



Licenciatura em Ciências da Nutrição

Obstipação

Suas Causas e Tratamento

Artigo de Revisão

Elaborado por Joana Vicente

Aluno nº 201192357

Orientadores: Prof.^a Doutora Cátia Ramalhete

Barcarena

novembro 2015

Obstipação –*Suas causas e Tratamento* - Licenciatura em Ciências da Nutrição

Universidade Atlântica

Licenciatura em Ciências da Nutrição

Obstipação

Suas causas e tratamento

Artigo de Revisão

Elaborado por Joana Vicente

Aluno nº 201192357

Orientadores: Prof.^a Doutora Cátia Ramalhete

Barcarena

novembro 2015

O autor é o único responsável pelas ideias expressas neste relatório

Agradecimentos

À Professora Doutora Cátia Ramalhete, minha orientadora interna, por todo o apoio prestado e pela disponibilidade demonstrada no decorrer de toda a licenciatura.

À Engenheira Sandra Nunes por toda a disponibilidade e apoio prestado durante a realização do trabalho.

Ao Corpo Docente da Universidade Atlântica pela minha formação académica que me permitiu alcançar o final da minha licenciatura e por me ter proporcionado momentos de valiosas aprendizagens.

Aos meus pais por serem modelos de coragem, pelo apoio incondicional, incentivo, amizade e total ajuda na superação dos obstáculos que ao longo desta caminhada foram surgindo e por nunca me terem deixado desistir.

Ao meu irmão pelo apoio, paciência e por estar sempre do meu lado e a torcer por mim.

Ao meu namorado, pela ajuda, compreensão, dedicação e pela incansável paciência nos momentos mais difíceis da minha vida académica e pessoal.

Às minhas amigas e aos meus colegas, à Filipa, à Patrícia e à Rita, à Teresa, à Carolina, à Catarina Lopes, à Catarina Garcia, entre outros que não menciono o nome mas que sabem quem são, que me acompanharam durante o meu percurso académico, pelo companheirismo, força e apoio em certos momentos difíceis e por terem tornado este percurso inesquecível.

Resumo

Obstipação

A obstipação é um distúrbio funcional do intestino, sem uma causa fisiológica específica, que se caracteriza pela dificuldade em libertar as fezes. São várias as causas da obstipação, de onde se destaca a dieta pobre em fibras, a falta de actividade física, o consumo de alguns medicamentos, mudanças no estilo de vida e nas rotinas diárias e o ignorar a sensação de evacuação. Sendo uma perturbação multifactorial o seu diagnóstico nem sempre é fácil. São conhecidas várias técnicas usadas neste diagnóstico. Alguns aspectos podem mesmo ser detectados pela própria pessoa, entre eles a observação do tipo de fezes, ou mesmo a diminuição do número de dejectões.

Os estudos sobre este tema são influenciados pela falta de uma definição concreta do mesmo, porém, distinguem-se a obstipação primária (funcional) e a obstipação secundária. Após o seu diagnóstico, o tratamento deverá focar-se preferencialmente na alteração de estilos de vida, sendo a ingestão de fibras, alimentos probióticos e água primordiais. Caso a obstipação se mantenha deverá recorrer-se ao uso de medicamentos próprios, entre eles destacam-se os laxantes osmóticos, emolientes, de contacto. Contudo, nunca esquecer que se tratam de fármacos que deverão ser usados durante curtos espaços de tempo e acompanhados de uma alimentação rica em fibras e água.

Neste artigo será feita uma revisão do tema obstipação, abordando não só a sua definição como também aspectos relacionados com a sua causa e diagnóstico. O tratamento farmacológico e não farmacológico também será avaliado.

Palavras-chave: Obstipação; Diagnóstico; Fibras; Tratamento; fezes; distúrbios do pavimento pélvico.

Abstract

Constipation

Constipation is an intestine functional disturb, without a specific physiologic cause, which is characterized by a difficulty in releasing feces. There are many causes of constipation that includes the low-fiber diet, lack of physical activity, consumption of some medications, changes in lifestyle and daily routines and ignore the feeling of evacuation. Being a multifactorial disorder the diagnosis is not always easy. Are known various techniques used in this diagnosis. Some aspects can even be detected by the person, including the observation of the type of feces, or even decrease in the number of stools.

