

Inês Alexandra Rodrigues Lopes

Incontinência Fecal: influência da reeducação dos músculos do pavimento pélvico

**Projeto elaborado com vista à obtenção
do grau de Mestre em Fisioterapia,
na Especialidade de Saúde da Mulher**

Orientador(es): Ana Margarida Vieira, Médica Especialista em Gastrenterologia
: António Manuel Fernandes Lopes, Título de Especialista em Fisioterapia

Dezembro, 2019

Inês Alexandra Rodrigues Lopes

Incontinência Fecal: influência da reeducação dos músculos do pavimento pélvico

**Projeto elaborado com vista à obtenção
do grau de Mestre em Fisioterapia,
na Especialidade de Saúde da Mulher**

Orientador(es): Ana Margarida Vieira, Médico Consultor em Gastrenterologia
: António Manuel Fernandes Lopes, Título de Especialista em Fisioterapia

Júri:

Presidente: Professora Doutora Ana Isabel Correia Matos de Ferreira Vieira
Professor Adjunto da Escola Superior de Saúde do Alcoitão

Vogal: Doutora Ana Margarida Duarte Silva Vieira
Médico Consultor em Gastrenterologia

Arguente: Professora Doutora Paula Clara Ribeiro Santos
Professor Adjunto na Escola Superior de Saúde do Politécnico do Porto, Fisioterapeuta

Novembro, 2020

Tendo em conta a perspectiva de publicação dos resultados do nosso estudo na revista “*Journal of Neurogastroenterology and Motility*”, o artigo foi redigido tendo como referência as respetivas normas de redação, que se apresentam em anexo no Dossier complementar.

Resumo

Objetivo: Analisar o efeito de um programa de reeducação dos músculos do pavimento pélvico, sem recurso a técnicas facilitadoras, em pessoas com Incontinência Fecal.

Materiais e métodos: Estudo quase-experimental de grupo único, em que os utentes da consulta de Doenças Anorretais Funcionais do CHUA-Portimão com Incontinência Fecal, referenciados para a Fisioterapia, realizaram um programa de reeducação do pavimento pélvico, de 12 sessões com uma periodicidade semanal. Foram avaliados, no início e no final da intervenção, através do *Índice de Wexner*, da *Fecal Incontinence Quality of Life (FIQL)* e de Defecografia por Ressonância Magnética.

Resultados: Foram estudados treze utentes (12 dos quais mulheres), com média de idades de $64,15 \pm 11,25$ (37-83). Após a intervenção, foram encontradas diferenças significativas: no Índice de Wexner com valor inicial de $10,92 \pm 2,98$ e final de $5,46 \pm 2,90$ ($p = 0,000$); na *FIQL* nas 4 subescalas ($p < 0,05$), com maior dimensão do efeito na Depressão e no Comportamento; e nas medições da Defeco-RM, no valor da Linha M em repouso ($p = 0,012$) e na dejeção no valor do retocelo apresentado ($p = 0,008$).

Conclusões: O programa de reeducação do pavimento pélvico, sem recurso a técnicas facilitadoras, utilizado no nosso estudo foi favorável, quer na melhoria significativa da severidade dos sintomas (Índice de Wexner), quer na melhoria significativa da qualidade de vida (*FIQL*), quer ainda em alguns achados da avaliação funcional do pavimento pélvico, como a melhoria do posicionamento do pavimento pélvico em repouso e a diminuição do retocelo na fase de dejeção.

Palavras-chave: Incontinência Fecal; Fisioterapia; Pavimento pélvico; Defecografia por ressonância magnética; Qualidade de vida

Abstract

Background/Aim: To analyse the effect of a pelvic floor muscle training program, without facilitating techniques, in people with Fecal Incontinence.

Methods: Quasi-experimental study of a single group, in wich patients of Functional Anorectal Diseases Appointment of CHUA-Portimão, with Fecal Incontinence, refered to phisiotherapy, carried out a pelvic floor muscle training program, of 12 sessions once a week. The primary outcome measures were: *Wexner scale*, *Fecal Incontinence Quality of Life (FIQL)* and Magnetic resonance defecography. They were measured at baseline and after intervention.

Results: 13 patients have been studied (12 women), with an mean age of $64,15 \pm 11,25$ (37-83). After intervention, significant differences were found: at Wexner index score at baseline $10,92 \pm 2,98$ and after intervention $5,46 \pm 2,90$ ($p = 0,000$); at *FIQL* in 4 dimensions ($p < 0,05$), with more effect dimension in Depression and in the Behavior; and in the measures of MR Defecography, in line M at rest ($p = 0,012$) and in rectocele during evacuation ($p = 0,008$).

Conclusions: The pelvic floor muscle training program, without the use of facilitating techniques, used in our study, showed significant improvements in the severity of symptoms (Wexner index), in the Quality of Life (*FIQL*), and in some measures of the functional assessment of the pelvic floor, like the pelvic floor position at rest and decreased rectocele in evacuation.

Key words: Fecal Incontinence; Phisical therapy; Pelvic floor; Magnetic resonance defecography; Quality of life

1. Introdução

A incontinência fecal (IF) é definida como a passagem involuntária ou a incapacidade de controlar a matéria fecal, incluindo gases, através do ânus. Existem três subtipos: incontinência passiva – descarga involuntária e inconsciente de fezes ou gases em repouso, incontinência de urgência – descarga de matéria fecal apesar das tentativas ativas para reter os conteúdos intestinais e a incontinência mista – coexistência de ambas. A gravidade da incontinência pode variar desde a eliminação não intencional de gases, a perda de matéria fecal líquida até à evacuação completa do conteúdo sólido intestinal.¹

É uma doença bastante incapacitante que, geralmente, causa nos doentes uma grande ansiedade, angústia e vergonha. Afeta 2 a 24% da população adulta e a maioria das pessoas não o reporta espontaneamente podendo estar subestimada. É mais prevalente no sexo feminino, em pessoas idosas ou com limitações físicas.^{2,3}

As recomendações do 6º Comité Científico Internacional de Incontinência,⁴ sugerem que a primeira linha de intervenção no tratamento da IF deve ser a conservadora e esta inclui, modificações alimentares, comportamentais, medicação reguladora do trânsito intestinal e a reabilitação do pavimento pélvico.

A reabilitação do pavimento pélvico tem sido utilizada com sucesso no tratamento da IF e pode ter um impacto significativo a nível funcional e na qualidade de vida dos pacientes, contudo, existe apenas um pequeno número de estudos randomizados controlados que o suportam. Nos estudos que existem, a variedade de protocolos de tratamento é grande e possuem amostras pequenas.^{2, 5} O termo reabilitação do pavimento pélvico compreende diferentes técnicas terapêuticas, inclui, a utilização de *biofeedback* eletromiográfico (técnica mais conhecida e reportada), mas não se limita apenas à mesma. Scott (2014),² numa revisão realizada, não encontrou diferenças significativas entre o *biofeedback* eletromiográfico e a reeducação do pavimento pélvico através de *digital guidance*.

O diafragma pélvico está localizado abaixo da faixa endopélvica e consiste em quatro músculos: isquioccígeo, ilioccígeo, pubococígeo e o puborretal (os três últimos formam o músculo elevador do ânus). Estes músculos, em repouso, estão em constante contração, de forma a promover tónus ao pavimento pélvico, suportar os órgãos pélvicos e manter a continência.^{6,7}

Os músculos do pavimento pélvico (MPP) estão em constante estado tónico, excepto durante a evacuação e a micção, pelo que, apresentam predomínio de fibras musculares tipo I, resistentes à fadiga. Os efeitos do envelhecimento e as mudanças hormonais têm grande influência na função dos mesmos. O alongamento excessivo ou qualquer tipo de traumatismo muscular,

principalmente durante o parto e as patologias que afetam a inervação (como a esclerose múltipla e a diabetes) podem constituir causa importante de disfunção do pavimento pélvico, podendo levar até à incontinência.^{7, 8}

Os MPP exercem uma função importante na manutenção da continência, nomeadamente o músculo elevador do ânus, pois 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°. 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 músculos do pavimento pélvico, mantém o ângulo anorretal de 90°, o que ajuda a manter a continência. Em caso de urgência defecatória, e se a dejeção não for conveniente no momento, o esfíncter anal externo (EAE) e estes músculos contraem-se voluntariamente, o ângulo anorretal torna-se mais agudo e o pavimento pélvico eleva-se, promovendo a continência.⁹

A rotura ou fraqueza do EAE causa essencialmente IF de urgência, enquanto a fraqueza do esfíncter anal interno (EAI), com diminuição da pressão de repouso, está mais associada à incontinência passiva. Sabe-se também que a perda de função do EAI pode ser compensada pela função adequada do EAE e do músculo puborretal. Porém, se estes músculos voluntários enfraquecem, pode ocorrer incontinência. Uma sensibilidade intacta permite perceber a iminência da defecação, bem como a capacidade de discriminar entre gases, fezes sólidas e líquidas.^{7, 9}

Além do correto funcionamento da musculatura e inervação pélvica, a continência anal depende ainda da consistência e volume das fezes, do trânsito intestinal, da sensibilidade anorretal e da complacência retal.^{8, 10}

A eficácia da reeducação dos MPP assenta em dois mecanismos: o primeiro consiste na aprendizagem da pré-contracção dos MPP antes e durante o aumento da pressão intra-abdominal e o segundo no fortalecimento dos MPP. O primeiro mecanismo, baseia-se na ausência ou atraso da atividade reflexa dos MPP ao aumento da pressão intra-abdominal, que é compensada pela contração voluntária dos MPP, chamado *the Knack*.¹¹ Este mecanismo preventivo da perda permite estabilizar o pavimento pélvico e o esfíncter anal, facultando a transmissão equitativa das pressões, promovendo o sincronismo muscular através do automatismo e do aumento do tónus dos MPP.^{11, 12} O aumento da força dos MPP 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).⁶ A identificação e consciencialização da contração voluntária dos MPP, tal como a integração desta região no esquema corporal, devem ser adquiridas para que o programa de treino seja eficaz. Os MPP desempenham um papel importante na estática e na dinâmica da pélvis.¹³

A intervenção nesta área é delicada, exigindo tempo e persistência para se alcançarem bons resultados. Esta requer uma participação ativa e sistemática do utente e grande envolvimento e responsabilização do mesmo pelo seu processo terapêutico e como tal o fisioterapeuta deve ter em conta estratégias motivacionais, de promoção e de adesão ao tratamento.

