









<https://doi.org/10.6063/motricidade.33963>

Estudo de Caso

Relato de caso: Incontinência Fecal

Case report: Faecal Incontinence

Título curto: Incontinência Fecal

Telma Filipa Pires ^{1*}, Bruno Magalhães ^{1,2,3}, Vítor Rodrigues ^{1,2,4}, Isabel Barroso ^{1,2}, Marta Paulo ^{2,5}, Diana Carvalho ⁵, Maria Elena Marques ⁵, Patrícia Pires ^{1,2}

¹ Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro, Vila Real, Portugal

² Centro Académico e Clínico de Trás-os-Montes e Alto Douro, CACTMAD, Vila Real, Portugal

³ Centro de Investigação do IPO Porto, CI-IPOP, Porto, Portugal

⁴ Centro de Investigação em Desporto, Saúde e Desenvolvimento Humano, CIDESD, Vila Real, Portugal

⁵ Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, CHTMAD, Vila Real, Portugal

***Autor correspondente:** Complexo Desportivo da UTAD, Polo II, Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro, Quinta de Prados, 5000-801, Vila Real, Portugal **E-mail:** telmafilippires@gmail.com

Conflitos de interesse: Nada a declarar. **Financiamento:** Nada a declarar.

Recebido: 15/12/2023. Aceite: 04/01/2024.

RESUMO

O objetivo do estudo foi avaliar a eficácia de um programa de reabilitação dos Músculos do Pavimento Pélvico (MPP) para superar a Incontinência Fecal (IF). Metodologia: estudo de caso com uma participante de 64 anos, professora, autónoma, com diagnóstico de IF devido a seqüela de cirurgia a prolapso retal. Realizou-se um programa de Treino dos Músculos do Pavimento Pélvico (TMPP), de uma sessão/semana, durante 16 semanas, supervisionado por Biofeedback anorretal. Cada sessão demorou 45 minutos, dos quais 20 minutos para TMPP e o restante para o exame físico, terapia manual, massagem e ensinamentos/registos da doente: diário de sintomas, supervisão da gestão da alimentação, treino intestinal, técnicas/posturas de defecação e suporte emocional. Na primeira sessão (T0) e na última (T1), foi ainda efetuado a anamnese, *Índice de Wexner*, *Bristol Stool Form Scale* (BSFS) e *Fecal Incontinence Quality of Life* (FIQL). Os resultados evidenciaram ganhos na força dos MPP, que evoluíram de grau 2 para 4 na escala de Oxford modificada; na qualidade de vida (QdV), ausência de perdas fecais, as fezes passaram de consistência tipo 2 para 4 na BSFS. Conclusão: o programa de reabilitação uropélvica, mostrou-se eficaz na reeducação dos MPP e melhorou significativamente a QdV da participante.

Palavras-chave: Incontinência fecal, reabilitação pélvica, treino dos músculos do pavimento pélvico.

Abstract

The aim of the study was to assess the effectiveness of a pelvic floor muscle (PFM) rehabilitation programme in overcoming faecal incontinence (FI). This was a case study of a 64-year-old, self-employed teacher diagnosed with FI because of rectal prolapse surgery. A Pelvic Floor Muscle Training (PFMT) programme was carried out, one session/week for 16 weeks, supervised by anorectal biofeedback. Each session took 45 minutes, of which 20 minutes was for PFMT and the rest for physical examination, manual therapy, massage and patient teaching/recording: symptom diary, supervision of diet management, bowel training, defecation techniques/postures and emotional support. In the first session (T0) and the last (T1), an anamnesis, Wexner Index, Bristol Stool Form Scale (BSFS) and Fecal Incontinence Quality of Life (FIQL) were also taken. The results showed gains in PFM strength, which went from grade 2 to 4 on the modified Oxford scale; in quality of life (QoL), absence of faecal losses, stools went from consistency type 2 to 4 on the BSFS. The uropelvic rehabilitation programme proved to be effective in re-educating the PFM and significantly improved the participant's QoL.

Keywords: Faecal incontinence, pelvic floor muscle training, pelvic rehabilitation.

INTRODUÇÃO

A incontinência fecal (IF) é definida como a perda involuntária de fezes (Cuinas et al., 2023). Esta perda de conteúdo fecal pode ser de forma líquida ou sólida, pelo menos uma vez por mês nos últimos 12 meses (Guinane & Crone, 2018) e ocorre numa multiplicidade de perturbações relacionadas com a fraqueza do pavimento pélvico e/ou alteração dos hábitos intestinais e pode ter impacto em quase todos os aspetos da vida quotidiana (Nelson, 2004).

Sintomatologia anorretal

A Sociedade Internacional de Continência (ICS) apresenta como sintomas de incontinência anorrectal: Incontinência anal como perda involuntária de fezes ou gases, podendo assim distinguir-se: (i) IF como perda involuntária de fezes – sólidas ou líquidas; (ii) Incontinência de flatos/gases como perda involuntária de flatos/gases; (iii) Incontinência dupla: queixa de incontinência anal e de incontinência urinária; (iv) Incontinência fecal (*flatal*) coital: Incontinência fecal (*flatal*) que ocorre durante o ato sexual vaginal; (v) perdas fecais passivas (inconscientes) – *soiling* (sujidade involuntária de fezes líquidas ou sólidas sem sensação ou aviso); (vi) Incontinência fecal por extravasamento (*Overflow*): Perda de fezes (*fecal seepage*) devido a impactação fecal (Sultan et al., 2017).

Prevalência

Mack, Hahn, Gödel, Enck e Bharucha (2023) revelou que a prevalência de IF global é de 8,0% e pelos critérios de Roma foi de 5,4%. A prevalência de IF foi maior em pessoas com 60 anos ou mais (9,3%) em comparação com pessoas mais jovens (4,9%) e foi mais

prevalente em mulheres (9,1%) do que em homens (7,4%). Embora a maior perda tenha sido nas mulheres, a prevalência pode ser semelhante nos homens e está relacionada com a idade, aumentando de 7% na terceira década para 22% na sexta década, estabilizando depois. A idade média de início é a sétima década. A maioria das pessoas com IF na comunidade tem sintomas de gravidade ligeira (50%) ou moderada (45%) (Bharucha & Ravi, 2010).

