



Faculdade INESUL
Instituto de Ensino Superior de Londrina

EVANISE MACHADO DA LUZ SILVA
RICARDO APARECIDO DE SOUZA

**ATUAÇÃO DA FISIOTERAPIA NA INCONTINÊNCIA FECAL
COM ELETROESTIMULAÇÃO E CINESIOTERAPIA**

Londrina
2018

EVANISE MACHADO DA LUZ SILVA
RICARDO APARECIDO DE SOUZA

ATUAÇÃO DA FISIOTERAPIA NA INCONTINÊNCIA FECAL COM ELETROESTIMULAÇÃO E CINESIOTERAPIA

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Instituto de Ensino Superior de Londrina - INESUL, como parte dos requisitos para obtenção do grau de Bacharel em Fisioterapia.

Orientadora: Prof.^a Maria Dulce de Oliveira Sinigaglia.

Londrina
2018

EVANISE MACHADO DA LUZ SILVA
RICARDO APARECIDO DE SOUZA

ATUAÇÃO DA FISIOTERAPIA NA INCONTINÊNCIA FECAL COM ELETROESTIMULAÇÃO E CINESIOTERAPIA

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Instituto de Ensino Superior de Londrina – INESUL, como parte dos requisitos para obtenção do grau de Bacharel em Fisioterapia.

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Dra. ^a Maria Dulce de Oliveira
Sinegallia – INESUL Instituto de Ensino
Superior de Londrina

Prof. Dr. Glauber Lopes Araújo
INESUL – Instituto de Ensino Superior de
Londrina

Prof.^a Esp.^a Vera Fonseca
INESUL – Instituto de Ensino Superior de
Londrina

Londrina, _____ de _____ de _____.

Atuação da Fisioterapia na Incontinência Fecal com Eletroestimulação e Cinesioterapia

Evanise Machado da Luz Silva¹
Ricardo Aparecido de Souza²
Maria Dulce de Oliveira Sinegallia³

RESUMO

A incontinência fecal é um grave problema médico e social, de grande impacto no aspecto socioeconômico. A incidência varia 2% a 7% da nossa população e essa incidência aumenta com a idade. Esta doença acarreta num transtorno no convívio social, familiar, profissional, e bem-estar, pois a pessoa afetada por essa disfunção tem perda involuntária de fezes sólidas ou líquidas e gases, sendo motivo para a relevância de uma pesquisa que envolva a fisioterapia como técnica capaz de amenizar os sintomas. O objetivo do presente estudo consiste em relatar a utilização da Eletroestimulação perianal associado à cinesioterapia com exercícios de Kegel em um estudo de caso, paciente com diagnóstico clínico de incontinência fecal. Para melhorar a propriocepção vesical, retal e perianal; tonificar os músculos do assoalho pélvico, aumentando sua funcionalidade, através da melhora da coordenação, força e resistência muscular e da sensibilidade anorretal. O tratamento prescrito realizado foram 20 sessões, com frequência de duas vezes por semana. No protocolo Eletroestimulação 30hz, por 20 minutos e a intensidade da corrente conforme limiar do paciente e cinesioterapia. O método utilizado para avaliar os resultados foi a Escala Visual Analógica (EVA). Como resultado foi possível observar a melhora do quadro de IF do paciente, pois houve redução na quantidade de fluídos e conforme a EVA e Score de Willians se auto avaliou 70% de melhora. Com ganho na qualidade de vida e autoestima.

PALAVRAS-CHAVES: Incontinência Fecal, Eletroestimulação, Cinesioterapia.

ABSTRACT

Fecal incontinence is a serious medical and social problem that has a great impact on the socioeconomic aspect. The incidence varies from 2% to 7% of our population and this incidence increases with age. This disease causes a social, family, professional, and well-being conviviality, since the person affected by this dysfunction has involuntary loss of soles or liquid feces and gases, being a reason for the relevance of a research that involves physiotherapy as a technique capable of amanizing the symptoms. The objective of the present study is to report the use of perianal Electro-stimulation associated with kegel exercises in a case study, a patient with clinical diagnosis of fecal incontinence. The procedure performed prescribed 20 sessions, often twice a week. In the protocol Electro-stimulation 30 Hz, for 20 minutes and the current intensity according to the patient's threshold and kinesiotherapy. The method used to evaluate the results was the Visual Analogic EVA Scale. As a result, it was possible to observe an improvement in the patient's FI, because there was a reduction in the amount of fluids and according to the EVA is Score Willian's self-evaluated 70% improvement. With gain in quality of life and self esteem.

KEY Words: Fecal Incontinence. Eletrical stimulation. Kinesitherapy

¹ Acadêmica do curso de Fisioterapia do Instituto de Ensino superior de Londrina.

² Acadêmico do curso de Fisioterapia do Instituto de Ensino superior de Londrina.

³ Fisioterapeuta especialista graduada na Universidade Estadual de Londrina.

INTRODUÇÃO

A incontinência fecal apresenta-se como a perda da habilidade ou da capacidade de limitar a passagem de fezes ou gases em tempo ou em locais socialmente aceitáveis (SAAD, 2002). Isto é, a incontinência fecal é caracterizada pela perda involuntária de conteúdo fecal pelo ânus, incluindo-se a incontinência para gases, que concorrem igualmente para a qualidade de vida do paciente. Dentre as queixas principais dos pacientes estão: a verificação de fluídos perianal e na roupa interior (*fecal seepage*), a perda fecal inconsciente (incontinência passiva) ou a incapacidade de impedir a vontade de defecar (incontinência com urgência). Frequentemente os doentes apresentam queixas associadas, nomeadamente a incontinência passiva com a urgência. A estes eventos associam-se a perturbação do equilíbrio emocional, social e psicológico do paciente que frequentemente oculta esta situação, causando restrições nas suas atividades cotidianas. (LEITE, 2010).