A fisioterapia do pavimento pélvico, enquanto tratamento conservador, apresenta como vantagens o facto de não ter efeitos adversos, complicações, não comprometer a realização nem o resultado de uma eventual intervenção cirúrgica posterior e de ser pouco dispendiosa.¹⁴

Das pesquisas realizadas, não foram encontrados estudos que tivessem como objetivo compreender os efeitos da intervenção da fisioterapia – reeducação pavimento pélvico, sem recurso a técnicas facilitadoras (*biofeedback* eletromiográfico e/ou electroestimulação muscular), ou seja, treino dos MPP isoladamente, na IF. Também não foram encontrados estudos, que relacionassem a fisioterapia na IF com o estudo dinâmico do pavimento pélvico – Defecografia por Ressonância Magnética.

Neste contexto, o presente estudo tem como objetivo principal, analisar o efeito de um programa de reeducação dos MPP, sem recurso a técnicas facilitadoras, em pessoas com incontinência fecal e, como objetivos secundários, comparar os scores do Índice de Wexner, da “*Fecal Incontinence Quality of Life*” (*FIQL*) e as medições realizadas na Defecografia por Ressonância Magnética, obtidos no início e no final do programa de reeducação dos MPP e também avaliar a existência de correlação entre a melhoria clínica e os achados da Defecografia.

2. Materiais e Métodos

Realizou-se um estudo longitudinal, prospetivo e quase-experimental de grupo único, em que a população alvo foram os utentes com diagnóstico de incontinência fecal, da área de abrangência do Centro Hospitalar Universitário do Algarve (CHUA), seguidos na Consulta de Doenças Anorretais Funcionais, da Unidade de Portimão, referenciados para a Fisioterapia – Reeducação do Pavimento Pélvico.

Este estudo foi aprovado pelo Conselho Técnico-Científico da Escola Superior de Saúde do Alcoitão, e posteriormente, pela Comissão de Ética para a Saúde e pelo Conselho de Administração do CHUA, tendo seguido todas as normas da Declaração de Helsínquia.

Participantes

A amostra foi seleccionada de forma intencional com base na conveniência para a realização do estudo, englobando os indivíduos que realizaram o programa de tratamento de Fisioterapia –

Reeducação do Pavimento Pélvico com diagnóstico médico de incontinência fecal, entre julho de 2018 e setembro de 2019. Foram estabelecidos como critérios de inclusão, idade igual ou superior a 18 anos, diagnóstico de incontinência fecal e Defecografia por ressonância magnética inicial realizada, desde que não apresentassem, incontinência de causa neurológica e/ou traumática, doença mental e incapacidade de leitura e escrita.

Instrumentos de recolha de dados

Índice da incontinência ou Índice de Wexner

A escala desenvolvida por Wexner em 1993, para classificar o índice de IF quanto à consistência das fezes, frequência e o tipo de perdas, foi traduzida, validada e adaptada à língua portuguesa do Brasil em 2014.¹⁵ Ao nível das suas propriedades psicométricas, o instrumento apresenta, uma excelente consistência interna com um valor de Alpha de Cronbach de 0,932, assim como, uma elevada confiabilidade e bons valores de reprodutibilidade ($p=0,354$).¹⁶ Segundo Fallon et al., numa revisão sistemática realizada, o Índice de Wexner foi considerado o instrumento de medida a utilizar, na avaliação da severidade dos sintomas na IF, com uma validade e uma confiabilidade (teste/re-teste) aceitável. Ao nível da sensibilidade, é feita referência de que, a mesma é suficiente para detetar diferenças na maioria dos utentes submetidos a reabilitação.¹⁷

Este instrumento apresenta cinco itens: três relativamente à consistência (sólido, líquido e gases), um relativo ao uso de absorventes e outro em relação a alteração no estilo de vida. A grande vantagem desta escala é a facilidade de utilização e a rapidez no preenchimento (Figura 1).¹⁶

Tipo de incontinência	Frequência				
	Nunca	Até uma vez ao mês	Entre uma vez por semana e uma ou mais vezes ao mês	Entre uma vez ao dia e uma ou mais vezes por semana	Mais de uma vez ao dia
Sólidos	0	1	2	3	4
Líquidos	0	1	2	3	4
Gases	0	1	2	3	4
Uso de protetores de roupa	0	1	2	3	4
Alteração do estilo de vida	0	1	2	3	4

Figura 1 – Índice de Wexner

O Índice de Wexner permite quantificar, de 0 a 20, a frequência de episódios de incontinência para gases, fezes líquidas ou sólidas, bem como a necessidade de utilizar absorventes e a alteração da qualidade de vida. Cada um destes cinco critérios são graduados de 0 a 4 e quanto mais alta a pontuação maior é a severidade da incontinência, ou seja, uma pontuação mínima de 0 indica continência normal e uma máxima de 20 a indicar incontinência completa.

Fecal Incontinence Quality of Life (FIQL)

O questionário "*Fecal Incontinence Quality of Life*" (FIQL), foi desenvolvido por Rockwood em 2004,¹⁸ para avaliar a qualidade de vida em utentes com incontinência fecal, traduzido e adaptado à língua portuguesa em 2013, por Pereira, M.¹⁹ O questionário é composto por 29 questões, distribuídas em 4 subescalas: estilo de vida, comportamento, depressão e constrangimento.

Ao nível das suas propriedades psicométricas, o instrumento apresenta, uma consistência interna com um valor de Alpha de Cronbach $>0,70$ e uma confiabilidade (teste/reteste) que demonstra ser estável no tempo.¹⁸ Segundo Fallon et al., numa revisão sistemática realizada, o FIQL demonstrou razoável confiabilidade e boa validade, sendo considerada, apesar das suas limitações psicométricas, o instrumento de medida a utilizar para avaliar a qualidade de vida na IF.¹⁷

Qualquer que seja a etiologia ou o grupo acometido, o convívio social para esses pacientes é penoso, resultando em importante impacto no bem-estar e na sua qualidade de vida. Entretanto, a perceção da gravidade desses aspetos, resultantes da incontinência fecal, é muito subjetiva e os testes objetivos não revelam relação direta entre o grau de incontinência fecal e o comprometimento que dela resulta. O FIQL destaca-se como o instrumento de medição da qualidade de vida para a incontinência fecal, uma vez que, foi demonstrado que é válido e fiável para a avaliação do impacto funcional em vários aspetos da qualidade de vida, sendo igualmente reconhecido como uma boa medida de resultados dos efeitos terapêuticos em indivíduos com incontinência fecal.^{19, 20}

Nos últimos anos, o resultado das intervenções passou a ser avaliado, também, por meio de variáveis subjetivas que incorporam a perceção do indivíduo em relação ao seu bem-estar e expectativas de vida, especialmente nas áreas de domínios físico, social, emocional e ocupacional²⁰. Com essa finalidade, o FIQL é composto por 29 questões distribuídas em 4 domínios ou subescalas, que representam grupos de itens ou questões que abordam o mesmo aspeto referente à qualidade de vida. Para efeitos de avaliação dos resultados, estes itens estão divididos em 4 domínios: Estilo de vida, composto por 10 itens; Comportamento, engloba 9 itens; Depressão, com

7 itens; e por último, Constrangimento, composto por 3 itens. Cada item é pontuado de 1 a 4 (com exceção das questões 1 e 4 que variam de 1 a 5 e de 1 a 6, respectivamente) e a avaliação de cada domínio consiste então na média das respostas a todos os itens correspondentes. Desta forma, cada domínio é pontuado de 1 a 4, com 1 a indicar uma pior qualidade de vida.¹⁹

Defecografia por Ressonância Magnética

Segundo Fielding,²¹ a Defecografia por ressonância magnética (Defeco-RM), é uma técnica com alta capacidade de caracterização tecidual, na qual, é possível estudar os órgãos pélvicos e suas estruturas de suporte, sem a exposição do paciente à radiação ionizante.

O estudo da Defeco-RM é realizado após a aplicação de gel endorretal e compreende duas fases: na primeira fase, é realizada uma avaliação anatômica com sequências ponderadas em T2 nos planos axial, sagital e coronal, com alta resolução espacial, orientadas para o pavimento pélvico. Posteriormente, é realizado o estudo dinâmico de defecorressonância, nas fases de repouso, contração esfínteriana máxima, manobra de valsava e de ejeção. Através da Defeco-RM avaliam-se os músculos do pavimento pélvico, esfíncter anal interno e esfíncter anal externo, os órgãos pélvicos e as partes moles adjacentes, bem como estruturas ósseas. Todas estas estruturas, bem como a interação entre elas, são analisadas durante as diferentes fases do estudo. Após a avaliação da anatomia e da integridade das estruturas do pavimento pélvico, são traçadas algumas linhas virtuais:

- Linha pubococcígea (LPC): do bordo inferior da sínfise púbica à articulação sacrococcígea;

- Linha H: distância da linha entre o bordo inferior da sínfise púbica à parede posterior do reto ao nível da junção anorretal; corresponde à distância antero-posterior do hiato do elevador do ânus.

- Linha M: distância desenhada perpendicularmente à LPC até à extremidade posterior da linha H; representa a distância vertical (descida) do hiato do elevador do ânus.

- Ângulo anorretal: ângulo entre a parede posterior do reto e o centro do canal anal.

A partir de medidas pré-definidas das linhas LPC, H e M e da relação destas com os órgãos pélvicos, é possível observar e graduar a descida retal, vesical, vaginal/uterina e a movimentação do pavimento pélvico durante as várias fases do estudo. As análises durante o esforço e a ejeção mostram um aumento no ângulo anorretal, ampliação e a abertura do canal anal, o funcionamento do músculo puborretal, bem como o posicionamento do pavimento pélvico e o grau de descida perineal. Assim, a Defeco-RM permite o diagnóstico e a graduação de algumas situações patológicas, como a incontinência fecal.^{7, 22}

A linha M é dinâmica, encurta ou alonga dependendo da contração ou relaxamento dos músculos do pavimento pélvico. O seu comprimento não deve exceder os 2 cm e é importante para quantificar o relaxamento do pavimento pélvico (períneo descido), ou seja, quanto maior este comprimento maior o relaxamento deste, constituindo assim, um indicador do tónus muscular do pavimento pélvico.⁷

O ângulo anorretal é importante para ter perceção do tónus de base do diafragma pélvico e da sua capacidade de contração e de relaxamento. Quando obtido em repouso deve encontrar-se entre os 108° e os 127°, e a contração do músculo elevador do ânus faz com que haja uma diminuição deste entre 15° a 20°.⁷ A existência de um ângulo aumentado em repouso e a dificuldade de o reduzir, durante a contração muscular máxima, revela um baixo tónus ou fraqueza muscular.²¹

A presença de retocelo é considerada relevante, quando ultrapassa os 2cm da margem da parede anorretal durante a dejeção e é graduado em ligeiro (0-2cm), moderado (2-4cm) ou severo (mais de 4 cm), a sua presença pode ser por vezes responsável por evacuações incompletas e obstrução. A defeco-RM consegue também avaliar a eliminação do gel na dejeção, nomeadamente, quando há retenção de gel no reto após algumas tentativas de evacuação, revelando uma dejeção incompleta, ou quando há perdas de gel durante as outras fases do exame.

