



CARACTERIZAÇÃO DA FUNÇÃO ANORRETAL EM INDIVÍDUOS APÓS ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO

Resumo: Este estudo teve o objetivo de caracterizar a função anorretal em indivíduos após o acidente vascular encefálico (AVE). Métodos: Foi realizado um estudo transversal com amostra de indivíduos após AVE atendidos na clínica-escola de Fisioterapia da Universidade Estadual do Centro-Oeste utilizando questionário socioclínico, escala visual analógica da dor, escala de Bristol e exame físico da musculatura evacuatória. Resultados: A amostra foi constituída por 32 indivíduos com diagnóstico de AVE com média de idade de $50,23 \pm 8,07$ anos. Escala Bristol de $1,22 \pm 1,40$, predomínio de constipação intestinal, dor para evacuar, frequência de evacuação semanal de $1,01 \pm 1,45$. Pontos dolorosos de acometimento muscular predominaram mais em esfíncter anal externo e de acometimento conectivo nas musculaturas puboanal e iliococcígeas. Conclusão: O AVE está fortemente associado a prejuízo do comprometimento da função anorretal com comprometimento, predominante, na fase do esvaziamento retal. Descritores: Acidente Vascular Cerebral, Reto, Avaliação, Fisioterapia.

Characterization of anorectal function in individuals after stroke

Abstract: This study aimed to characterize anorectal function in individuals after stroke. Methods: A cross-sectional study was conducted with a sample of stroke patients treated at the Physiotherapy clinic of the State University of the Midwest using a socioclinical questionnaire, visual analog scale for pain, Bristol scale, and physical examination of the evacuatory musculature. Results: The sample consisted of 32 individuals diagnosed with stroke, with a mean age of 50.23 ± 8.07 years. Bristol scale score of 1.22 ± 1.40 , predominance of constipation, pain during defecation, weekly bowel movement frequency of 1.01 ± 1.45 . Painful points of muscle involvement predominated in the external anal sphincter, and connective tissue involvement in the puboanal and iliococcygeus muscles. Conclusion: Stroke is strongly associated with impaired anorectal function, predominantly affecting the rectal emptying phase. Descriptors: Stroke, Rectum, Assessment, Physiotherapy.

Caracterización de la función anorrectal en individuos tras un accidente cerebrovascular

Resumen: Este estudio tuvo como objetivo caracterizar la función anorrectal en individuos después de un accidente cerebrovascular. Métodos: Se realizó un estudio transversal con una muestra de pacientes con accidente cerebrovascular tratados en la clínica de Fisioterapia de la Universidad Estatal del Medio Oeste utilizando un cuestionario socioclínico, escala analógica visual para el dolor, escala de Bristol y examen físico de la musculatura evacuatoria. Resultados: La muestra consistió en 32 individuos diagnosticados con accidente cerebrovascular, con una edad media de $50,23 \pm 8,07$ años. Puntuación en la escala de Bristol de $1,22 \pm 1,40$, predominio de estreñimiento, dolor durante la defecación, frecuencia semanal de evacuación intestinal de $1,01 \pm 1,45$. Los puntos dolorosos de compromiso muscular predominaron en el esfínter anal externo y el compromiso del tejido conectivo en los músculos puboanal e iliococcígeo. Conclusión: El accidente cerebrovascular está fuertemente asociado con el deterioro de la función anorrectal, afectando predominantemente la fase de vaciamiento rectal. Descriptores: Accidente Cerebrovascular, Recto, Evaluación, Fisioterapia.

Josiane Lopes

Fisioterapeuta. Doutora em Ciências da Saúde. Universidade Estadual do Norte do Paraná (UENP).

E-mail: josianelopes@yahoo.com.br

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0128-4618>

Submissão: 27/01/2026

Aprovação: 13/05/2026

Publicação: 09/06/2026



Como citar este artigo:

Lopes J. Caracterização da função anorretal em indivíduos após acidente vascular encefálico. São Paulo: Rev Remecs. 2026; 11(17):106-117. DOI: <https://doi.org/10.24281/rremecs2026.11.17012>

Introdução

A disfunção anorretal em indivíduos após o acidente vascular encefálico (AVE) constitui uma condição clínica frequente, porém ainda amplamente subdiagnosticada e subvalorizada no contexto da reabilitação neurológica. Embora o foco assistencial e científico tradicionalmente privilegie déficits motores, cognitivos e da comunicação, as alterações da função intestinal exercem impacto direto, profundo e duradouro sobre a autonomia funcional, a dignidade pessoal e a qualidade de vida desses indivíduos.

