

O que é a incontinência?

Chama-se **incontinência anal** à passagem involuntária de gases ou fezes ou à incapacidade de adiar a expulsão das fezes para uma ocasião adequada.

Trata-se de um problema muito perturbador, mais frequente do que se pensa, afectando a pessoa física, emocional, social e financeiramente. A sua frequência é maior na mulher e nos idosos de ambos os sexos. Também pode ocorrer nas crianças com mais de 4 anos, sendo por vezes transitória.

Muitas pessoas com incontinência anal têm vergonha de falar com o seu médico acerca deste problema, por pensarem que nada as pode ajudar. Contudo, existem alguns tratamentos efectivos para resolver este problema.

Qual é o mecanismo normal de continência?

Para se perceber o que é a incontinência é útil perceber os mecanismos da continência fecal. Normalmente o intestino e o anel muscular à volta do ânus (**esfíncter anal**) funcionam em conjunto para assegurar que a saída das fezes ocorra em ocasião e local adequados. O **recto** (que é a porção final do intestino) funciona como reservatório de fezes e a sua capacidade pode aumentar se o conteúdo aumentar, tornando possível adiar a defecação. A sensação rectal indica que o recto tem fezes, e então sabe-se que é hora de ir à casa de banho. Se tal não for possível, o **esfíncter anal**, em vez de se relaxar (abrir) para deixar sair as fezes, contrai-se impedindo a sua passagem. Este mecanismo é muito importante para manter a continência.

O **esfíncter anal** é constituído por dois componentes:

- o interno (**esfíncter anal interno**), que mantém a pressão do ânus em repouso;
- O externo (**esfíncter anal externo**), que fornece protecção extra quando exercemos qualquer contracção muscular ou quando tossimos ou espirramos.

Os músculos e os nervos que estão associados ao esfíncter anal são fundamentais para a continência.

Quais são as causas de incontinência?

Na maioria dos casos de incontinência há uma **lesão do esfíncter anal**. Nas mulheres esta lesão ocorre frequentemente durante o parto, especialmente quando este é prolongado ou difícil, com uso de **fórceps** ("ferros") e/ou **episiotomia** alargada.

A episiotomia é um corte efectuado para alargar a fenda vaginal, facilitando o nascimento do bebé. Uma mulher jovem habitualmente consegue compensar a fraqueza muscular durante muitos anos. Mais tarde, com a idade, os músculos que sustentam a vagina e o ânus (músculos pélvicos) enfraquecem podendo surgir então a incontinência. A lesão do esfíncter também pode ocorrer durante a cirurgia anal a fístulas, fissuras ou hemorróidas.

A **lesão dos nervos**, que controlam a força do esfíncter e a sensibilidade rectal, é também uma causa comum de incontinência fecal. O dano das estruturas nervosas pode suceder nas seguintes situações:

- Durante o parto
- Esforços intensos e prolongados para evacuar (prisão de ventre)
- Doenças como a diabetes, traumatismos ou tumores da medula espinal, na esclerose múltipla ou noutros problemas neurológicos.

A obstipação ("prisão de ventre") com retenção de fezes duras no recto (fecalomas), pode contribuir para a incontinência por alteração da sensibilidade. Esta situação ocorre sobretudo em pessoas idosas, acamadas e em doentes com Doença de Parkinson.

A incontinência pode também ser devida à **perda de elasticidade do recto** ou à **redução da sua capacidade**. Nesses casos o recto, deixa de poder acumular fezes e fica cheio mais depressa. Há então sensação imperiosa de evacuar, por vezes de grande intensidade. A cirurgia e a radioterapia podem deformar e reduzir a capacidade do recto, assim como a doença inflamatória intestinal também pode diminuir a sua elasticidade.

O uso de medicamentos que diminuam a força do esfíncter, que causem ou agravem a obstipação ou que provoquem diarreia, pode complicar o problema.

Também em várias situações de diarreia pode surgir incontinência, porque é mais difícil reter fezes líquidas do que fezes moldadas.

Se verificar que há **perda de sangue** associada à dificuldade em controlar as fezes deve consultar rapidamente seu médico. Este sinal pode indicar inflamação do intestino (colite), ou um tumor rectal, situações que requerem rápida avaliação.

Como se avalia a causa de incontinência?

Numa consulta inicial avaliam-se a gravidade e as consequências da incontinência na a vida diária. A história clínica é o elemento mais útil para analisar os sintomas da incontinência e determinar as suas causas possíveis.

SINTOMAS:

- Perda de gases
- Perda de fezes líquidas ou sólidas
- Diarreia
- Corrimento anal
- Urgência em defecar
- Roupa interior suja com fezes
- Uso de pensos
- Dificil higiene anal

Por exemplo, na mulher, um passado com múltiplos partos ou partos traumáticos (com **fórceps** ou **episiotomias**), esforços para evacuar prolongados ou história de cirurgia pélvica, pode orientar para a pesquisa de lesão do músculo ou nervo. Um exame da região anal e vaginal é indispensável podendo detectar de imediato uma lesão do esfíncter anal. Para obter uma evidência mais objectiva, são necessários estudos adicionais, que ajudem no início a avaliar a área anal e depois a monitorizar os progressos do tratamento. A **manometria anorectal** é um exame onde uma pequena sonda é colocada no ânus para registar as pressões de repouso e de contracção. Este teste pode demonstrar se o esfíncter anal tem ou não força suficiente. A insuflação de um balão no recto permite avaliar o reflexo de relaxamento do ânus e testar a sensibilidade. A **electromiografia** é outro teste que determina se os nervos dos músculos anais estão a funcionar adequadamente. A **ecografia endoanal** consiste na colocação de uma sonda no ânus para realização de uma ecografia que permite avaliar a morfologia do músculo e a existência de zonas lesadas.

O que pode ser feito para corrigir o problema?

Se existe uma doença importante associada à incontinência (colite ulcerosa, diabetes, ou outras) o seu correcto tratamento e controlo são indispensáveis. Se existir um **prolapso**, com saída da mucosa rectal para o exterior, é essencial que este seja corrigido.

Nos outros casos, quando a incontinência é ligeira, o tratamento pode ser simples, com alterações da dieta e o uso de medicamentos que aumentem a consistência das fezes. A realização de exercícios em casa (**treinos esfíncterianos**), que fortalecem os músculos anais, ajuda nestes casos.

Em certos casos recomenda-se a realização de **biofeedback**. Este método consiste na utilização de uma sonda ligada a um computador que permite controlar a actividade voluntária do esfíncter anal. Também se poderá incluir um treino da sensibilidade rectal, utilizando um balão que se insufla no recto, reconhecendo o doente os volumes que lhe despertam a sensação de necessidade de evacuar.

A cirurgia dirige-se às situações em que se documenta uma função anormal dos músculos pélvicos e que não melhoram com as medidas anteriormente tentadas. A maioria das técnicas cirúrgicas tentam restaurar o mecanismo muscular, embora possam não ter a eficácia desejada em alguns casos.

Estão a ser avaliadas novas terapêuticas, como a aplicação de pomadas locais e técnicas cirúrgicas inovadoras, como a inserção de um esfíncter artificial.

Nas raras situações em que nada pode ser feito para melhorar a continência, recomenda-se a utilização de tampões anais, cuecas impermeáveis ou resguardos, adaptados a cada situação, que permitem tornar a vida mais confortável.