Em relação à presença de cistocelo, só é considerada quando a descida vesical é superior a 1cm relativamente à LPC e pode também ser graduado em ligeiro (1-3cm), moderado (3-6cm) ou severo (mais de 6 cm).

Neste estudo, tivemos em consideração, a medida da linha M (em repouso e na dejeção), a medida do ângulo anorretal (em repouso e na contração muscular máxima) e, na fase de dejeção, a presença e medida do retocelo e/ou do cistocelo.

Procedimentos

Na primeira sessão de fisioterapia foram explicados o estudo e os seus objetivos, entregue o consentimento informado, sendo que o mesmo foi preenchido e assinado, no caso de concordância do utente em integrar o estudo. Foram ainda esclarecidos que poderiam desistir a qualquer momento desta participação, sem que daí adviesse qualquer prejuízo para os próprios. Foi garantida total confidencialidade e anonimato através da codificação dos participantes. Os dados recolhidos foram utilizados meramente para fins de investigação.

Intervenção da Fisioterapia

Na primeira sessão, foi também realizada a avaliação em fisioterapia, foram aplicados os instrumentos FIQL, índice de Wexner e foi ainda fornecida informação relativamente à anatomia do pavimento pélvico, aos objetivos da reeducação do pavimento pélvico, e ao processo de intervenção que se seguiria nas sessões seguintes.

Os sujeitos seguiram um programa de reeducação dos MPP, sem recurso a técnicas facilitadoras, ao longo de 12 sessões com uma periodicidade semanal, com duração de cerca de 45 minutos por sessão, através de *digital guidance* e informação verbal. Seguindo uma progressão de treino promovendo o aumento de resistência, força, frequência, trabalho concêntrico/excêntrico. Inicialmente de forma isolada sem recurso a substituições de outros grupos musculares, progredindo para um trabalho conjunto com outros músculos, nomeadamente, transverso do abdómen e diafragma.

O *American College of Sports Medicine*,²³ recomenda a aplicação dos princípios fisiológicos do exercício para o músculo estriado, assim, os programas de exercícios dos MPP devem incluir parâmetros de intensidade, resistência, volume, frequência, duração e princípios da progressividade, especificidade e reversibilidade. Os MPP são músculos esqueléticos e, portanto, as recomendações de treino de força não são diferentes de outros músculos esqueléticos. Alguns estudos demonstraram eficácia similar em diferentes programas de treino dos MPP, porém sem evidência de um programa específico ou padronizado.^{13, 24, 25}

Está provado que o treino diário desses músculos durante um período de 3 meses é eficaz no tratamento da incontinência urinária,^{26, 27} sendo que, numa primeira fase, ensina-se a sua correta contração, promovendo uma consciencialização dos MPP e posteriormente inicia-se o treino de força dos MPP.²⁶

Alguns estudos utilizam diferentes posições para realizar os exercícios, sendo o decúbito dorsal, sentado e a posição ortostática, as mais aplicadas. Uma das formas de promover progressividade dos exercícios consiste em criar diferentes níveis de dificuldade (sem ação da gravidade e contra gravidade).²⁴

Ao longo das 12 sessões do programa de reeducação dos MPP, os princípios de treino citados anteriormente foram tidos em consideração, sendo a progressão realizada de acordo com a avaliação individualizada, realizada em cada sessão.

As sessões incluíram também orientação e motivação do utente para repetir os exercícios diariamente num programa de treino domiciliário, foram fornecidas estratégias para a modificação de alguns comportamentos e novos hábitos a adotar no seu quotidiano.

Os estudos publicados demonstram a necessidade da reeducação dos MPP ter um acompanhamento efetivo de um fisioterapeuta especializado nesta área, quer nos exercícios terapêuticos e de reeducação manual, quer na aplicação da electroestimulação e/ou *biofeedback*.²⁵

As sessões foram realizadas por uma fisioterapeuta com formação específica e com experiência na área das disfunções anorretais.

No final do programa de reeducação dos MPP, foram aplicados novamente os instrumentos de avaliação (Índice de Wexner e FIQL), os utentes reavaliados pelo médico proctologista e realizada a defeco-RM de reavaliação. As defeco-RM, foram realizadas pelo mesmo médico Radiologista, com mais de 6 anos de experiência.

Análise Estatística

Para análise dos dados deste estudo, recorreu-se ao *software SPSS- Statistical Package for the Social Sciences version 24*® (IBM Corp, Armonk, New York, USA).

Para determinar a distribuição normal das variáveis com escala quantitativa antes e depois do tratamento utilizou-se o teste de Shapiro- Wilk. Nos casos em que a normalidade foi rejeitada, verificamos os valores de Skweness ($SK < 3$) e Kurtose ($Ku < 7$) para ver se os desvios à normalidade eram pequenos e podermos recorrer a testes paramétricos.²⁸ Verificou-se a existência de uma distribuição normal ou desvios pouco severos à mesma, o que possibilitou o recurso ao teste paramétrico t de Student para amostras emparelhadas, de forma a comparar as variáveis quantitativas: score do Índice de Wexner, score das subescalas da FIQL e as medições da defeco-RM realizadas antes e depois da intervenção. Calcularam-se ainda medidas do tamanho do efeito usando o D de Cohen para o t de Student (dividindo o score da diferença de médias dos 2 momentos pelo desvio padrão das diferenças) e os valores de referência são: *d* efeito pequeno $\geq .20$, efeito médio $\geq .50$ e efeito grande $\geq .80$.²⁹

Para as variáveis com escala nominal (episódios de incontinência durante o exame: Presença/Ausência e Dejeção Completa: Completa/Incompleta) recorreu-se ao teste não paramétrico McNemar.

Para concluir a análise estatística, foi ainda realizada uma correlação paramétrica de Pearson para relacionar a evolução da qualidade de vida e das medições da Defeco-RM com a do Índice de Wexner, ou seja, com a redução dos sintomas.

Neste estudo, o valor de referência para identificar diferenças estatisticamente significativas foi de $p < 0,05$.

3. Resultados

Caraterização da Amostra

Entre julho de 2018 e setembro de 2019 foram tratados 15 utentes com critérios de elegibilidade para o estudo, dos quais 13 foram incluídos no mesmo e dois excluídos: um desistiu da intervenção devido à distância a que residia e o outro não realizou a defeco-RM de reavaliação.

Da amostra em estudo, 12 eram mulheres (92,4%) e apenas 1 homem, com uma média de idades de $64,15 \pm 11,25$ (37-83) anos. Em relação ao tipo de incontinência fecal, cinco apresentavam incontinência fecal em repouso (38,5%), cinco incontinência fecal de urgência (38,5%) e três incontinência fecal mista (23,1%). Concomitantemente, sete utentes apresentavam incontinência urinária (53,8%) e dez referiam não ter história anterior de obstipação (76,9%), como podemos observar na Tabela 1.

Relativamente às mulheres presentes no estudo, seis tiveram dois partos (50%), quatro passaram por um parto anterior (33,3%), uma é nulípara e uma com quatro partos, que correspondem a 8,3% cada. Relativamente à variável parto distócico, registou-se em apenas três das onze das utentes (27,3%), ou seja, oito tiveram partos eutócicos (72,7%). Oito em onze sujeitos da amostra tiveram bebés com peso superior a 3500g (72,7%).

Das 12 utentes do sexo feminino presentes na amostra, 8 foram submetidas a histerectomia, o que corresponde a 66,7% da amostra em estudo, conforme apresentado na Tabela 1.

As características predominantes na amostra foram: idade superior a 60 anos, sexo feminino, histerectomia anterior, partos eutócicos e bebés com peso à nascença superior a 3500g.

Tabela 1. Caraterização da Amostra

		Frequência	%
Género	Feminino	12	92,3
	Masculino	1	7,7
Idade	37-46 Anos	1	7,7
	47-56 Anos	1	7,7
	57-66 Anos	5	38,5
	67-76 Anos	5	38,5
	77-86 Anos	1	7,7
		Média =64,15 Min =37	Dp =11,25 Max =83
Estado civil	Casado	12	92,3
	Solteiro	1	7,7

Escolaridade	1º Ciclo	3	23,1
	2º Ciclo	6	46,2
	3º Ciclo	2	15,4
	Curso superior	2	15,4
Tipo de Incontinência Fecal	Repouso	5	38,5
	Urgência	5	38,5
	Mista	3	23,1
Incontinência Urinária	Sim	7	53,8
	Não	6	46,2
História anterior de obstipação	Sim	3	23,1
	Não	10	76,9
Histerectomia	Sim	8	66,7
	Não	4	33,3
Número Partos	0 Partos	1	8,3
	1 Partos	4	33,3
	2 Partos	6	50,0
	4 Partos	1	8,3
Partos Distócicos	Sim	3	27,3
	Não	8	72,7
Bebé com peso > 3500g	Sim	8	72,7
	Não	3	27,3

Nota: Na variável número de partos a percentagem foi calculada para as 12 mulheres e nas variáveis partos distócicos e bebé com peso > 3500g para as 11 mulheres que tiveram partos.

Índice de Wexner

A severidade dos episódios de incontinência para gases, fezes líquidas e/ou sólidas, quantificada pelo Índice de Wexner, era inicialmente de $10,92 \pm 2,98$ e reduziu para $5,46 \pm 2,90$ no final do estudo, o que constitui uma diferença estatisticamente significativa para $p < 0,001$ ($t = 7,48$, $p = 0,000$) e com um efeito grande na medida do tamanho do efeito com um $d = 2,07$ (Tabela 2).