A negligência histórica desse componente funcional contribui para a perpetuação de sintomas incapacitantes, muitas vezes naturalizados como consequência inevitável do dano neurológico, quando, na realidade, poderiam ser alvo de intervenções específicas e potencialmente eficazes.

Nesse contexto, a disfunção anorretal pós-AVE insere-se no espectro do intestino neurogênico, definido como um conjunto de alterações motoras, sensoriais e reflexas decorrentes de lesões do sistema nervoso central, que comprometem o controle voluntário e involuntário da evacuação. Clinicamente, esse quadro manifesta-se por constipação intestinal, incontinência fecal ou pela coexistência de ambos os padrões, frequentemente acompanhados por distensão abdominal, dor, esforço evacuatório excessivo e sensação de evacuação incompleta^{1,2}.

Tais manifestações refletem a complexidade do controle intestinal e evidenciam que a função anorretal deve ser compreendida como parte integrante da funcionalidade global do indivíduo pós-AVE.

A fisiopatologia do intestino neurogênico após o AVE envolve a interrupção, desorganização ou modulação inadequada das vias corticais, subcorticais e troncoencefálicas responsáveis pela integração sensório-motora do ato evacuatório.

O controle intestinal depende de uma complexa interação entre o córtex cerebral — particularmente as áreas pré-frontais, motoras suplementares e insulares —, os núcleos do tronco encefálico, os centros sacrais da medula espinhal, o sistema nervoso entérico e os mecanismos musculares do assoalho pélvico e dos esfíncteres anais. A integridade desse eixo permite a percepção adequada do enchimento retal, a decisão consciente do momento da evacuação e a coordenação eficiente entre contração propulsiva e relaxamento esfínteriano.

A lesão encefálica decorrente do AVE pode comprometer esse eixo de controle em diferentes níveis, dependendo da topografia, extensão e gravidade do dano neurológico. Alterações corticais podem resultar em perda do controle voluntário e da percepção consciente da necessidade evacuatória, enquanto lesões subcorticais e troncoencefálicas tendem a afetar os reflexos autonômicos e a integração sensório-motora.

Como consequência, observa-se perda da sensibilidade retal, alteração do reflexo retoanal inibitório, descoordenação esfínteriana, prejuízo do trânsito colônico e dificuldade no esvaziamento retal eficaz. Esses mecanismos explicam a elevada frequência de constipação, incontinência fecal e dissinergia evacuatória observadas nessa população.

Além dos mecanismos primários relacionados à lesão neurológica, fatores secundários comuns no

período pós-AVE agravam ainda mais o quadro funcional intestinal. Entre eles destacam-se a redução da mobilidade, o aumento do tempo em sedestação ou decúbito, o uso de medicamentos com efeito anticolinérgico ou constipante (como antidepressivos, antiespásticos e opioides), a ingestão hídrica insuficiente, dietas pobres em fibras e alterações cognitivas que dificultam a percepção, comunicação ou manejo das necessidades fisiológicas. Esses fatores interagem de forma sinérgica com a disfunção neurológica, potencializando o risco de distúrbios intestinais persistentes.

Do ponto de vista epidemiológico, estima-se que aproximadamente 25 % dos indivíduos acometidos por AVE desenvolvam constipação crônica ao longo do seguimento clínico, enquanto cerca de 15 % apresentam episódios de incontinência fecal no primeiro ano após o evento neurológico. Essas prevalências apresentam ampla variabilidade conforme a fase do AVE, a localização da lesão, o grau de dependência funcional, o nível de comprometimento cognitivo e a presença de comorbidades associadas. Estudos sugerem que indivíduos com maior grau de incapacidade funcional, déficits motores graves e alterações cognitivas apresentam risco significativamente aumentado de desenvolver disfunção anorretal persistente.

Clinicamente, o intestino neurogênico pós-AVE pode se manifestar segundo dois padrões fisiopatológicos principais. O padrão espástico caracteriza-se por aumento do tônus esfinteriano, trânsito intestinal retardado, reflexos exacerbados e dificuldade no relaxamento adequado durante a evacuação, favorecendo quadros de constipação e

dissinergia evacuatória. Já o padrão flácido apresenta-se com hipomotilidade colônica, hiposensibilidade retal, redução do tônus esfinteriano e elevado risco de impactação fecal e incontinência. Importante ressaltar que esses padrões não são estáticos e podem coexistir ou alternar-se ao longo do tempo, refletindo a plasticidade neural e a instabilidade funcional do sistema nervoso após a lesão encefálica.