Studies on this topic are influenced by the lack of a concrete definition of it, however, it is possible to distinguish the primary constipation (functional) and secondary constipation. After his diagnosis, treatment should be focused preferably in changing lifestyles, such the intake of fiber, probiotics and more importantly drinking water. If constipation remains, medicines as the osmotic, emollients, contact laxatives should be used. However, never forget that these are drugs that should be used for short periods of time and accompanied by a diet rich in fiber and water.

This article will be a review of the constipation topic, addressing not only its definition but also aspects related to the cause and diagnosis. The pharmacological and non-pharmacological treatment will also be assessed.

Keywords: Constipation; Diagnostic; Fibers; Treatment; Feces; Pelvic floor disorders.

Índice

Índice de figuras.....	viii
Índice de tabelas.....	viii
1. Introdução.....	1
2. Obstipação	3
2.1. Causas e condições associadas à obstipação.....	3
3. Diagnóstico da obstipação.....	5
4. Tratamento.....	9
4.1. Terapia nutricional e complementar.....	11
4.1.1. Exercício físico e água.....	11
4.1.2. Fibras.....	12
4.1.3. Agentes probióticos.....	14
4.1.4. Biofeedback.....	14
4.2. Tratamento farmacológico.....	15
4.2.1. Agentes de volume.....	14
4.2.2. Agentes emolientes.....	15
4.2.3. Laxantes estimulantes.....	15
4.2.4. Laxantes osmóticos.....	16
4.3. Tratamento cirurgico.....	15
5. Conclusão.....	17
6. Referências bibliográficas.....	18

Índice de figuras

Figura 1 - Escala de Bristol	7
Figura 2 - Algoritmo para o tratamento da obstipação	9
Figura 3 - Algoritmo para o tratamento da obstipação de trânsito lento	10
Figura 4 - Algoritmo para o tratamento da obstipação por distúrbios defecatórios	11

Índice de tabelas

Tabela 1 - Causas e condições da obstipação	3
Tabela 2 - Avaliações clínicas para o diagnóstico da obstipação	5
Tabela 3 - Testes para o diagnóstico da obstipação	7
Tabela 3 – Exemplos de alimentos que contém fibras.....	13

1. Introdução

O sistema gastrointestinal corresponde a um tubo oco que vai da cavidade bucal até ao ânus. Ao longo deste encontramos vários órgãos entre eles a faringe, o esófago, o estômago, o intestino delgado, o intestino grosso e o recto. Este sistema tem como funções primárias a digestão, absorção e excreção. O estômago e o intestino delgado são os principais responsáveis pela digestão e absorção que são processos feitos através de mecanismos físicos e químicos. É na parte inferior do sistema gastrointestinal (intestino grosso) que é absorvida a maior percentagem de águas com conseqüente formação das fezes (Cheng et al., 2010).

A obstipação é um distúrbio funcional do intestino, sem uma causa fisiológica específica, que se caracteriza pela dificuldade em libertar as fezes. (Hosseinzadeh, Poorsaadati, Radkani, & Forootan, 2011) Este distúrbio afeta maioritariamente indivíduos do sexo feminino. (Longstreth, 2006) São várias as causas da obstipação, de onde se destaca a dieta pobre em fibras, a falta de atividade física, o consumo de alguns medicamentos (Bharucha, Pemberton, & Locke, 2013), mudanças no estilo de vida e nas rotinas diárias e o ignorar a sensação de evacuação. (Camilleri, 2013) Poderá ainda ser causa de obstipação certos distúrbios neurológicos e metabólicos, (Chao et al., 2008 ;Hosseinzadeh et al., 2011; Oudenhove et al., 2004) ou problemas e transtornos funcionais do trato gastrointestinal, (Longstreth, 2006).