Tabela 2. Índice de Wexner - comparação antes e depois da intervenção

Severidade	Antes Média ± Dp	Depois Média ± Dp	t	p	d
Índice de Wexner	10,92±2,98	5,46±2,90	7,48	0,000***	2,07

Nota: Índice de Wexner varia entre 0 e 20 t= t de Student; p= valor para o t-Student; *** significativo para $p < 0,001$; d= d de Cohen; Efeito pequeno $d \geq 0,20$, Efeito médio $d \geq 0,50$, Efeito grande $d \geq 0,80$.

FIQL

Relativamente ao impacto na qualidade de vida, tendo em consideração os valores obtidos pela aplicação da FIQL, as médias obtidas nas quatro subescalas/dimensões da FIQL depois da intervenção, foram significativamente mais altas do que antes da mesma, com valores do teste t Student a mostrar que existem efetivamente diferenças estatisticamente significativas nas quatro dimensões avaliadas, assim como, revelam um efeito grande na medida do tamanho do efeito também para todas as dimensões (Tabela 3). Para as dimensões Estilo de Vida ($t = -3,756$, $p = 0,003$; $d = -1,04$) e Constrangimento ($t = -3,85$, $p = 0,002$, $d = -1,07$) obtiveram-se diferenças significativas para $p < 0,05$ e nas dimensões Comportamento ($t = -4,785$, $p = 0,000$) e Depressão ($t = -4,89$, $p = 0,000$) as diferenças foram ainda maiores, tendo-se revelado significativas para $p < 0,001$.

Tabela 3. FIQL Estilo de Vida, Comportamento, Depressão e Constrangimento – comparação Antes e Depois da intervenção

Qualidade de Vida	Antes Média ± Dp	Depois Média ± Dp	t	p	d
FIQL Estilo de Vida	3,19±0,78	3,71±0,49	3,756	0,003**	-1,04
FIQL Comportamento	2,06±0,89	3,04±0,69	-4,785	0,000***	- 1,31
FIQL Depressão	2,87±0,85	3,49±0,56	-4,89	0,000***	- 1,37
FIQL Constrangimento	1,98±0,91	2,81±0,66	-3,85	0,002**	-1,07

Nota: Para cada uma das quatro dimensões da FIQL a média varia entre 0 e 4, com um valor mais alto a indicar um menor impacto na qualidade de vida. $t = t$ de Student; $p =$ valor para o t-Student; ** significativo para $p < 0,01$ *** significativo para $p < 0,001$; $d = d$ de Cohen; Efeito pequeno $d \geq 0,20$, Efeito médio $d \geq 0,50$, Efeito grande $d \geq 0,80$.

Defecografia por Ressonância Magnética

Após a utilização dos testes correspondentes para cada uma das variáveis em estudo (Tabela 4), comparando o antes e o depois da intervenção nas variáveis quantitativas relativas às medições efetuadas pela Defeco-RM, verificou-se que existem diferenças estatisticamente significativas para as variáveis: linha M em repouso, ou seja, o valor correspondente à descida do períneo ($t = 2,97$, $p = 0,012$), com um tamanho do efeito de $d = 0,82$, que corresponde a um efeito grande ($\geq 0,80$) e para a variável presença de retocelo na dejeção ($t = 3,16$, $p = 0,008$) com um tamanho do efeito de $d = 0,87$, que corresponde também a um efeito grande, sendo esta última, a que revela maior diferença das variáveis analisadas na defeco-RM.

Para as variáveis, linha M na fase de dejeção ($t = -2,09$, $p = 0,059$; $d = 0,58$) e ângulo anorretal em repouso ($t = 1,99$, $p = 0,060$, $d = 0,55$), apesar de, não terem resultados estatisticamente significativos, a medida do tamanho do efeito mostra que existe um efeito médio para cada uma delas, como se pode observar na Tabela 4.

Em relação ao ângulo anorretal, a diferença dos valores médios obtidos, entre o repouso e a contração máxima foi de 24° antes da intervenção e de 20° após a mesma.

Tabela 4. Medições da Defeco-RM - comparação Antes e Depois da intervenção

Defeco - RM	Antes Média ± Dp	Depois Média ± Dp	t	p	d
Linha M – Repouso (2cm)	1,87±0,76	1,34±0,64	2,97	0,012*	0,82
Linha M – Dejeção (2cm)	4,12±1,27	3,62±0,90	2,09	0,058	0,58
Ângulo Anorretal – Repouso (108° - 127°)	107,54±8,23	103,77±7,82	1,99	0,069	0,55
Ângulo Anorretal – Contração Máx. (88°-107°)	82,77±9,96	83,77±9,06	-0,56	0,583	0,16
Presença Retocelo – Dejeção (ligeiro de 0-2 cm)	1,76±1,12	1,35±0,92	3,16	0,008**	0,87
Presença Cistocelo –Dejeção (ligeiro de 1 -3 cm)	1,47±1,27	1,23±1,14	-1,037	0,322	0,30

Nota: cm= centímetros; ° = graus; t= t de Student; p= valor para o t-student; *significativo para $p < 0,05$, ** significativo para $p < 0,01$; d= d de Cohen; Efeito pequeno $d \geq 0,20$, Efeito médio $d \geq 0,50$, Efeito grande $d \geq 0,80$.

Os resultados mostram que, no final da intervenção, 92,3% da amostra não teve nenhum episódio de incontinência durante o exame, e que, antes da mesma, apenas 69,2% dos casos conseguiram realizar o exame sem perdas. Apesar desta redução dos episódios de incontinência durante o exame, não evidenciaram alterações estatisticamente significativas com um valor de $p=0,250$. Na defecografia final, 100% dos utentes conseguiu realizar a dejeção completa, enquanto na avaliação inicial apenas 69,2% dos casos o tinham conseguido (Tabela 5).

Tabela 5. Episódios de incontinência durante o exame e Dejeção completa - comparação entre Antes e Depois da intervenção

	Antes Frequência (n)	Depois Frequência (n)	Teste McNemar
Episódios de incontinência durante o exame	Presentes-30,8% (4) Ausente-69,2% (9)	Presentes-7,7% (1) Ausente-92,3% (12)	$p=0,250$
Dejeção completa	Completa-69,2% (9) Incompleta-30,8% (4)	Completa-100% (13) Incompleta-0%	-----

Nota: Na variável Dejeção completa como não existem sujeitos numa das categorias de resposta, depois do tratamento, não foi possível calcular o teste MacNemar; $p=$ valor com o teste de McNemar.

Correlações entre variáveis

Efetuuou-se uma correlação paramétrica de Pearson para relacionar as variáveis relativas à evolução na qualidade de vida e nos indicadores da ressonância magnética com os resultados na evolução no índice de Wexner, ou seja, na redução da severidade dos sintomas (Tabela 6). Verificou-se uma correlação significativa positiva moderada para $p < 0,05$ entre a evolução no índice de Wexner e a evolução na qualidade de vida ao nível do estilo de vida ($r = 0,627$, $p = 0,022$), ou seja, quanto maior a redução nos sintomas, melhor a qualidade de vida ao nível do estilo de vida.

De salientar ainda que, a evolução na dimensão da qualidade de vida relativa à depressão e no indicador da ressonância magnética relativo ao ângulo anorretal em repouso, apresentaram um valor de correlação no limiar da significância ($p = 0,07$) com o índice de Wexner, sendo a magnitude dessa relação moderada ($r = 0,52$ em ambos), constando-se assim que, quanto maior a evolução ao nível da depressão e no ângulo anorretal em repouso, maior a redução dos sintomas.

Tabela 6. Correlação de Pearson - Relação entre a Evolução na Qualidade de Vida e Dados da ressonância Magnética vs Evolução no Índice de Wexner

Evolução	Índice Wexner r	p
FIQL - Estilo Vida	0,627	0,022*
FIQL – Comportamento	0,315	0,294
FIQL – Depressão	0,515	0,072
FIQL – Constrangimento	0,220	0,470
Linha M - Repouso	0,135	0,659
Ângulo Anorretal - Repouso	0,518	0,070
Linha M - Dejeção	0,006	0,986
Ângulo Anorretal - Contr. Máx.	0,124	0,687
Retocelo - Dejeção	-0,333	0,266
Cistocelo - Dejeção	-0,185	0,565

Nota: r = correlação de Spearman; p = valor de p para correlação de Spearman *significativo para $p < 0,05$

4. Discussão

O objetivo principal deste estudo era investigar os efeitos de um programa de intervenção de fisioterapia de reeducação dos MPP, sem recurso a técnicas facilitadoras, em pessoas com incontinência fecal.

O programa de intervenção teve uma duração média de 3 - 4 meses e a resposta ao tratamento pela amostra em estudo foi favorável, apresentando redução muito significativa na severidade dos sintomas medidos pelo Índice de Wexner, um aumento muito significativo na Qualidade de Vida ao nível das quatro dimensões da FIQL, com maior expressão nas subdimensões Comportamento e Depressão, revelando também melhorias significativas, ao nível de achados clínicos da Defeco-RM, como, o posicionamento do pavimento pélvico em repouso (linha M) e diminuição do retocelo na fase de dejeção.

Os resultados obtidos com a realização deste estudo permitiram, também, fazer uma caracterização da população seguida na consulta de doenças anorretais funcionais, com o diagnóstico de incontinência fecal, na área de abrangência do CHUA- Unidade de Portimão. As características predominantes encontradas na nossa amostra foram: idade superior a 60 anos, sexo

feminino, antecedentes de histerectomia, com partos eutócicos e bebês com peso superior a 3500g à nascença.