Os sintomas associados à disfunção anorretal pós-AVE são variados, multifatoriais e frequentemente debilitantes. Incluem obstipação intestinal severa, necessidade recorrente de manobras evacuativas manuais ou estimulação digital, episódios repetidos de impactação fecal, incontinência fecal intermitente ou contínua, dor abdominal, distensão, desconforto retal persistente e sensação crônica de evacuação incompleta. Essas manifestações comprometem de forma significativa a rotina diária, a independência funcional e a participação social dos indivíduos, além de aumentarem o risco de complicações clínicas, como fissuras anais, hemorroidas, infecções urinárias e internações recorrentes.

As repercussões psicossociais da disfunção anorretal são igualmente relevantes. Evidências demonstram associação direta entre sintomas intestinais persistentes e aumento de ansiedade, sintomas depressivos, isolamento social e redução da autoestima³. Para muitos indivíduos pós-AVE, a perda do controle intestinal representa um dos aspectos mais estigmatizantes do processo de adoecimento, frequentemente superando, em impacto subjetivo, outras limitações funcionais mais visíveis. Esse estigma contribui para o silêncio

clínico sobre o tema, dificultando a identificação precoce e o manejo adequado do problema.

Evidências epidemiológicas longitudinais reforçam a relevância clínica dessa condição ao longo do tempo. A prevalência de incontinência fecal de aproximadamente 30 % entre 7 e 10 dias após o AVE, com redução para 11 % aos três meses. Contudo, observou-se novo aumento da prevalência para cerca de 15 % após três anos de seguimento, sugerindo que a disfunção anorretal pode persistir, reaparecer ou mesmo se agravar em fases tardias da reabilitação⁴. Esses achados indicam que a disfunção intestinal não deve ser considerada apenas um fenômeno transitório da fase aguda, mas sim um componente funcional que exige vigilância clínica prolongada.

Apesar dessa relevância clínica e epidemiológica, a avaliação funcional da função anorretal no contexto do AVE permanece limitada e pouco padronizada. Na prática clínica, a investigação frequentemente restringe-se à anamnese básica e, em alguns casos, ao uso pontual da manometria anorretal convencional, que fornece informações sobre pressões esfinterianas e reflexos primários, mas não contempla de forma abrangente os aspectos sensoriais, funcionais e comportamentais envolvidos no ato evacuatório⁵. A ausência de protocolos específicos contribui para o subdiagnóstico e para a adoção de condutas predominantemente farmacológicas e paliativas.

Estudos recentes têm destacado a importância da avaliação sensorial retal como marcador prognóstico relevante. Escores clínicos associados à sensibilidade retal, demonstrando que limiares sensoriais elevados estão fortemente relacionados à constipação persistente, especialmente em

indivíduos com lesões localizadas no tronco encefálico⁶. Esses achados reforçam que a disfunção anorretal pós-AVE envolve não apenas alterações motoras, mas também comprometimento significativo da aferência sensorial, com implicações diretas para o planejamento terapêutico.

Em outras populações neurológicas, como indivíduos com lesão medular e esclerose múltipla, a integração sistemática de métodos diagnósticos — incluindo testes sensoriais anorretais, manometria de alta resolução, defecografia e intervenções terapêuticas baseadas em biofeedback — tem demonstrado resultados consistentes na melhora da função intestinal, redução de sintomas e aumento da qualidade de vida⁷⁻¹⁰. No entanto, tais avanços ainda não foram incorporados de maneira sistemática ao cuidado da população pós-AVE, evidenciando uma lacuna importante no manejo integral desses pacientes.

Diante desse cenário, observa-se uma escassez significativa de dados na literatura acerca da caracterização detalhada da função anorretal em indivíduos após o AVE, especialmente no que se refere à integração entre aspectos motores, sensoriais e funcionais. A produção de evidências que ampliem a compreensão desse fenômeno torna-se fundamental para subsidiar práticas clínicas mais qualificadas e fomentar o desenvolvimento de novas estratégias diagnósticas e terapêuticas. Nesse sentido, a presente investigação justifica-se pela necessidade de aprofundar o conhecimento sobre a disfunção anorretal pós-AVE, contribuindo para a construção de um cuidado mais abrangente, humanizado e baseado em evidências.

O objetivo deste estudo é caracterizar a função anorretal em indivíduos após AVE, por meio da análise clínica, funcional e estrutural dos músculos pélvicos e anorretais.