Os estudos sobre este tema são influenciados pela falta de uma definição concreta de obstipação pois os hábitos intestinais vão-se modificando ao longo do tempo, já que esta condição depende da idade, sexo e amplitude da gama de prevalência (Foxy-Orenstein, McNally, & Odunsi, 2008). Nos Estados Unidos, a obstipação tem uma prevalência de 1.2% e são gastos mais de 330 milhões de dólares anualmente em laxantes e a principal causa é a falta de informação epidemiológica e fisiopatológica acerca deste assunto (Nyam, Pemberton, Ilstrup, & Rath, 1997) Considerando que a obstipação tem um impacto significativo na qualidade de vida (Ruiz-López & Coss-Adame, 2015) e influência o bem-estar físico e emocional do indivíduo deve ser considerado um

problema de saúde pública (Sandler, Jordan, & Shelton, 1990; Chen et al., 2014; Camilleri, 2013; Ruiz-López & Coss-Adame, 2015).

O presente artigo tem como objectivo rever o tema obstipação, abordando não só a sua definição como também as causas e diagnóstico desta perturbação. Será dado realce, igualmente, ao seu tratamento farmacológico e terapia nutricional e complementar.

2. Obstipação

A obstipação é uma condição fisiológica que se caracteriza por menos de três evacuações por semana ou evacuações com fezes duras, secas, ou pequenas, que tornam dolorosa a sua passagem (Camilleri, 2013).

A obstipação é diferenciada em dois grandes grupos: a obstipação primária (funcional) e a obstipação secundária. A primária divide-se em três subtipos: fisiopatológica que é caracterizada pelo atraso prolongado do trânsito das fezes através do cólon, também designado trânsito lento; defecação dissinérgica que é caracterizada pela dificuldade ou incapacidade de evacuar as fezes do recto e a síndrome do intestino irritável que é caracterizada por sintomas de obstipação com desconforto ou dor como principais características. A obstipação secundária é causada por diversos factores entre eles a dieta, medicamentos, comportamentos e estilos de vida, factores endócrinos, metabólicos, psiquiátricos, entre outros (Pettei, 1987; Greger et al., 2010).

2.1. Causas e condições associadas à obstipação

As doenças gastrointestinais resultam de uma combinação de factores biológicos, fisiológicos e sociais. O intestino responde a factores fisiológicos e ambientais e também interage diretamente com o sistema nervoso central (Levy et al., 2006). Na **Tabela 1** estão descritas as causas e as condições da obstipação.

Tabela 1 – Causas e condições da obstipação.

Condições	Causas
Obstrução mecânica	Tumor colo-retal, Diverticulose, Anomalias pós-cirúrgicas
Transtornos neurológicos	Deterioração cognitiva/demência, Depressão, doença de Parkinson

Tabela 1 – Causas e condições da obstipação (continuação).

Condições	Causas
Condições endócrinas/metabólicas	Insuficiência renal crónica, Desidratação, Diabetes mellitus, Hipercalemia, Hipotiroidismo
Transtornos gastrointestinais	Fissuras Anais, Hemorróidas
Miopatia	Esclerose sistémica
Dietéticos	Dietas, Depleção de líquidos, Pouca fibra
Medicamentos	Antidepressivos, Antiepiléticos, Diuréticos, Antidiarréicos, Suplementos de cálcio e ferro
Outros	Doença cardíaca, Imobilidade

Fonte: (Greger et al., 2010; Foxx-Orenstein et al., 2008).

Vários transtornos neurológicos e metabólicos podem fazer com que a comida passe pelo sistema digestivo muito lentamente, levando à obstipação, é o caso do hipotiroidismo que é um distúrbio que faz com que o organismo produza pouca hormona da tiróide, levando a uma redução geral das actividades metabólicas (Camilleri, 2013).

Por outro lado alguns problemas gastrointestinais como tumores, fissuras anais ou hemorróidas podem comprimir ou limitar o colon e o reto, podendo assim causar obstipação (Camilleri, 2013; Greger et al., 2010).

Uma das grandes causas da obstipação é a dieta rica em gorduras animais e açúcares refinados e pobre em fibras, especialmente fibras insolúveis, que são as que ajudam a mover grandes quantidades de alimentos através dos intestinos e promover a sua evacuação (American Gastroenterological Association, 2013).

Dentro dos medicamentos com efeito sobre a obstipação destacam-se os que tratam a doença de Parkinson. Estes fármacos não só afetam as células nervosas na parte do cérebro que controla o movimento muscular, como também têm acção nos nervos das paredes do cólon levando muitas vezes à obstipação (Camilleri, 2013).