O Índice de Wexner médio, inicialmente, era de $10,92 \pm 2,98$, que ao nível da severidade dos sintomas, poderia sugerir uma amostra com sintomatologia de gravidade moderada. Num estudo realizado anteriormente nesta consulta,³⁰ o índice médio inicial era de 13, o que vai de encontro a outros estudos realizados, nomeadamente, Pinto et al., em 2015, com um índice médio inicial de $13,7 \pm 3,7$.³¹ Segundo Scott, a presença de sintomatologia leve a moderada é considerada um fator de prognóstico favorável na reabilitação do pavimento pélvico.²

De referir que, apenas 3 elementos da amostra tinham história anterior de obstipação, mas a amostra em estudo, apresenta características coincidentes com obstipação do tipo terminal. Assim, nos resultados iniciais das medições realizadas na Defeco-RM apresentam: descida do períneo, presença de retocelo e dejeção não eficaz.⁷

Recentemente, o *American College of Radiology*, publicou novos critérios para avaliação de disfunções do pavimento pélvico, sendo que, para a avaliação da incontinência fecal, tanto a ecografia do canal anal como a Defeco-RM, são os eleitos para a avaliação do canal anal e esfíncteres, mas para a avaliação do pavimento pélvico, a defecografia deverá ser tida em consideração, pois consegue aceder à musculatura e a possíveis alterações anatómicas.^{7, 32}

Não foram encontrados, nas pesquisas realizadas, estudos que relacionem a intervenção da fisioterapia na incontinência fecal e a Defeco-RM. Apenas foi encontrado um estudo que utiliza a Defeco-RM após a intervenção com a utilização de *biofeedback* na dissinergia defecatória, no qual é referido que a Defeco-RM revela dados objetivos de melhoria da função do pavimento pélvico após reabilitação com utilização de *biofeedback*, mas esses dados não são claramente apresentados no estudo.³³

O nosso estudo revelou melhorias significativas ao nível de achados clínicos da Defeco-RM, tais como, melhoria dos valores da linha M em repouso e na diminuição do retocelo na dejeção, sendo este o achado com maior expressão. A melhoria ao nível da linha M, em repouso, pode ser um indicador que o tónus muscular de base do pavimento pélvico em repouso melhorou após a intervenção na amostra em estudo, sendo que, mesmo antes da intervenção a média de valores ($1,87 \pm 0,76$ cm) encontrava-se dentro dos valores de referência para esta medida. Em relação ao valor médio da medição de retocelo, na fase de dejeção, reduziu para $1,35 \pm 0,92$ cm após a intervenção, enquanto antes era de $1,76 \pm 1,12$ cm, o que corresponde a uma classificação de retocelo ligeiro.

Alguns autores referem a existência de relação entre a presença de retocelo e a realização de dejeção incompleta, assim, quanto maior o retocelo maior a dificuldade em realizar uma

dejeção de forma eficaz e completa.^{7, 34} Neste estudo, após a intervenção, todos os elementos da amostra conseguiram realizar a dejeção de forma completa e, portanto, eficaz, o que pode ser justificado pela presença apenas de retocelo ligeiro na amostra em estudo e este não ter significado expressivo na dejeção, permitindo que esta ocorra de forma eficaz.

O ângulo anorretal em repouso e a linha M avaliada na dejeção, não revelaram diferenças com significado estatístico, mas apesar deste resultado, a dimensão do efeito mostrou ser moderada o que é relevante para este estudo, possivelmente uma amostra maior revelaria diferenças mais significativas. Apesar destas medições não revelarem diferenças estatisticamente significativas, é de referir que, os valores médios do ângulo anorretal em repouso e em contração máxima encontram-se abaixo dos valores de referência e são semelhantes a estudos realizados também em doentes com IF.^{35, 36}

De referir que a contração muscular máxima faz com que haja uma diminuição do ângulo anorretal entre 15° a 20°,⁷ no nosso estudo, antes da intervenção a diferença de valores médios em repouso e na contração máxima foi de 24° e na avaliação final foi de 20°, o que pode revelar uma melhoria a nível funcional.

Segundo Fielding,²¹ um ângulo anorretal aumentado em repouso e a dificuldade de redução do mesmo na contração muscular máxima, indica baixo tónus ou fraqueza muscular. Na amostra em estudo, os valores em repouso e na contração voluntária, encontram-se dentro dos valores de referência, o que pode revelar bom tónus e força muscular.

Um ângulo anorretal mais obtuso é frequentemente associado à IF.^{35, 36} Num estudo randomizado controlado, em utentes com IF e indivíduos saudáveis, Piloni et al., verificou que apesar de existirem muitas variações e assimetrias nos valores médios do ângulo anorretal, existia correlação entre este e a severidade dos sintomas e sugere que a atividade tónica do músculo puborretal é um importante mecanismo de continência, contribuindo com cerca de 80% do mesmo.³⁵ No nosso estudo também foi verificada uma correlação com uma magnitude moderada entre o ângulo anorretal em repouso e a severidade dos sintomas (Índice Wexner), ou seja, quanto maior a redução do ângulo anorretal em repouso maior a redução dos sintomas.

Já Noelting et al.,³⁷ refere que um músculo puborretal fraco não mostra associação com a quantidade de movimento do pavimento pélvico na contração muscular.

A intervenção não revelou diferenças significativas ao nível dos episódios de incontinência durante a realização da defeco-RM, contudo, existiu uma redução na ocorrência dos mesmos de 30,8% para 7,7%.

Recorrendo à literatura encontrada e consultada, existem estudos,^{5, 38, 39} que pretendem analisar o efeito da utilização do *biofeedback* ou da electroestimulação (técnicas facilitadoras da intervenção), na incontinência fecal mas os resultados não são conclusivos, chegando alguns deles a afirmar que a junção de técnicas facilitadoras não revelam resultados superiores ao treino dos músculos do pavimento pélvico isoladamente.⁴⁰⁻⁴²

De acordo com Norton et al.,^{5, 40} numa revisão sistemática realizada, o treino dos músculos do pavimento pélvico é uma terapia bem estabelecida para a incontinência urinária, mas menos reportada para a incontinência fecal, as técnicas específicas utilizadas variam muito consoante o estudo pois não existe um consenso entre profissionais, acerca de qual o melhor regime de exercícios para a incontinência fecal. A expressão “*Biofeedback*” é muito citada nos ensaios clínicos, mas não existe um consenso acerca da mesma, existindo muitas terapias diferentes com a utilização desta expressão.

Segundo alguns estudos, a reeducação do pavimento pélvico efetuada por um fisioterapeuta especializado tem grande benefício na incontinência fecal. O treino dos músculos do pavimento pélvico aumenta a sua força e resistência, estimula a inervação, aumenta o fluxo sanguíneo, bem como melhora a consciência anatómica⁴³ e tem como principal objetivo estabilizar o pavimento pélvico e o esfíncter anal⁹ o que contribui para diminuir os episódios de incontinência.

No presente estudo, as sessões foram sempre orientadas por uma fisioterapeuta especializada e com experiência na área, não foram utilizadas técnicas facilitadoras, uma vez que esta tecnologia padece de limitação de disponibilidade na nossa unidade hospitalar. A evidência da reeducação sem técnicas facilitadoras é limitada, mas três estudos randomizados-controlados demonstraram eficácia semelhante para a reeducação “*digital guidance*” e para a utilização de *biofeedback*.^{40, 44, 45}

Segundo Dumolin et al.,¹³ numa revisão sistemática realizada, a duração ideal de treino dos MPP deve ser entre 8 a 12 semanas e no nosso estudo essa duração foi conseguida, o que poderá justificar parte dos resultados alcançados.

A avaliação da força dos MPP, poderia ter sido realizada recorrendo à palpação vaginal e/ou retal, mas este é um instrumento de avaliação bastante subjetivo, e não é um método sensível, fiável e reproduzível intra e inter-observadores,^{46, 47} assim, apesar da palpação ter sido realizada como medida de avaliação, de terapia manual e de reeducação propriocetiva (*low-tech biofeedback/ digital guidance*) ao longo da intervenção, optamos por não incluir esta medida de avaliação no estudo.

Num estudo realizado anteriormente na população desta consulta, verificou-se uma redução importante no Índice de Wexner ($p=0,001$) e na percepção de melhoria do utente, mesmo após um ano de *follow up* e 100% dos casos com alta clínica da consulta.³⁰

Limitações do estudo

Foram encontradas algumas limitações que devem ser tidas em consideração em estudos futuros. Visto ser um estudo quase-experimental de grupo único, sem aleatorização e sem grupo de controlo, mas a existência de tal, não seria exequível do ponto de vista temporal e monetário. O custo associado à realização da ressonância magnética, que os indivíduos do grupo de controlo fariam sem serem submetidos a qualquer intervenção, poderia fazer com que as autorizações necessárias para a realização deste estudo ficassem comprometidas.

O tamanho reduzido da amostra, também pode ser considerada uma limitação, provavelmente uma amostra maior revelaria diferenças mais significativas, mas devido ao facto de a intervenção ter a duração aproximada de 12 semanas e ao prazo a cumprir para a finalização do mesmo, neste estudo não seria exequível.

Outra limitação a referir é o facto de nenhum dos intervenientes do estudo ser cego relativamente ao mesmo.

A não existência de um *follow up*, que permitisse pelo menos mais uma observação, 3, 6 ou 12 meses após o término da fisioterapia, também pode ser uma limitação a referir.

Na reeducação do pavimento pélvico, a participação, adesão e motivação do utente é extremamente importante para continuar, após as sessões, com a realização dos exercícios no domicílio, as estratégias e as alterações de comportamentos sugeridas. Assim, a fraca adesão ou absentismo na realização autónoma dos exercícios e estratégias pode comprometer os resultados alcançados.

Considerações Futuras

Não está estabelecido um protocolo *standartizado* de treino do pavimento pélvico para incontinência fecal ou para disfunções anorretais.³⁹ Estudos futuros são necessários de forma a serem estabelecidos quais os mais efetivos programas de treino a serem aplicados a cada componente da reeducação desta área em disfunção, como por exemplo, ao nível do aconselhamento, do estilo de vida, da educação, de mudanças a promover, do treino diafragmático, de estabilização da região lombo-abdomino-pélvica, do exercício, do treino sensitivo, propriocetivo e de coordenação motora.

Existe a necessidade de serem realizados estudos randomizados controlados, com amostras maiores e com existência de *follow-up*, para tentar perceber durante quanto tempo se mantêm os efeitos da intervenção.

O programa de reeducação do pavimento pélvico, sem recurso a técnicas facilitadoras, utilizado no nosso estudo foi favorável, quer na melhoria significativa da severidade dos sintomas (Índice de Wexner), quer na melhoria significativa da Qualidade de Vida (FIQL), quer em alguns achados da avaliação funcional do pavimento pélvico, nomeadamente, no posicionamento do pavimento pélvico em repouso e a diminuição do retocelo na fase de dejeção.

Os nossos resultados parecem-nos justificação suficiente para promover pesquisas e estudos futuros com vista a alcançar uma prática baseada na evidência na reeducação do pavimento pélvico na IF.