Fisiopatologia

Existem diversos mecanismos que conjugados, cooperam para a normal continência fecal: a motilidade intestinal, o volume e a consistência fecal, o grau de consciência mental, o tônus esfinteriano anal e a integridade da inervação neuronal (Martins, Fonseca, Santos & Carvalho, 2023). As causas da IF são multifatoriais, no entanto, as principais podem ser: Lesão ou fraqueza do esfíncter anal (Lesão obstétrica; Cirurgia: hemorroidectomia, esfínterectomia lateral, fistulectomia, malformações anorretais congénitas e cirurgia para estas condições; Traumatismo anorretal ou perineal ou anormalidades congénitas; Miopatia, por exemplo, esclerodermia); Perturbações estruturais do pavimento pélvico e cirurgia com excisão do reto (Prolapso rectal; Síndrome do períneo descendente; Cirurgia a retocele com excisão do reto); Perturbações neurológicas (Sistema nervoso central: acidente vascular cerebral, demência, esclerose múltipla, paralisia cerebral, espinha bífida, lesão da espinal medula, tumor da espinal medula e doença de Parkinson; sistema nervoso periférico: neuropatia diabética ou lesão do nervo pudendo); Doenças inflamatórias (Doença inflamatória intestinal: Doença de Crohn, colite ulcerosa; Radioterapia); Diarreia ou obstipação (Diarreia: colecistectomia, síndrome do intestino irritável, gastroenterite infecciosa, medicamentos; Obstipação: perturbação defecatória, impactação com extravasamento) (Bharucha et al., 2022). Além de todas estas causas, são considerados ainda como fatores de risco: a idade, o sexo/género, a etnia, o estilo de vida e a menopausa (Sharma & Rao, 2020).

Avaliação, Diagnóstico e Tratamento

A IF continua a ser uma doença comum associada a uma grande incapacidade social e psicológica. Existem muitas causas, pelo que é fundamental uma avaliação exaustiva (Chatoor, Taylor, Cohen & Emmanuel, 2007). A avaliação pélvica requer um (re)conhecimento dos seus constituintes e das suas funções. É de extrema importância avaliar estruturas como: o diafragma pélvico, que está localizado abaixo da faixa endopélvica e é composto por: isquioccígeo, ilioccígeo, pubococígeo e o puborretal (os últimos 3 formam o músculo elevador do ânus - a sua constante contração permite a manutenção da continência ao tracionar a junção anorretal para a frente, formando o ângulo anorretal a cerca de 90°). Estes músculos, em repouso, estão em constante contração, de forma a promover tónus ao pavimento pélvico, suportar os órgãos pélvicos e manter a continência. Os MPP estão em constante estado tónico, exceto durante a evacuação e a micção, pelo que, apresentam predomínio de fibras musculares tipo I, resistentes à fadiga. O músculo puborretal exerce uma função essencial na anatomia e fisiologia anorretal, formando uma faixa muscular que aproxima a junção anorretal ao púbis. Em repouso, a sua tração contrátil, bem como a dos restantes MPP, mantém o ângulo anorretal de 90°, o que ajuda a manter a continência (Chatoor et al., 2007).

A avaliação da IF compreende uma avaliação clínica, constituída pelos sinais, sintomas e exame físico (com recurso a vários instrumentos de medida), para além dos exames complementares de diagnóstico (manometria anorretal, retosigmoidoscopia, defecografia, eletromiografia anorretal, ultrassonografia endoanal e latência motora terminal do nervo pudendo) (Bø, Kvarstein & Nygaard, 2005). De avaliar ainda, a presença de outros sinais/sintomas abdominais, doenças sistémicas conhecidas, procedimentos anorretais locais como hemorroidectomia, partos vaginais, medicação e dieta (Duelund-Jakobsen, Worsoe,

Lundby, Christensen, & Krogh, 2016). As estratégias de tratamento têm como objetivo reduzir o peso da incontinência de modo a melhorar a qualidade de vida (Qdv) e, se não for possível um tratamento definitivo, ajudar os doentes a lidar com os seus sintomas (Sharma & Rao, 2020).

A reabilitação uropélvica, nomeadamente o treino dos músculos do pavimento pélvico (TMPP) tem sido apontado como primeira linha de tratamento (Abrams et al., 2017), levando a melhorias significativas em termos funcionais e de QdV para os doentes (Billecocq et al., 2029). O TMPP consiste no incremento da força muscular, normalização do tónus, aumento da resistência e melhorias a nível da coordenação do pavimento pélvico e do esfíncter anal (Bo et al., 2017). A reabilitação uropélvica contribui ainda para a consciencialização pélvica, melhoria da sensibilidade retal e das cicatrizes (Lopez, Orgaz & Martín, 2017). Das várias abordagens terapêuticas conservadoras, o Biofeedback tem sido dos mais usados, para treino muscular guiado por eletromiografia (Sharma & Rao, 2020).

A tendência conservadora é ainda marcada por procedimentos não/menos invasivos, como a estimulação elétrica, terapia comportamental (educação e treino intestinal), mobilização manual miofascial e técnicas de mobilização do tecido conjuntivo (Winkelman et al., 2021). A cirurgia pode ser eventualmente realizada, quando o tratamento conservador não resultar (Sharma & Rao, 2020).

Qualidade de vida

A IF provoca distúrbios emocionais, sociais e psicológicos (Leite & Poças, 2010). É uma doença debilitante que afeta muitos doentes, que sofrem em silêncio, o que resulta em subdiagnóstico e subtratamento (Pla-Martí et al., 2022), culminando frequentemente numa baixa QdV (Cauley et al., 2019).

