Entrevista motivacional no tratamento dos pacientes com incontinência anal

Motivational interview in the treatment of patients with anal incontinence

Carlos Zaslavsky[1], Rosângela Gemignani Loureiro[2], Márcia Teresinha Jurach[3], Vanessa Menezes[4], Gicelaine Jacobsen Albrecht[5], Tatiane Gomes de Araújo[5], Ana Tereza Mendes Giovannini[6]

RESUMO

Introdução: Incontinência anal (IA) é a perda involuntária de fezes e gases. Os pacientes isolam-se e não procuram tratamento. A entrevista motivacional é utilizada para desenvolver o comprometimento dos pacientes crônicos com o tratamento. O objetivo deste estudo é avaliar se a entrevista motivacional pode ser utilizada no tratamento dos pacientes com IA. **Métodos:** Participaram deste estudo transversal pacientes consecutivos com incontinência anal, acima de 12 anos de idade, que consultaram no Ambulatório do Assoalho Pélvico e Continências do HMIPV/ Porto Alegre, Brasil. Os pacientes do Grupo 1, além do tratamento convencional, foram submetidos a três entrevistas motivacionais. Os pacientes do Grupo 2 somente realizaram o tratamento convencional. **Resultados:** De junho/2012 até janeiro/2013, foram atendidas dezenove mulheres com incontinência anal. Onze formaram o Grupo 1 e oito, o Grupo 2. As médias de idades dos dois grupos foram semelhantes (p=0,328). Não houve diferença significativa entre os dois grupos quanto às médias do número de consultas médicas (p=0,70). Os pacientes submetidos à consulta motivacional (Grupo 1) apresentaram uma melhora clínica significativa em relação ao Grupo 2 (OR de 10,0, IC OR,95%= [1.16;86,3]). Os índices médios de Continência do Grupo 1, antes e após o tratamento, foram significativamente diferentes (p>0,0001), enquanto no Grupo 2, não houve melhora significativa entre os índices (p=0,514). **Conclusão:** Os achados sugerem que a entrevista motivacional pode ser uma abordagem eficaz para aumentar o comprometimento dos pacientes com incontinência anal ao tratamento.

UNITERMOS: Entrevista Motivacional, Incontinência Anal.

ABSTRACT

Introduction: *Anal incontinence (AI) is the involuntary loss of feces and gases. Patients isolate themselves and do not seek treatment. Motivational interviewing is used to develop the commitment of patients with chronic treatment. The aim of this study is to evaluate whether motivational interviewing can be used in the treatment of patients with AI.* ***Methods:*** *In this cross-sectional study, the participants were consecutive patients with anal incontinence, above 12 years of age, who attended the outpatient clinic of Pelvic Floor and Continences of the HMIPV/Porto Alegre, Brazil. Patients in Group 1, in addition to conventional treatment, underwent three motivational interviews. Patients in Group 2 underwent only conventional treatment.* ***Results:*** *From June/2012 to January/2013, nineteen women with anal incontinence were attended to. Eleven of these formed Group 1 and eight Group 2. The mean ages of the two groups were similar (p = 0.328). There was no significant difference between the two groups regarding mean number of physician visits (p = .70). Patients undergoing motivational consultation (Group 1) showed a significant clinical improvement as compared to Group 2 (OR 10.0, OR CI 95% = [1:16; 86.3]). The mean rates of continence in Group 1 before and after treatment were significantly different (p> 0.0001), while in Group 2 there was no significant improvement between the rates (p = 0.514).* ***Conclusion:*** *The findings suggest that motivational interviewing can be an effective approach to increase the involvement of anal incontinence patients with treatment.*

KEYWORDS: Motivational Interview, Anal Incontinence.