Em linhas gerais, vários fatores concorrem para a normalidade da continência fecal, podendo-se citar: a motilidade intestinal, o volume e a consistência fecal, o grau de consciência mental, o tónus esfinteriano anal e a integridade da inervação neuronal. Todavia, estima-se que entre 2 a 7% da população em todo o mundo sofrem de incontinência fecal e estes dados podem ser ainda maiores se considerado o fato de que nem todos os pacientes procuram ajuda especializada. Muitas pessoas preferem o isolamento, desenvolvem depressão, a apreensão de perder fezes ou gases em lugares inapropriados e causa angustia e timidez. Relata a ação de defecar é procedimento de coordenação entre armazenamento e expulsão das fezes, que vai depender do peristaltismo adequado, da ação sensória motora dos esfíncteres interno e externo, da musculatura do MAP e da pressão intra-abdominal. A continência e evacuação dependem de um processo complexo, da integridade da musculatura, componentes somáticos e autonômicos, sistema intrínseco, sistema endócrino, reflexos íntegros e da nossa capacidade física mental. (OLIVEIRA, 2007).

A partir da realidade constatada, o presente estudo traz uma revisão bibliográfica sobre o assunto, buscando em publicações específicas o aprofundamento do tema para posterior fundamentação no estudo de caso. Assim, inicialmente foi realizada a procura em sites acadêmicos, digitando-se as palavras-chave: cinesioterapia, Eletroestimulação, fisioterapia, incontinência fecal; diagnóstica incontinência fecal. Não houve delimitação temporal.

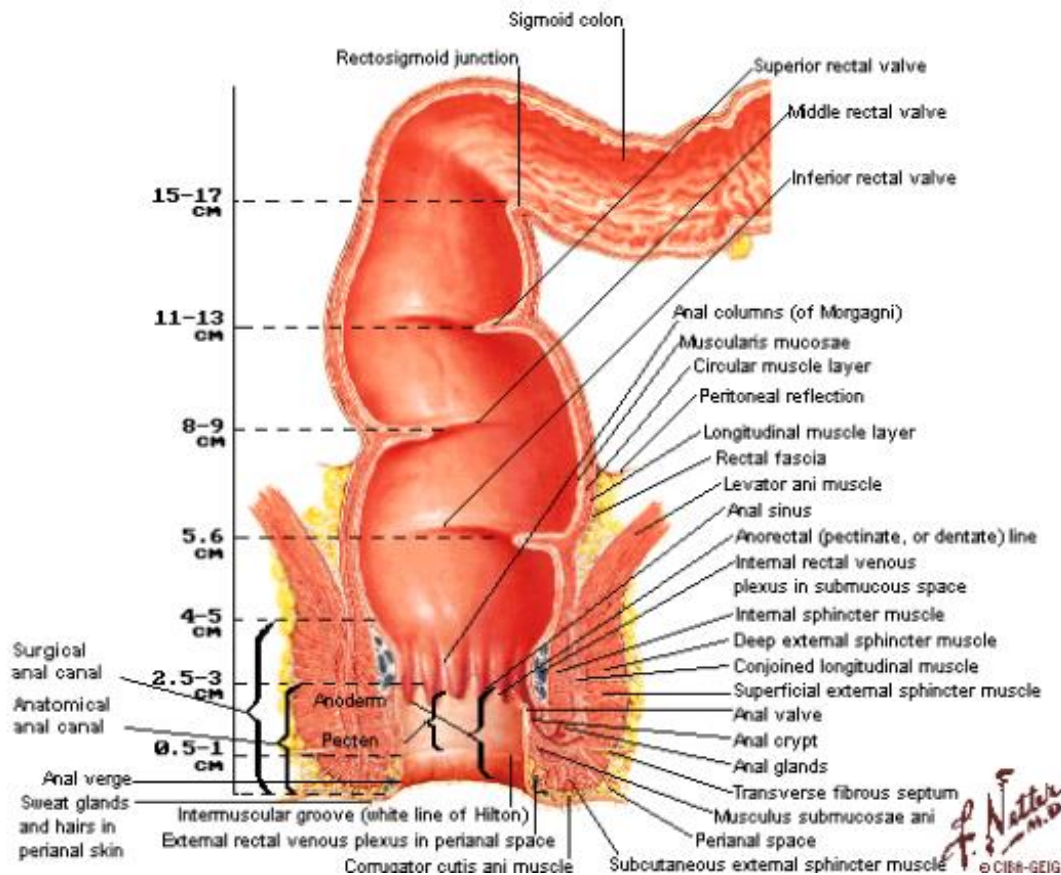
Considera-se que a incontinência fecal é um sintoma de uma doença subjacente, de modo que se torna relevante essencial que a condição é detectada precocemente e tratada para evitar mais complicações.

O presente estudo tem como objetivo relata a utilização de eletroestimulação como recurso para melhora da incontinência fecal associada à cinesioterapia em um paciente com diagnóstico de hipotonia de esfíncter e ocasionado à incontinência fecal. Deste modo, este estudo apresenta a fisioterapia como terapêutica para o tratamento, evitando-se métodos invasivos. (MATOS, 2012).

