

Abordagem fisioterapêutica na incontinência fecal: revisão de literatura

Physiotherapeutic approach in fecal incontinence: literature review

Aline Maria Francia Barroso¹, Myrian Tereza Maciel de Arruda e Sá²,
Erica Feio Carneiro Nunes³, Gustavo Fernando Sutter Latorre⁴

1. Fisioterapeuta, pós graduanda em Fisioterapia Pélvica e Uroginecológica, Faculdade Inspirar, Florianópolis, SC, Brasil.
2. Fisioterapeuta, pós graduanda em Fisioterapia Pélvica e Uroginecológica, Faculdade Inspirar, Florianópolis, SC, Brasil.
3. Doutora em Ciências da Reabilitação. Professora da Universidade do Estado do Pará. Belém, Pará, Brasil.
4. Fisioterapeuta Pélvico, mestre em fisioterapia, Florianópolis SC Brasil.

Endereço para correspondência: Gustavo Fernando Sutter Latorre – Rua Silva Jardim 307 – Centro – Florianópolis, SC – Telefones (48) 9992-8299

E-mail: gustavo@perineo.net
alinemfrancia@hotmail.com
erica@perineo.net

Recebido para publicação em 25/07/2018 e aceito em 03/09/2018, após revisão.

Resumo

O objetivo deste estudo foi revisar os conhecimentos atuais sobre incontinência fecal (IF), e o tratamento fisioterapêutico utilizado no Brasil. Foi realizada revisão bibliográfica eletrônica na base de dados do Medline-Bireme, LILACS, Cochrane, PubMed, IBECs e SciELO, no período de agosto de 2015 a junho de 2016. As palavras-chave usadas em várias combinações foram: fecal incontinence, aged physical therapy, physiotherapy, exercises, rehabilitation e electrotherapy. Os autores apontam que a fisioterapia é a primeira forma de tratamento proposta para a IF. É necessária uma boa avaliação dos sinais e sintomas, exames físicos e exames complementares, que incluem a manometria anorretal, a defecografia, a eletromiografia anorretal, a RM e a EMG. No Tratamento Fisioterapêutico encontramos o biofeedback, a cinesioterapia e a neuromodulação do nervo tibial. A conclusão desta revisão demonstrou a escassez de estudos abordando tal temática, suscitando a necessidade de novos estudos com desenhos metodológicos específicos, porém a Fisioterapia é a primeira escolha de tratamento com resultados positivos.

Palavras-chave: incontinência fecal, tratamento fisioterapêutico, biofeedback, cinesioterapia, eletroterapia.

Abstract

The objective of this study was to review the current knowledge about fecal incontinence (FI), and the physiotherapeutic treatment used in Brazil. An electronic bibliographic review was conducted in the database of Medline-Bireme, LILACS, Cochrane, PubMed, IBECs and SciELO, from August 2015 to June 2016. Key words used in various combinations were fecal incontinence, aged physical therapy, physiotherapy, exercises, rehabilitation and electrotherapy. The authors point out that physiotherapy is the first form of treatment proposed for FI. Good evaluation of signs and symptoms, physical examinations and complementary tests, including anorectal manometry, defecography, anorectal electromyography, MRI and EMG are required. In the Physiotherapeutic Treatment we find biofeedback, kinesiotherapy and neuromodulation of the tibial nerve. The conclusion of this review has demonstrated the scarcity of studies addressing this theme, provoking the need for new studies with specific methodological designs, but Physiotherapy is the first choice of treatment with positive results.

Keywords: fecal incontinence, physiotherapeutic treatment, biofeedback, kinesiotherapy, electrotherapy.

Introdução

No contexto de saúde, a fisioterapia pélvica atua na prevenção de disfunções do assoalho pélvico, pois atua com patologias geradoras de déficit de qualidade de vida, onde se estima que a Incontinência Fecal (IF) representa 7% dessa incidência¹.

A IF é o termo utilizado para a perda involuntária de material fecal líquida, pastosa ou sólida, sendo caracterizada como a incapacidade para manter o controle fisiológico do conteúdo intestinal em local e tempo socialmente adequados².

