

PROGRAMA MULTICÊNTRICO DE QUALIFICAÇÃO EM ATENÇÃO DOMICILIAR A DISTÂNCIA



Melhor em Casa

MÓDULO INTERCORRÊNCIAS AGUDAS NO DOMICÍLIO

AVALIAÇÃO E MANEJO DE CASOS DE CONSTIPAÇÃO



**GUILHERME EMANUEL BRUNING
MAURO BINZ KALIL
SATI JABER MAHMUD**

**UNIDADE 2
AVALIAÇÃO E MANEJO DOMICILIAR DE CASOS DE
CONSTIPAÇÃO**

**São Luís
2013**

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO

Reitor – Natalino Salgado Filho

Vice-reitor – Antonio José Silva Oliveira

Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação – Fernando de
Carvalho Silva

CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE - UFMA

Diretora – Nair Portela Silva Coutinho

Copyright @ UFMA/UNASUS, 2011.

Todos os direitos reservados à Universidade Federal do Maranhão.

Créditos:

Universidade Federal do Maranhão - UFMA

Universidade Aberta do SUS - UNASUS

Praça Gonçalves Dias, Nº 21, 1º andar, Prédio de Medicina (ILA) da

Universidade Federal do Maranhão - UFMA

Designer instrucional: Cácia Samira de Sousa Campos.

Normalização: Bibliotecária Eudes Garcez de Souza Silva. CRB 13a Região, Nº de Registro – 453.

Revisão de conteúdo: Leonardo Cançado Monteiro Savassi, Mariana Borges Dias.

Revisão ortográfica: João Carlos Raposo Moreira.

Revisão técnica: Ana Emília Figueiredo de Oliveira, Edinalva Neves Nascimento, Eurides Florindo de Castro Júnior, Renata Ribeiro Sousa.

Universidade Federal do Maranhão. UNASUS/UFMA

Intercorrências agudas no domicílio: constipação/Guilherme Emanuel Bruning; Mauro Binz Kalil; Sati Jaber Mahmud (Org.). - São Luís, 2013.

19f. : il.

1. Atenção à saúde. 2. Atenção domiciliar. 3. Cuidados domiciliares. 4. Tratamento. 5. UNASUS/UFMA. I. Savassi, Leonardo Cançado Monteiro. II. Dias, Mariana Borges. III. Título.

616-08

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 CONSTIPAÇÃO: uma dificuldade enfrentada	12
2.1 Como diagnosticar um paciente com constipação	13
2.2 Atuação do profissional da saúde e cuidador/familiar frente ao paciente com constipação	15
2.3 Quando referenciar	17
REFERÊNCIAS	19

Avaliação e manejo domiciliar de casos de constipação

APRESENTAÇÃO

Caro (a) aluno (a),

Nesta unidade estudaremos sobre avaliação e manejo do paciente com constipação. A constipação é uma queixa gastrointestinal comum na população geral e decorre de fatores primários relacionados à falta de atividade física e hábitos alimentares inadequados e, também, de fatores secundários relacionados ao uso de medicamentos ou a determinadas patologias.

Considerando a importância do bom funcionamento intestinal para o organismo, alertamos-lhe para a fundamentação sobre esta alteração fisiológica, visando traçar e desenvolver medidas para sua prevenção.

Esperamos que ao final desta unidade você saiba identificar as causas mais comuns de constipação e conheça as principais estratégias de manejo. Bons estudos!



1 INTRODUÇÃO

A constipação é a queixa gastrointestinal mais comum na população geral. Estudos de base populacional indicam prevalência de até 26,9% (COLLETE; ARAUJO; MADRUGA, 2010). A predominância em população acamada provavelmente é maior ainda, considerando-se o fato de que esta população constantemente é acometida por múltiplas comorbidades que podem contribuir na gênese do sintoma.

É um problema mais comum em mulheres, em pessoas não brancas, com mais de 60 anos, com baixo nível socioeducacional e que não pratiquem atividades físicas. A causa mais comum é a constipação funcional primária, onde não existe uma doença ou medicamento que seja responsável por provocar o sintoma (COLLETE; ARAUJO; MADRUGA, 2010).

A definição diagnóstica é imprecisa. A frequência evacuatória e a consistência das fezes são critérios comumente utilizados para definir constipação, porém, isoladamente, não conferem necessariamente redução de qualidade de vida ou dificuldades para os pacientes.