[1] Pesquisador Responsável. Mestre e Doutor em Gastroenterologia/UFRGS.
[2] Psicóloga Pesquisadora do Ambulatório do Assoalho Pélvico e Continências do Hospital Materno Infantil Presidente Vargas (HMIPV).
[3] Proctologista do HMIPV.
[4] Fisioterapeuta Pesquisadora do Ambulatório do Assoalho Pélvico e Continências do HMIPV.
[5] Fisioterapeuta do HMIPV.
[6] Nutricionista do HMIPV.

INTRODUÇÃO

As pessoas com incontinência anal (IA) geralmente não procuram atenção profissional, escondem o problema de suas famílias e de seus médicos, com piora da qualidade de vida (1). Convivem com a incontinência, e 51% esperam até 05 anos para dizer ao seu médico, alegando que os profissionais não têm interesse em saber (2). A perda do controle voluntário na eliminação de fezes causa desgaste psicológico, baixa autoestima, leva ao isolamento e a crises de depressão (3). É descrita como "o sintoma não dito" (4) e "a aflição silenciosa" (5). Em 2010, ainda se perguntava na literatura internacional: "Por que tratamos tão mal a incontinência?" (6).

A real prevalência da incontinência anal pode ser subestimada, em função do constrangimento que o sintoma causa (7, 8). Os dados da sua prevalência, na literatura internacional, mesmo em países de baixa e média renda, mostram índices que vão de 1,9% a 20% na população (9, 10). Zaslavsky e colaboradores (11) evidenciaram 3,9% em população assistida em serviços de saúde de Porto Alegre/RS, Brasil. Em 60% dessas pessoas, havia interferência significativa na qualidade de suas vidas.

O conhecimento científico sobre a adesão/não adesão ao tratamento dos problemas crônicos evoluiu muito pouco (12). Não há estudo brasileiro para aumentar a adesão dos pacientes com incontinência anal ao tratamento. Em termos internacionais, é necessário estabelecer estratégias para esta finalidade (2). A entrevista motivacional é uma abordagem criada para ajudar o paciente a desenvolver um comprometimento no seu tratamento. Aumenta a probabilidade de que inicie, dê continuidade e permaneça em um processo de mudança específico (13). A entrevista motivacional tem sido utilizada para aumentar a adesão ao tratamento em alcoolistas (14, 15), pacientes com problemas psicológicos (16), jovens alcoolistas (17), usuários de drogas (18), adolescentes usuários de drogas (19), tabagistas (20), grupos de alcoolistas (21), diabetes tipo 2 (22) e transtornos alimentares (23). Na literatura, nada foi encontrado sobre o emprego da entrevista motivacional em pacientes com incontinência anal. O objetivo do presente estudo foi a utilização da entrevista motivacional na incontinência anal, para aumentar a adesão dos pacientes ao tratamento.

MÉTODOS

A incontinência anal foi definida como a perda involuntária de fezes sólidas, líquidas ou gases (24). No Hospital Materno Infantil Presidente Vargas (HMIPV), os pacientes com incontinência anal são avaliados inicialmente pela proctologista (MTJ) e, quando indicado tratamento clínico, encaminhados ao gastroenterologista (CZ). Participaram do presente estudo transversal os pacientes consecutivos com incontinência anal, acima de 12 anos de idade, selecionados de forma intercalada para os Grupos 1 e 2, que consultaram no Ambulatório do Assoalho Pélvico e Continências do HMIPV. Após avaliação médica, os pacientes eram encaminhados para três entrevistas motivacionais individuais (Grupo 1), com duração de 01 hora, a cada 15/15 dias. As entrevistas foram desenvolvidas (Quadro 1) pela psicóloga (RGL), com 15 anos de experiência na motivação dos pacientes com dependência química. Foram denominados de Grupo 2 os pacientes com IA que não realizaram a entrevista motivacional. Os pacientes dos dois grupos foram submetidos à mesma rotina de consulta médica, nutricional e fisioterapêutica. Para medir a gravidade da incontinência, foi utilizado o índice pela Escala de Graduação da Continência de Wexner (25). Esta medida objetiva vai de zero, que significa saúde perfeita, até 20, evidenciando incontinência completa. Considerou-se melhora da incontinência a evolução clínica relatada pelos pacientes e os índices, antes e depois do tratamento. Todos os pacientes deram o Consentimento Informado para participar das entrevistas. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do HMIPV, com o seguinte número CAAE/CONEP: 01321212.8.0000.5329.