FISIOLOGIA INCONTINÊNCIA FECAL

Os músculos do assoalho pélvico tem um papel relevante na manutenção da continência urinária e fecal, por este motivo tem salientado a necessidade de maiores informações quanto às suas propriedades contráteis. O ato de defecar é um processo coordenado de armazenamento e expulsão de fezes que depende do adequado peristaltismo intestinal, da atividade sensório-motora dos esfíncteres interno e externo, dos músculos do assoalho pélvico e da pressão intra-abdominal. (BARACHO, 2007).

Imagem 1: Canal anal e do reto
Rectum and Anal Canal



Fonte: <http://www.haodf.com> (2017)

Os músculos do assoalho pélvico, quando normais, devem demonstrar tônus de relaxamento e a habilidade de contrair e relaxar tanto reflexamente como voluntariamente, e também de auxiliar na ação dos esfíncteres da uretra, vagina, e reto (GOSLING et al., 1981; BO; SHERBURN, 2005; MESSELINK et al., 2005).

A incontinência é mantida pela existência de uma pressão maior no canal anal do que no reto. O esfíncter anal externo (EAE) é o principal responsável pela manutenção da continência em repouso. Esta barreira é reforçada durante o aperto voluntário do (EAE), pelas pregas mucosas anais, pelos coxins endovasculares anais e pelo músculo pubo retal. A ruptura ou fraqueza do EAE causa essencialmente incontinência fecal de urgência, porém a perda de função do EAI pode ser compensada pela função adequada do (EAE) e do músculo pubo retal. Todavia, se estes músculos voluntários enfraquecem, pode ocorrer incontinência. O reto e o ânus são inervados por nervos sensitivos, motores, autônomos parassimpáticos e pelo sistema nervoso entérico. O nervo principal é o pudendo e inerva o EAE, a mucosa anal e a parede anorretal. O seu percurso pelo pavimento pélvico torna-o

particularmente vulnerável a lesões por estiramento, nomeadamente durante o parto vaginal (RIBEIRO, 2013).

O nervo pudendo com funções motoras e sensitivas, e o seu bloqueio leva à perda de sensibilidade da pele perianal e genital, à fraqueza do músculo do esfíncter anal e à perda do reflexo contrátil anorretal, embora não afete a sensibilidade retal, que é transmitida pelos nervos parassimpáticos de S1, S2 e S3. Estas últimas fibras nervosas passam ao longo dos nervos esplâncnicos pélvicos e são independentes do nervo pudendo. Uma sensibilidade intacta permite perceber a iminência da defecação, bem como a capacidade de discriminar entre gases, fezes sólidas e líquidas. A percepção da distensão causada pelas fezes ainda não está completamente esclarecida, mas parece estar confinada ao reto, que com a sua inervação parassimpática de S1, S2 e S3, ajuda a manter a continência. (RIBEIRO, 2013).

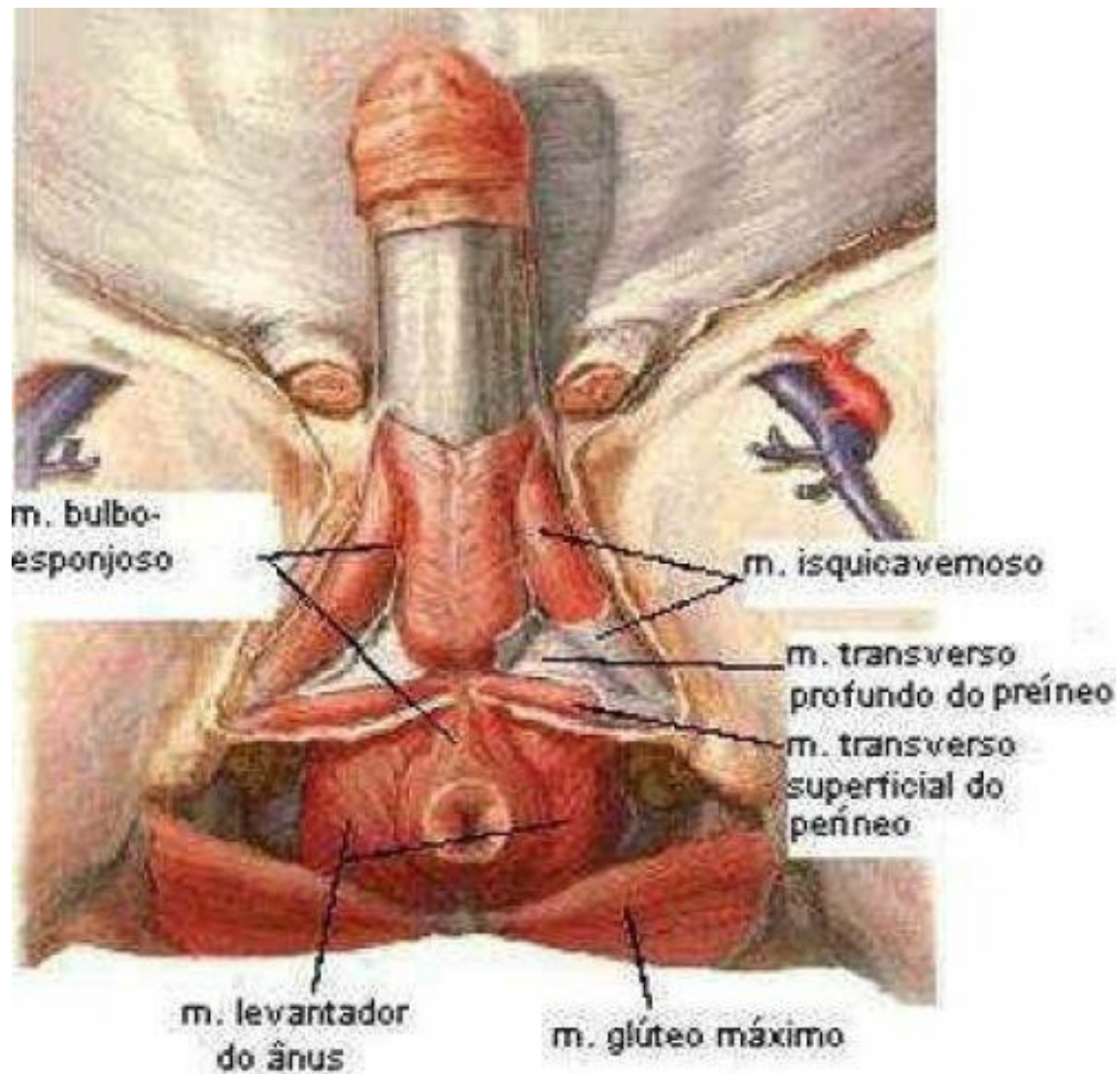
Os músculos do pavimento pélvico também exercem uma função importante na manutenção da continência, nomeadamente o músculo elevador do ânus, constituído pelos músculos pubococcígeo e íleococcígeo. O levantador do ânus é um músculo crítico no suporte do conteúdo abdomino-pélvico e, por isso, na evicção de prolapsos, sendo um componente ativo contra a pressão intra-abdominal. A sua constante contração permite a manutenção da continência ao tracionar a junção anorretal para a frente, formando um ângulo anorretal a cerca de 90°. O músculo puborretal também exerce uma função essencial na anatomia e fisiologia anorretal. Este músculo origina-se na face posterior do púbis, passa à volta da junção anorretal e decussa com fibras do lado oposto, de forma a constituir uma espécie de corda à volta desta junção. Em repouso, a sua tração contrátil, bem como a dos restantes músculos do pavimento pélvico, mantém o ângulo anorretal de 90°, o que ajuda a manter a continência. (RIBEIRO, 2013).