A prevalência real da IF não é conhecida, resultado da não informação do paciente em consultas médicas e por não admitir sua incontinência, sendo poucos os pacientes que comentam durante as avaliações. A maioria pensa ser humilhante e tem vergonha do problema, ou acredita que é algo próprio da idade e que não tem tratamento³.

A IF não aumenta significativamente a mortalidade, mas acarreta conseqüências físicas, incluindo lesões de pele, infecções urinárias, alterações nutricionais e inatividade física. Além disso, representa significativos custos econômicos referentes ao uso de protetores de vestes, diagnóstico, cuidados especializados, reabilitação e medicamentos. Promove também mudanças psicossociais, relacionadas à perda de independência, isolamento social e impacto emocional, afetando a vida diária, a saúde geral e a qualidade de vida de pacientes incontinentes⁴.

O tratamento da IF é baseado em orientações nutricionais, fisioterapia ou cirúrgico, podendo variar conforme o caso². A fisioterapia é um dos procedimentos de eleição no tratamento das disfunções provenientes da IF, mediante a reeducação dos músculos do pavimento pélvico, exercícios específicos, eletroestimulação, eletroneuromodulação e biofeedback, melhorando os desequilíbrios da estática lombopélvica, a sensibilidade da ampola retal facilitando a propriocepção muscular e esfinteriana perineal e favorecendo assim, a qualidade de vida⁵.

Assim sendo, o objetivo deste estudo foi agrupar e atualizar conhecimentos referentes à intervenção fisioterapêutica na IF.

Revisão de literatura

A IF é definida como passagem involuntária ou incapacidade de controlar a perda de matéria fecal, incluindo gases, através do ânus, com recorrência por mais de 3 meses, em indivíduos com mais de 4 anos de idade. Refere-se à recorrente passagem sem controle de material fecal líquido ou sólido. No entanto, a perda involuntária de flatos isoladamente não deve ser caracterizada como IF⁶.

Clinicamente existem três subtipos: (a) incontinência passiva – descarga involuntária e inconsciente de fezes ou gases; (b) incontinência de urgência – descarga de matéria fecal apesar das tentativas ativas para reter os conteúdos intestinais, e (c) fecal *soiling* – perda de fezes após evacuação normal⁷.

A incontinência passiva se caracteriza por não consciência do desejo de defecar antes do episódio incontinente. Aqueles com incontinência têm reduzida a pressão de contenção, e/ou duração da contenção, e/ou redução da capacidade retal com hipersensibilidade retal e paciente com incontinência passiva têm baixas pressões de repouso⁷.

Já o *soiling*, também utilizada como sinônimo da encoprese por alguns autores, é definida pela Sociedade Paulista de Gastroenterologia Pediátrica e Nutrição⁸, como escape fecal e indica a perda involuntária de parcela de conteúdo fecal em indivíduos com constipação crônica, consequente a fezes impactadas no reto. A encoprese é entendida, em analogia com enurese, como o ato completo da defecação, em sua plena seqüência fisiológica, porém em local e/ou momento inapropriados, sendo, em geral, secundária a distúrbios psicológicos ou psiquiátricos.

O termo “escape fecal”, segundo Maffei e Moreira⁹, deve ser caracterizado somente após o quarto ano de vida, entretanto, observam-se também crianças menores com essa manifestação, principalmente, quando o controle do esfíncter anal ocorreu antes do aparecimento da mesma.

A International Continence Society, define também a IA quanto à classificação, relata que não há consenso, e as mais utilizadas são as relacionadas aos sintomas, caráter das perdas, grupos de pacientes ou grupos de supostas causas. No Brasil, tem-se utilizado a classificação baseada no Índice de Incontinência Anal (IIA), que inclui as características e frequência das perdas, o uso de protetores e o impacto na qualidade de vida. Seus escores variam de zero (continência perfeita) a vinte (incontinência total) e suas faixas de 0 a 7, 8 a 13 e 14 a 20 correspondem, respectivamente, às categorias leve, moderada e grave¹⁰. Quando ocorrem simultaneamente IF e incontinência urinária, tem-se uma condição denominada incontinência dupla¹¹.