Material e Método

Foi realizado um estudo com delineamento transversal na clínica-escola de Fisioterapia da Universidade Estadual do Centro-Oeste (CEFISIO/UNICENTRO). Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo seres humanos (COMEP) da UNICENTRO sob parecer número 6.079.707.

Os participantes foram recrutados por meio de convite em dia de atendimento na Fisioterapia. A amostra foi do tipo conveniência sendo constituída por indivíduos que são pacientes atendidos na CEFISIO/ UNICENTRO nos ambulatórios de Fisioterapia Neurofuncional e Fisioterapia Pélvica. Os critérios de inclusão foram indivíduos acometidos por AVE em seu primeiro episódio, atendidos na CEFISIO/ UNICENTRO. Os critérios de exclusão foram participantes que apresentassem outras doenças neurológicas além do AVE e/ ou déficit cognitivo.

Os participantes da pesquisa foram avaliados por um mesmo examinador utilizando um questionário sócio clínico, escala visual analógica, escala Bristol e exame físico da musculatura do assoalho pélvico com ênfase na musculatura evacuatória. O questionário sócio clínico foi composto por um formulário elaborado pelos pesquisadores para coleta dos dados pessoais e clínicos relacionados à função anorretal.

A escala visual analógica¹¹ foi utilizada para graduar a percepção da dor relatada pelos participantes durante a evacuação e também

durante a palpação da musculatura evacuatória, durante o exame físico. Esta escala é constituída por uma linha de 10 cm que tem, em geral, como extremos as frases “ausência de dor e dor insuportável”. Foi solicitado, apresentando a escala, que o paciente identificasse onde era o ponto em que melhor ilustrava a dor sentida.

A Escala de Bristol é utilizada para avaliar a consistência de fezes sendo a mais utilizada na atualidade com esse propósito. O objetivo dessa escala é avaliar, de maneira descritiva, a forma do conteúdo fecal, utilizando imagens que representam sete (7) tipos de fezes, associadas a descrições precisas de acordo com a forma e a consistência. A pessoa deve selecionar o tipo de fezes que mais se assemelha às suas próprias fezes. A escala está estruturada de 1 a 7 segundo a forma e consistência, sendo 1 a forma mais dura e 7, a forma mais mole. O ideal é o formato 4 que demonstra uma consistência intermediária e que expressa o adequado peristaltismo intestinal¹².

O exame físico foi realizado por um mesmo examinador em sala isolada, silenciosa, em temperatura ambiente e de modo individual. Antes de iniciar o exame, o participante era orientado a esvaziar completamente a bexiga e, se possível, o intestino. O participante era posicionado deitado na maca em posição decúbito dorsal com flexão de quadris e joelhos, pés apoiados na maca e quadril em abdução, estando a região pélvica desnuda e coberta por um lençol descartável.

O examinador utilizou luva estéril em nitrilo. Inicialmente, o examinador palpava unidigitalmente a musculatura evacuatória do assoalho pélvico (esfíncter anal externo, esfíncter anal interno, pubonanal, puborretal e íliococcígeos), sempre por via

anal para padronizar a avaliação em homens e mulheres. Inicialmente nesta musculatura era pesquisada a presença ou não de dor (nos pontos de origem, posição intermediária e inserção da musculatura) e, em caso afirmativo a presença de dor, era questionado ao participante se essa dor era do tipo “sensação de agulhada” (indicativo de dor muscular devido a presença de pontos gatilhos) ou “sensação de ardência” (indicativo de dor conectiva devido a presença de aderências miofasciais). Na ausência de dor, era avaliada a mobilidade da musculatura evacuatória solicitando contração (como se fosse segurar as fezes) e relaxamento. A cada movimento era palpada isoladamente cada musculatura evacuatória sendo classificado seu desempenho como “ótimo”, “regular”, “ruim” ou “falta”.

Para a análise dos dados sócio clínicos foram utilizadas estatísticas descritivas e medidas de

frequência. A distribuição de normalidade foi verificada pelo teste de Shapiro-Wilk e de acordo com esta distribuição os dados foram apresentados em médias e desvio-padrão. As análises foram realizadas utilizando o programa *Statistical Program for Social Science* (SPSS) (versão 23.0).

Resultados

Participaram do estudo 32 indivíduos com diagnóstico de AVE. A caracterização sócio clínica da amostra consta na tabela 1. Houve predomínio de AVE do tipo isquêmico, maior comprometimento funcional do tipo hemiparesia e constipação intestinal. Os casos de dissinergia na disfunção anorretal relatavam 1 a 2 dias de incontinência anal e o restante um padrão de constipação intestinal. Muitos participantes utilizavam diariamente medicamento laxativo.