O termo incontinência fecal (IF) é utilizado para englobar a perda involuntária tanto de material fecal quanto de gases, sendo marcada pela incapacidade de manter o controle fisiológico do conteúdo intestinal em local e tempo socialmente adequados, assim, é caracterizada pela passagem incontrollável e recorrente de material fecal (BARACHO, 2007).

Os músculos do assoalho pélvico são um grupo de músculos de controle voluntário, em forma de rede que se localizam na porção inferior da bacia, especificamente entre as coxas e tem a função de sustentar os órgãos internos. (BARACHO, 2007). A eletroestimulação em região perianal (DUALPEX). Estimula a percepção e ganho de consciência do nervo pudendo, com aumento e força da musculatura do MAP. A

cinesioterapia aumenta o recrutamento de fibras musculares (fibras tipo I e II), e fortalecimento da musculatura do assoalho pélvico.

Imagem 2: Períneo masculino



Fonte: ginecesmtc (2013)

INCONTINÊNCIA FECAL

O impacto na vida social é reiteradamente mencionado em outros estudos, como fazem quando afirmam que crianças e indivíduos jovens demonstram que a incontinência anal resulta em impacto negativo na saúde mental e nos aspectos psicossociais. (YUSUF et al. 2004). Os autores citam que o constrangimento deriva do fato de o portador de incontinência ter suas roupas comprometidas, tendo que usar protetores. Na adolescência,

isso compromete a autoestima e pode acarretar em reclusão social; na terceira idade, a incontinência fecal causa também exposição à infecções e à dermatite perineal.

As mulheres como um grupo frequentemente abalado pela incontinência: “embora esse distúrbio da evacuação possa acometer qualquer faixa etária, sua incidência é maior no sexo feminino, provavelmente devido a complicações no parto vaginal e a maior prevalência, neste grupo, da constipação intestinal com esforço evacuatório crônico.” (YUSUF et al. 2004)

Pessoas com incontinência fecal necessitam de adequações na rotina, incluindo o uso de Peristeen Plug Anal (tampões feitos de espuma e projetados para ser inserido no ânus). O funcionamento deste mecanismo prevê que o plug, de espuma expande-se como um cogumelo quando em contato com umidade, impedindo qualquer vazamento. Recomenda-se o uso por até doze horas. Pacientes relatam desconforto apenas no início. Outra opção é uma fralda para adultos ou uma almofada descartável.

Independente da faixa etária, a pessoa com incontinência fecal tem abalos na vida social e na saúde, implicando diretamente no bem-estar e na qualidade de vida. É fundamental a percepção da gravidade desses aspectos, direcionando o diagnóstico e o tratamento mais adequado, com base na relação direta entre o grau de incontinência fecal e o comprometimento resultante dela.