Na realidade, a IF assume-se como um problema de saúde pública complexo, com um impacto bastante significativo na QdV do doente, tornando-se constrangedor e inibitório, mas também condicionador de comportamentos e atitudes. A IF revela-se como um sintoma físico e psicológico incapacitante, podendo resultar em isolamento progressivo e na perda do potencial individual (Menees, Almario, Spiegel & Chey, 2018).

Assim sendo entenda-se por QdV a valorização subjetiva que o doente faz de diferentes aspetos da sua vida, em relação ao seu estado de saúde (De Uroginecologia, 2021).

O objetivo deste estudo consiste na avaliação da eficácia de um programa de reabilitação dos MPP, na IF.

MÉTODO

Este estudo é um relato de caso, sobre a IF. É um estudo primário, epidemiológico – observacional e descritivo, de pesquisa clínica individual.

Amostra

A amostra é constituída por uma doente do sexo feminino, 64 anos, professora, casada, com dois filhos, partos eutócicos, há 30 e 27 anos respetivamente. Principais queixas: perda de fezes, de gases e soiling após correção cirúrgica de retocelo, há aproximadamente 1 ano. Principais problemas: hipotonia esfinteriana (grau 1), dor cicatricial, uso de absorventes, fobia social, problemas familiares/conjugais, estado deprimido, ausência laboral, desistência de ginásio, evita idas a supermercados e viagens em transportes públicos. Durante a solicitação dos comandos de contração e relaxamento, havia uma assincronia, com uso de musculatura parasita. A paciente leu, concordou e assinou o consentimento informado, livre e

esclarecido para participação em investigação, de acordo com a declaração de Helsínquia e a convenção de Oviedo.

Instrumentos

A doente passou por uma avaliação médica e posteriormente por uma avaliação fisioterapêutica, onde foram realizados testes importantes para o diagnóstico, com base no exame subjetivo e objetivo, incluindo diários de sinais e sintomas. A avaliação anorretal foi realizada com base na estrutura anatómica esfinteriana do segmento anorretal, nas estruturas neurológicas e na função anorretal.

Na primeira e última sessão foram aplicados os seguintes instrumentos de medida: *Escala de Oxford modificada, Bristol Stool Form Scale (BSFS)* / diário defecatório, *Índice de Wexner* e *Fecal Incontinence Quality of Life (FIQL)*.

A *Escala de Oxford Modificada* foi descrita por Laycock e Jerwood (1994), é considerada uma escala de carácter subjetivo (visto que a experiência do avaliador pode influenciar na interpretação do grau correto da contração muscular, além da execução correta da manobra por parte da mulher) (Bø & Finckenhagen, 2001), de fácil realização e com boa tolerância por parte dos doentes (Laycock, 1994). Esta escala gradua a força muscular num intervalo de 0 a 5, em que o grau 0 representa ausência de contração; grau 1: esboço da contração não sustentada (sensação de tremulação); grau 2: contração de pequena intensidade (leve compressão que se sustenta); grau 3: compressão moderada com elevação da parede vaginal posterior (aumento da pressão intravaginal); grau 4: contração satisfatória/boa (aperta e eleva os dedos do examinador em direção à sínfise púbica); grau 5: contração forte (compressão firme e elevação dos dedos em direção à sínfise púbica) (Frawley, Galea, Phillips, Sherburn & Bø, 2006). A Escala de Oxford Modificada avalia através da palpação

digital vaginal (Laycock & Jerwood, 2001), o desempenho da contração máxima voluntária dos MPP, através da introdução dos dedos indicador e médio na vagina. Os movimentos de compressão muscular ao redor dos dedos do examinador e a elevação no sentido cranial dos MPP (Lançanova, 2021).

A *BSFS* foi desenvolvida e validada pelo Dr. Ken Heaton da Universidade de Bristol, em 1992 (Riegler & Esposito, 2001). A *BSFS*, cuja versão portuguesa se designa *BSFS-PT* é uma ferramenta de avaliação clínica destinada a classificar a forma das fezes humanas (Martinez & Azevedo, 2012). A escala descreve sete tipos de dejeções: os tipos 1 e 2 indicam obstipação; os tipos 3 e 4 são considerados ótimos/normais, nomeadamente o tipo 4, uma vez que este facilita defecação; os tipos 5 e 7, estão associados a diarreia (Pérez & Martínez, 2009).

O *Índice de Wexner* foi desenvolvida por Wexner em 1993, para classificar o índice de IF quanto à consistência das fezes, frequência e o tipo de perdas. Foi validada para a população portuguesa do Brasil em 2014 e é uma escala de fácil e rápido preenchimento (Meinberg, 2014). No que respeita as propriedades psicométricas, o instrumento apresenta: boa consistência interna, com o valor de Alpha de Cronbach de 0,932, elevada confiabilidade e bons valores de reprodutibilidade ($p=0,354$) (Jorge & Wexner, 1993). Esta escala apresenta 5 itens: 3 relativos à consistência (sólido, líquido e gases), 1 relativo ao uso de absorventes e outro diz respeito à alteração do estilo de vida. Para cada pergunta existem 5 respostas possíveis, com score total entre 0-20, ou seja, cada item varia entre 0-4. Quanto mais alta a pontuação maior é a severidade da incontinência. A pontuação mínima de 0 indica continência normal e a máxima de 20 pode indicar incontinência completa (Yusuf, Jorge, Habr-Gama, Kiss & Rodrigues, 2004).

O *FIQL* foi desenvolvido por Rockwood (2004), avalia a QdV em pessoas com IF (‘t Hoen, Utomo, Schouten, Blok & Korfage, 2017), validado para a população portuguesa em

2013, por Pereira (2013). Quanto às propriedades psicométricas, o questionário apresenta, uma consistência interna com valor de Alpha de Cronbach $>0,70$ e uma confiabilidade (teste/reteste) que demonstra ser estável no tempo (Rockwood et al., 2000). É composto por 29 questões, distribuídas em 4 domínios: estilo de vida (10 itens), comportamento (9 itens), depressão (11 ou 7 itens) e constrangimento (3 itens). O Score varia de 1 (pouca QdV) a 4 (Muita QdV) para cada item, com exceção das questões 1 e 4 que variam de 1 a 5 e 1 a 6, respetivamente. A avaliação de cada domínio consiste então na média das respostas a todos os itens correspondentes (Rockwood, 2004).

