Incontinência anal: tratamento clínico em serviço de saúde pública de Porto Alegre, Brasil

Fecal incontinence: clinical treatment in public health service of Porto Alegre, Brazil

Carlos Zaslavsky[1], Marcia Teresinha Jurach[2], Ana Lucia Coronel[3]

RESUMO

Introdução: Incontinência anal (IA) é a perda involuntária de fezes. Os pacientes isolam-se e não há interesse formal em atendê-los. A escolha inicial é o tratamento clínico e a maioria dos pacientes com IA melhora com estas medidas simples. O objetivo deste estudo é descrever experiência brasileira, de um serviço assistencial público, para tratamento clínico da IA. **Métodos:** É um estudo longitudinal, retrospectivo, desenvolvido no Ambulatório do HMIPV/Porto Alegre, no período de novembro/2011 a abril/2014, com pacientes consecutivos, acima de 12 anos de idade, primeiramente avaliados por coloproctologista e encaminhados ao gastroenterologista para tratamento clínico. Todos foram submetidos à mesma rotina de consulta médica e tratamento clínico. Foi utilizado o Índice da Escala de Graduação da Continência de Wexner, para medida objetiva da resposta ao tratamento e autoavaliação, ambas na primeira consulta e na última. **Resultados:** De novembro/2011 até abril/2014 foram atendidos, para tratamento clínico, quarenta e dois pacientes, com idade média de 59,0 anos e 39 (92,9%) do sexo feminino. Na última consulta 34 (80,9%) se consideraram melhores, seis (14,3%) não melhoraram (P<0,001). O Índice da Escala de Graduação da Continência de Wexner foi diferente na última consulta entre os dois grupos (P<0,001). Vinte e seis (61,9%) apresentavam incontinência urinária associada. **Conclusão:** O tratamento clínico inicial foi efetivo neste grupo de pacientes com IA. É a primeira descrição brasileira de tratamento clínico. Os autores sugerem a realização de mais experiências, para continuar avaliando estas medidas simples de tratamento, aprovadas internacionalmente.

UNITERMOS: Tratamento Clínico, Incontinência Anal.

ABSTRACT

Introduction: *Fecal incontinence (FI) is the involuntary loss of stool. Patients isolate themselves and there is no formal interest in serving them. The first choice is clinical treatment and most patients with FI improve with these simple steps. The aim of this study is to describe the Brazilian experience in a public welfare service for clinical treatment of FI.* ***Methods:*** *This is a longitudinal retrospective study conducted at the outpatient unit of HMIPV/Porto Alegre from Nov 2011 to Apr 2014 of consecutive patients above 12 years of age, first evaluated by a coloproctologist and then referred to a gastroenterologist for clinical treatment. All of the patients underwent the same routine medical consultation and clinical treatment. The Wexner Fecal Incontinence Score was used to objectively measure response to treatment and self-assessment, at both the first and the last visit.* ***Results:*** *In the studied period 42 patients – mean age of 59.0 years and 39 (92.9%) females – were clinically treated for FI. At the last visit 34 (80.9%) reported to have improved and 6 (14.3%) showed no improvement (P<0.001). Wexner Fecal Incontinence Scores were different at the last visit across the two groups (P<0.001). Twenty-six (61.9%) patients had associated urinary incontinence.* ***Conclusion:*** *The initial clinical treatment was effective in this group of patients with FI. This is the first Brazilian description of clinical treatment. Further studies should be conducted to evaluate these simple, internationally approved treatment measures.*

KEYWORDS: Fecal Incontinence, Encopresis, Clinical Treatment.

[1] Pesquisador Responsável, Mestre e Doutor em Gastroenterologia pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).
[2] Mestrado em Cirurgia na UFRGS. Proctologista do Hospital Materno-Infantil Presidente Vargas (HMIPV).
[3] Proctologista do HMIPV.