A IF, apesar de não ser uma doença fatal é bastante incapacitante e, envolvem os doentes numa grande ansiedade, vergonha e constrangimento que pode culminar em uma situação de depressão, isolamento social progressivo, perda da autoestima e de sua identidade e imagem corporal. A maioria das pessoas não a reporta aos médicos, tendo de ser diretamente questionadas sobre a sua existência¹².

Nelson *et al.*¹³, em estudo com pessoas da comunidade de uma cidade americana, relataram que 2,2% da população geral tinham incontinência a gases, líquidos ou fezes. Deste total, 30% eram idosos e 63% eram mulheres, dois fatores apontados como fortemente relacionados com a ocorrência de IA.

A IF afeta 2% a 17% das pessoas que vivem em nível comunitário (10% em pessoas com idade superior a 65 anos de idade (não institucionalizados), subindo para 50% quando estes se encontram institucionalizados⁶.

O idoso, especificamente, é relutante em mencionar a condição de incontinência aos profissionais de saúde, tanto pelo constrangimento quanto pelo desconhecimento das possibilidades terapêuticas. Pode estar associado à percepção de que a IF é resultado do processo de envelhecimento e de que nada poderia ser feito para evitá-la ou tratá-la³.

As relações entre lesão do esfíncter anal e o aparecimento das incontinências anal e urinária, foram estudadas 124 mulheres primíparas no pós-parto cesárea, das quais 22,9% evoluíram para perdas urinárias e 7,6% para perdas fecais, seis meses após o parto¹¹.

A prevalência e as características clínicas da incontinência anal, em um estudo realizado no Rio Grande do Sul (Porto Alegre), evidenciaram 3,9% de incontinentes em 1.168

peçoas acima de 12 anos de idade. Um aspecto importante, do estudo, é que as mulheres mais jovens procuram o tratamento médico da IA mais precocemente. Afirmaram ainda que, na literatura internacional, a média de idade acima de 40 anos é considerada um fator de risco para a IA¹⁴.

A neuropatia do pudendo está presente em mais de 70% dos doentes com IF e em mais de 50% dos que têm danos do esfíncter¹⁵.

Baracho² afirma que a prevalência da IF não é consensual devido, principalmente à relutância dos doentes em assumirem o seu problema, não facilitando o diagnóstico. Tal fato se deve também à ineficiência dos sistemas de registo e colheita de dados. A prevalência depende ainda da utilização do conceito de IF ou IA, considerando a frequência mínima e duração da perda para inclusão nos estudos, parâmetros que variam entre os diversos estudos.

Quanto às causas da IF, Baracho² afirma que podem ser decorrentes da desorganização ou enfraquecimento do esfíncter anal, como também diarreia crônica, perda da sensibilidade anorretal, incontinência por transbordamento atribuível à constipação, patologia e traumas anorretal e incapacitação mental.

O enfraquecimento do esfíncter anal pode acontecer com o envelhecimento, onde ocorre degeneração do esfíncter anal interno, que pode causar redução progressiva das pressões de repouso, também pode ocorrer redução da complacência retal, da sensibilidade anal e atrofia muscular do assoalho pélvico, acarretando redução das pressões de contração. A incontinência para fezes sólidas sugere fraqueza de esfíncter mais severa do que para fezes líquidas¹⁶.

Já a diarreia crônica é definida como uma alteração no trânsito intestinal caracterizada pela alteração da consistência das fezes, aumento do número de frequência das dejeções e peso fecal superior a 200 g/24 h, prolongado por mais de 4 semanas. Se não tratada pode evoluir pra IF. A classificação da diarreia funcional, pelos critérios Roma III, é a presença de fezes soltas ou aquosas em pelo menos 75% dos episódios de evacuação fecal, por no mínimo 12 semanas ao longo dos últimos 6 meses¹⁷.

