lesão do n. pudendo (S2-S4), iatrogênica
- c. controle voluntário (percepção/consciência)
- d. prolapso dos órgãos pélvicos (POP)
- e. diarreia por transbordamento, síndrome do intestino irritável, doença de Crohn, colite ulcerosa
- f. biofeedback (eletromiografia, manometria, balonete retal): somente se o progresso do tratamento estiver sendo insuficiente, para acelerar os resultados