3. Diagnóstico da obstipação

O diagnóstico da obstipação é realizado mediante a avaliação clínica do paciente e a realização de testes de diagnóstico. Na **Tabela 2** são apresentados quatro diferentes tipos de avaliação clínica. Já na **Tabela 3** são apresentados os testes de diagnóstico mais usados. Estes permitem identificar as causas estruturais ou funcionais da obstipação, porém nenhum dos testes referidos consegue fornecer a base fisiopatológica da obstipação, pois esta é uma condição heterogênea multifactorial que requer a realização de vários testes em simultâneo para a identificar. (Sambasivarao, 2013)

Tabela 2 – Avaliações clínicas para o diagnóstico da obstipação

Diagnóstico da obstipação – Avaliações clínicas			
Crítérios Roma III (2 ou mais)	Diário de sintomas e fezes	Exame físico	Exame rectal digital
Esforço para evacuar em pelo menos 25% das evacuações	Formulário da escala de Bristol	Exame físico completo, incluindo um exame neurológico detalhado (pode ajudar a reconhecer doenças sistémicas que podem causar obstipação)	Exame rectal digital e perianal (hemorróidas externas, marcas na pele, fissuras anais, verrugas anais podem ser facilmente detectadas neste exame)
Fezes duras ou irregulares em pelo menos 25 % das defecações			
Sensação de evacuação incompleta em pelo menos 25% das defecações			

Tabela 2 – Avaliações clínicas para o diagnóstico da obstipação (continuação)

Diagnóstico da obstipação – Avaliações clínicas			
Crítérios Roma III (2 ou mais)	Diário de sintomas e fezes	Exame físico	Exame rectal digital
Sensação de obstrução/bloqueio anorretal em pelo menos 25% das defecações	Diário alimentar (útil para avaliar a ingestão de fibra e líquidos assim como o número, periodicidade e conteúdo dos nutrientes das refeições)		
Utilização de manobras manuais para facilitar a evacuação em pelo menos 25% das defecações			
Menos de três dejecções por semana			

Fonte: (Sambasivarao, 2013) (Foundation, 2006) (J.F., 2007)

Relativamente ao diário de sintomas e fezes, este faz uso da escala de Bristol (Fig. 1), desenvolvida pela primeira vez pelo Dr. *Ken Heaton* na Universidade de Bristol e publicada no *Scandinavian Journal of Gastroenterology* em 1997 (Heaton, 1997). Esta escala ajuda os pacientes e médicos a identificar a forma das fezes e pode ser útil para avaliar o tempo do trânsito no cólon pois as fezes muito soltas ou rígidas estão relacionadas com trânsito rápido ou lento no cólon (Heaton, 1997).



Figura 1 – Escala de Bristol (Azevedo a. P., 2012).

A radiografia simples do abdómen (**Tabela 3**) é um exame barato, frequentemente usado para complementar a história clínica e o exame físico nos pacientes em que se suspeite obstipação, mas por si só não é um método fiável para determinar um diagnóstico de obstipação. Já o enema de bário pode ser útil para identificar anormalidades anatómicas.

Tabela 3 – Testes para o diagnóstico da obstipação.

Diagnóstico da obstipação – Testes de diagnóstico		
Estudos Radiográficos	Testes da função do cólon	Testes de função anorrectal
Radiografia simples do abdómen	Estudos do tempo do trânsito do cólon	Manometria anorrectal
Enema de Bário		Teste de expulsão do balão
Defecografia		
Ressonância magnética		
Endoscopia		Teste do baróstato rectal

Fonte: (Sambasivarao, 2013)

A defecografia inclui imagiologia do recto com material de contraste e observação do processo, taxa de completude e de evacuação rectal através do teste de fluoroscopia. A ressonância magnética é o único exame que avalia simultaneamente a anatomia da zona pélvica e o movimento dinâmico. A endoscopia permite a visualização directa do cólon e é indicada nos casos em que se pretende verificar se existem lesões nas mucosas (Sambasivarao, 2013).

Os estudos do tempo do trânsito do cólon podem ser medidos pelos seguintes métodos: (Sambasivarao, 2013; American Gastroenterological Association, 2013).