A melhor definição, e também a mais inclusiva, é a de que constipação constitui-se em uma dificuldade enfrentada por uma pessoa para o hábito evacuatório, independente de consistência ou frequência de defecações (GUSSO e LOPES, 2012).



2 CONSTIPAÇÃO: uma dificuldade enfrentada

Uma anamnese criteriosa é essencial para o reconhecimento da constipação. Na história clínica, é importante tentar estabelecer o que realmente a pessoa considera como constipação e quais são as suas expectativas de um hábito intestinal normal.

VOCÊ SABIA?

Muitas pessoas se preocupam com a frequência de evacuações, por pensarem que o hábito intestinal deva ser diário. Uma escuta qualificada exige melhor determinação não somente da frequência evacuatória e consistência fecal, mas também das dificuldades enfrentadas (dor, sangramento, tamanho das fezes).

Em pacientes **capazes de se comunicar**, um hábito evacuatório que tenha alteração em consistência, frequência e, principalmente, apresente dificuldades e redução de qualidade de vida, pode ser considerado constipação. Em pacientes **incapazes de se comunicar adequadamente**, o cuidador passa a ser fundamental para fornecer informações que possam levar ao diagnóstico: aparência de dor ao evacuar, fezes muito endurecidas, necessidade de auxílio manual para evacuar, sangramento e hemorroidas.

É importante ficar atento a pessoas acamadas e acometidas por sequelas neurológicas permanentes: com frequência, o hábito intestinal não é diário, podendo ocorrer a cada 4 ou 5 dias ou até mais. Se não houver outros sintomas associados, é provável que não haja necessidade de tratamento (GUSSO e LOPES, 2012; MCCALLUM, ONG e MERCER, 2009).

2.1 Como diagnosticar um paciente com constipação

O diagnóstico da constipação é **essencialmente clínico**. Uma estratégia adequada é identificar possíveis causas secundárias e alertas vermelhos. As causas secundárias são condições clínicas capazes de causar constipação. Deve-se atentar para a presença de causas secundárias tratáveis, a fim de melhorar a constipação. As principais causas secundárias estão resumidas no quadro 1.

Quadro 1 - Causas mais comuns de constipação secundária

Uso de medicamentos	Anticolinérgicos, antidepressivos (principalmente tricíclicos), antihistamínicos, anticonvulsivantes, bloqueadores dos canais de cálcio, clonidina, diuréticos, suplementos de cálcio e ferro, laxativos, levodopa, narcóticos, antiinflamatórios não esteróides, opióides, psicotrópicos, simpatomiméticos.
Problemas endocrinológicos ou metabólicos	Hipotireoidismo, diabetes, hipercalcemia, hipocalcemia, uremia.
Problemas Neurológicos	Neuropatia autonômica, Parkinson, esclerose múltipla, doença de Hirschsprung, esclerodermia, acidente vascular encefálico, trauma medular.
Anormalidades estruturais	<p>Desordens anorretais</p> <ul style="list-style-type: none">• Fissuras• Hemorróidas• Fístulas• Retocele• Abscessos• Prolapso retal <p>Estreitamento colônico, massas no reto, megacolon e megarreto.</p>
Condições psicogênicas	Ansiedade, depressão, somatização, transtornos alimentares, abuso e violência.
Problemas gastrointestinais	Câncer colorretal, prolapso retal, doença inflamatória intestinal, doença celíaca.

Fonte: McCALLUM, I.J.D.; ONG, S.; MERCER, Jones M. Chronic constipation in adults. Br Med J. v.338, n.960, p.763-6, 2009.

PRATHER, C.M. Subtypes of constipation: sorting out the confusion. *Gastroenterol Disord.*, v.4, supl. 2, p.S11-S6, 2004.

RICHTER, J.M. Approach to the patient with constipation. In: GOROLL, A.H.; MULLEY, A.G. *Primary care medicine: office evaluation and management of the adult patient*. 5. ed. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins, 2006.