Outra causa da IF é citada por Vergara¹⁸, onde afirma que a redução da sensibilidade retal tem sido associada à Diabete Mellitus (DM), neuropatias periféricas, descida excessiva do períneo, impactação anal, espinha bífida e mielomeningocele. Explica que a neuropatia diabética (ND) é um grupo heterogêneo de síndromes clínicas que afetam regiões distintas do sistema nervoso causando uma ampla variedade de manifestações clínicas, compatíveis com disfunção de nervos periféricos, após exclusão de outras causas. Sendo que o dano nos nervos que regulam os músculos do períneo, (devido à DM) pode causar perda de sensação e de controle da musculatura do assoalho pélvico (MAP) causando a IF. A diabetes mellitus também é a causadora da Incontinência fecal noturna (ocorre raramente em IF).

Benninga⁴, em seus estudos com crianças, afirma que Constipação Funcional (CF) e Escape Fecal Funcional não-retentivo (EFFNR) são queixas gastrointestinais comuns nessa categoria de pacientes e que esses distúrbios intestinais funcionais causam dor e infrequência na defecação, dor ab-

dominal e escape fecal e isto pode perdurar até a puberdade e afetam a qualidade de vida, de forma que essas crianças apresentam mais sintomas de ansiedade/depressão, ambientes familiares com menos expressividade e pouca organização, maiores problemas sociais, comportamento mais destrutivo e desempenho escolar mais baixo em comparação a crianças que não sofrem de incontinência fecal.

Nesse sentido, Santos¹⁹ afirma que a fase inicial do comprometimento coloretal acontece com o esforço para defecar, a sensação de plenitude retal e de evacuação incompleta (precedidos de ou junto com cólica), a descarga de muco e, às vezes, de pequena quantidade de sangue, podendo gerar alterações anatômicas do assoalho pélvico, perda da fixação retal, menor curvatura sacral, deterioração da função da musculatura esfíncteriana, voluntária e involuntária, distúrbio funcional da capacidade retal e continência anormal, mesmo que esses elementos não estejam sempre todos presentes.

Em relação as causas por trauma anorretal, Prolungati²⁰ relata que o parto normal é considerado fisiológico e mais adequado, no entanto a frequência e consequências do traumatismo anal tem sido causa dos distúrbios evacuatórios. A “manipulação vaginal”, a episiotomia e uso de fórceps realizados durante o parto vaginal, são fatores de risco para disfunções do diafragma pélvico no pós-parto. São as causadoras das neuropatias do nervo pudendo e o desenvolvimento de incontinência fecal. Porém, não protege contra o aparecimento dessa patologia (o que justifica contra indicação de cesárea eletiva para prevenção de IF pós-parto).

Fatores traumáticos podem ser determinados pela penetração de uma variedade de objetos utilizados durante o sexo ou auto estimulação anal, bem como o traumatismo anorretal gerado pelo pênis no transcorrer da prática do sexo anal²¹.

O diagnóstico da IF deve iniciar pela obtenção de uma detalhada história clínica, abordando as suas possíveis causas e a frequência, severidade e duração dos episódios, existência de sinais/sintomas abdominais, doenças sistêmicas, procedimentos anorretais (hemorroidectomia, partos vaginais), medicação e dieta, perda de peso, anemia, hemorragias retais, diarreia e massas abdominais ou pélvicas, bem como o impacto na qualidade de vida, incluindo a capacidade de sair de casa para o trabalho ou para atividades sociais²².

Os questionários ajudam a determinar o tipo e intensidade dos sintomas e a eficácia das terapêuticas instituídas e permitem avaliar impacto psicossocial do problema. O Cleveland Clinic Grading System é um questionário validado que permite avaliar o grau de incontinência e a eficácia terapêutica baseado em sete parâmetros que incluem: tipo de incontinência sólida, líquida e/ou gases; alterações no estilo de vida; necessidade de usar um protetor anal ou medicação anti-diarreica; capacidade de deferir a defecação²³.