Procedimentos

Na primeira sessão, foi então realizada a avaliação pelo fisioterapeuta. Além dos instrumentos de medida aplicados, foi transmitido à doente toda a informação relativamente à anatomia pélvica, inclusive dos MPP, aos objetivos da reabilitação pélvica e ao processo de intervenção para as seguintes sessões. Realizou-se um programa de TMPP, ao longo de 16 semanas com uma periodicidade de uma sessão semanal, com duração de 45 minutos por sessão. Seguiu-se um trabalho progressivo de treino, atendendo a 3 fases: (i) estabilização (controlo respiratório), (ii) força (posturas com resistências externas) e (iii) potência (carga e treino elevados) (Pires et al., 2020a). Fez parte ainda o aumento da resistência, frequência e trabalho concêntrico/excêntrico (Pires et al., 2020b). No princípio de forma isolada sem recurso a outros grupos musculares, progredindo para um trabalho conjunto com outros o transversos do abdómen e diafragma (Pires et al., 2020a). O TMPP incrementou os princípios da intensidade, resistência, volume, frequência, duração, progressão, especificidade e reversibilidade (Carpinelli, 2009). As sessões incluíram também orientação e motivação da paciente para realizar os exercícios diariamente num programa de treino domiciliário, com duração igual de 16 semanas, respeitando as 3 fases supracitadas: (i) estabilização – 2

semanas (contração = relaxamento); (ii) força - 2 semanas (>contraction<relax) e (iii) potência - 12 semanas (>contraction<relax). Houve sempre em todas as sessões reforço da terapia comportamental, como por exemplo, estratégias para a modificação de alguns comportamentos e novos hábitos a adotar na sua vida diária (Da Roza et al., 2012).

O *Biofeedback* também foi realizado durante as sessões, como técnica facilitadora (Norton, Chelvanayagam, Wilson-Barnett, Redfern & Kamm, 2003). É uma resposta visual ou auditiva (ou ambos) no preciso momento de uma ação que permite uma persistente correção do movimento ou adaptação a este (Norton & Kamm, 2001). Envolve o sistema cognitivo e facilita a aprendizagem quanto à contração e relaxamento corretos dos MPP (Norton & Cody, 2012). A visão é a melhor informação sensorial para a detecção dos erros de movimento, oferecendo um maior ajuste na correção automática do movimento (Norton & Chelvanayagam, 2001). O modelo utilizado foi Mazet Biostim 2.1+.

A Terapia Manual foi de igual modo realizada, como complemento ao tratamento, sempre que se justificasse. Esta terapia é, sem dúvida, um excelente recurso para o tratamento de disfunções do pavimento pélvico, havendo evidência clínica e científica que suporta a sua utilização na prática clínica, abordando métodos de avaliação e intervenção avançados, nomeadamente ao nível de fisioterapia manual e exercício terapêutico (Bo et al., 2017).

A massagem perianal foi realizada aquando da necessidade clínica da doente, complementando assim as outras terapias, ao longo das sessões. A massagem contribui para o relaxamento e o alongamento muscular, ajuda no pós-cirúrgico para dar mais elasticidade e facilita os movimentos de contração muscular (Neumayr, 2013).

RESULTADOS

A nossa amostra refere-se a uma doente com 64 anos, com dois partos eutócicos e bebés com peso à nascença superior a 3500g. Após cirurgia de correção de prolapso do órgão

pélvico - retocelo, surgem os sintomas de IF. Dos instrumentos de medida utilizados para mensurar estes sintomas, podemos ostentar: ganho de força muscular, segundo a *Escala de Oxford Modificada*, evolução de grau1 (início) para grau 4 (final). No que respeita a contração máxima voluntária avaliada através do biofeedback, pode-se relatar uma evolução de 19 *uv* para 42 *uv*.

Na *BSFS* a consistência das fezes passou da forma Tipo 7 (T0) para Tipo 4 (T1).

A severidade dos episódios de incontinência para gases, fezes líquidas e/ou sólidas, quantificada pelo *Índice de Wexner*, era inicialmente de 14 e reduziu para 10 no final do estudo, o que constitui uma diferença significativa (Figura 1).

	Nunca	<1 vez mes	>1 vez mes <1 vez semana	>1 vez semana <1 vez día	>1vez día
Incontinencia heces SÓLIDAS	0	1	2	3	4
Incontinencia heces LÍQUIDAS	0	1	2	3	4
Incontinencia a GAS	0	1	2	3	4
Uso compresa o pañal	0	1	2	3	4
Alteración de la vida social	0	1	2	3	4

Nunca Raramente Às vezes Geralmente Sempre

Avaliação inicial **14** Avaliação final **10**

Figura 1. *Escala de incontinência ou Índice de Wexner*

Relativamente ao impacto na QdV, tendo em consideração os valores obtidos pela aplicação da FIQL, as médias obtidas nos quatro domínios da FIQL depois da intervenção, foram significativamente mais altas do que antes da mesma (Figura 2).