Os alertas vermelhos são sinais sugestivos de complicações ou patologias com potencial de ameaça à vida ou evolução desfavorável. A identificação de um alerta vermelho é mandatária para investigação do trato digestivo baixo, em geral com colonoscopia. (Quadro 2)

Tabela 02: Alertas vermelhos na avaliação da constipação intestinal em adultos

•	Início recente em pacientes idosos*
•	Anemia ferropriva sem fator causal conhecido
•	Sangramento retal
•	Presença de sangue oculto nas fezes
•	História familiar de câncer colorretal, doença inflamatória intestinal ou doença celíaca
•	Perda de peso involuntária

*A maioria das fontes consultadas considera idosos, nos casos de alertas vermelhos para constipação, os indivíduos com mais de 50 anos de idade. É provável que esta consideração baseie-se no fato de que, a partir dos 50 anos, há evidências que justificam o rastreamento de câncer colorretal.

Fontes: American College of Gastroenterology e ASGE Guideline.

Fonte: AMERICAN COLLEGE OF GASTROENTEROLOGY. Chronic constipation task force: an evidence based approach to the management of chronic constipation in North America. *Am J Gastroenterol.*, n.100, supl. 1, p.S1-S4, 2005.

QURESHI, Waqar et al. ASGE guideline: guideline on the use of endoscopy in the management of constipation. *Gastrointestinal Endoscopy*, v.62, n.2, p.199-201, 2005.

Não há evidências suficientes que indiquem a realização de exames de sangue, radiológicos ou endoscópicos em pacientes constipados.

NA PRÁTICA!

Os exames complementares devem ser realizados para avaliação de possíveis causas secundárias, quando houver suspeita clínica específica. Se houver necessidade de investigação de trato gastrointestinal inferior (por presença de alerta vermelho), recomenda-se a realização de colonoscopia. O enema opaco pode ser útil na avaliação de anormalidades estruturais do cólon (estreitamento, aderências, doença inflamatória intestinal, megacólon etc.) (AMERICAN COLLEGE OF GASTROENTEROLOGY, 2005; QURESHI, 2005)

2.2 Atuação do profissional da saúde e cuidador/familiar frente ao paciente com constipação

O manejo da constipação visa esclarecimento para pacientes e familiares e melhora da qualidade de evacuação. Quando identificadas causas secundárias, é imperativo, quando possível, realizar o tratamento destas causas. Quando não for possível o tratamento causal, pode-se recorrer às **mudanças alimentares e de hábitos de vida e, se necessário, laxativos**. É importante também tratar problemas anorretais que possam afetar o hábito evacuatório, como fissuras e hemorroidas (RICHTER, 2006).

Diets ricas em fibras e líquidos, além de atividade física regular, são orientações fundamentais no início do tratamento de constipação. Em pacientes que utilizam dieta enteral exclusiva, pode-se recorrer a formulações com maior quantidade de fibras.



Se não houver sucesso em 3 ou 4 semanas, é provável que haja necessidade de uso de laxativos, por períodos temporários ou até permanentes. Outras condições que em geral necessitam

de laxativos são: lesões neurológicas permanentes, pacientes com necessidade de utilização de opioides contínuos, pessoas em tratamento paliativo, quando a constipação for causada por medicamento que não pode ser descontinuado.

Recente revisão mostrou que não existe superioridade entre um ou outro agente laxativo. Os agentes mais indicados, por possuírem mais evidências a seu favor, são os laxantes osmóticos polietilenoglicol e lactulose. Ambos possuem formulações comerciais bastante conhecidas e em geral acessíveis. Se houver necessidade, outro laxativo pode ser adicionado ao laxante osmótico. Este segundo medicamento pode ser um laxante estimulante, como o bisacodil, senna ou picossulfato. Os laxantes podem ser utilizados em longo prazo, se a condição clínica do paciente exigir. (Quadro 3)

Quadro 3 - Principais agentes laxantes disponíveis no Brasil com graus de recomendação* e efeitos adversos