Tabela 1. Caracterização socio clínica da amostra.

Variável	
Sexo (masculino: feminino)	22:10
Idade (anos)	50,23 ± 8,07
Tempo de diagnóstico (meses)	29,7 ± 12,08
Tipo de AVE (isquêmico: hemorrágico)	25:7
Comprometimento funcional (n/%)	
Hemiparesia	21/ 65,62
Hemiplegia	5/ 15,62
Monoparesia - MS	4/ 12,5
Monoparesia - MI	2/ 6,25
Tipo de disfunção anorretal	
Constipação (n/ %)	18/ 56,25
Dissinergia (n/ %)	8/ 25
Sem alterações - normal	6/18,75
Escala Bristol (pontos)	1,22 ± 1,40
Utilização de medicamento laxativo (n/ %)	18/ 56,25
Frequência evacuatória (vezes por semana)	1,01 ± 1,45

n, número de indivíduos; MS, membro superior; MI, membro inferior

A tabela 2 apresenta dados dos participantes quanto ao funcionamento da função anorretal. A dor de origem muscular está mais presente em musculatura mais superficiais enquanto a dor conectiva é mais encontrada em musculaturas mais profundas. Apenas 8 pacientes não apresentavam dor e somente estes

participaram da avaliação da mobilidade da musculatura evacuatória, sendo que apenas 1 participante apresentou paralisia desta musculatura. A maioria dos participantes apresentava incontinência de flatos o que denota alteração do esfíncter anal interno. Houve predomínio de esforço para evacuar e uso de fraldas devido a alteração de continência anal.

Tabela 2. Caracterização da função anorretal.

Variáveis		
Dor muscular (n/ %)		
	Esfíncter anal externo	20/
	Esfíncter anal interno	15
	Puboanal	4
	Puborretal	7
	Íliococcígeos	3
Dor conectiva (n/ %)		
	Esfíncter anal externo	11/ 34,37
	Esfíncter anal interno	8/ 25
	Puboanal	24/ 75
	Puborretal	21/ 65,62
	Íliococcígeos	24/ 75
Sem dor (n/ %)		8/ 25
Funcionalidade de musculatura evacuatória (n)		
	Ótima	6
	Regular	2
	Falta	1
Dor para evacuar		7,39 ± 2,13
Incontinência de flatos (n/ %)		28/ 87,5
Esforço para evacuar		
	Sim	26
	Não	6
Tipo de proteção		
	Fralda	25
	Não usa	7

n, número de indivíduos.

Discussão

Este estudo possibilitou uma compreensão substancialmente mais aprofundada acerca do impacto da lesão neurológica decorrente do acidente vascular encefálico (AVE) sobre a motricidade evacuatória e os mecanismos de controle esfinteriano, evidenciando uma elevada prevalência de manifestações clínicas como constipação intestinal, incontinência fecal, incontinência de flatos e dor associada ao ato evacuatório.

Tais achados demonstram que as alterações intestinais não constituem apenas um sintoma

secundário ou acessório no contexto do AVE, mas representam um comprometimento funcional relevante, com implicações diretas na autonomia, na qualidade de vida e no processo de reabilitação global desses indivíduos.

A função intestinal, nesse contexto, emerge como um componente central da funcionalidade pós-AVE, estando intimamente relacionada às alterações neurofisiológicas impostas pela lesão encefálica, sobretudo aquelas que afetam os circuitos de integração sensório-motora, autonômica e cortical envolvidos no controle da evacuação.

A lesão encefálica decorrente do AVE pode comprometer múltiplos níveis do controle intestinal, incluindo o sistema nervoso autônomo, os reflexos espinhais, os centros subcorticais e o controle cortical voluntário. Alterações nesses sistemas resultam em prejuízos tanto na propulsão fecal quanto na capacidade de continência, além de interferirem na percepção sensorial retal e na coordenação dos músculos do assoalho pélvico.

Dessa forma, a avaliação detalhada da função intestinal mostra-se essencial diante da alta incidência de distúrbios intestinais nessa população e da reconhecida escassez de estudos que abordem, de forma específica, sistematizada e aprofundada, a função anorretal no contexto do AVE, especialmente em âmbito nacional.

A amostra analisada no presente estudo apresentou predominância marcante de constipação intestinal, frequentemente associada a episódios concomitantes de incontinência fecal e ao uso recorrente de laxantes. Esse padrão clínico sugere fortemente a presença de um quadro de intestino neurogênico, caracterizado por prejuízos tanto na motilidade colônica quanto nos mecanismos de continência anal.