INTRODUÇÃO

A incontinência anal (IA) é conceituada como a perda involuntária de fezes ou gases, em local inadequado e em qualquer faixa etária, após a obtenção do controle esfincteriano (1). Os dados internacionais de prevalência da incontinência anal mostram índices que vão de 1,9% até 21,3% da população, aumentando com o aumento da idade (2). Em Porto Alegre (Brasil), foi evidenciada uma prevalência de IA de 3,9% na população atendida em Serviço de Saúde (3). A incontinência anal é uma situação não letal, causadora de constrangimento e isolamento social, mais frequente do que os médicos e a população leiga pensam (4). A maioria dos portadores não procura atenção profissional e esconde o problema de suas famílias e de seus médicos (5). É denominada de "aflição silenciosa" (6). A incontinência anal é descrita como uma situação em que os pacientes que buscam o tratamento melhoram bastante (7) e para os quais, independentemente da etiologia, deve ser oferecido tratamento (8). A escolha inicial é o tratamento clínico: orientação sobre a incontinência, exercícios para reforço do assoalho pélvico, dietas, drogas e apoio psicológico, denominadas na literatura como condutas conservadoras (8,9,10). A maioria dos pacientes com incontinência anal melhora com estas medidas clínicas, associadas com a boa relação com o terapeuta (11,12,13). No Brasil, os autores não encontraram descrição de tratamento clínico aos pacientes com incontinência anal. O objetivo do presente estudo é valorizar a importância do atendimento dos pacientes com incontinência anal como uma situação pessoal, de saúde pública e descrever a resposta ao seu tratamento clínico inicial.

MÉTODOS

Incontinência anal foi definida, conforme o conceito da *International Continence Society* (1), como qualquer perda involuntária de fezes sólidas, líquidas ou gases nas últimas quatro semanas. Este é um estudo longitudinal, retrospectivo. Foi desenvolvido no Ambulatório do HMIPV/Porto Alegre, no período de novembro de 2011 a abril/2014. Os pacientes foram consecutivos, acima de 12 anos de idade, primeiramente avaliados pelas coloproctologistas (AC; MTJ) e encaminhados ao gastroenterologista (CZ) para tratamento clínico. Os pacientes estudados não portavam neoplasia nem cirurgia prévia anorretal ou de cólon, evidência clínica de lesão anatômica anal ou de doença de sistema nervoso central. Quatro pacientes realizaram estudo fisiológico anorretal. Este estudo e os de imagem estão indicados para pacientes que não respondem ao tratamento clínico inicial, conforme orientações do Colégio Americano de Gastroenterologia de 2014 (22) Todos foram submetidos à mesma rotina de consulta médica: diário de evacuações (14,15,16) (Figura 1) levado para o domicílio; realização de exercícios (Figura 2) orientados na consulta e realizados em casa (11,12,13). Os pacientes com fezes líquidas eram estimulados a ingerir mais fibras (7,10,12), conforme tolerância, sem quantidades rígidas. Quanto às medicações, foram prescritos loperamide, na presença de urgência, ou derivado do *psyllium*, para aumentar a consistência do bolo fecal (17). A coleta de dados foi realizada através de revisão de prontuários dos pacientes com incontinência anal. Para a medida da intensidade dos sintomas, utilizou-se o Índice da Escala de Graduação da Continência de Wexner (18) (Figura 3). Esta medida objetiva,

Figura 1 – Diário de evacuações utilizado no atendimento aos pacientes com incontinência anal.

HOSPITAL MATERNO-INFANTIL PRESIDENTE VARGAS /PORTO ALEGRE
CLÍNICA DA CONTINÊNCIA E DO ASSOALHO PÉLVICO

NOME: **DATA:**

DIÁRIO DE EVACUAÇÕES

Dia	Hora	Fezes normais, duras, diarreia	Fezes: Vaso ou outro local	Urgência ou escape	Urina: vaso ou outro local	MEDICAÇÃO	COMENTÁRIOS (anotar bastante)

Figura 2 – Orientação para exercícios pélvicos de realização domiciliar aos pacientes com incontinência anal.



Figura 3 – Escala de graduação da continência de Wexner (18).

Tipo de incontinência	Frequência				
	Nunca	Raramente	Algumas vezes	Regularmente	Sempre
Sólida	0	1	2	3	4
Líquida	0	1	2	3	4
Gasosa	0	1	2	3	4
Fraldas	0	1	2	3	4
Alterações na vida	0	1	2	3	4

0 → Perfeito 20 → Incontinência completa
Nunca → 0 (nunca) Raramente → < 1/mês Algumas vezes → < 1/semana, >= 1/mês Regularmente → <1/dia, >= 1/semana Sempre → >= 1/dia

realizada na primeira consulta e na última, vai de zero, que significa saúde perfeita, até 20, evidenciando incontinência completa. A primeira reconsulta era agendada para 15 dias e as posteriores de 30/30 dias. Nas reconsultas, os pacientes realizavam uma autoavaliação simples: "Você está melhor ou não melhorou?". Foram analisadas as seguintes variáveis: idade, sexo, associação com incontinência urinária, Índice de Continência na primeira consulta e na última e a autoavaliação na última consulta. Os pacientes foram divididos em dois grupos, conforme a autoavaliação: os que se denominaram melhores e os que não melhoraram. Todos os pacientes deram o Consentimento Informado para participar da pesquisa. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética do HMIPV, com o seguinte número CAAE/CONEP 01321212.8.0000.5329.