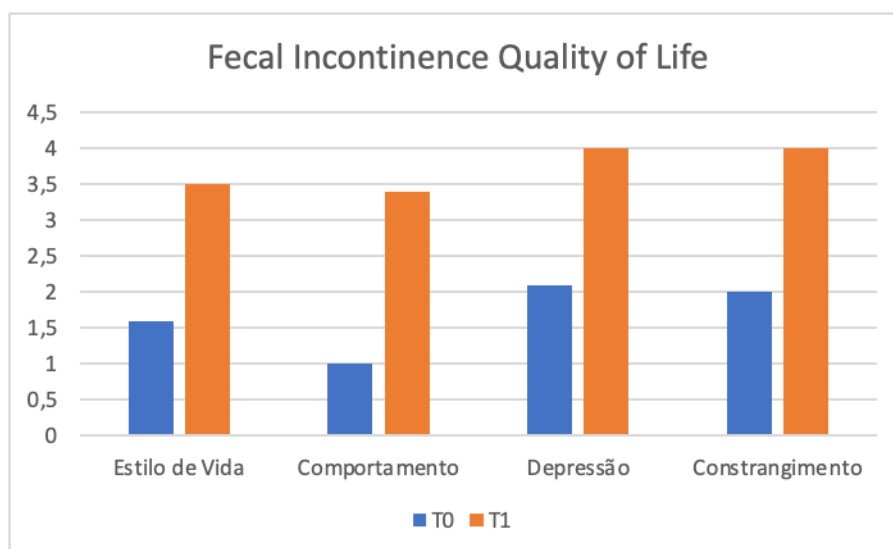


Figura 2. Valores dos 4 domínios da Fecal Incontinence Quality of Life, em T0 e T1.

DISCUSSÃO

O objetivo deste estudo era avaliar a eficácia de um programa de TMPP, com recurso a técnicas facilitadoras, em pessoas com IF. O programa de intervenção teve uma duração de 16 semanas e a resposta ao tratamento pela amostra em estudo foi favorável, apresentando um aumento da força muscular, redução na severidade dos sintomas medidos pelo Índice de Wexner, um aumento na QdV ao nível das quatro dimensões da FIQL.

A IF de facto é uma doença muito incapacitante (Boyer et al., 2018), pela ansiedade, angústia e vergonha que causa nos doentes (Paquette et al., 2015). O mesmo se verificou neste estudo de caso e melhorando toda a sintomatologia, todos estes medos ficaram diminuídos (Scott, 2014). Afeta 2 a 24% da população adulta e a maioria das pessoas não a reporta espontaneamente podendo estar subestimada (Wald, 2007).

A primeira linha de intervenção recomendada é o tratamento conservador, assim dizem as recomendações do 6º Comité Científico Internacional de Incontinência. Esta inclui, alterações alimentares, comportamentais, medicação reguladora do trânsito intestinal e a reabilitação do pavimento pélvico (Abrams et al., 2017). A reabilitação pélvica, apresentou

como vantagens neste estudo, além de toda a melhoria de sintomatologia: a não existência de efeitos adversos, complicações, prevenção de uma eventual intervenção cirúrgica e pouco dispendiosa, tal como corroboraram os autores Norton, Whitehead, Bliss, Harari e Lang (2010). Embora a reabilitação pélvica, incluindo o TMPP tenha sido utilizada com sucesso no tratamento da IF e possa ter um impacto significativo a nível funcional e na QdV (Paquette et al., 2015), existem poucos estudos randomizados controlados que o suportam (Scott, 2014).

O *TMPP* foi fundamental neste tratamento da IF, uma vez que a integridade dos MPP é essencial ao mecanismo de continência. O benefício do *TMPP* foi demonstrado, independentemente da idade e do tipo de Incontinência, em variados contextos, através de diversos protocolos (De Uroginecologia, 2021). O *TMPP* melhorou a força, *endurance*, resistência, e a coordenação do esfíncter anal e dos MPP, à semelhança do esperado na literatura (Dumoulin, Cacciari & Hay-Smith, 2018) e 16 semanas, com treino diário em casa e uma sessão semanal supervisionada pelo fisioterapeuta, obtiveram melhoria da sintomatologia. Está provado que o treino diário desses músculos durante um período de 3 meses é eficaz no tratamento da incontinência (Mazur-Bialy, Kołomańska-Bogucka, Oplawski & Tim, 2020).

Dumolin, Hay-Smith, Habée-Séguin e Mercier (2015) na sua revisão sistemática, referiram que a duração ideal do *TMPP* deve ser entre 8-12 semanas. No nosso estudo a duração foi idêntica (apenas mais 4 semanas), o que poderá justificar parte dos resultados alcançados.

A duração do *TMPP* pode levar ao aumento da força dos MPP, que por sua vez, este é adquirido inicialmente pela adaptação neural (aumento da frequência de ativação e recrutamento das unidades motoras) e, após 8 semanas, pela adaptação muscular (hipertrofia muscular) (Bø, Kvarstein & Nygaard, 2005). A identificação e consciencialização da contração máxima voluntária dos MPP, tal como a integração desta região no esquema

corporal, devem ser adquiridas para que o programa de treino seja eficaz (Cortez, Mendonça & Figueiroa, 2011).

Segundo Mazur-Bialy, Kołomańska-Bogucka, Oplawski e Tim (2020), O treino anal baseia-se na coordenação dos esfíncteres anais, bem como no isolamento da sua contração. Um aumento da tensão e da força dos esfíncteres anais pode levar a uma melhoria da capacidade do canal anal e facilitar o processo de defecação, bem como melhorar potencialmente o nível de pressão de fecho do ânus em repouso (Dumolin, Hay-Smith, Habée-Séguin & Mercier (2015).

A contração correta dos MPP é assim fundamental, pelo que os doentes com dificuldades na sua execução devem ser propostos a TMPP supervisionados ou associados a *biofeedback* (Cortez, Mendonça & Figueiroa, 2011).

De acordo com Ussing et al. (2019), no seu estudo randomizado controlado, o TMPP teve um efeito superior, quando supervisionado com biofeedback (Lee et al., 2010). Num outro estudo, nomeadamente numa revisão sistemática de Norton e Kamm (2001), que incluiu 46 estudos, foi utilizado o biofeedback para tratar doentes adultos com queixas de IF. O biofeedback funciona como adjuvante do TMPP, pois ajuda a consciencializar os doentes da função muscular (inclusive corrige a utilização do músculo elevador do ânus), melhorando a motivação e o esforço (intensidade, duração, rapidez) durante os exercícios. O Biofeedback possibilita ainda a correção do uso errado dos músculos abdominais, glúteos e adutores das coxas e apresenta evidência 1A (Dumolin, Hay-Smith, Habée-Séguin & Mercier (2015).