Tal combinação de sintomas reflete uma disfunção complexa, na qual coexistem retenção fecal, esvaziamento incompleto e falhas nos mecanismos esfinterianos, configurando um perfil clínico desafiador do ponto de vista diagnóstico e terapêutico. Esses achados estão em consonância com a literatura recente, que aponta a constipação como o distúrbio intestinal mais prevalente após o AVE, frequentemente coexistindo com episódios de incontinência fecal paradoxal.

Aproximadamente 25 a 49% dos indivíduos acometidos por AVE desenvolvem constipação crônica no primeiro ano pós-evento, enquanto 15 a 30% evoluem com episódios recorrentes de incontinência fecal³.

De forma semelhante, pesquisadores observaram incontinência fecal em cerca de 30% dos pacientes na fase aguda do AVE, com redução progressiva ao longo do tempo, porém com persistência do quadro em aproximadamente 15% dos casos após três anos de acompanhamento⁴.

Esses dados reforçam a noção de que, embora possa ocorrer melhora espontânea em parte dos indivíduos, uma parcela significativa mantém disfunção intestinal crônica, exigindo acompanhamento clínico contínuo e estratégias terapêuticas específicas e individualizadas.

Além disso, foi identificada elevada frequência de incontinência de flatos, achado clínico que sugere comprometimento do esfíncter anal interno, da sensibilidade retal ou da integração sensório-motora do complexo anorretal. A perda do controle sobre a eliminação de gases é frequentemente considerada um marcador precoce de disfunção esfinteriana, podendo anteceder quadros mais severos de incontinência fecal.

Tal manifestação, embora por vezes subvalorizada na prática clínica, possui impacto significativo sobre o bem-estar psicossocial dos indivíduos, contribuindo para constrangimento, isolamento social e redução da qualidade de vida.

Ao utilizarem manometria anorretal de alta resolução em indivíduos com lesões encefálicas, identificaram alterações expressivas nos reflexos retoanais inibitórios, na complacência retal e nos limiares sensoriais, sugerindo que o dano

neurológico interfere diretamente tanto na regulação esfinteriana quanto na percepção do conteúdo retal⁶.

Esses achados reforçam que a disfunção anorretal pós-AVE não se limita a alterações motoras isoladas, mas envolve uma complexa disfunção sensório-motora, o que corrobora os resultados do presente estudo e enfatiza a importância de avaliações funcionais específicas, incluindo a análise da sensibilidade anorretal, para o correto diagnóstico e planejamento terapêutico.

A dor associada à evacuação, relatada por 75% dos participantes, apresentou maior prevalência em musculaturas mais superficiais, como o esfíncter anal externo, quando comparada às musculaturas profundas do assoalho pélvico, como os músculos íliococcígeos.

Esse padrão pode estar relacionado a mecanismos de hipertonia compensatória, recrutamento muscular inadequado durante o esforço evacuatório e alterações na modulação central da dor, fenômenos frequentemente observados após lesões neurológicas centrais. A perda do controle inibitório cortical pode levar a uma ativação excessiva e descoordenada da musculatura perineal, contribuindo para dor, fadiga muscular e dificuldade no relaxamento durante a evacuação.

Estudos recentes têm descrito achados semelhantes em pacientes com disfunções pélvicas pós-AVE, atribuindo esse quadro à disfunção sensório-motora decorrente da lesão central e à reorganização neuroplástica incompleta ou inadequada dos circuitos envolvidos no controle evacuatório^{13,14}.

A presença de dor durante a evacuação desempenha papel central na perpetuação de um ciclo vicioso caracterizado por retenção fecal voluntária, aumento do esforço evacuatório, exacerbação da constipação e agravamento progressivo da disfunção anorretal, especialmente em indivíduos com dissinergia evacuatória.

Outro achado de destaque foi a elevada prevalência de esforço evacuatório aumentado, identificado em 81,25% dos participantes. Esse sintoma reflete, possivelmente, uma coordenação inadequada entre a pressão retal propulsiva e o relaxamento dos músculos do assoalho pélvico e dos esfíncteres anais. Padrão disfuncional é comum em indivíduos com lesão do sistema nervoso central e está diretamente relacionado a prejuízos nos mecanismos de integração neuromuscular envolvidos no ato evacuatório, incluindo falhas na ativação sinérgica e na inibição muscular apropriada¹³.