Análise Estatística

Os dados foram descritos em uma planilha eletrônica Microsoft Excel 2010, e a análise dos dados foi realizada com software R 3.0.0 (R CORE TEAM- 2013). Todos os dados foram considerados significativos, assumindo nível de significância (alfa) de 5%. Para variáveis categóricas, foi utilizado o *odds ratio (OR)* com intervalo de confiança de 95%, apresentando o Limite Inferior (LI) e o Limite Superior (LS) na forma [LI;LS]. As médias foram comparadas pelos testes t de Student para amostras independentes e o teste t para amostras pareadas. Os resultados são apresentados na forma média ± erro padrão.

RESULTADOS

No período de junho/2012 até janeiro/2013 foram atendidas, para tratamento clínico, dezenove mulheres com incontinência anal. Onze foram encaminhadas con-

Quadro 1 – Desenvolvimento da entrevista motivacional nos pacientes do Grupo 1.

1ª entrevista
• Apresentação, pela psicóloga, dos objetivos dos encontros.
• Revisão da história clínica da paciente na incontinência anal.
• Reflexão da sua qualidade de vida.
2ª entrevista
• Repercussão da 1ª entrevista.
• Abordagem da incontinência anal nas questões da vida pessoal.
• Avaliação das ambivalências com relação à melhora.
3ª entrevista
• Valorização do comprometimento pessoal nos objetivos do tratamento.
• Apoio à autoeficácia do paciente.
• Retorno ao médico e/ou ao setor de psicologia.

secutivamente para entrevista motivacional (Grupo 1). O Grupo 2 foi constituído por oito mulheres não submetidas à entrevista. Nos Quadros 2 e 3, estão descritos os sumários de uma paciente de cada grupo. A Tabela 1 apresenta as médias de idades para os grupos com e sem entrevista motivacional. Pelo teste t apropriado, não houve diferença significativa entre os grupos (p=0,329).

Os pacientes do Grupo 1 realizaram 5,3±0,95 consultas médicas durante o tratamento e os do Grupo 2, 4,8± 0,32. O teste t mostrou p=0,70, sugerindo que não houve diferença significativa entre os dois grupos quanto às médias do número de consultas médicas. No cruzamento entre consulta motivacional e melhora clínica, foi encontrada uma significativa melhora nos pacientes do Grupo 1 com OR de 10,0, IC OR,95%= [1.16;86,3]. A Tabela 2 sugere que, no Grupo 1, os índices de continência são significativamente diferentes antes e após o tratamento (p≤0,0001). No Grupo 2, a Tabela 3 indica que não houve melhora significativa entre os índices médios, antes e após o tratamento (p=0,0514). Quatro pacientes do Grupo 2 abandonaram o tratamento para as quais foi considerado o mesmo índice de continência, antes e depois do tratamento.