Parece não existir um consenso na literatura, relativamente ao uso do biofeedback, uma vez que os resultados não são conclusivos (Lee, Jung & Myung, 2013). Os estudos não demonstram diferenças estatisticamente significativas na taxa de cura, melhoria dos sintomas ou diminuição dos episódios de perda nas doentes submetidas a TMPP com ou sem biofeedback (Lee et al., 2010).

Segundo Fallon, Westaway e Moloney (2008), numa revisão sistemática realizada, o *Índice de Wexner* também foi, tal como no nosso estudo, o instrumento de medida utilizado para avaliação da severidade dos sintomas na IF, com validade e confiabilidade (teste/reteste) aceitáveis. A nível da sensibilidade, referiu-se que a mesma é suficiente para detetar diferenças na maioria dos pacientes submetidos a reabilitação.

Na mesma revisão, utilizou-se ainda como instrumento de medida para avaliação da QdV na IF, a *FIQL*, que demonstrou uma confiabilidade razoável e uma boa validade, apesar das suas limitações psicométricas (Fallon, Westaway & Moloney, 2008). O preenchimento desta escala ajudou a definir melhor a associação entre o exame físico objetivado e os sintomas relacionados (Pereira, 2013).

Rockwood et al. (2000), no seu estudo utiliza e confirma a fiabilidade e validade da escala FIQL e refere-a como um instrumento de medida ideal para avaliar a QdV de pacientes com IF.

Relativamente à *Escala de Oxford modificada*, é indicada para avaliar a força dos MPP, embora seja considerada subjetiva, foi usada em vários estudos e conseguiu dar uma boa resposta aos objetivos propostos (Lançanova, 2021).

A *BSFS* foi utilizada neste estudo por, comumente também ter sido utilizada em vários estudos, inclusive em grande parte das avaliações com sintomatologia anorretal, para classificar a forma das fezes humanas (Riegler & Esposito, 2001), além da descrição o facto de possuir imagens alusivas, permite às pessoas identificar mais facilmente o seu tipo (Martinez & Azevedo, 2012).

A massagem perianal foi uma mais-valia na melhoria da sintomatologia e podemos corroborar com um este estudo de Cardoso e Moura (2021), que questionou fisioterapeutas quanto à importância da massagem perianal, e os mesmos responderam o quanto ela pode ser

importante na libertação de tensões musculares, no relaxamento muscular e mesmo na percepção dos MPP.

CONCLUSÕES

A reabilitação uropélvica, da qual fizeram parte: o TMPP guiado por biofeedback, em conjunto com a terapia comportamental, massagem perianal e terapia manual, parecem trazer melhorias da severidade dos sintomas do pavimento pélvico e na QdV do doente com diagnóstico de IF.

REFERÊNCIAS

- ‘t Hoen, L. A., Utomo, E., Schouten, W. R., Blok, B. F., & Korfage, I. J. (2017). The fecal incontinence quality of life scale (FIQL) and fecal incontinence severity index (FISI): Validation of the Dutch versions. *Neurourology and Urodynamics*, 36(3), 710-715.
- Abrams, P., Andersson, K. E., Apostolidis, A., Birder, L., Bliss, D., Brubaker, L., ... & Wein, A. (2017). 6th International Consultation on Incontinence. Recommendations of the International Scientific Committee: evaluation and treatment of urinary incontinence, pelvic organ prolapse and faecal incontinence. *Neurourology and urodynamics*, 37(7), 2271-2272.
- Bharucha, A. E., & Ravi, K. (2010). Fecal incontinence. *Practical Gastroenterology and Hepatology: Small and Large Intestine and Pancreas: Small and Large Intestine and Pancreas*, 205-211.
- Bharucha, A. E., Knowles, C. H., Mack, I., Malcolm, A., Oblizajek, N., Rao, S., ... & Enck, P. (2022). Faecal incontinence in adults. *Nature Reviews Disease Primers*, 8(1), 53.
- Billecocq, S., Bo, K., Dumoulin, C., Aigon, A., Amarenco, G., Bakker, E., ... & de Tayrac, R. (2019). An International Urogynecological Association (IUGA)/International Continence Society (ICS) joint report on the terminology for the conservative and non-pharmacological management of female pelvic floor dysfunction. *Progres en urologie: Journal de l'Association francaise d'urologie et de la Societe francaise d'urologie*, 29(4), 183-208.
- Bø, K., & Finckenhagen, H. B. (2001). Vaginal palpation of pelvic floor muscle strength: inter-test reproducibility and comparison between palpation and vaginal squeeze pressure. *Acta obstetricia et gynecologica Scandinavica*, 80(10), 883-883.
- Bo, K., Frawley, H. C., Haylen, B. T., Abramov, Y., Almeida, F. G., Berghmans, B., ... & Wells, A. (2017). An International Urogynecological Association (IUGA)/International Continence Society (ICS) joint report on the terminology for the conservative and nonpharmacological management of female pelvic floor dysfunction. *International urogynecology journal*, 28(2), 191-213.