5. Agradecimentos

Um agradecimento muito especial à Dra Ana Margarida Vieira, ao Professor António F. Lopes, à Professora Cláudia Silva e ao Dr. Bruno Santos pelo aconselhamento e apoio ao longo de todo o processo e a todos os utentes que voluntariamente contribuíram para que este estudo fosse possível.

6. Referências

1. Rao SS, Go JT. Treating pelvic floor disorders of defecation: management or cure? *Current gastroenterology reports* 2009;11:278-287.
2. Scott KM. Pelvic floor rehabilitation in the treatment of fecal incontinence. *Clinics in colon and rectal surgery* 2014;27:99-105.
3. Wald A. Fecal incontinence in adults. *New England Journal of Medicine* 2007;356:1648-1655.
4. Abrams P, Andersson KE, Apostolidis A, et al. 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* 2018;37:2271-2272.
5. Norton C, Cody JD. Biofeedback and/or sphincter exercises for the treatment of faecal incontinence in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2012.

6. Bø K, Kvarstein B, Nygaard I. Lower urinary tract symptoms and pelvic floor muscle exercise adherence after 15 years. *Obstetrics & Gynecology* 2005;105:999-1005.
7. Salvador JC, Coutinho MP, Venâncio JM, Viamonte B. Dynamic magnetic resonance imaging of the female pelvic floor—a pictorial review. *Insights into imaging* 2019;10:4.
8. Wald A, Bharucha AE, Cosman BC, Whitehead WE. ACG clinical guideline: management of benign anorectal disorders. *American Journal of Gastroenterology* 2014;109:1141-1157.
9. Ribeiro FSL. Incontinência fecal: Abordagem passo a passo: Dissertação de Mestrado. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar – Universidade do Porto., 2013.
10. Palit S, Lunniss PJ, Scott SM. The physiology of human defecation. *Digestive diseases and sciences* 2012;57:1445-1464.
11. Bø K. Pelvic floor muscle training is effective in treatment of female stress urinary incontinence, but how does it work? *International Urogynecology Journal* 2004;15:76-84.
12. Miller JM, Sampsel C, Ashton-Miller J, Hong G-RS, DeLancey JO. Clarification and confirmation of the Knack maneuver: the effect of volitional pelvic floor muscle contraction to preempt expected stress incontinence. *International Urogynecology Journal* 2008;19:773-782.
13. Dumoulin C, Hay-Smith J, Habée-Séguin GM, Mercier J. 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* 2015;34:300-308.
14. Norton C, Whitehead W, Bliss DZ, Harari D, Lang J. Management of fecal incontinence in adults. *Neurourology and Urodynamics: Official Journal of the International Continence Society* 2010;29:199-206.
15. Meinberg MF. Adaptação cultural e validação da escala de Wexner em mulheres com incontinência anal na população brasileira: Dissertação de Mestrado. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais., 2014.
16. Jorge JMN, Wexner SD. Etiology and management of fecal incontinence. *Diseases of the colon & rectum* 1993;36:77-97.
17. 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. *International Journal of Evidence-Based Healthcare* 2008;6:225-259.
18. Rockwood TH, Church JM, Fleshman JW, et al. Fecal incontinence quality of life scale. *Diseases of the Colon & Rectum* 2000;43:9-16.

19. Pereira M. Tradução e adaptação cultural da " Fecal Incontinence Quality of Life Scale" para a realidade portuguesa: Tese de Mestrado. Alcoitão: Escola Superior de Saúde do Alcoitão., 2013.
20. Rockwood TH. Incontinence severity and QOL scales for fecal incontinence. *Gastroenterology* 2004;126:S106-S113.
21. Fielding JR. Practical MR imaging of female pelvic floor weakness. *Radiographics* 2002;22:295-304.
22. Brandão AC, Ianez P. MR imaging of the pelvic floor: defecography. *Magnetic Resonance Imaging Clinics* 2013;21:427-445.
23. Medicine ACoS. American College of Sports Medicine position stand. Progression models in resistance training for healthy adults. *Medicine and science in sports and exercise* 2009;41:687.
24. Dumoulin C, Glazener C, Jenkinson D. Determining the optimal pelvic floor muscle training regimen for women with stress urinary incontinence. *Neurourology and urodynamics* 2011;30:746-753.
25. Hay-Smith EJC, Herderschee R, Dumoulin C, Herbison GP. Comparisons of approaches to pelvic floor muscle training for urinary incontinence in women. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2011.
26. Dumoulin C, Cacciari LP, Hay-Smith EJC. Pelvic floor muscle training versus no treatment, or inactive control treatments, for urinary incontinence in women. *Cochrane database of systematic reviews* 2018.
27. Price N, Dawood R, Jackson SR. Pelvic floor exercise for urinary incontinence: a systematic literature review. *Maturitas* 2010;67:309-315.
28. Kline RB. Principles and practice of structural equation modeling. Guilford publications, 2015.
29. Cohen J. Statistical power analysis for the behavioral sciences. NJ Lawrence Erlbaum Associates, Publishers., 1988.
30. Roseira J, Vieira AM, Lopes I, Marreiros A, Sousa HT, Queirós P, Antunes AG. Reeducação dinâmica do pavimento pélvico sem recurso a terapêutica de biofeedback - resultados a longo prazo de um centro. *Revista Portuguesa de Coloproctologia* 2017;Maio/Outubro:21-26.
31. Pinto N MS, Correia da Silva P, Duarte A, Batista M, Costa JM, Parada F. Reabilitação do pavimento pélvico na incontinência anal. *Revista Portuguesa de Coloproctologia* 2015; Maio/Outubro:5-8.

32. Pannu HK, Javitt MC, Glanc P, et al. ACR appropriateness criteria pelvic floor dysfunction. *Journal of the American College of Radiology* 2015;12:134-142.
33. Nikjooy A, Maroufi N, Takamjani IE, et al. MR defecography: a diagnostic test for the evaluation of pelvic floor motion in patients with dyssynergic defecation after biofeedback therapy. *Medical journal of the Islamic Republic of Iran* 2015;29:188.
34. Melchior C, Bridoux V, Touchais O, Savoye-Collet C, Leroi AM. MRI defaecography in patients with faecal incontinence. *Colorectal Disease* 2015;17:O62-O69.
35. Piloni V, Fioravanti P, Spazzafumo L, Rossi B. Measurement of the anorectal angle by defecography for the diagnosis of fecal incontinence. *International journal of colorectal disease* 1999;14:131-135.
36. Hetzer FH, Andreisek G, Tzagari C, Sahrbacher U, Weishaupt D. MR defecography in patients with fecal incontinence: imaging findings and their effect on surgical management. *Radiology* 2006;240:449-457.
37. Noelting J, Bharucha AE, Lake DS, et al. Semi-automated vectorial analysis of anorectal motion by magnetic resonance defecography in healthy subjects and fecal incontinence. *Neurogastroenterology & Motility* 2012;24:e467-e475.
38. Lee HJ, Jung KW, Myung S-J. Technique of functional and motility test: how to perform biofeedback for constipation and fecal incontinence. *Journal of neurogastroenterology and motility* 2013;19:532.
39. Lee BH, Kim N, Kang S-B, et al. The long-term clinical efficacy of biofeedback therapy for patients with constipation or fecal incontinence. *Journal of neurogastroenterology and motility* 2010;16:177.
40. Norton C, Chelvanayagam S, Wilson-Barnett J, Redfern S, Kamm MA. Randomized controlled trial of biofeedback for fecal incontinence. *Gastroenterology* 2003;125:1320-1329.
41. Enck P, Van der Voort I, Klosterhalfen S. Biofeedback therapy in fecal incontinence and constipation. *Neurogastroenterology & Motility* 2009;21:1133-1141.
42. 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. *Diseases of the colon and rectum* 2009;52:1730-1737.
43. Findlay JM, Maxwell-Armstrong C. Current issues in the management of adult faecal incontinence. *British Journal of Hospital Medicine (2005)* 2010;71:335-340.

44. Ilnyckyj A, Fachnie E, Tougas G. A randomized-controlled trial comparing an educational intervention alone vs education and biofeedback in the management of faecal incontinence in women. *Neurogastroenterology & Motility* 2005;17:58-63.
45. Solomon MJ, Pager CK, Rex J, Roberts R, Manning J. 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. *Diseases of the colon & rectum* 2003;46:703-710.
46. Bo K, Berghmans B, Morkved S, Van Kampen M. *Evidence-Based Physical Therapy for the Pelvic Floor-E-Book: Bridging Science and Clinical Practice*. Elsevier Health Sciences, 2014.
47. Rao SS. Diagnosis and management of fecal incontinence. *American Journal of Gastroenterology* 2004;99:1585-1604.

Inês Alexandra Rodrigues Lopes

Incontinência Fecal: influência da reeducação dos músculos do pavimento pélvico

Dossier Complementar

Orientador(es): Ana Margarida Vieira, Médica Especialista em Gastroenterologia
: António Manuel Fernandes Lopes, Título de Especialista em Fisioterapia

Dezembro, 2019

Índice

Apêndices 31

Apêndice I – Modelo de Consentimento Informado

Apêndice II – Testes estatísticos realizados

Apêndice III – Imagens da Defecografia por Ressonância Magnética

Anexos 43

Anexo I - Normas da revista “*Journal of Neurogastroenterology and Motility*”

Anexo II - Aprovação do estudo pela Comissão de Ética e Conselho de Administração do CHUA

Anexo III - Versão Oficial Portuguesa do Fecal Incontinence Quality of Life

1. Apêndices

Apêndice 1
Modelo de Consentimento Informado

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO

Considerando a "Declaração de Helsínquia" da Associação Médica Mundial, a International Ethical Guidelines for Biomedical Research Involving Human Subjects e os Padrões de Prática da Fisioterapia da Associação Portuguesa de Fisioterapeutas (2005)

Estudo de investigação no âmbito do Mestrado em Fisioterapia "Incontinência Fecal: Influência da reeducação dos músculos do pavimento pélvico"

Enquadramento: A incontinência fecal é uma situação clínica com grande impacto ao nível da qualidade de vida, afeta 2% a 17% das pessoas que vivem a nível na comunidade (Wald, 2007). Com este estudo pretende-se estudar a efetividade de técnicas da Fisioterapia, nomeadamente de reeducação do pavimento pélvico, de forma a, melhorar/ consolidar a prática clínica utilizada diariamente com os utentes que procuram os nossos serviços. O objetivo geral do mesmo é analisar os efeitos do treino funcional dos músculos do pavimento pélvico em pessoas com incontinência fecal.