Análise estatística

Os dados foram digitados no programa Excel e, posteriormente, exportados para o programa SPSS v. 18.0 para análise estatística. Foram descritas as variáveis categóricas por frequências absolutas e frequências relativas percentuais e comparadas pelo teste de Qui-quadrado ou teste Exato de Fisher. Para comparar a proporção de sujeitos que melhoraram e não melhoraram, utilizou-se o teste Binomial. As variáveis quantitativas foram descritas pela média e o desvio-padrão, quando simétricas e comparadas pelo teste t de Student para amostras independentes. As variáveis quantitativas com distribuição assimétrica foram descritas pela mediana, e o intervalo interquartil e comparadas pelo teste de Mann-Whitney.

RESULTADOS

No período de novembro/2011 até abril/2014 foram atendidos, para tratamento clínico, quarenta e dois pacientes, sendo 39 (92,9%) do sexo feminino, com idade média de 59,0 e desvio-padrão de 21,2 anos. Vinte e seis (61,9% (IC95% 45,6%-76,4%)) apresentavam incontinência urinária associada. Houve melhora pela autoavaliação na última consulta em 34 (80,9% (IC95% 65,9%-28,5%)) pacientes e 6 (14,3%) referiram não terem melhorado (P<0,001). Dois

pacientes (4,8% (IC 0,6%-16,2%)) compareceram somente na primeira consulta, considerados como abandono de tratamento. Na comparação do Índice da Escala de Graduação da Continência de Wexner (31), entre o grupo que se descreveu como melhor e o que não melhorou, na primeira consulta foram estatisticamente iguais (no grupo que melhorou, a mediana foi de 12 e naquele que não melhorou, 15 pontos, P=0,065). Os Índices, após o tratamento, na última consulta, foram diferentes estatisticamente entre os dois grupos, medianas 2 e 14, respectivamente (P<0,001).

DISCUSSÃO

Um problema de saúde pública é o que causa impacto no indivíduo, por incapacidade, sofrimento e desconforto, e na sociedade por mortalidade, morbidade e custos. A atividade de saúde pública tem como tarefa reduzir na população este impacto (19). A prevalência da incontinência anal, brasileira e internacional, mesmo subrelatada, é de 1,9% até 21,3% (2-3), podendo chegar até 50% em idosos, sendo uma das principais causas de internação em clínicas geriátricas e de qualidade de vida comprometida (6-16). Quanto ao custo anual por paciente, direto ou indireto, além da incontinência anal estar associada ao absenteísmo laboral, nos Estados Unidos foi estimada uma média de 4111 dólares e no Canadá de 9777 dólares (20). O presente estudo de 42 pacientes, com incontinência anal, atendidos de forma interdisciplinar, foi conduzido retrospectivamente. A idade média dos pacientes foi de 59,0±21,2 anos, sendo 39 (92,8%) do sexo feminino. No Brasil, quanto à idade, a presença de incontinência anal está associada significativamente nas pessoas acima de 40 anos (3). Na literatura internacional, a média de idade acima de 40 anos é considerada fator de risco para a IA (2-5). Quanto à associação entre o sexo e a presença de incontinência anal evidenciada no estudo epidemiológico prévio (3), no presente estudo não foi possível teste estatístico para estudá-la pela predominância de mulheres (92,8%).