- a) Ingestão de marcadores radiopacos seguida de radiografias abdominais, em que é feita a administração de uma cápsula que contem 24 marcadores de plástico visíveis a raio x no dia 1, seguindo-se da obtenção de radiografias abdominais no dia 6. Os marcadores movem-se através do tracto gastrointestinal assim como os alimentos e resíduos, e são passados naturalmente como fezes.
- b) Radioisótopos e cintigrafia, em que é administrado um isótopo através de uma cápsula revestida que se dissolve no cólon ou no íleo terminal e onde posteriormente se detecta as quantidades de radiação são obtidas imagens através de câmaras externas e computadores especiais para perceber como é que as substâncias reactivas se movem através do intestino em intervalos de tempo específicos.

No que diz respeito aos testes de função anorrectal, a manometria anorrectal fornece informação sobre a pressão no anorrecto quer quando o paciente se encontra em repouso quer durante as manobras de defecação. Neste teste são usados sensores de pressão e um balão para verificar a sensibilidade do recto. O teste da expulsão do balão é um exame simples que permite avaliar a capacidade que o indivíduo tem para fazer a expulsão de um balão artificial com quantidades variáveis de água. É dado um cronómetro à pessoa e esta é instruída a medir o tempo que leva a expelir o balão. Se a pessoa não expulsar o balão cheio com menos de 150ml de água ou demorar mais de um minuto para o expelir, esta pode ter uma diminuição na capacidade de evacuação das fezes. O teste do baróstato rectal consiste num balão artificial que é colocado no recto e ligado a um dispositivo de pressão e distensão computadorizado (baróstato). Estudos realizados

revelaram uma hipossensibilidade rectal em pacientes com obstipação (Sambasivarao, 2013; Bharucha et al., 2013; Pettei, 1987; American Gastroenterological Association, 2013).

4. Tratamento

Embora não existam dados suficientes para apoiar que modificações na dieta e no estilo de vida podem melhorar a obstipação crónica, os especialistas recomendam estas soluções como tratamento de primeira linha (Liu, 2011).

Na Fig. 2 encontra-se o algoritmo da fisiopatologia e tratamento da obstipação desde os exames físicos até à determinação do tipo de obstipação em questão.

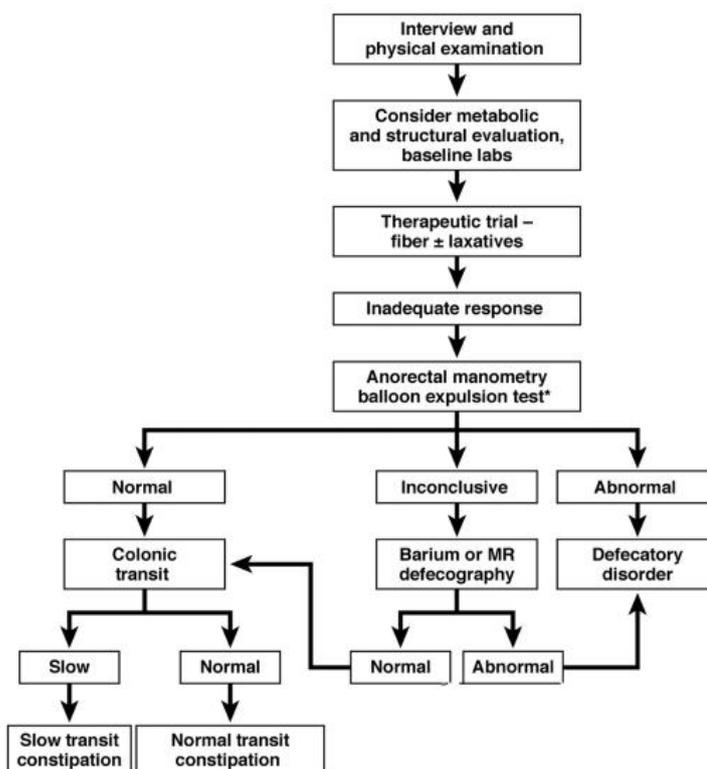


Figura 2 – Algoritmo da fisiopatologia e tratamento da obstipação (Bharucha et al., 2013).