Agradecemos, desde já a colaboração no projeto.

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar no estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas.

Por isso, consinto participar no estudo e que me seja aplicado a intervenção proposta pelo Fisioterapeuta.

Nome _____

BI/CC No: _____

Assinatura do doente: _____

Data: ____ / _____ / 20__

Apêndice II
Testes estatísticos realizados

Tests of Normality

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Repouso - Linha M antes	,176	13	,200 [*]	,936	13	,404
Repouso - Ângulo Anorectal antes	,100	13	,200 [*]	,948	13	,567
Dejeção - Linha M antes	,158	13	,200 [*]	,943	13	,500
Contração esfinteriana máxima - antes	,263	13	,014	,919	13	,242
Presença retocelo na dejeção - Antes	,277	13	,007	,841	13	,022
Presença cistocelo na dejeção - Antes	,210	12	,151	,897	12	,146
FIQL Estilo de vida - Antes	,170	13	,200 [*]	,870	13	,052
FIQL Comportamento - Antes	,163	13	,200 [*]	,904	13	,150
FIQL Depressão - Antes	,157	13	,200 [*]	,919	13	,242
FIQL Constrangimento - Antes	,186	13	,200 [*]	,904	13	,151
Índice de Wexner - Antes	,218	13	,091	,861	13	,039
Índice de Wexner - Final	,186	13	,200 [*]	,944	13	,506
Repouso - Linha M Final	,122	13	,200 [*]	,976	13	,953
Dejeção - Linha M Final	,138	13	,200 [*]	,957	13	,705
Repouso - Ângulo Anorectal Final	,108	13	,200 [*]	,942	13	,480
Contração esfinteriana máxima - Final	,292	13	,003	,763	13	,003
Presença retocelo na dejeção - Final	,216	13	,100	,912	13	,196
Presença cistocelo na dejeção - Final	,225	13	,072	,857	13	,035
FIQL Estilo de vida - Final	,344	13	,000	,653	13	,000
FIQL Comportamento - Final	,134	13	,200 [*]	,936	13	,405
FIQL Depressão - Final	,167	13	,200 [*]	,897	13	,121
FIQL Constrangimento - Final	,235	13	,049	,902	13	,143

*. This is a lower bound of the true significance.

a. Lilliefors Significance Correction

Descriptives

		Statistic	Std. Error
Repouso - Linha M antes	Skewness	,504	,616
	Kurtosis	-,670	1,191
Repouso - Ângulo Anorectal antes	Skewness	,740	,616
	Kurtosis	,596	1,191
Dejeção - Linha M antes	Skewness	,505	,616
	Kurtosis	-,158	1,191
Contração esfinteriana máxima - antes	Skewness	,363	,616
	Kurtosis	-,558	1,191
Presença retocelo na dejeção - Antes	Skewness	-,573	,616
	Kurtosis	-,063	1,191
Presença cistocelo na dejeção - Antes	Skewness	3,593	,616
	Kurtosis	12,934	1,191
FIQL Estilo de vida - Antes	Skewness	-1,469	,616
	Kurtosis	2,514	1,191
FIQL Comportamento - Antes	Skewness	,391	,616
	Kurtosis	-1,360	1,191
FIQL Depressão - Antes	Skewness	,319	,616
	Kurtosis	-,952	1,191
FIQL Constrangimento - Antes	Skewness	,922	,616
	Kurtosis	,475	1,191
Índice de Wexner - Antes	Skewness	-,557	,616
	Kurtosis	-1,390	1,191
Índice de Wexner - Final	Skewness	,059	,616
	Kurtosis	-1,216	1,191
Repouso - Linha M Final	Skewness	-,137	,616
	Kurtosis	,891	1,191
Dejeção - Linha M Final	Skewness	,341	,616
	Kurtosis	-,404	1,191
Repouso - Ângulo Anorectal Final	Skewness	,381	,616
	Kurtosis	-,554	1,191
Contração esfinteriana máxima - Final	Skewness	1,985	,616
	Kurtosis	6,569	1,191
Presença retocelo na dejeção - Final	Skewness	-,187	,616
	Kurtosis	-,350	1,191
Presença cistocelo na dejeção - Final	Skewness	,884	,616
	Kurtosis	1,015	1,191
FIQL Estilo de vida - Final	Skewness	-2,339	,616
	Kurtosis	5,774	1,191
FIQL Comportamento - Final	Skewness	-,053	,616

	Kurtosis	-1,399	1,191
FIQL Depressão - Final	Skewness	-,142	,616
	Kurtosis	-1,409	1,191
FIQL Constrangimento - Final	Skewness	-,419	,616
	Kurtosis	-1,141	1,191

T-Test

Paired Samples Statistics

		Mean	N	Std. Deviation	Std. Error Mean
Pair 1	Repouso - Linha M antes	1,8692	13	,76527	,21225
	Repouso - Linha M Final	1,3423	13	,64091	,17776
Pair 2	Dejeção - Linha M antes	4,1154	13	1,26728	,35148
	Dejeção - Linha M Final	3,6154	13	,89824	,24913
Pair 3	Repouso - Ângulo Anorectal antes	107,5385	13	8,23221	2,28320
	Repouso - Ângulo Anorectal Final	103,7692	13	7,82255	2,16959
Pair 4	Contração esfinteriana máxima - antes	82,7692	13	9,95953	2,76228
	Contração esfinteriana máxima - Final	83,7692	13	9,05680	2,51190
Pair 5	Presença retocelo na dejeção - Antes	1,7615	13	1,11694	,30978
	Presença retocelo na dejeção - Final	1,3462	13	,91980	,25511
Pair 7	Índice de Wexner - Antes	10,9231	13	2,98501	,82789
	Índice de Wexner - Final	5,4615	13	2,90446	,80555

Paired Samples Correlations

		N	Correlation	Sig.
Pair 1	Repouso - Linha M antes & Repouso - Linha M Final	13	,598	,031
Pair 2	Dejeção - Linha M antes & Dejeção - Linha M Final	13	,733	,004
Pair 3	Repouso - Ângulo Anorectal antes & Repouso - Ângulo Anorectal Final	13	,641	,018
Pair 4	Contração esfinteriana máxima - antes & Contração esfinteriana máxima - Final	13	,778	,002

Pair 5	Presença retocelo na dejeção - Antes & Presença retocelo na dejeção - Final	13	,910	,000
Pair 7	Índice de Wexner - Antes & Índice de Wexner - Final	13	,600	,030

Paired Samples Test

	Paired Differences					t	df	Sig. (2-tailed)	
	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	95% Confidence Interval of the Difference					
				Lower	Upper				
Pair 1	Repouso - Linha M antes - Repouso - Linha M Final	,52692	,64051	,17765	,13987	,91398	2,966	12	,012
Pair 2	Dejeção - Linha M antes - Dejeção - Linha M Final	,50000	,86193	,23906	-,02086	1,02086	2,092	12	,058
Pair 3	Repouso - Ângulo Anorectal antes - Repouso - Ângulo Anorectal Final	3,76923	6,80874	1,88841	-,34525	7,88371	1,996	12	,069
Pair 4	Contração esfinteriana máxima - antes - Contração esfinteriana máxima - Final	1,00000	6,39010	1,77229	-4,86150	2,86150	-,564	12	,583
Pair 5	Presença retocelo na dejeção - Antes - Presença retocelo na dejeção - Final	,41538	,47407	,13148	,12891	,70186	3,159	12	,008
Pair 7	Índice de Wexner - Antes - Índice de Wexner - Final	5,46154	2,63361	,73043	3,87006	7,05301	7,477	12	,000

NPar Tests

Descriptive Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Minimum	Maximum
Presença cistocelo na dejeção - Antes	13	8,9692	27,07805	,00	99,00
Presença cistocelo na dejeção - Final	13	1,1308	1,13753	,00	3,80

Paired Samples Statistics

	Mean	N	Std. Deviation	Std. Error Mean
Pair 1 Presença cistocelo na dejeção - Antes	1,4667	12	1,26659	,36563
Presença cistocelo na dejeção - Final	1,2250	12	1,13388	,32732

Paired Samples Test

	Paired Differences					t	df	Sig. (2-tailed)
	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	95% Confidence Interval of the Difference				
				Lower	Upper			
Pair 1 Presença cistocelo na dejeção - Antes - Presença cistocelo na dejeção - Final	,24167	,80731	,23305	-,27127	,75460	1,037	11	,322

Crosstabs

Episódios de incontinência durante o exame - antes * Episódios de incontinência durante o exame - Final

Crosstabulation

			Episódios de incontinência durante o exame - Final		Total
			Presentes	Ausentes	
Episódios de incontinência durante o exame - antes	Presentes	Count	1	3	4
		% of Total	7,7%	23,1%	30,8%
	Ausentes	Count	0	9	9
		% of Total	0,0%	69,2%	69,2%
Total	Count	1	12	13	
	% of Total	7,7%	92,3%	100,0%	

Chi-Square Tests

	Value	Exact Sig. (2-sided)
McNemar Test		,250 ^a
N of Valid Cases	13	

a. Binomial distribution used.

Crosstabs

Warnings

No measures of association are computed for the crosstabulation of Dejeção completa - Antes * Dejeção completa - Final. At least one variable in each 2-way table upon which measures of association are computed is a constant.

Dejeção completa - Antes * Dejeção completa - Final Crosstabulation

			Dejeção completa - Final	Total
			Completa	
Dejeção completa - Antes	Completa	Count	9	9
		% of Total	69,2%	69,2%
	Incompleta	Count	4	4
		% of Total	30,8%	30,8%
Total	Count		13	13
	% of Total		100,0%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2- sided)
McNemar-Bowker Test	.	.	. ^a
N of Valid Cases	13		

a. Computed only for a PxP table, where P must be greater than 1.