DISCUSSÃO

Incontinência anal é um sintoma que compromete a qualidade de vida das pessoas e somente uma pequena parcela procura tratamento (4, 5). Aqueles que buscam melhoram bastante (26). Para todos os pacientes com IA, independentemente da etiologia, deve ser oferecido tratamento (27, 28). A escolha inicial é o tratamento clínico, com recomendações dietéticas, uso de drogas antiperistálticas, exercícios para o assoalho pélvico e biofeedback (1, 2). As indicações mais invasivas, ou cirúrgicas, seriam para as situações refratárias ao tratamento clínico (29). Estima-se que o tratamento clínico interdisciplinar diminuirá a intensidade da IA na maioria dos pacientes (30). Um aspecto relevante que determinará a resposta ao tratamento é a interação do paciente com o seu terapeuta, independentemente dos aspectos tecnológicos das medidas utilizadas (31, 32). Além disso, o estímulo dos profissionais e a motivação do paciente incontinente influenciarão na sua evolução (33, 34). Estes são fatores determinantes na adesão ao tratamento, porque até 50% dos pacientes com disfunção do assoalho pélvico, incluindo IA, não o completam (35). A entrevista motivacional é um tratamento consolidado para pacientes com transtornos relacionados ao uso de substâncias, sendo também utilizada em outros problemas clínicos (16). O presente estudo é o primeiro que utiliza a entrevista motivacional nos pacientes com incontinência anal. No Grupo 1, submetidos à entrevista motivacional, a melhora na evolução clínica foi significativa (OR=10,0) em relação ao Grupo 2, que não foram submetidos ao procedimento. No Grupo 2, houve quatro abandonos em oito pacientes e nenhum abandono no Grupo 1. Esta melhora e esta resposta ao tratamento não podem ser atribuídas às consultas médicas, porque não houve diferença significativa nas médias de consultas médicas entre os 02 grupos (p=0,70). Na ausência de estudos da entrevista motivacional na incontinência anal, os resultados serão comparados com os de outras situações clínicas, onde a entrevista motivacional tem sido utilizada. Wade e colaboradores (23), em estudo de pacientes com anorexia nervosa, com metodologia semelhante à do presente estudo, evidenciaram sete abandonos em 25 pacientes sem entrevista motivacional e somente 1/22 que foram submetidas à entrevista motivacional. No diabetes tipo 2, em estudo randomizado, os pacientes com entrevista motivacional tiveram significativa melhora, inclusive nos níveis de glicemia, em relação ao grupo controle (22). Em alcoolistas, utilizando a entrevista motivacional, testando com tratamento usual, observou-se uma melhora significativa nos pacientes submetidos à entrevista motivacional (14). No presente estudo, os pacientes do Grupo 1 apresentaram escores de continência (25) significativamente diferentes antes e após o tratamento. Os do Grupo 2 não apresentaram melhora. Meyer e co-

Tabela 1 – Médias de idade (anos) dos grupos com e sem consulta motivacional.

Consulta motivacional	Idade		
	Média	Erro	padrão p
Sim	57,6	5,94	
Não	46,3	9,50	0,329
Geral	52,8	23,02	

Tabela 2 – Escala de Graduação da Continência de Wexner antes e depois do tratamento para Grupo 1.

Índice	n	Média	Média	Erro Padrão	t	gl	p
Antes	11	11.5	-8.0	0,31	-14.832	10	<0,0001
Depois	11	3.5		0,68			

Tabela 3 – Escala de Graduação da Continência de Wexner antes e depois do tratamento para Grupo 2.

Índice	n	Média	Média	Desvio-Padrão	t	gl	p
Antes	8	12.1	-4.5	0.13	-2.346	7	0.0514
Depois	8	7.6		1,96			

Quadro 2 – Resumo de paciente do Grupo 1.

Frida, 56 anos de idade, apresenta incontinência anal, com algumas tentativas para solucionar o problema, sem sucesso. Sente-se constrangida em falar no assunto e nem o marido sabe do seu problema. Não gosta de fazer os exercícios prescritos pela equipe, para incontinência anal. Ao ser questionada sobre a motivação em seguir o tratamento, fala da preocupação em ficar bem para ajudar os filhos e que o marido não tenha "nojo" dela. Na última entrevista, retornou com mudanças positivas na aparência, alegre e otimista com o tratamento. Reconhece a melhora gradativa e entende a importância em seguir o tratamento. Despede-se, agradecendo a atenção da equipe.

Quadro 3 – Resumo de paciente do Grupo 2.