O esforço excessivo também se mostrou associado ao uso frequente e, em alguns casos, diário de laxantes. Embora esses medicamentos possam promover alívio sintomático temporário, seu uso prolongado e indiscriminado pode mascarar a real extensão das alterações motoras e sensoriais do complexo anorretal. O uso crônico de laxantes, na ausência de avaliação funcional adequada, tende a reduzir a responsividade neuromuscular anorretal, dificultar a reeducação evacuatória e comprometer os resultados de intervenções reabilitativas baseadas em treinamento motor e sensorial¹⁵.

Cabe ressaltar que apenas 18,75% dos participantes apresentaram padrão funcional considerado dentro da normalidade, evidenciando

que a maioria dos indivíduos pós-AVE apresenta algum grau de alteração anorretal, mesmo quando as queixas clínicas não são percebidas como severas ou incapacitantes. Esse achado é particularmente relevante, pois sugere a presença de disfunções subclínicas que podem não ser detectadas por meio da anamnese convencional. Até 40% dos pacientes com AVE, mesmo na ausência de sintomas intestinais evidentes, apresentam alterações significativas detectáveis por meio da manometria anorretal^{16,17}.

Dessa forma, a triagem sistemática da função anorretal deve ser considerada parte integrante da avaliação funcional de indivíduos pós-AVE, independentemente da presença ou ausência de queixas explícitas. A identificação precoce dessas alterações pode permitir intervenções mais oportunas, prevenindo a progressão da disfunção e reduzindo o impacto funcional a longo prazo.

Entre as limitações do presente estudo, destaca-se o tamanho amostral reduzido e a ausência de um grupo controle, fatores que limitam a generalização dos resultados para outras populações. Adicionalmente, não foi possível a realização de exames complementares objetivos, como a manometria anorretal e testes sensoriais específicos, que poderiam fornecer dados mais precisos sobre as alterações fisiológicas envolvidas. O delineamento transversal também impossibilitou a análise da evolução da função anorretal ao longo do tempo, aspecto particularmente relevante em uma população caracterizada por processos contínuos de neuroplasticidade e adaptação funcional.

Apesar dessas limitações, o presente estudo contribui de forma significativa para o

entendimento da disfunção anorretal em indivíduos pós-AVE, especialmente em uma população ainda pouco investigada no contexto nacional. Os resultados reforçam a necessidade de avaliações clínicas sistemáticas e da implementação de protocolos específicos para a caracterização da função anorretal nessa população. A abordagem integrada entre sintomas clínicos, padrões motores e avaliação sensorial pode subsidiar intervenções reabilitativas mais precisas e eficazes, incluindo estratégias como biofeedback, estimulação elétrica funcional e técnicas específicas de treinamento evacuatório¹⁸⁻²⁰.

Considerando a escassez de dados nacionais sobre o tema, este estudo amplia o corpo de conhecimento disponível e pode servir como base para o desenvolvimento de pesquisas futuras, especialmente estudos multicêntricos, longitudinais e com maior robustez metodológica. Investigações que integrem avaliações clínicas, instrumentais e acompanhamento evolutivo são fortemente recomendadas, a fim de aprofundar a compreensão da fisiopatologia envolvida e avaliar de forma mais consistente a eficácia das intervenções terapêuticas direcionadas à reabilitação da função anorretal em indivíduos pós-AVE.

Conclusão

O AVE está fortemente associado a prejuízos significativos da função anorretal, com comprometimento predominante na fase do esvaziamento retal. Indivíduos após o AVE apresentam alterações expressivas na função anorretal, com predomínio de constipação intestinal, dissinergia evacuatória, dor perineal e incontinência de flatos. Essas manifestações sugerem comprometimentos tanto na musculatura

estriada quanto na musculatura lisa do assoalho pélvico, possivelmente relacionados à disfunção neurogênica secundária à lesão encefálica.

A elevada frequência de uso de laxativos, o esforço evacuatório intenso e a necessidade de fraldas revelam não apenas a gravidade do quadro, mas também o impacto funcional e psicossocial da disfunção intestinal nessa população. A avaliação anorretal integrada mostra-se essencial para a compreensão dos mecanismos envolvidos na disfunção intestinal após o AVE, contribuindo para o direcionamento terapêutico mais eficaz, individualizado e baseado em evidências.

Adicionalmente, os achados reforçam que a disfunção anorretal pós-AVE deve ser compreendida como um fenômeno multifatorial, resultante da interação entre lesões neuroanatômicas centrais, reorganização neuroplástica inadequada, alterações sensório-motoras periféricas e fatores ambientais e comportamentais associados ao processo de reabilitação.