Tipo de agente	Nome	Dose	Eventos adversos
Formadores de bolo	Psyllium (B)	4 colheres de sopa por dia (aprox. 30g/dia) divididos em 3 doses.	Deve ser utilizado com bastante água para evitar obstrução. Gases e distensão abdominal.
Osmóticos	Lactulose (B)	15 a 30 ml uma ou duas vezes ao dia	Gases e distensão abdominal
	Polietilenoglicol (macrogol) (A)	17 g, uma vez ao dia	Usado em forma de sachê para diluição em água. Gases e distensão.
	Hidróxido de magnésio (B)	2 a 4 colheres de sopa por dia (30 a 60 ml)	Hipermagnesemia, hipocalcemia e hiperfosfatemia. Cuidar em insuficiência renal.
	Fosfato de sódio (enema)*	133 ml via retal	Desidratação, hipocalcemia, hiperfosfatemia em pacientes com insuficiência renal crônica. Perfuração intestinal.
Estimulantes	Bisacodil (B)	1 ou 2 comprimidos à noite	Cólicas, dor abdominal.
	Bisacodil (B)	1 ou 2 comprimidos ou 20 gotas, à noite	Cólicas e dor abdominal.
	Senna (C)	1 ou 2 comprimidos ou 1 colher de sopa, à noite	Cólicas e dor abdominal. Estudos não encontraram evidências de associação entre os laxantes estimulantes e câncer colorretal.

Emolientes	Docusato de sódio (B)	1 a 3 drágeas, uma vez ao dia	
	Óleo mineral	5 a 45 ml, ao deitar à noite	Má absorção de vitaminas lipossolúveis; pneumonia aspirativa em pessoas em risco.

*Graus de recomendação de acordo com a classificação de Centre of Evidence Based Medicine.

Fonte: AMERICAN COLLEGE OF GASTROENTEROLOGY. Chronic constipation task force: an evidence based approach to the management of chronic constipation in North America. Am J Gastroenterol., n.100, supl. 1, p.S1-S4, 2005.

Em pacientes com impactação fecal (ocorrência frequente em usuários de opioides e pessoas com neoplasia), é necessária a desimpactação (manual e com enemas por via retal) para depois introduzir mudanças dietéticas e uso continuado de laxativos.

2.3 Quando referenciar

Segundo Gusso e Lopes (2012), a maioria dos casos de constipação **poderá ser manejada em domicílio** por uma equipe assistente em conjunto com a família do paciente.

Devem ser referenciados pacientes que apresentem oclusão intestinal, pacientes que tenham anormalidades estruturais que impeçam a evacuação (como tumores ou aderências) e casos refratários ao tratamento instituído, de acordo com recursos locais e vontade da família e do paciente!

Resumo do Conteúdo

Nesta unidade, aprendemos que o manejo e a avaliação da constipação visam o melhor esclarecimento tanto para o paciente quanto para os familiares, lembrando-se que:

- É essencial uma boa anamnese para o reconhecimento da constipação;
- Quando identificada a constipação, é primordial a realização de tratamento, seja quando diagnosticada por causas secundárias ou por mudanças alimentares e de hábitos de vida;
- É importante que você possa estabelecer ações eficazes para a prevenção e terapia da constipação intestinal em sua comunidade de trabalho.

Até o próximo estudo!



REFERÊNCIAS

AMERICAN COLLEGE OF GASTROENTEROLOGY. Chronic constipation task force: an evidence based approach to the management of chronic constipation in North America. **Am J Gastroenterol.**, n.100, supl. 1, p.S1-S4, 2005.

COLLETE, V.L.; ARAUJO, C.L.; MADRUGA, S.W. Prevalência e fatores associados à constipação intestinal: um estudo de base populacional em Pelotas/RS, Brasil, 2007. **Cad Saúde Pública**, v.26, n.7, p.1391-402, 2010.

GUSSO, G.; LOPES, J.M.C. (Org.) **Tratado de Medicina de Família e Comunidade**: princípios, formação e prática. Porto Alegre: Artmed, 2012.

McCALLUM, I.J.D.; ONG, S.; MERCER, Jones M. Chronic constipation in adults. **Br Med J**. v.338, n.960, p.763-6, 2009.

PRATHER, C.M. Subtypes of constipation: sorting out the confusion. **Gastroenterol Disord.**, v.4, supl. 2, p.S11-S6, 2004.

QURESHI, Waqar et al. ASGE guideline: guideline on the use of endoscopy in the management of constipation. **Gastrointestinal Endoscopy**, v.62, n.2, p.199-201, 2005. Disponível em: <<http://www.asge.org/assets/0/71542/71544/12abe0e6a43b4ab7adfb356f8466e1c1.pdf>>. Acesso em: 9 de julho de 2013.

RICHTER, J.M. Approach to the patient with constipation. In: GOROLL, A.H.; MULLEY, A.G. **Primary care medicine**: office evaluation and management of the adult patient. 5. ed. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins, 2006.