Joana, 62 anos de idade, na primeira consulta clínica, disse: "Não sei o que estou fazendo aqui!" Tem história de 02 anos de perda de fezes, com uso de forros para sair, estando sempre suja (*sic*). Nunca procurou tratamento. Além da orientação clínica, foi-lhe entregue o diário de evacuações, para trazer na próxima consulta. Retornou com a descrição de perdas fecais diárias. Foi-lhe prescrita fisioterapia, orientação nutricional e retorno em 15 dias. Não compareceu mais às consultas médicas. A fisioterapeuta, em uma consulta, descreveu: "abandonou o tratamento" e "não aderiu ao tratamento".

laboradores (36), em estudo randomizado, em pacientes adultos com transtorno obsessivo compulsivo, sugerem que aqueles que são submetidos à entrevista motivacional, além do tratamento usual, têm escores significativamente menores nos sintomas da doença, após o tratamento, em relação ao grupo controle. Em estudo não randomizado com alcoolistas, com medidas de consumo e tempo de abstinência, antes e após entrevista motivacional em grupo, os participantes diminuíram os dias de consumo e a quantidade de álcool consumida, quando avaliados após a entrevista (21). A entrevista motivacional foi moldada para influenciar positivamente nos tratamentos, aumentando o comprometimento do paciente (16). O presente estudo randomizado é o primeiro a utilizar a entrevista motivacional no tratamento da incontinência anal. Os resultados, assim como nas outras situações descritas, sugerem que a entrevista motivacional pode ser um método efetivo no tratamento dos pacientes com incontinência anal. Nas doenças crônicas, com pouca adesão ao tratamento, em geral os médicos se perguntam: "Por que os pacientes não fazem o que é bom para eles? A entrevista motivacional pode ser um bom reforço para aumentar o compromisso do paciente com a mudança" (37). Os pacientes com incontinência anal necessitam ser motivados para o tratamento clínico, que os beneficiará na maioria das situações (30, 31).

CONCLUSÕES

A incontinência anal é uma situação grave, a pessoa isola-se e deprime-se, não procura tratamento, mesmo sendo uma condição com potencial de recuperação (1). Na maioria das vezes, não falam aos seus médicos e estes não perguntam (2). A entrevista motivacional, como método para agregar o paciente ao tratamento e ao seu desfecho, tem se mostrado aplicável para vários problemas clínicos (16, 38, 39). Os resultados do presente estudo sugerem que a entrevista motivacional teve um efeito positivo no tratamento destes pacientes. Partindo-se do princípio que, para todos os pacientes com incontinência anal devem ser oferecidos tratamentos específicos (27), os autores do presente estudo acreditam que a entrevista motivacional possa ser um precioso auxílio neste tratamento. Esta conduta, além de mobilizar o paciente, valoriza o aspecto mais importante no tratamento das pessoas com distúrbio evacuatório, a interação com seu terapeuta (32, 40). Esta é a primeira descrição na literatura do uso da entrevista motivacional em pacientes com incontinência anal. Futuros estudos são necessários para avaliar os benefícios desta conduta terapêutica no tratamento da incontinência anal.