AVALIAÇÃO

A avaliação da I.F inclui a avaliação clínica, constituída pelos sinais, sintomas e exame físico, além dos exames complementares, que incluem a manometria anorretal, a retossigmoidoscopia, a defecografia, a eletromiografia anorretal, a ultrassonografia endoanal e a latência motora terminal do nervo pudendo (OLIVEIRA, 2006)

A definição do tratamento perpassa pela necessidade de se definir o grau de incontinência, que se relaciona ao Score de Willians numa escada cinco graus:

- Grau I: ausência de incontinência;
- Grau II: incontinência para gases;
- Grau III: incontinência ocasional para fezes líquidas;
- Grau IV: incontinência ocasional para fezes sólidas;
- Grau V: incontinência frequente para fezes sólidas.

Além do score de Willians outros fatores são importantes, tais como a frequência das queixas ao longo do dia ou da semana, visto que o número de episódios de incontinência registados numa semana tem constituído o método simples de quantificação da incontinência fecal mais utilizado na avaliação dos resultados.

Após o exame clínico, seguem-se a realização de anoscopia e exame de imagem simples realizado em consultório médico, realizado por coloproctologista para avaliar o canal anal. E de uma rectossigmoidoscopia utilizado para diagnosticar doenças que acometem a porção final do intestino grosso. A ecografia endoanal permite identificar com grande precisão os diferentes músculos esfinterianos e estruturas do pavimento pélvico, como o corpo perineal, e constitui um exame complementar indispensável. A manometria ano-rectal complementa a informação clínica, contribuindo para a decisão terapêutica no contexto global das restantes informações clínicas. Pode servir de guia de avaliação da resposta a terapias efectuadas (Biofeedback, cirurgia).

A história clínica é geralmente focada nos sinais e sintomas que caracterizam o funcionamento intestinal, tais como: frequência e duração das perdas e das evacuações, consistência das fezes, presença de urgência, diarreia, flatulência e constipação e uso de proteção. Inclui ainda um relato da história cirúrgica e de doenças em outros sistemas que podem se relacionar com a ocorrência de incontinência, uso de medicações, hábitos alimentares, avaliação do estado mental e emocional. (BARBOSA, 2006).

TRATAMENTO DA INCONTINÊNCIA

O tratamento fisioterapêutico de pacientes com IF tem como objetivos: melhorar a propriocepção vesical, retal e perineal; tonificar os músculos do assoalho pélvico, aumentando sua funcionabilidade, através da melhora da coordenação, força e resistência muscular e da sensibilidade anorretal; melhorar o reflexo de fechamento perineal ao esforço; melhorar o ciclo de continência — evacuação, além de melhorar a qualidade de vida. (ROSA, 2013).

O diagnóstico segue procedimentos específicos, partindo da história clínica, do exame físico, exames complementares de diagnóstico. O fisioterapeuta elabora um plano terapêutico, podendo incluir a modificação de hábitos, fisioterapia do pavimento pélvico, biofeedback, estimulação perianal do nervo pudendo. Não resolvida a IF, parte-se para o tratamento cirúrgico, a fim de se reparar o esfíncter.

CINESIOTERAPIA

O treino dos músculos do pavimento pélvico aumenta a sua força e resistência do (MAP), estimula o seu suprimento nervoso, aumenta o fluxo sanguíneo para o reto, região anal e pavimento pélvico, bem como melhora a “consciência” anatômica para diminuir os episódios de incontinência.

As fases de treino do pavimento pélvico envolvem o desenvolvimento de sensibilidade, contração e relaxamento de músculos do assoalho pélvico, recrutamento das fibras tipo I (contração lenta, resistência elevada) e tipo II (contração rápida, resistência baixa). Integração da atividade no suporte de peso diário. Também podem ser desenvolvidos gradualmente programas de treino monitorizados no domicílio.

A eletroestimulação complementa o treino dos músculos pélvicos, por meio de técnicas de estimulação nervosa o nervo e a resposta do músculo correspondem à latência do nervo. Desta maneira, a eletroestimulação é uma modalidade de tratamento conservador, podendo ser aplicada transcutânea ou endoanal, estimulação dos músculos do MAP.

MATERIAIS E MÉTODOS

O artigo trata-se de um estudo do tipo descritivo e exploratório com uma abordagem direta, realizada na Clínica Escola do Instituto Superior de Londrina (INESUL).

Constitui como estudo de caso um paciente do sexo masculino, com treze anos de idade, que chegou à clínica de fisioterapia com diagnóstico Médico de Hipotonia de Esfíncter Anal; Fisiodiagnóstico de perda involuntária de fezes com abertura significativa de fenda anal.

O paciente relata que desde o início do ano de 2017, há perda significativa de fezes ao longo do dia, com ou sem atividade. Realizado exames de imagem (retossigmoidoscopia) em cinco de maio de dois mil e dezessete, laudo com hipotonia de esfíncter externo, exame de imagem (colonoscopia), em quinze de setembro de dois mil e dezessete, confirmando diagnóstico. Realizado exames laboratoriais no dia quinze de setembro de dois mil e dezessete, com diagnóstico de anemia falciforme.

Com evidências científicas, o atual estudo utilizou-se de pesquisas em artigos que discutiram (incontinência fecal, eletroestimulação, hipotonia, esfíncter anal externo), utilizando bases de dados como: Scielo, Lilacs, Brieme e livros acadêmicos.