Quanto ao tratamento clínico inicial dos pacientes com incontinência anal, o grupo médico deste estudo seguiu a orientação dos autores que, independentemente da etiologia, com medidas simples, a maioria melhorará sua qualidade de vida (11,12,14,15,21). Mesmo os pacientes com alteração anatômica esfincteriana podem se beneficiar do tratamento clínico inicial (13). O Colégio Americano de Gastroenterologia (22), em 2014, recomendou o tratamento clínico como tratamento inicial da incontinência anal. O presente estudo utilizou as medidas clínicas desta abordagem. *O diário de evacuações* na primeira consulta é considerado parte inicial importante para o vínculo do paciente ao tratamento (14,15,16). A realização de *exercícios*, para incremento da contração esfincteriana voluntária, independentemente da técnica utilizada, pode diminuir de 74% até 86% os episódios de incontinência anal (11,12,13). Os pacientes com incontinência de fezes líquidas são estimulados a ingerir mais fibras (14), derivado do *psyllium* e/ou loperamide, na presença de urgência para evacuar (17). Com este tratamento clínico, trinta e quatro pacientes (80,9%) se consideraram melhores na autoavaliação da última consulta. Seis pacientes (14,3%) não melhoraram, e dois (4,8%) compareceram somente na primeira consulta, considerados como abandono de tratamento. A proporção de melhora clínica do grupo de pacientes (80,9%) com incontinência anal é semelhante à de outros autores que também utilizaram o tratamento clínico ou conservador inicial, respectivamente 79% (12), 74% (13) e 78% (23). Oito pacientes (19,1%) não melhoraram ou somente compareceram na primeira consulta. Na única publicação encontrada sobre a medida de adesão ao tratamento clínico, 33% dos pacientes com incontinência anal não melhoraram e abandonaram o tratamento (24). Quanto ao Índice de Continência (18), a sua mediana na primeira consulta dos pacientes que melhoraram foi de 12 pontos e, no final do tratamento, foi de 2 pontos (P<0,001). O Índice de Continência dos pacientes que não melhoraram, na primeira consulta, foi de 15 e na última consulta, de 14 (p= NS). Esta medida objetiva da evolução clínica, dos pacientes do presente estudo, evidencia a melhora da incontinência anal descrita na autoavaliação. O Índice de Continência de Wexner e Jorge (18) é o sistema de escore mais utilizado na pesquisa e assistência de pacientes com incontinência anal, conforme estudo internacional publicado em agosto de 2014 (25). A manifestação livre é uma abordagem que permite a paciente se envolver com a ação do tratamento (26), técnica de consulta utilizada neste estudo. Vinte e seis (61,9%) pacientes estudados apresentavam também incontinência urinária. Este dado é semelhante ao encontrado na literatura internacional (2) e brasileira (3). Esses dados devem alertar os profissionais de saúde para identificar a presença de incontinência anal, na presença de incontinência urinária (27). A preocupação com a incontinência anal no Brasil foi publicada pela primeira vez em 1983, por um professor de cirurgia da Alemanha, durante passagem no Brasil (28), mas muito pouco evoluiu. Ao conhecimento dos autores, não há descrição brasileira quanto ao tratamento e à evolução clínica dos pacientes com incontinência anal. A necessidade de continência, certamente, é um direito pessoal (29). Deve ser revertida a regra na atenção à incontinência anal: "*Se você não perguntar, eles não dizem* (6)". Já existe suficiente informação disponível para uma proposta de tratamento clínico inicial, com medidas simples, que melhorará a qualidade de vida da maioria destas pessoas (11,12). Uma boa relação médico-paciente, no atendimento da incontinência anal, é sugerida como mais importante do que o tratamento propriamente dito (13). Para o paciente com incontinência, deve ficar claro que ele não está sozinho, que o problema é tratável e que não é parte da "idade" (5). O profissional entusiasmado motivará seu paciente com incontinência anal (30). Em síntese, o tratamento clínico, de baixo custo e com bons resultados, é a primeira conduta nos pacientes com incontinência anal;

as cirurgias mostram resultados inconsistentes; a neuromodulação sacral ainda é uma indefinição, e a injeção de substância biológica no esfíncter anal interno poderá ser uma alternativa na perda fecal passiva, quando o tratamento clínico for ineficaz (15-21).

CONCLUSÃO

Os dados do presente estudo, da melhora dos pacientes, demonstram que a incontinência anal apresenta uma boa resposta às medidas simples do tratamento clínico inicial. Pela prevalência na população, pode ser considerado um problema de saúde pública. O presente estudo é o primeiro descrito no Brasil para o tratamento clínico da incontinência anal. Os autores sugerem, pela simplicidade do tratamento e pela importância pessoal e social do problema, a multiplicação desta experiência em outros locais para continuar avaliando esta conduta já consagrada internacionalmente.