Nas Fig. 3 e Fig. 4 encontram-se os algoritmos para o tratamento dos sub grupos específicos da obstipação, especificamente obstipação de trânsito lento e obstipação por distúrbios defecatórios, respetivamente.

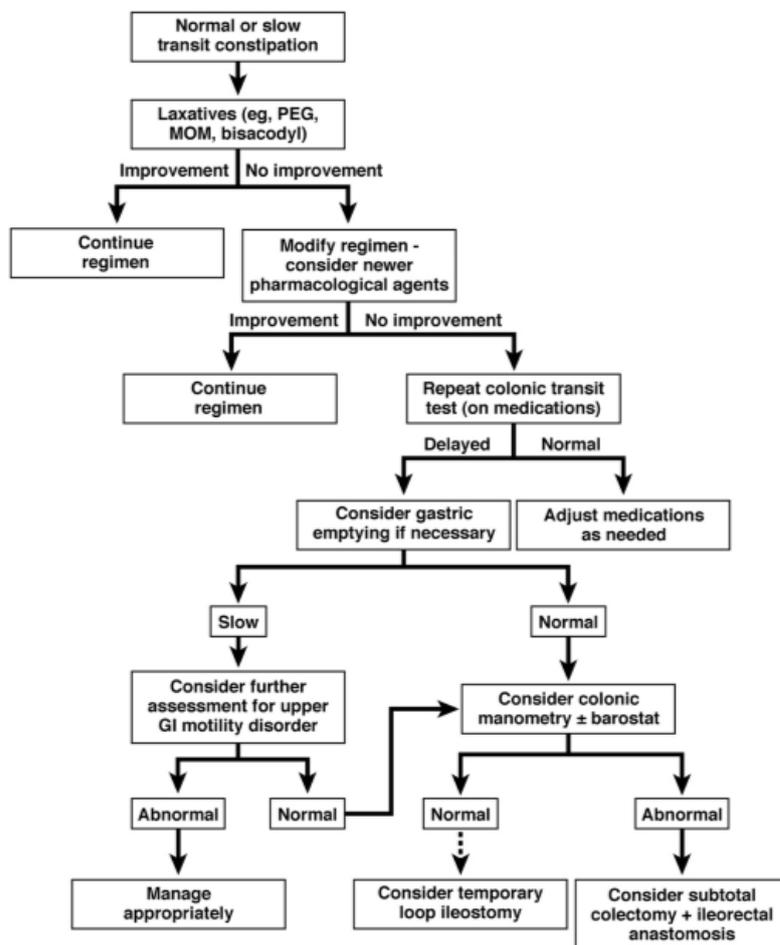


Figura 3 – Algoritmo para o tratamento da obstipação de trânsito lento (Bharucha et al., 2013).

De seguida serão abordados os principais tratamentos não farmacológicos e farmacológicos usados na atualidade.