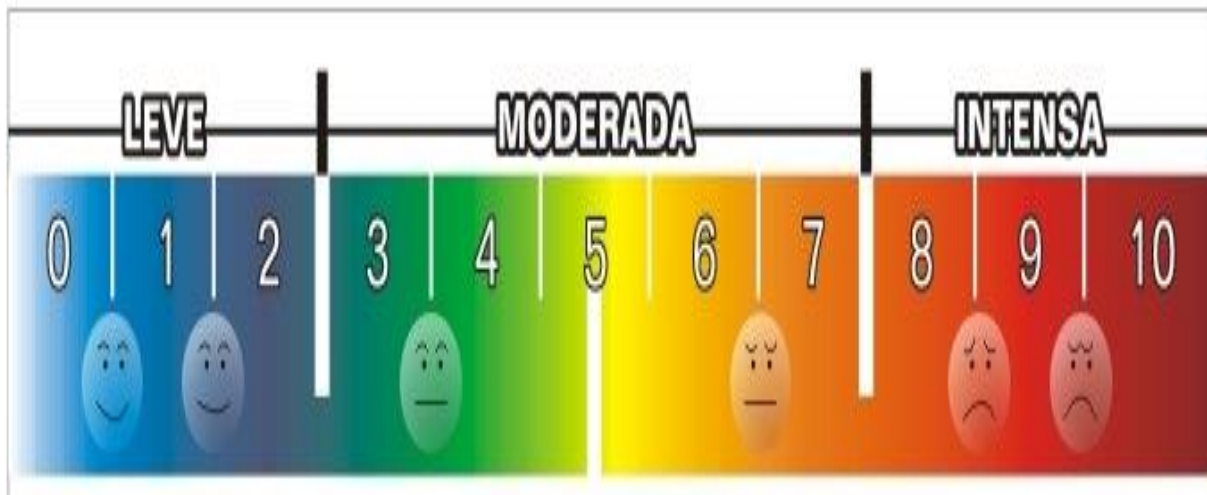
Foi aplicado um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, dessa forma o paciente concordou em participar da pesquisa. Esse estudo obedecerá às normas preconizadas pela Resolução 196/96 versão 2012, do Conselho Nacional de Saúde, que

versa sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

ESCALA VISUAL ANALÓGICA (EVA)

Parâmetro de avaliação da EVA - **0** Muito Ruim e **10** muito bom.

Imagem 3: ESCALA VISUAL ANALÓGICA (EVA)



Fonte: <http://youfisio.blogspot.com/2013/08/escala-analogica-visual-de-dor.html>

O paciente iniciou também o tratamento com “Vitamina B 12”, sendo também acompanhado por nutricionista, médico gastroclínico. Reforçamos a importância das mudanças nos hábitos alimentares, na rotina diária, desde o início do tratamento de fisioterapia, orientando paciente a não realizar mais trilha de bicicleta e hipismo para não agravar mais o quadro e podermos dar um bom andamento e evolução com o tratamento de fisioterapia.

Orientado paciente a dar sequência nos exercícios do MAP executados na clínica de fisioterapia em sua casa, para assim ter uma continuidade no tratamento.

ESTUDO DE CASO

Paciente E.C.Z. Masculino, treze anos, estudante, passou por avaliação e foi atendido na Clínica de Fisioterapia da Faculdade INESUL, com diagnóstico de hipotonia de esfíncter, queixa de incontinência fecal.

Do plano terapêutico foi elaborado dentro da instituição, com início do tratamento no dia 01 de junho de 2017, com inspeção proctológica verificado reflexo bulbo cavernoso e reflexo anal presentes. Willian´s observou-se grau III, e na Escala Visual Analógica (EVA) grau 0 muito ruim. Dentro do Score de Realizado sessões de eletroestimulação em região perianal com aparelho (DUALPEX 961 URO), com intensidade de 30 HZ utilizando eletrodos de silicone. Associado à cinesioterapia dos músculos do assoalho pélvico MAP propostos por Kegel. Duas vezes na semana com sessões de 40 minutos, e foi orientado à realizar exercícios de contração e relaxamento do esfíncter anal externo, utilizando os parâmetros:

- Contração tônica 30% 5 segundos.
- Contração com relaxamento 4;8
- Contração contínua – 10 segundos.
- Contração rápida 8 segundos de contração, 16 segundos de relaxamento.

No total foram 20 sessões de fisioterapia. A reavaliação ocorreu por meio de nova entrevista com o paciente, acompanhado por sua mãe (responsável legal), onde o paciente relatou que não apresentou mais perdas fecais em suas roupas íntimas. Utilizando a escala visual analógica (EVA) houve uma melhora de 70%.

RESULTADOS

Ao final das 20 sessões, foi possível observar grande evolução no quadro do paciente. Como maneira de reavaliação, foi realizada nova entrevista com o paciente e sua mãe, os quais preencheram também uma tabela:

	Inicial 01/ 06/ 2017	Final 05/ 12/ 2017
Controle sobre a evacuação	Não	Sim
Escape diário de fezes e gases	Sim	Não
Uso de absorventes	Sem uso	Não necessário
Mudança na consistência do conteúdo fecal	Líquida	Sem perda
Melhoria da autoestima	Baixa	Satisfatória

Na transcrição da tabela preenchida observamos; redução na quantidade de eliminação involuntária de fluídos, e controle sobre a evacuação, na consistência do conteúdo fecal e na autoestima.

DISCUSSÃO

Ao final das sessões de Eletroestimulação e cinesioterapia foi observada a melhora dos sintomas clínicos.

A IF decorre de fatores diversos, sendo que a triagem realizada pelo fisioterapeuta é o passo inicial para uma abordagem não invasiva.

No caso do paciente os exames clínicos apontaram para a existência de Hipotonia de Esfíncter Anal Externo (redução da pressão do esfíncter anal), permitiu a elaboração de um plano terapêutico com o uso de eletroestimulação e cinesioterapia.