O exame físico deve iniciar com a inspeção da área perianal e o exame retal digital. Inspecciona-se presença de matéria fecal, hemorroidas, dermatites, escoriações, cicatrizes, defeitos musculares, existência de um gap anal ou a ausência das rugas perianais. No exame retal digital é avaliado o esfíncter e o MAP (Musculatura do Assoalho Pélvico) a procura da coordenação da contração, do relaxamento, de prolapso retal ou de falta de contração²⁴. O resultado do exame digital

tem sido discutido devido a fatores como a experiência do observador, o tamanho do seu dedo, a técnica utilizada e a cooperação do doente¹.

Em seguida realiza-se o reflexo ano cutâneo para avaliar a integridade dos nervos dos segmentos S2, S3 e S4 da espinal medula e a inervação motora do esfíncter anal externo. Se este reflexo não estiver presente ou se for diminuído significa que há um dano neuronal aferente ou eferente, sugestivo de uma neuropatia do pudendo ou uma lesão da cauda equina²⁵.

Quanto aos exames complementares, Bharucha⁸ cita a manometria anorretal quantifica a função dos esfíncteres anais, dos reflexos anorretais e da sensibilidade e complacência retal. Possibilita averiguar os valores das pressões anais em repouso e durante a contração voluntária e pode ser usado para comparação após o tratamento. Uma pressão de repouso normal é de 60 a 120 cmH₂O ou 81 mmHg e a contração normal sustentada é de 120 a 300 cmH₂O ou 196 mmHg durante 30seg (defecação simulada). Porém não permite determinar a etiologia da incontinência nem diferenciar entre defeitos dos esfíncteres ou outras causas para a diminuição de pressão, como a deservação do pavimento pélvico ou dos músculos do esfíncter externo.

Complementando a manometria, Maslekar¹⁵ realiza o teste do balão retal, que permite avaliar a sensibilidade retal, onde são obtidas três medidas: o limiar sensitivo retal (volume mínimo sentido no reto), a sensação de enchimento (o máximo de volume injetado no reto que gera a vontade urgente de defecar) e o volume máximo tolerável, permitindo uma determinação grosseira da complacência retal. A sensibilidade retal (primeira sensação) é de 20 a 40 ml; e o volume máximo é de 110 a 480 ml. Uma manometria normal ou com valores elevados associada a um limiar baixo ou sensibilidade aumentada retal sugere que a causa da incontinência está provavelmente no reto. Sensação anormal do reto pode apenas refletir propriedades viscoelásticas anormais em vez de distúrbio sensitivo.

Outros exames são: a defecografia, um exame radiográfico, com técnicas fluoroscópicas permite determinar alterações dinâmicas do pavimento pélvico, do reto e do canal anal durante a defecação, especialmente em doentes com prolapso retal oculto ou outras anormalidades. É útil para demonstrar prolapso em doentes suspeitos; a ressonância magnética (RM) define a anatomia do esfíncter anal externo, porém sua limitação está no custo elevado e o tempo necessário para efetuar o exame, bem como a pouca disponibilidade fora de centros especializados; a Eletromiografia (EMG,) técnica que identifica danos dos esfíncteres e os potenciais de deservação-reinervação que indicam neuropatia (miopáticos, neurogênicos) que deve ser efetuada quando suspeita de fraqueza neurogênica do esfíncter (envolvimento de raízes sagradas)²³.

A EMG de superfície continua a ter um papel importante na avaliação, através do biofeedback, pois permite avaliar a musculatura do Assoalho Pélvico, monitorando o tônus em repouso, a capacidade contrátil, a sustentação e outros padrões de atividade, mostrando-se efetivo na orientação da paciente a melhorar as contrações voluntárias dessa musculatura, favorecendo também o treino do relaxamento²⁶.

Após essa minuciosa avaliação o tratamento para IF deve iniciar conservadoramente através de orientação e in-

formação da disfunção, posteriormente modificação dos hábitos intestinais e alimentar. Recomenda-se começar a partir dos 4 anos, onde é considerada patológica, e a terapia de 1ª escolha deve ser o treino de “biofeedback” visando melhorar as funções de compressão voluntária do esfíncter anal, sensibilidade anorretal e treino de coordenação^{9,26-28}.