Presença de órgãos útero-anexiais

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem cumulativa
Válido	Presentes	4	30,8	33,3	33,3
	Ausentes	8	61,5	66,7	100,0
	Total	12	92,3	100,0	
Omisso	99,00	1	7,7		
Total		13	100,0		

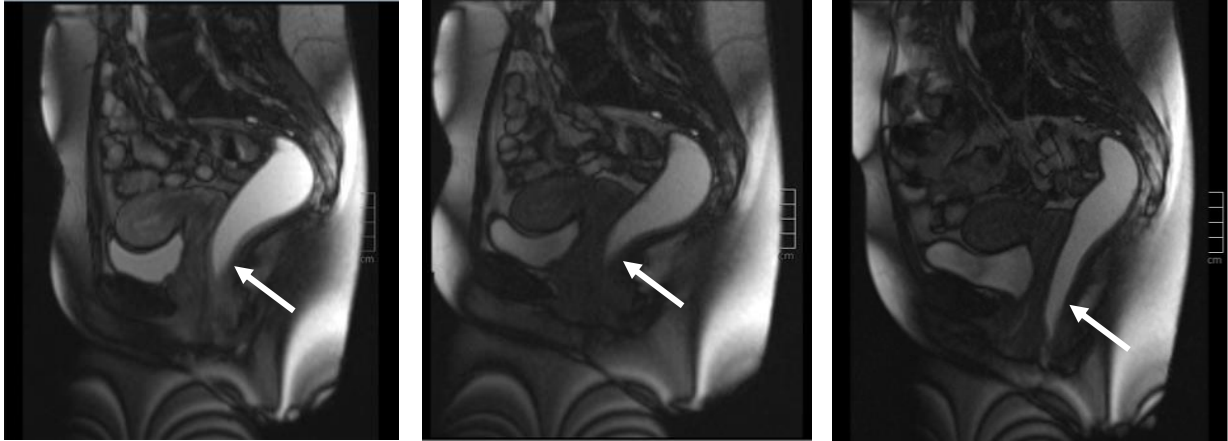
Apêndice III

Imagens da Defecografia por Ressonância Magnética Exemplo de um caso

Imagens da Defecografia por Ressonância Magnética

Exemplo de um caso

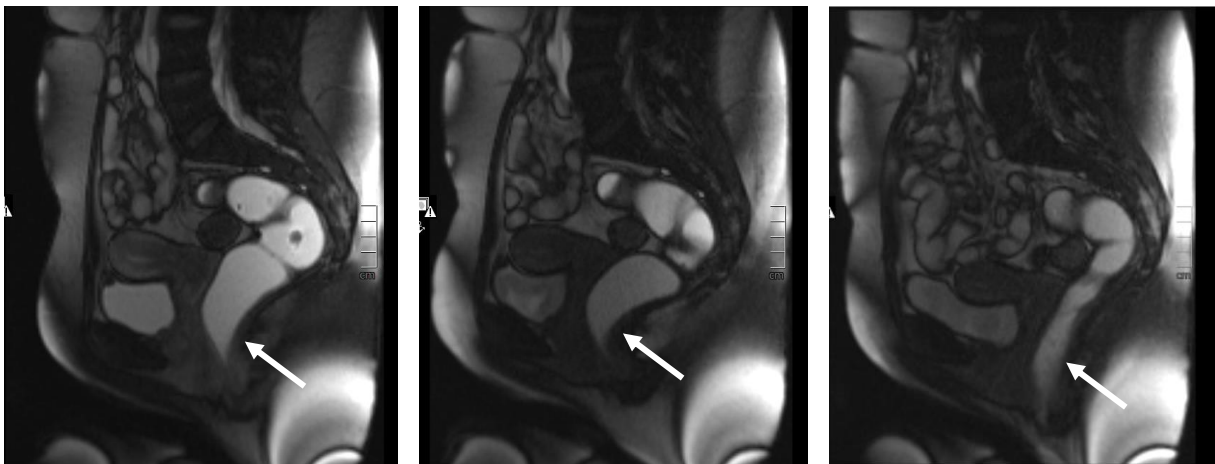
Antes



Repouso

Contração Máxima

Dejeção



Depois

As imagens apresentadas na primeira linha, são referentes às três fases de estudo (repouso, contração máxima e dejeção), antes da intervenção e as imagens na linha de baixo, referentes às mesmas fases, após a intervenção. Em todas as imagens encontra-se assinalado o ângulo anorretal, importa salientar que, na fase de contração máxima existe a redução esperada do ângulo e na fase de dejeção o aumento do mesmo, relativamente à fase de repouso.

7. Anexos

Anexo I
Normas da revista “*Journal of Neurogastroenterology and Motility*”

Anexo II

Aprovação do estudo pela Comissão de Ética e Conselho de Administração do CHUA



INFORMAÇÃO

De: Secretariado do CFIC, Unidade de Portimão/Lagos

Para: Exmo. Sr. Dr. Nuno Vieira – Coordenador do CFIC

Data: 28/08/2018

ASSUNTO: Pedido de Autorização para a realização do estudo "Incontinência Fecal – Influência da reeducação dos músculos do pavimento pélvico".

DESPACHO:

A/C Dr. Helena Lopes.

- Investigador: Inês Alexandra Rodrigues Lopes (f. 24/08/2018)
- Tipo de Estudo: Trabalho Académico de Investigação
- Recolha de Dados: realização de inquéritos e de exames/análises aos utentes com diagnóstico de incontinência fecal.
- Local: nos serviços de Gastroenterologia, Medicina Física e de Reabilitação e Radiologia da Unidade de Portimão do CHU Algarve.
- Período de Recolha: de setembro de 2018 a março de 2019
- Objetivo geral do estudo: o presente estudo visa analisar os efeitos do treino funcional dos MPP (músculos do pavimento pélvico) em pessoas com incontinência fecal.

Estado de Investigação
Clínico Observacional
de interesse para
o trabalho.
Tem o parecer
favorável e autorizado
pelo CES.
É do Autor.

O processo encontra-se instruído com os seguintes documentos:

- 1) Folha de rosto do estudo de investigação (mexo 2)
- 2) Projeto de investigação
- 3) Consentimento Informado
- 4) Curriculum Vitae do investigador
- 5) Pedido de Autorização ao Conselho de Administração (mexo 3, mod.2)
- 6) Pedido de Autorização à Comissão de Ética para a Saúde (mod.3)
- 7) Termo de Responsabilidade do aluno (mod.5)
- 8) Termo de Responsabilidade do Orientador/Supervisor no CHUA (mod.6)
- 9) Termo Autorização local (mod.7) – Gastroenterologia, M.F.R., Radiologia
- 10) Parecer da Comissão de Ética para a Saúde

Secretariado do CFIC, UMP/L

Patricia Salgado

(10025)
24/08/2018
Ao Excmo.
Sr. Dr. Nuno Vieira
Coordenador do CFIC
do S. de Gastroenterologia,
M.F.R. e Radiologia
do CES do CHUA,
peço a representação
do investigador principal/supervisor
do estudo, julgo que poderá
ser útil para
Vossa Excmo.
Vigário do C.A. do Centro Hospitalar
Universitário do Algarve, EPE

Helena Lopes
24/8/2018

AutORIZADO
30.08.2018

© Conselho de Administração do
Centro Hospitalar Universitário de Alameda D. João V.

António Paulo Gonçalves
Presidente

Hugo Nunes
Vice-Presidente

Miguel António
Diretor Clínico

Miguel Lopes
Vice-Presidente

Maria Filomena Bastos
Diretora Clínica

Anexo III

Versão Oficial Portuguesa do *Fecal Incontinence Quality of Life*

Qualidade de vida relacionada com a incontinência anal

Este questionário destina-se a medir a qualidade de vida relacionada com a incontinência anal, isto é, com a perda de capacidade de controlar voluntariamente a expulsão de fezes ou gases.

P 1: Em geral, diria que a sua saúde é:

- 1 Excelente
- 2 Muito Boa
- 3 Boa
- 4 Razoável
- 5 Má

P 2: Por favor, indique quantas vezes cada um dos seguintes itens o/a preocupa, devido à sua incontinência anal.

P2. Devido à incontinência anal:	A maior parte das vezes	Algumas vezes	Poucas vezes	Nunca
a. Tenho medo de sair	1	2	3	4
b. Evito visitar amigos	1	2	3	4
c. Evito passar a noite fora de casa	1	2	3	4
d. Tenho dificuldade em sair e fazer coisas como ir ao cinema ou à igreja	1	2	3	4
e. Como menos antes de sair	1	2	3	4
f. Quando estou fora de casa, tento, sempre que possível, estar perto de uma casa de banho	1	2	3	4
g. É importante planejar o meu dia (atividades diárias) de acordo com o horário dos meus intestinos	1	2	3	4
h. Evito fazer uma viagem	1	2	3	4
i. Preocupa-me não ser capaz de chegar à casa de banho a tempo	1	2	3	4
j. Sinto que não controlo os intestinos	1	2	3	4
k. Não consigo controlar os intestinos tempo suficiente até chegar à casa de banho	1	2	3	4
l. Tenho perdas de fezes sem dar conta	1	2	3	4
m. Tento evitar perdas involuntárias de fezes ou gases estando muito perto de uma casa de banho	1	2	3	4

P 3: Devido à sua incontinência anal, indique até que ponto CONCORDA ou DISCORDA de cada um dos seguintes itens.

P3. Devido à incontinência anal:	Concordo plenamente	Concordo em parte	Discordo em parte	Discordo plenamente
a. Sinto-me envergonhado/a	1	2	3	4
b. Não consigo fazer muitas coisas que quero	1	2	3	4
c. Preocupa-me ter perdas involuntárias de fezes ou gases	1	2	3	4
d. Sinto-me deprimido/a	1	2	3	4
e. Preocupa-me que as outras pessoas sintam o meu cheiro a fezes	1	2	3	4
f. Sinto que não sou uma pessoa saudável	1	2	3	4
g. Tenho menos prazer em viver	1	2	3	4
h. Tenho relações sexuais menos vezes do que gostaria	1	2	3	4
i. Sinto-me diferente das outras pessoas	1	2	3	4
j. Estou sempre a pensar na possibilidade de ter uma perda involuntária de fezes ou gases	1	2	3	4
k. Tenho medo de ter relações sexuais	1	2	3	4
l. Evito viajar de avião ou de comboio	1	2	3	4
m. Evito sair para comer	1	2	3	4
n. Sempre que vou a um sítio pela primeira vez, procuro saber onde são as casas de banho	1	2	3	4

P 4: No último mês sentiu-se tão triste, desanimado, sem esperança ou teve tantos problemas que perguntou a si próprio/a se alguma coisa valeu a pena?

- 1 Completamente - A ponto de ter praticamente desistido
- 2 Muito
- 3 Bastante
- 4 Um Bocado - O suficiente para me incomodar
- 5 Um Pouco
- 6 Absolutamente Nada