O conhecimento do tipo de incontinência e do grau de comprometimento muscular é fundamental, visando traçar o protocolo adequado em um tratamento não invasivo. O paciente deve ser orientado para realizar exercícios de fortalecimento da musculatura do assoalho pélvico MAP em seu domicílio.

CONCLUSÃO

Após realização deste estudo, podemos dizer que a associação Eletroestimulação transcutânea perianal (30HZ) e cinesioterapia mostrou relevante evolução para o paciente, com diminuição da incontinência fecal, melhora do controle esfinteriano e da propriocepção retal e perianal, através da melhora da coordenação, força e resistência muscular, proporcionando uma melhora da autoestima e qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

ANTONIO, Fabiane Dell. **Função dos músculos do assoalho pélvico (MAP)**. 2012.

Barbosa JMM, et al. Estudo da relação **entre qualidade de vida e gravidade da incontinência anal**. In: **Anais do 15º Congresso Brasileiro de Geriatria e Gerontologia**, 2006, Goiânia. Goiânia: Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia; 2006. P.215, n.426.

BARACHO, E. **Fisioterapia Aplicada à Obstetrícia, Uroginecologia e Aspectos de Mastologia**. 4 ed. Guanabara Koogan: Rio de Janeiro, 2007

BO, K.; SHERBURN, M. **Evaluation of female pelvicfloor muscle function and strength**. *Physical Therapy*, Alexandria, v. 85, n. 3, p. 269-282, 2005.

CARVALHO, Luciano Pinto de et al . **Neuropatia pudenda: correlação com dados demográficos, índice de gravidade e parâmetros pressóricos em pacientes com incontinência fecal**. *Arq. Gastroenterol.* São Paulo, v. 39, n. 3, p. 139-146, jul. 2002.
Exercícios de períneo Kegel. Disponível em: <http://perineo.net/conteudo/kegel.php&hl=pt-BR> . Acesso em junho 2018.

J. LEITE; F. POÇAS. **Tratamento da Incontinência Fecal**. In: *Rev Port Coloproct*. 2010. P. 68-72.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Ministério da Saúde, Brasília, 12 dez. 2012.

QUINTÃO, Maria das Graças; OLIVEIRA, Sandra Amara Silva; GUEDES, Helisamara Mota. **Incontinência fecal: perfil dos idosos residentes na cidade de Rio Piracicaba, MG**. In: *rev. Bras. Geriatr. Gerontol.*, Rio de Janeiro, 2010. P. 191-201

YUSUF, Sonia Ahlaim Ibrahim et al . **Avaliação da qualidade de vida na incontinência anal**: validação do questionário FIQL (Fecal Incontinence Quality of Life). *Arq. Gastroenterol.*, São Paulo , v. 41, n. 3, p. 202-208, set. 2004.

OLIVEIRA, Lucia de. **Incontinência fecal**. *Jornal Brasileiro de Gastroenterologia*, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 35-37, jan./mar. 2006.

ROSA, Mariana da. **O papel da fisioterapia na Incontinência Fecal**. 24 junho, 2013.

SAAD, Luiz Henrique Cury et al. *Arq. Gastroenterol.* 2002,vol.39,n.4,pp.233-239. **Quantificação da função esfinteriana pela medida da capacidade de sustentação da pressão de contração voluntária do canal anal**. 2002

RIBEIRO, Fani Susana Leite. Incontinência fecal: **Abordagem passo a passo**. **Dissertação de mestrado integrado em medicina**. Artigo de revisão bibliográfica. Instituto de ciências biomédicas Abel Salazar. Universidade do Porto. 2013.

MATOS, Fernando. **Tratamento da doença intestinal**. Disponível em: <https://www.news-medical.net>health>. Acesso em junho de 2018

ANEXOS

FICHA DE AVALIAÇÃO EM PROCTOLOGIA ANAMNESE

Nome:..... Idade:

Data do nascimento:/...../..... Cor: Estado civil:.....

Peso: Altura: IMCO BP (<18,5) ON (18.5 -24.9) OS (25-29,9) O O(>30)

Grau de instrução:Profissão:..... Ocupação:.....

Endereço:.....

Bairro:..... Cidade..... Estado:.... CEP:.....

Telefones:..... Contato:

Diagnóstico de origem: Encaminhado por:

Médico assistente:Tipo de cirurgia/tempo:

() pré-operatório () pós operatório () outros

HISTÓRIA CLÍNICA

Queixa principal/duração.....

HDA;.....

.....
.....
.....
.....
.....

Antecedentes Pessoais Patológicos:

() diabetes ()HAS () obesidade ()cardiopatias() pneumopatias .

() câncer . ()QT () RT ()HT ()desordens psicológicas ()outros

Antecedentes cirúrgicos:

.....

Antecedentes neurológicos:

.....

Antecedentes familiares:

.....

História proctológica

() Constipação Incontinência: () sólidos () líquidos () gases () Hemorróidas

() Prolapso () Fístulas () Fissuras () Doença do cólon () Fecaloma () Soiling

Sintomas: () dor () esforço () diarreia () sangramento () flatulência .

() urgência () impactação fecal () sensação de evacuação incompleta () digitalização

Quanto tempo iniciou os sintomas?..... Quanto tempo demorou para procurar ajuda

médica?.....