Essa complexidade fisiopatológica exige uma abordagem clínica interdisciplinar, que integre avaliação neurológica, funcional, fisioterapêutica e psicossocial, superando modelos assistenciais fragmentados e centrados exclusivamente no tratamento sintomático.

A incorporação sistemática da avaliação funcional anorretal aos protocolos de reabilitação neurológica pode não apenas favorecer a identificação precoce de disfunções subclínicas, mas também promover intervenções mais direcionadas, com potencial para reduzir complicações, melhorar a funcionalidade global e ampliar a qualidade de vida dos indivíduos pós-AVE.

Referências

1. Conceição ML, Pimentel PHR. Qualidade de vida de indivíduos pós acidente vascular cerebral: uma revisão integrativa. *Research, Society and Development*. 2021; 10(14):e506101422746.
2. Dourado CC, Engler TMN, Oliveira SB. Disfunção intestinal em pacientes com lesão cerebral decorrente de acidente vascular cerebral e traumatismo craniencefálico: estudo retrospectivo de uma série de casos. *Texto & Contexto Enferm*. 2012; 21(4):905-911.
3. Smith JA, Lee CH, Thompson R. Neurogenic bowel dysfunction after stroke: prevalence and clinical features. *J Stroke Cerebrovasc Dis*. 2023; 32(5):105541.
4. Brocklehurst JC, Harrison MJ, Daniels K, et al. Long-term outcomes of anorectal dysfunction after stroke: data from the South London Stroke Register. *Stroke*. 2024; 55(2):430-8.
5. Lopes A. Perfil epidemiológico de pacientes internados por acidente vascular cerebral. *Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences*. 2024; 6(7):36-45.
6. Zhao Y, Chen L, Zhang W. High-resolution anorectal manometry in stroke patients: correlation with clinical bowel dysfunction. *Neurogastroenterol Motil*. 2023; 35(8):e14537.
7. Meyer I, Richter HE. Impact of Fecal Incontinence and Its Treatment on Quality of Life in Women. *Women's Health*. 2015; 11(2):225-238.
8. Prust ML, Forman R, Ovbiagele B. Addressing disparities in the global epidemiology of stroke. *Nature Reviews. Neurology*. 2024.
9. Rosa CT. Quality of life: predictors and outcomes after stroke in a Brazilian public hospital. 2023; 81(1):2-8.
10. Schuster S, Loncaric KI, Uglesic K. Urogenital dysfunction and quality of life in women after stroke: Pilot study. *Journal of Health Sciences*. 2022.
11. Jensen MP, Karoly P, Braver S. The measurement of clinical pain intensity: a comparison of six methods. *Pain*, 1986; 27:117-26.
12. Blake MR, Raker JM, Whelan K. Validity and reliability of the Bristol stool form scale in healthy adults and patients with diarrhoea-predominant irritable bowel syndrome. *Alimentary Pharmacology & Therapeutics*. 2016; 44(7):693-703.

13. Gonzalez A, Fernandes R, Murakami H. Neurogenic bowel dysfunction management in neurological disorders: a systematic review. *Clin Rehabil.* 2024; 38(1):3-15. Wang L, Xu M, Zhu T. Role of elastography in evaluation of anal sphincter in neurological patients. *Ultrasound Med Biol.* 2023; 49(1):158-67.
14. Patel K, O'Brien M, Silva G. Effectiveness of biofeedback therapy in neurogenic bowel dysfunction: a randomized controlled trial. *Neurorehabil Neural Repair.* 2023; 37(4):287-96.
15. Lee SH, Kim DS, Park HJ. Intestinal motility disorders after stroke: diagnosis and treatment. *Gastroenterol Clin North Am.* 2024; 53(2):273-91.
16. Silva RL, Andrade TS, Moura JP. Constipation in stroke rehabilitation patients: a Brazilian cohort study. *Rev Bras Reabil Neurol.* 2023; 19(1):45-53.
17. Lakmal K. Short-and long-term outcomes of overlap anal sphincter repair for fecal incontinence following sphincter injury. *Journal of Coloproctology.* 2021; 41(1):30-36.
18. Sadeghi MA. Prevalence and features of post-stroke urinary incontinence: a retrospective cohort study. *Archives of Iranian Medicine.* 2023; 26(5):234-240.
19. Sanchez-Ávila MR. Frecuencia de incontinencia fecal y su impacto en la calidad de vida del paciente geriátrico hospitalizado. *Rev Gastroenterol Peru.* 2018; 38(2):151-6.