REFERÊNCIAS

1. Landefeld S, Bowers BJ, Feld AD, Hartman KE, Hoffman E, Ingber MJ, King JT, McDougal S, Nelson H, Orav EJ, Pignone M, Richardson LH, Rohrbaugh RM, Siebens HC, Trock BJ. NIH State of the Science Conference Statement: prevention of fecal and urine incontinence adults. Annals of Internal Medicine 2008; 148: 449-460.
2. Delgado-Aros S, Silveira SR, Sala M, Olivan R, Sanchez IL, Galitó JM ET alli. Characteristics of primary care processes for the treatment of faecal incontinence in AM urbamárea. Colorectal Diseases 2010 October 19.
3. Miner Jr PB. Economic and personal impact of fecal and urinary incontinence. Gastroenterology 2004; 126:S8-S13.
4. Leigh RJ, Turnberg LA. Faecal incontinence: the unvoiced symptom. Lancet 1982; 1: 1349-1351.
5. Johanson JF, Lafferty J. Epidemiology of fecal incontinence: the silent affliction. The American Journal of Gastroenterology 1996;91:33-36.
6. McClurg D. Why are we doing so badly in treating incontinence? Nursing Times 2010;106:21-27.
7. Pares D, Pera M, Cartanyá A, Delgado-Aros S, De Miguel M, Ortiz H, Grande L. Resultados de una encuesta nacional dirigida a especialistas sobre la evaluacion clinica de pacientes com incontinencia fecal. Cirurgia Española 2009;86:154-8.
8. Whitehead WE, Borrud L, Goode PS, Meikleph S, Mueller ER, Tuteja A, Weidner A, Weinstein M. Fecal incontinence in U.S. adults: epidemiology and risk factors. Gastroenterology 2009;137:512-7.
9. Nelson RL. Epidemiology of fecal incontinence. Gastroenterology 2004; 126: S3-S7.
10. Walker GJA, Gunasekera P. Pelvic organ prolapse and incontinence in developing countries:review of prevalence and risk factors. International Urogynecology Journal 2010; 09 July.
11. Zaslavsky C, Jurach MT, Barros CP, Saute L, Carvalho ME, Reis R, Link C, Veiga JS, Garcia C. Epidemiologia da incontinência anal em população assistida em serviços de saúde de Porto Alegre/RS, Brasil. Revista da AMRIGS 2012; 56 (4): 289- 294.
12. Reiners, A.A. O; Azevedo R.C.S; Vieira, M.A, Gawlinski, RCS. Produção bibliográfica sobre adesão/não adesão de pessoas ao tratamento de saúde. Ciência e Saúde Coletiva 2008;13 (2):2299-2306.
13. Miller,W.R e Rollnick,S. Entrevista Motivacional: preparando as pessoas para a mudança de comportamento adictivos, 2ª Edição. Porto Alegre, Artmed Editora, 2007.
14. Nyamathi A, Shoptaw S, Cohen A, Greengold B, Nyamathi K et alli. Effect of motivational interviewing on reduction of alcohol use. Drul Alcohol Dependence 2010;107 (1):23-30.
15. Klimas J, Field CA, Cullen W, O Gorman CS, Glynn LG et alli. Psychosocial interventions to reduce alcohol consumption in concur-