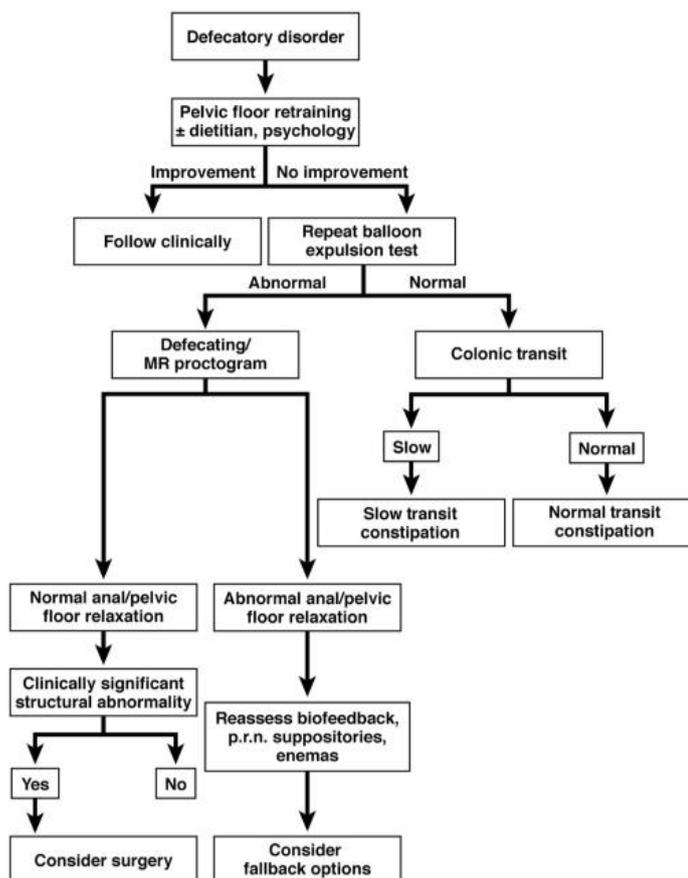


Figura 4 – Algoritmo para o tratamento da obstipação por distúrbios defecatórios (Bharucha et al., 2013).

4.1. Terapia nutricional e complementar

4.1.1. Exercício físico e água

Embora os estudos realizados comprovem que o exercício físico melhora muito a qualidade de vida das pessoas, esta não se encontra relacionada com o risco de obstipação em adultos (Tuteja, Talley, Joos, Woehl, & Hickam, 2005) nem com a diminuição das queixas de obstipação em idosos hospitalizados (Chin A Paw, van Poppel, & van Mechelen, 2006).

No que diz respeito à água, um estudo realizado a idosos residentes em lares demonstrou que existe uma relação entre o consumo inadequado de água e a obstipação (Robson, Kiely, & Lembo, 2000). Esta relação foi corroborada pelos dados obtidos num

ensaio clínico onde se verificou que a ingestão de elevada quantidade de líquidos melhora a obstipação quando acompanhada de uma dieta rica em fibras (20 – 30g de fibras/dia) (Anti et al., 1998).

4.1.2. Fibras

As fibras têm um papel importante no trato gastrointestinal pois quaisquer hidratos de carbono não digeridos que atinjam o cólon vão ser fermentados por bactérias intestinais produzindo ácidos gordos de cadeia curta e gases incluindo dióxido de carbono, hidrogénio e metano. Os ácidos gordos de cadeia curta por sua vez criam uma carga osmótica, são absorvidos e metabolizados pelos colonócitos, hepatócitos e tecidos periféricos, diminuindo o pH, acelerando o trânsito do cólon e melhorando a consistência e a quantidade das fezes (Eswaran, Muir, & Chey, 2013; Bae, 2014).

As fibras podem ser distinguidas em dois grupos, as fibras solúveis e as insolúveis. As fibras solúveis atraem a água e transformam-se num gel durante a digestão e encontram-se principalmente nos frutos, hortícolas, leguminosas e alimentos que contêm aveia, cevada ou centeio. Têm sobretudo efeitos sobre o tempo de digestão no estômago e no intestino delgado (o tempo de absorção dos nutrientes no intestino delgado torna-se mais longo). As fibras insolúveis encontram-se principalmente nas hortaliças e outros hortícolas e nos cereais inteiros e nos seus derivados integrais (ex. pão escuro, arroz e massas integrais, cereais de pequeno almoço integrais não açucarados, etc.). A este tipo de fibras atribui-se um papel preponderante sobre a actividade do cólon (intestino grosso), uma vez que são responsáveis pelo aumento do volume e fluidez das fezes e pelo estímulo da motilidade intestinal (Berkeley & Appointment, 2009; Markland et al., 2013). Na **Tabela 4** encontram-se alguns exemplos de alimentos ricos em fibra, sendo que a recomendação diária do consumo da mesma é igualmente apresentada.

Estudos demonstram que as fibras insolúveis alteram a função do cólon, aumentando o teor de água fecal e o volume fecal, facilitando assim o trânsito intestinal (Eswaran et al., 2013).

Normalmente a adesão dos pacientes ao aumento do consumo de fibras na dieta é pobre, principalmente devido aos efeitos secundários causados pelas mesmas (flatulência,

distensão, inchaço) e por isso é recomendado um aumento gradual de 20 a 25 g de fibra por dia durante um período de uma a duas semanas (Pettei, 1987).