Segundo Santos²⁹, a maioria das mulheres são incapazes de realizar uma contração somente pela simples instrução verbal, por isso é importante um controle palpatório intravaginal e/ou intra-anal, por um fisioterapeuta, sendo um *biofeedback* importante para conscientização do MAP. Prado³⁰, afirma que a informação e a conscientização representam uma fase essencial na reeducação. Heymen⁴³ em seus estudos com IF, constatou que a partir de 5 sessão (de 1 a 12 sessões de biofeedback), traz sucesso para pacientes com incontinência anal.

Já Dolken e Becker⁵, associaram os exercícios do assoalho pélvico e *biofeedback* para pacientes com sintomas leves a moderados sem anormalidades subjacentes, porém não excluem a ineficácia do tratamento.

Heymen *et al.*²⁸ revisaram a literatura e realizaram uma meta-análise de dois protocolos terapêuticos utilizando o biofeedback visando a coordenação da musculatura do assoalho pélvico com a sensação de enchimento retal e treino de força da musculatura do assoalho pélvico em pacientes com IF, com resultados eficazes, no entanto acusa qualidade da investigação insuficiente.

Pescatori³¹ diz que o *biofeedback* não substitui opções cirúrgicas, no entanto pode melhorar os resultados cirúrgicos insatisfatórios de forma funcional, atuando como uma terapia coadjuvante.

Houve melhora significativa no tratamento com *biofeedback* de indivíduos com incontinência fecal cuja alteração esfíncteriana era decorrente de trauma obstétrico ou pós-hemorroidectomia²⁸

Outra conduta terapêutica, citada na literatura é a cinesioterapia, que compreende a realização de exercícios (de Kegel) objetivando recrutar a musculatura perineal para hipertonia do assoalho pélvico²⁹.

É utilizada com movimentos voluntários repetidos proporcionando aumento da força muscular, da resistência à fadiga, melhora da mobilidade, da flexibilidade e da coordenação muscular⁷.

E baseado neste preceito, a cinesioterapia tem sido indicada em casos de incontinência urinária e fecal, devido ao aumento do tônus das fibras musculares lentas ou tipo I (que constituem 70% do assoalho pélvico e que promovem sustentação e resistência na contração muscular) e das fibras musculares rápidas ou tipo II (os 30% restantes, que promovem contrações fortes e breves)³².

Há várias formas de aplicação da cinesioterapia, dentre elas o trabalho com a bola suíça para o MAP, que é um instrumento indispensável e intermediário ideal para os movimentos do treino funcional dessa musculatura³³.

Prado *et al.*³⁰ relata que 30% das mulheres não conseguem exercitar corretamente a musculatura do assoalho pélvico, necessitando intervenção, de profissionais capacitados, para a melhora proprioceptiva do MAP, associado ao rela-

xamento dos músculos abdominais, glúteos e adutores, na tentativa de evitar a contração conjunta.

A Fisioterapia também atua na IF com a eletroterapia através da estimulação percutânea do nervo tibial (corrente elétrica de baixa frequência ao nervo tibial posterior), realizada na pele, atrás do maléolo medial do tornozelo, onde as fibras aferentes transmitem os impulsos ao plexo nervoso sagrado, providenciando uma via de neuromodulação do reto e esfíncteres anais³⁴.

Quanto ao tratamento médico, o farmacológico tem se mostrado benéfico por diminuir a frequência das evacuações e firmar as fezes em pacientes com IF associada a fezes moles. A cirurgia deve ser considerada para os pacientes cuja condição não responda nem ao tratamento conservador (Fisioterapia – *biofeedback*/cinesioterapia – e farmacológico). As abordagens cirúrgicas para IF são os reparos do esfíncter, o implante de um esfíncter artificial e os procedimentos de transferência de músculo, neuromodulação e colostomia³⁵.

Considerações finais

A incontinência fecal constitui grave disfunção, atingindo o indivíduo nas dimensões físico, social e emocional, devendo, portanto, seu tratamento ser uma abordagem multidisciplinar. A intervenção fisioterapêutica é imprescindível nessa equipe, uma vez que objetiva a melhora da função anorretal.