REFERÊNCIAS

1. Abrams P, Andersson L, Birder L. Fourth International Consultation on Incontinence - Recommendations of the International Scientific Committee: evaluation and treatment of urinary incontinence, pelvic organ prolapsed and fecal incontinence. Neurourol Urodyn. 2010;29 (1):213-240.
2. Pares D, Vial M, Bohle B, Maestre Y, Pera M, Roura M. Prevalence of fecal incontinence and analysis of its impact on quality of life and mental health. Colorectal Dis. 2011;13 (8):899-905.
3. Zaslavsky C, Jurach MT, Barros CP. Epidemiologia da incontinência anal em população assistida em serviços de saúde de Porto Alegre/RS, Brasil. Rev AMRIGS 2012;56 (4):289-294.
4. Wald A. New treatments for fecal incontinence: update for the gastroenterologist. Cl Gastroenterol Hepatol. 2014 Feb 15.
5. Landefeld S, Bowers BJ, Feld AD. NIH State of the Science Conference Statement: prevention of fecal incontinence. Ann Int Med. 2008;148:449-460.
6. Leigh RJ, Turnberg LA. Faecal incontinence: the unvoiced symptom. Lancet 1982;1:1349-1351.
7. Halland M, Talley NJ. Fecal incontinence: mechanisms and management. Curr Opin Gastroenterol. 2012; 28:1-6.
8. Chips T. Using behavioral methods to manage faecal incontinence. Br Med Nurs. 2011;20:1172-1178.
9. Hayden DM, Weiss EG. Fecal incontinence: etiology, evaluation and treatment. Clin Colon Rectal Surg. 2011;24(1):64-70.
10. Bharucha AE, Rao SSC. An update on anorectal disorders for gastroenterologists. Gastroenterol. 2014;146(1):37-45.
11. Costilla VC, Foxx-Orenstein AE, Mayer AP, Crowell MD. Office-based management of fecal incontinence. Gastroenterol Hepatol. 2013; 9(7)423- 433.
12. Van der Hagen SJ, Soetrs PB, Baeten CG, Gemert WG. Conservative treatment of patients with faecal soiling. Tech Coloproctol 2011;15:291-295.
13. Norton C, Chelnanayagan S, Wilson-Barnett J, Redfern S, Kamm MA. Randomized controlled trial of biofeedback for fecal incontinence. Gastroenterol. 2003;125:1320-1329.
14. Carter D. Conservative treatment for anal incontinence. Gastroenterol Rep. 2014; 2:85-91.
15. Rao SSC. Current and emerging treatment options for fecal incontinence. J Clin Gastroenterol 2014; J Clin Gastroenterol. 2014;Jul 10:1-13
16. Madoff RD, Parker SC, Varma MG,Lowry AC. Faecal incontinence in adults. Lancet 2004;364:621-632.
17. Ehrenpreis ED, Chang D, Eichenwalg E. Pharmacotherapy for fecal incontinence: a review. Dis Colon Rectum 2007;50(5):641-649.
18. Jorge JMN, Wexner SD. Etiology and management of fecal incontinence. Dis Colon Rectum 1993;36:77-97.
19. Costa JSD, Victora CG. O que é "um problema de saúde pública"?. Rev Bras Epidemiol 2006;9 (1):144-151.
20. Miner PB. Economic and personal impact of fecal and urinary incontinence. Gastroenterol. 2004;126:S8-S13.
21. Bharucha AE, Rao SSC. An update on anorectal disorders for gastroenterologists. Gastroenterol. 2014; 146(1):37-45.
22. Wald A, Bharucha AE, Cosman BC, Whitehead WE. ACG clinical guidelines: management of benign anorectal disorders. American Journal of Gastroenterol. 2014;109:1141-1157.
23. Byrne CM, Solomon MJ, Rex J, Young JM, Heggie D, Merlino C. Telephone vs. Face-to-face biofeedback for fecal incontinence: comparison of two techniques in 239 patients. Dis Colon Rectum 2005; 48(12):2281-2288.
24. Tibaeck S, Dehlendorff C. Do women with pelvic floor dysfunction referred by gynaecologists and urologists at hospitals complete a pelvic floor muscle training programme? A retrospective study, 1992-2008. Int Urogynecol J. 2013; 24(8):1361-9.
25. Rusavy Z, Jansova M, Kalis V. Anal incontinence severity assessment tools used worlwide. Int J Gynaecol Obstet 2014;126 (2):146-150.
26. Cotterill N, Norton C, Avery KNL, Abrams P, Donovan JL. A patient-centered approach to developing a comprehensive symtom and quality of life assessment of anal incontinence. Dis Colon Rectum 2008;51:82-87.
27. Glazener CMA, Herbison GP,Wilson DP, MacArthur CM, lang GD, Gee H, Grant AM. Conservative management of persistente urinary and faecal incontinence: randomised control trial. BJOG. 2014;121(1):112-20.
28. Arnold K. Incontinência. Rev Bras Coloproctol 1983;3(1):12-16.
29. Smith JP. The problem of incontinence. J Adv Nurs 2006;53 (5):493-4.
30. Zaslavsky C, Loureiro RG, Jurach MT, Menezes V, Albrecht GJ, Araújo TG et al. Entrevista motivacional no tratamento dos pacientes com incontinência anal. Rev AMRIGS 2013;57 (3):180-184.

✉ Endereço para correspondência
Carlos Zaslavsky
Av. Independência 128/42
90.035-070 – Porto Alegre, RS – Brasil
☎ (51) 9783-6818
carlos@drzaslavsky.com.br

Recebido: 2/9/2014 – Aprovado: 31/10/2014