- Bø, K., Kvarstein, B., & Nygaard, I. (2005). Lower urinary tract symptoms and pelvic floor muscle exercise adherence after 15 years. *Obstetrics & Gynecology*, *105*(5 Part 1), 999-1005.
- Boyer, O., Bridoux, V., Giverne, C., Bisson, A., Koning, E., Leroi, A. M., ... & Michot, F. (2018). Autologous myoblasts for the treatment of fecal incontinence: results of a phase 2 randomized placebo-controlled study (MIAS). *Annals of surgery*, *267*(3), 443.
- Cardoso, A. J. O., & Moura, J. B. F. (2021). Prevenção e tratamento da constipação intestinal da gestante: sob olhar de fisioterapeutas. *Research, Society and Development*, *10*(14), e442101422148-e442101422148.
- Carpinelli, R. N. (2009). Challenging the American College of Sports Medicine 2009 position stand on resistance training. *Med Sport*, *13*(2), 131-7.
- Cauley, C. E., Savitt, L. R., Weinstein, M., Wakamatsu, M. M., Kunitake, H., Ricciardi, R., ... & Bordeianou, L. (2019). A quality-of-life comparison of two fecal incontinence phenotypes: isolated fecal incontinence versus concurrent fecal incontinence with constipation. *Diseases of the Colon & Rectum*, *62*(1), 63-70.
- Chatoor, D. R., Taylor, S. J., Cohen, C. R. G., & Emmanuel, A. V. (2007). Faecal incontinence. *Journal of British Surgery*, *94*(2), 134-144.
- Cortez, K. C. D., Mendonça, S. D. S., & Figueiroa, M. D. S. (2011). Fecal incontinence as consequence of anorectal surgeries and the physiotherapeutic approach. *Journal of Coloproctology (Rio de Janeiro)*, *31*, 248-256.
- Cuinas, K., Ferrari, L., Igbedioh, C., Solanki, D., Williams, A., Schizas, A., & Hainsworth, A. (2023). Pelvic floor investigations for anal incontinence: Are they useful to predict outcomes from conservative treatment? *Neurourology and Urodynamics*, *42*(5), 1122-1131.
- Da Roza, T., de Araujo, M. P., Viana, R., Viana, S., Jorge, R. N., Bø, K., & Mascarenhas, T. (2012). Pelvic floor muscle training to improve urinary incontinence in young, nulliparous sport students: a pilot study. *International urogynecology journal*, *23*(8), 1069-1073.
- De Uroginecologia, S. P. (2021). Consenso Nacional sobre Uroginecologia 2021. *Secção Port Uroginecologia [Internet]*, 1-331.
- Duelund-Jakobsen, J., Worsoe, J., Lundby, L., Christensen, P., & Krogh, K. (2016). Management of patients with faecal incontinence. *Ther Adv Gastroenterol*, Vol. 9(1), 86-97. doi: 10.1177/1756283X15614516.
- Dumoulin, C., Cacciari, L. P., & Hay-Smith, E. J. C. (2018). Pelvic floor muscle training versus no treatment, or inactive control treatments, for urinary incontinence in women. *Cochrane database of systematic reviews*, (10).
- Dumoulin, C., Glazener, C., & Jenkinson, D. (2011). Determining the optimal pelvic floor muscle training regimen for women with stress urinary incontinence. *Neurourology and urodynamics*, *30*(5), 746-753.
- Dumoulin, C., Hay-Smith, J., Habée-Séguin, G. M., & Mercier, J. (2015). Pelvic floor muscle training versus no treatment, or inactive control treatments, for urinary incontinence in women: a short version Cochrane systematic review with meta-analysis. *Neurourology and urodynamics*, *34*(4), 300-308.

- Fallon, A., Westaway, J., & Moloney, C. (2008). A systematic review of psychometric evidence and expert opinion regarding the assessment of faecal incontinence in older community-dwelling adults. *International Journal of Evidence-Based Healthcare*, 6(2), 225-259.
- Frawley, H. C., Galea, M. P., Phillips, B. A., Sherburn, M., & Bø, K. (2006). Reliability of pelvic floor muscle strength assessment using different test positions and tools. *Neurourology and Urodynamics: Official Journal of the International Continence Society*, 25(3), 236-242.
- Guinane, J., & Crone, R. (2018). Management of faecal incontinence in residential aged care. The Royal Australian College of General Practitioners; vol. 47, 1-2, 40-42. doi: 10.31128/AFP-08-17-4301.
- Jorge, M. J., & Wexner, S. D. (1993). Etiology and management of fecal incontinence. *Diseases of the colon & rectum*, 36(1), 77-97.
- Lançanova, A. A. S. (2021). Correlação entre a perineometria e a escala de Oxford modificada em mulheres com e sem incontinência urinária: uma revisão sistemática e meta-análise.
- Laycock, J. (1994). Female pelvic floor assessment: the Laycock ring of continence. *J Natl Women Health Group Aust Physiother Assoc*, 1994, 40-51.
- Laycock, J. O., & Jerwood, D. (2001). Pelvic floor muscle assessment: the PERFECT scheme. *Physiotherapy*, 87(12), 631-642.
- Lee, B. H., Kim, N., Kang, S. B., Kim, S. Y., Lee, K. H., Im, B. Y., ... & Lee, D. H. (2010). The long-term clinical efficacy of biofeedback therapy for patients with constipation or fecal incontinence. *Journal of neurogastroenterology and motility*, 16(2), 177.
- Lee, H. J., Jung, K. W., & Myung, S. J. (2013). Technique of functional and motility test: how to perform biofeedback for constipation and fecal incontinence. *Journal of neurogastroenterology and motility*, 19(4), 532.
- Leite, J., & Poças, F. (2010). Tratamento da incontinência fecal. *Rev Port Coloproct*, 7(2), 68-72.
- Lopez, JP, Orgaz, AC e Martín, JLM (2017). Revisão: Incontinência Fecal. *Revista Acircal* , 4 (2), 12-38.
- Mack, I., Hahn, H., Gödel, C., Enck, P., & Bharucha, A. E. (2023). Global prevalence of fecal incontinence in community-dwelling adults: a systematic review and meta-analysis. *Clinical Gastroenterology and Hepatology*.
- Martinez, A. P., & Azevedo, G. R. D. (2012). The Bristol Stool Form Scale: its translation to Portuguese, cultural adaptation and validation. *Revista latino-americana de enfermagem*, 20, 583-589.
- Martins, R. M. L., Fonseca, I., Santos, L., & Carvalho, N. (2023). Efficacy of Pelvic Rehabilitation in the Person with fecal incontinence after colorectal surgery. *Servir*, (05), e29751-e29751.
- Mazur-Bialy, A. I., Kołomańska-Bogucka, D., Opławski, M., & Tim, S. (2020). Physiotherapy for prevention and treatment of fecal incontinence in women—systematic review of methods. *Journal of clinical medicine*, 9(10), 3255.