Desde que começaram os sintomas o seu estado () está igual () melhorou () piorou

Perdas;

() tosse () espirro () agachar () erguer peso () riso

() caminhando () nas mudanças de posição () marcha () orgasmo () outras

Frequência dos acidentes:.....

Quantidade da perda: () pequena () moderada () grande

Proteções: () absorvente () fraldas () forro () outros .

.....número de trocas/dia

Função Intestinal;

Frequência evacuatória () todos os dias () x ao dia () x por semana

Formato das fezes: () normal () fita () síbalos

Percepção (desejo de evacuar e discriminação de fezes/gases) () presente () ausente

Cronologia em relação às refeições

Necessita de alguma manobra especial para evacuar?.....

Cirurgia colorretal?medicamento para evacuar?.....

Medicações em uso:.....

Antecedentes Ginecológicos

() Menarca anos () Menopausa () TRH: anos

DUM/...../..... GPA Partos: () vaginais () cesareana.

Complicações puerperais: () infecção() incontinência () DIP . () deiscência

Cirurgias ginecológicas: () sim () não quantas?

Descrição.....

Incontinência urinária (tipo)() Prolapso..... () miomatose

() cisto ovariano

Contraceção: tipo..... tempo..... ITU de repetição

Antecedentes Urológicos () ITU () HPB () CA próstata () LUTS () Incontinência outros
(especificar)

.....

Estado emocional.....

Hábitos de vida: () Tabagismo

() Etilismo frequência () Exercício físico regular

() restrição dietética:

Uso frequente de: () café () chá preto () bebidas carbonadas () comidas apimentadas

() chocolate () frutas cítricas

Restrição do consumo de líquidos? () sim () não

Renda familiar salários mínimos

Últimos exames complementares:

Manometria anorretal data:/...../..... laudo.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

EXAME FÍSICO

INSPENÇÃO.

Cicatrizes

Trofismo perianal.....

Abertura anal ()0 ()+ ()++ ()+++ Abertura vulvo-vaginal ()0 ()+ ()++ ()+++
Trofismo MMII..... Contração voluntária dos MAP () presente () ausente
Uso de músculos acessórios: () abdominais () adutores () glúteos Apnéia: () presente () ausente

Deslocamento de CP: () sim () não Contração do EAE: () à tosse () durante estímulo nociceptivo

Avaliação postural.....

.....

PALPAÇÃO

Tônus: corpo perineal () Tônus do EAE () Puborretal () MMII ()

Legenda **N** (normal) **H** (hipertônico) **h** (hipotônico)

Fibrose Elasticidade.....

Força muscular (AFA) PERFECT/...../...../..... Coordenação () presente () ausente

Relaxamento do PR à manobra de evacuação: sim não Espasmo.....

Pontos dolorosos: Whitmore:.....

TESTE DIAGNÓSTICOS

Teste de esforço: () sem perdas () perdas fecal/flatos a tosse () perdas fecal/flatos à vasalva

Perineomanometria/..... .. /..... média () mmHg () SRS

Ex. neurológico: RAC (S3-S5) Patelar (L2-L4)..... Aquileu(S1)

Reflexo Clitoriano/Reflexo bulbocavernoso (S2-S4) Reflexo Geigel/ Cremastérico (L1-L2)

Legenda **N** (normal) **A** (aumentado) **D** (diminuído) **NO** (não observado) **NA** (não avaliado) .

POPQ

Aa	Ba	C
Hg	CP	CVT
Ap	Bp	D

Estadiamento.....

MARCHA.....

Outros dados relevantes:.....

Londrina,/...../.....

Avaliador(es):.....

ESCORE PARA INCONTINÊNCIA FECAL

	Nunca	<1/mês	<1/sem e ≥1/mês	<1/dia e ≥1/sem	≥1/dia
Fezes sólidas	0	1	2	3	4
Fezes líquidas	0	1	2	3	4
Gases	0	1	2	3	4
Uso de absorventes	0	1	2	3	4
Interferência vida social	0	1	2	3	4

Excelente = 0 – 3 Bom = 4 – 6 Regular = 7 – 9 Ruim = 10 – 20 TOTAL:

ESCORE PARA CONSTIPAÇÃO

Frequência de evacuação	1-2 vezes por 1 – 2 dias 0	2 vezes por semana 1	1vez por semana 2	Menos que 1 vez por semana 3	Menos que 1 vez por mês 4
Necessidade de esforço evacuatório	Nunca 0	Raramente 1	Algumas vezes 2	Normalmente 3	Sempre 4
Sensação de evacuação incompleta	Nunca 0	Raramente 1	Algumas vezes 2	Normalmente 3	Sempre 4
Meteorismo ou dor abdominal	Nunca 0	Raramente 1	Algumas vezes 2	Normalmente 3	Sempre 4
Tempo que passa no sanitário	Menos que 5 minutos 0	De 5 a 10 minutos 1	De 10 a 20 minutos 2	De 20 a 30 minutos 3	Mais que 30 minutos 4
Tipo de assistência	Sem assistência 0	Uso de laxantes 1	Manobras digital ou enemas 2		
Insucesso na tentativa de evacuação em 24 horas	Nunca 0	1-3 vezes 1	3-6 vezes 2	6-9 vezes 3	Mais que 20 vezes 4
Tempo de constipação	0 0	1-5 anos 1	5-10 anos 2	10-20 anos 3	>que 20 anos

Normal = 0 – 6

Regular

(mediana) =

>6< 15

Severa = >15

TOTAL:

.....