A cinesioterapia do assoalho pélvico e *biofeedback*, aplicados no tratamento fisioterapêutico desses pacientes, estão consagradas na literatura com bons resultados. A neuromodulação através de eletroestimulação percutânea perissacral ou parassacral tem sido investigada com resultados aparentemente positivos, suscitando a necessidade de novos estudos com desenhos metodológicos específicos sobre este problema.

Notamos, neste estudo, que os autores enfatizam o entendimento e compreensão do problema, por parte do paciente, como parte fundamental para os resultados.

Foi considerado também que a presença de diabetes mellitus e cirurgias perineana tiveram relação com as queixas de incontinência fecal.

Novos estudos com melhor metodologia (protocolo tratamental), maior casuística e análise estatística devem ser realizados.

Referências

- Barbosa JMM. A avaliação da qualidade de vida e das estratégias de enfrentamento em idosos com incontinência fecal [dissertação]. Minas Gerais: Pós Graduação em Ciências da Reabilitação da Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional da Universidade Federal de Minas Gerais; 2006.
- Baracho E. Fisioterapia Aplicada à Obstetria, Uroginecologia e Aspectos de Mastologia. 4 ed. rev. amp. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007.
- Macmillan AK, Merrie AE, Marshall RJ, Parry BR. The prevalence of fecal incontinence in community-dwelling adults: a systematic review of the literature. *Dis Colon Rectum*. 2004;47(8):1341-9.
- Benninga MA. Comprometimento da qualidade de vida em crianças com distúrbios funcionais da defecação. *J. Pediatr*. 2006; 82(6).
- Amaro, J. L.; Haddad, J. M.; Trindade, J. C. S. et al. Reabilitação do assoalho pélvico nas disfunções urinárias e anorretais. São Paulo: Segmento Farma, 2005.
- Bharucha AE. Anorectal Manometry and Imaging Are Necessary in Patients with Fecal Incontinence. *Am J Gastroenterol* 2006;101:2679–2684.
- Leite J, Poças F. Tratamento da incontinência fecal. *Rev Port Coloproct*. 2010; 7(2): 68-72.
- Sociedade Paulista de Gastroenterologia Pediátrica e Nutrição (SPGPN), Boletim nº 4;1994.
- Maffei HVL, Moreira FL. Escape fecal na constipação intestinal de crianças: Aspectos clínicos. XIII Congresso Latinoamericano e IV Iberoamericano de Gastroenterologia Pediátrica y Nutrición, Puebla, México. *Ciencia e Investigación en Salud* 1998; 3:15.
- Santos CR de S, Santos VLCG. Prevalência da incontinência anal na população urbana de Pouso Alegre. *Rev. esc. enferm*. 2011; 45(1): 180-186.
- Gomes, G. V.; Silva, G. D. Incontinência urinária de esforço em mulheres pertencentes ao programa de saúde da família de dourados (MS). *Rev Assoc Med Bras* 2010; 56(6): 649-654.
- Bharucha Adil E, Wald Arnold M. Transtornos anorretais. *Arq. Gastroenterol*.2012; 49(Suppl 1): 51-60.
- Nelson R, Norton N, Cautley E, Furner S.. Community-Based Prevalence of Anal Incontinence. *JAMA*. 1995 Aug 16;274(7):559-61.
- Zaslavsky C, Jurach MT, Barros CP, Saute L, Carvalho ME, Alves R, et al. Epidemiologia da incontinência anal em população assistida em serviços de saúde de Porto Alegre/RS, Brasil. *Revista da AMRIGS*. 2012; 56 (4): 289-294.
- Maslekar S, Gardiner A, Maklin C, Duthie GS. Investigation and treatment of faecal incontinence. *Postgrad Med J*. 2006; 82(968): 363–371.