rent problem alchol and illicit drug users.Cochrane database System review2012;14:11.
16. Arkowitz H, Miller WR ,Westra HA, , Rollnick S. Entrevista motivacional no tratamento de problemas psicológicos – conclusões e tendências. In: Arkowitz H, Westra HA, Miller WR, Rollnick S. Entrevista Motivacional no tratamento dos problemas psicológicos. 1ª Edição, São Paulo: Editora Roca; 2011, 269-284.
17. Flórez-Alarcón, Luis; Castellanos-Morales, Carol A. Rev. Efectos de la entrevista motivacional sobre la motivacion autónoma en jóvenes consumidores de alcohol. Salud Publica (Bogota); 14(supl.2):69-85, jun.2012.
18. Torres Carvajal, Germán Alexánder. La entrevista motivacional en adicciones. Revista Colombiana de Psiquiatria 2010; 39(Supl): 171S--187S.
19. Oliveira, MS, Szupszynski, KDR, DiClemente, Estudo dos estágios motivacionais no tratamento de adolescentes usuários de substâncias psicoativas ilícitas. C. Psico(Porto Alegre) 2010; 41(1): 40-46.
20. Melo WM, Oliveira MS, Araújo RB, Pedroso RS. Entrevista motivacional em tabagistas: uma revisão teórica. Revista Psiquiatria RS 2008; 30(1Supl)..
21. Jaeger A, Oliveira MS, Freire SD. Entrevista motivacional em grupo com alcoolistas. Temasem Psicologia-2008, Vol.16,nº1, 97-106.
22. Chen MS, Ceedy D, Lin HS, Wollin J. Effects of motivational interviewing on self-management, psychological and glycemic outcomes in type 2 diabetes: randomized controlled trial. International Journal of Nursing Studies 2012;49:637-644.
23. Wade TD, Frayne A, Edwards SA, Robertson T, Gilchrist P. Motivational Change in an inpatient anorexia nervosa population and implications for treatment. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry 2009;43:235-243.
24. Abrams P, Andreson KE, Brubaker BL, Cardozo L, Cottenden A ET alli. Fourth International consultation on incontinence recommendations of the International Scientific Committee: evaluation and treatment of urinary incontinence, pelvic organ prolapsed and fecal incontinence. Neurourology and Urodynamics 2010;29:213-240.
25. Jorge JMN, Wexner SD. Etiology and management of fecal incontinence. Dis Col Rectum 1993;36: 78- 97.
26. Halland M, Talley NJ. Fecal incontinence: mechanisms and management. Current Opinion in Gastroenterology 2012;28:1-6.
27. Perry S, Asassa PR, Wiliams K, Smith NKG, Castleden CM. Author overestimated need in community population with faecal incontinence. British Medical Journal 1998;317:415.
28. Chipps T. Using behavioural methods to manage faecal incontinence.British Medical Nursing 2011; 20:1172-1178.
29. Leite J, Poças. Tratamento da incontinência fecal. Revista Portuguesa de Proctologia 2010; 7:68-72.
30. Kamm MA. Faecal incontinence. British Medical Journal 1998;316:528-532.
31. Norton C. Behavioral management of fecal incontinence in adults. Gastroenterology 2004;126:S64-S70.
32. Norton C, Chelvanayagam S, Wilson-Barnett J, Redfern S, Kamm MA. Randomized Controlled trial of biofeedback for fecal incontinence. Gastroenterology 2003;125:1320-1329.
33. Bols E, Hendriks, de Bie R, Caeten C, Berghmans B. Predictors of favorable outcome of physiotherapy in fecal incontinence:secondary analysis of a randomized Trial. Neurourology and Urodynamics 2012; 31 (7):1156-1160.
34. Haakstaad LAH, Voldner N, Bø K. Stages of change model for participation in physical activity during pregnancy. Journal of Pregnancy 2013;2013:1-7.
35. Tibaek S, Dehlendorff C. Do women with pelvic floor dysfunction referre by gynaecologists and urologists at hospital complete a pelvic floor muscle training programme? A retrospective study, 1992-2008. International Urogynecology Journal 2013; January 5.
36. Meyer E, Shavitt RG, Heldt E, Souza FP, Knapp P. Adding motivational interviewing and thought mapping to cognitive-behavioural group therapy: results from randomized clinical trial. Revista Brasileira de Psiquiatria 2010;32:20-27.
37. Zuckoff A. "Why won't my patients do what's good for them?". Surgery for Obesity and Related Diseases 2012; 8: 514-521.
38. Sales, Cristiane Martins Baía. Revisão de literatura sobre aplicação da entrevista motivacional breve em usuários nocivos e dependentes de álcool. Psicol. Estud 2009; 14(2): 333-340.
39. MacDonald P, Hibbs R, Corfield F, Treasure J. The use of motivational interviewing in eating disorders. Psychyatry Research 2012; 200:1-11.
40. Basilisco G, Coletta M. Chronic constipation. Digestive Liver Diseases 2013;13:1-8.

✉ Endereço para correspondência
Carlos Zaslavsky
Av. Independência, 128/42
90.035-070 – Porto Alegre, RS – Brasil
☎ (51) 3226-7936 / (51) 3392-6557
carlos@clinicavisceral.com.br
Recebido: 10/6/2013 – Aprovado: 16/7/2013