- Meinberg, M. F. (2014). Adaptação cultural e validação da escala de Wexner em mulheres com incontinência anal na população brasileira.
- Menees, S. B., Almario, C. V., Spiegel, B. M., & Chey, W. D. (2018). Prevalence of and factors associated with fecal incontinence: results from a population-based survey. *Gastroenterology*, *154*(6), 1672-1681.
- Nelson RL. (2004). Epidemiology of fecal incontinence. *Gastroenterology*; 126 (Suppl. 1): S3–7.
- Neumayr, R. F. R. (2013). Relação entre adesão à massagem perineal e as disfunções do assoalho pélvico: um estudo exploratório.
- Norton, C., & Chelvanayagam, S. (2001). Methodology of biofeedback for adults with fecal incontinence: a program of care. *Journal of WOCN*, *28*(3), 156-168.
- Norton, C., & Cody, J. D. (2012). Biofeedback and/or sphincter exercises for the treatment of faecal incontinence in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (7).
- Norton, C., & Kamm, M. A. (2001). Anal sphincter biofeedback and pelvic floor exercises for faecal incontinence in adults—a systematic review. *Alimentary pharmacology & therapeutics*, *15*(8), 1147-1154.
- Norton, C., Chelvanayagam, S., Wilson-Barnett, J., Redfern, S., & Kamm, M. A. (2003). Randomized controlled trial of biofeedback for fecal incontinence. *Gastroenterology*, *125*(5), 1320-1329.
- Norton, C., Whitehead, W. E., Bliss, D. Z., Harari, D., & Lang, J. (2010). Management of fecal incontinence in adults. *Neurourology and Urodynamics: Official Journal of the International Continence Society*, *29*(1), 199-206.
- Paquette, I. M., Varma, M. G., Kaiser, A. M., Steele, S. R., & Rafferty, J. F. (2015). The American Society of Colon and Rectal Surgeons' clinical practice guideline for the treatment of fecal incontinence. *Diseases of the Colon & Rectum*, *58*(7), 623-636.
- Pereira, M. (2013). Tradução e adaptação cultural da " *Fecal Incontinence Quality of Life Scale*" para a realidade portuguesa (Doctoral dissertation).
- Pérez, M. M., & Martínez, A. B. (2009). The Bristol scale—a useful system to assess stool form?. *Revista espanola de enfermedades digestivas: organo oficial de la Sociedad Espanola de Patologia Digestiva*, *101*(5), 305-311.
- Pires, T. F., Pires, P. M., Moreira, M. H., Gabriel, R. E. C. D., João, P. V., Viana, S. A., & Viana, R. A. (2020). Pelvic floor muscle training in female athletes: a randomized controlled pilot study. *International journal of sports medicine*, *41*(04), 264-270.
- Pires, T., Pires, P., Moreira, H., Gabriel, R., Viana, S., & Viana, R. (2020). Assessment of pelvic floor muscles in sportswomen: quality of life and related factors. *Physical Therapy in Sport*, *43*, 151-156.
- Pla-Martí, V., Martín-Arévalo, J., Martí-Fernández, R., Moro-Valdezate, D., García-Botello, S., Espí-Macías, A., ... & Roig-Vila, J. V. (2022). Long-term evolution of continence and quality of life after sphincteroplasty for obstetric fecal incontinence. *Annals of Coloproctology*, *38*(1), 13.

- Riegler, G., & Esposito, I. (2001). Bristol scale stool form. A still valid help in medical practice and clinical research. *Techniques in coloproctology*, 5, 163-164.
- Rockwood, T. H. (2004). Incontinence severity and QOL scales for fecal incontinence. *Gastroenterology*, 126, S106-S113.
- Rockwood, T. H., Church, J. M., Fleshman, J. W., Kane, R. L., Mavrantonis, C., Thorson, A. G., ... & Lowry, A. C. (2000). Fecal Incontinence Quality of Life Scale: quality of life instrument for patients with fecal incontinence. *Diseases of the Colon & Rectum*, 43, 9-16.
- Scott, K. M. (2014). Pelvic floor rehabilitation in the treatment of fecal incontinence. *Clinics in colon and rectal surgery*, 27(03), 99-105.
- Sharma, A., & Rao, S. S. (2020). Epidemiologic trends and diagnostic evaluation of fecal incontinence. *Gastroenterology & Hepatology*, 16(6), 302.
- Sultan, A. H., Monga, A., Lee, J., Emmanuel, A., Norton, C., Santoro, G., ... & Haylen, B. T. (2017). An International Urogynecological Association (IUGA)/International Continence Society (ICS) joint report on the terminology for female anorectal dysfunction. *International urogynecology journal*, 28, 5-31.
- Ussing, A., Dahn, I., Due, U., Sørensen, M., Petersen, J., & Bandholm, T. (2019). Efficacy of supervised pelvic floor muscle training and biofeedback vs attention-control treatment in adults with fecal incontinence. *Clinical Gastroenterology and Hepatology*, 17(11), 2253-2261.
- Wald, A. (2007). Fecal incontinence in adults. *New England Journal of Medicine*, 356(16), 1648-1655.
- Winkelman, W. D., Demtchouk, V. O., Brecher, L. G., Erlinger, A. P., Modest, A. M., & Rosenblatt, P. L. (2021). Long-term fecal incontinence, recurrence, satisfaction, and regret after the transobturator postanal sling procedure. *Urogynecology*, 27(4), 244-248.
- Yusuf, S. A. I., Jorge, J. M. N., Habr-Gama, A., Kiss, D. R., & Rodrigues, J. G. (2004). Avaliação da qualidade de vida na incontinência anal: validação do questionário FIQL (Fecal Incontinence Quality of Life). *Arquivos de Gastroenterologia*, 41, 202-208.