- Habr-Gama A, Jorge JMN. Etiopatogenia da Incontinência Anal In: Regadas FSP, Regadas SMM. *Distúrbios Funcionais do Assoalho Pélvico. Atlas de Ultrasonografia Anorretal Bi e Tridimensional*. Rio de Janeiro: Revinter, 2007.
- Longstreth GF, Thompson WG, Chey WD, Houghton LA, Mearin F, Spiller RC. Functional bowel disorder. *Gastroenterology*. 2006 Apr;130(5):1480-91.
- Vergara A M. Teresa, Suárez M Juan, Orellana G Hernán, Cofré L Pamela, Germain P Fernando, Stanley E William et al. Incontinencia fecal del adulto. *Rev Chil Cir*. 2011; 63(3): 320-326.
- Santos Jr JC. Prolapso do Reto; Aspectos Clínicos e Cirúrgicos. *Rev bras Coloproct*, 2005;25(3): 272-278.
- Cesar MAPI, Leite JM, Muniz RCC, Ortiz JA. Distúrbios evacuatórios em primigestas após parto normal: estudo clínico. *Rev bras. colo-proctol*. 2011; 31(2): 126-130.
- Ferreira MC, Braz TP, Machado AMO, Ribeiro GI, Andrade RCP de. Correlação entre a incompetência esfíncteriana anal e a prática de sexo anal em homossexuais do sexo masculino. *Rev bras. colo-proctol*. 2010; 30(1): 55-60.
- Abrams P, Andersson KE, Birder L, Brubaker L, Cardozo L, Chapple C, et al. Fourth International Consultation on Incontinence- Recommendations of the International Scientific Committee: Evaluation and treatment of urinary incontinence, pelvic organ prolapse, and fecal incontinence. *Neurourol Urodyn*. 2010; 29(1): 213-240.
- Ribeiro FSL. Incontinência fecal: abordagem passo a passo. Dissertação de Mestrado Integrado em Medicina. Artigo de Revisão Bibliográfica 2013
- Uchôa SMM, Matos M. Técnicas de reeducação anorretal. In: Amaro JL, Haddad JM, Trindade JCS, et al. *Reabilitação do assoalho pélvico nas disfunções urinárias e anorretais*. São Paulo: Segmento Farma, 2005. 312 – 327.
- Rao S. Diagnosis and Management of Fecal incontinence. *Am J Gastroenterol*. 2004; 99 (8):1585-604.
- Moreno, A. L. Fisioterapia na Uroginecologia. São Paulo: Manole, 2007.
- Borda L, Kcam E, Ortiz BEA. Tratamiento de la incontinencia fecal severa con esfínter artificial. Reporte de dos casos. *Rev. gastroenterol*. 2015; 35(3): 258-261.
- Heymen S, Jones KR, Ringel Y, Scarlett Y, Whitehead WE.. Biofeedback Treatment of Fecal Incontinence. *Dis Colon Rectum*. 2001;44(5):728-36.
- Santos V. Reeducação do Pavimento Pélvico. 2004. Disponível em: *Distúrbios Funcionais do Assoalho Pélvico. Atlas de Ultra-sonografia Anorretal Bi e Tridimensional*. Rio de Janeiro: Revinter, 2007.
- Prado FC. et al. *Atualização Terapêutica*. 21ed. São Paulo: Artes Médicas, 2003.
- Pescatori, M. *Prevention end Treatment of Complications in Proctological Surgery*. Springer, 2003.
- Barbosa JMM, Marques LM. Incontinência Anal. In: Baracho E. *Fisioterapia aplicada à Obstetria*. Rio de Janeiro: Medsi; 2002
- Nolasco J, Martins L, Berquo M, Sandoval RA. Atuação da Cinesioterapia no Fortalecimento Muscular do Assoalho Pélvico Feminino: Revisão Bibliográfica. [http://www.efdeportes.com/Revista Digital-Buenos Aires – Ano 12-N117- Febrero 2008](http://www.efdeportes.com/Revista%20Digital-Buenos%20Aires-%20Ano%2012-N117-Febrero%202008).
- Guccione A. *Fisioterapia geriátrica*. 2ªed. Rio de Janeiro: editora Guanabara Koogan, 2002.
- Toglia MR. Avaliação da Disfunção Colorretal. In: Ostergard DR et al. *Uroginecologia e Disfunções do Assoalho Pélvico*. 5ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.