Tabela 4 – Exemplos de alimentos que contém fibra

Alimento	Quantidade de fibra por 100g parte edível
<i>Leguminosas Frescas</i>	
Ervilhas (grão – frescas cozidas)	4.8
Favas (cozidas)	5.8
Feijão verde (cozido)	3.0
<i>Cereais e derivados</i>	
Arroz (integral cru)	3.8
Massa esparguete (cru)	5.1
Pão de centeio integral	7.1
<i>Batatas e produtos hortícolas</i>	
Batata doce (crua)	2.7
Alcachofra (cozida)	5.6
Cenoura (cozida)	3.0
<i>Frutos e derivados</i>	
Ameixa (seca)	15.6
Damasco (seco)	19.0
Figo (seco)	11.0
Coco (seco)	21.1

Fonte: Tabela da composição de alimentos, 2007.

4.1.3. Agentes Probióticos

Os probióticos são definidos como microrganismos vivos que quando administrados em quantidades adequadas conferem benefícios para a saúde do hospedeiro. Os microrganismos são úteis para reconhecer a presença significativa de bactérias no corpo humano e pelo menos 500 a 1000 espécies de bactérias foram identificadas no corpo humano. Além disso, 60% da biomassa fecal consiste em bactérias por isso, a microbiota desempenha um papel extremamente importante no desenvolvimento e função normal do trato gastrointestinal. Várias alterações na microbiota foram identificadas em pacientes com distúrbios gastrointestinais, apresentando diferenças qualitativas e quantitativas na sua distribuição, e uma falta de diversidade microbiana em comparação com as pessoas sem estes distúrbios (Smith, Furman, Byrd, & Biosciences, 2014).

Destes microrganismos, os *Bifidobacterium* e *Lactobacillus* são os responsáveis pela melhoria de frequência de evacuações e da consistência das fezes, sendo por isso o alvo de estudos relacionados com obstipação (Chmielewska & Szajewska, 2010).

A vantagem dos probióticos incide numa alteração da microbiota intestinal bacteriana para melhorar a imunidade da mucosa e restaurar a função da barreira intestinal (Smith et al., 2014).

4.1.4. Biofeedback

O biofeedback envolve a utilização de um medidor de pressão dentro do esfíncter anal para treinar os pacientes a relaxar os músculos da zona pélvica com um pequeno balão ou sonda electrónica e a fazerem exercícios abdominais durante a defecação. Sendo que o seu uso está associado ao fortalecimento dos músculos da zona pélvica, pois esta terapia usa ondas de estimulação eléctrica (Chiarioni, Whitehead, Pezza, Morelli, & Bassotti, 2006). Estudos demonstram que este método é essencial para o tratamento de doentes com obstipação dissinergica (Sambasivarao, 2013).

4.2. Tratamento farmacológico

O tratamento farmacológico da obstipação é feito recorrendo a laxantes. Estes são classificados em quatro grupos principais: agentes de volume, agentes emolientes, estimulantes e laxantes osmóticos (Emmanuel, Tack, Quigley, & Talley, 2009).

4.2.1. Agentes de volume

Os agentes formadores de volume actuam quando as fezes necessitam de água, absorvendo-a e tornando as fezes mais macias, moles e fáceis de expulsar. São polissacáridos que actuam na retenção de água nas fezes, aumentando o seu volume. Estes agentes são considerados os laxantes mais seguros mas podem interferir com a absorção de alguns medicamentos (Camilleri, 2013). Alguns deles passam por uma fermentação bacteriana, fazendo assim com que tenham alguns efeitos secundários como o inchaço e a flatulência. Fazem parte deste grupo o farelo, psílio, policarbófilo de cálcio e metilcelulose (Emmanuel et al., 2009; Greger et al., 2010).

4.2.2. Agentes emolientes

Os agentes emolientes actuam no revestimento da superfície das fezes, fazendo com que o líquido fique retido nas mesmas e as ajude a passar mais facilmente (Camilleri, 2013). São agentes naturais ou análogos da fenofteleína que são hidrolisados no intestino e actuam estimulando o peristaltismo, as terminações nervosas sensoriais e interferem com o fluxo de electrólitos para inibirem a absorção de água (Emmanuel et al., 2009).

4.2.3. Laxantes estimulantes

Os estimulantes devem ser usados quando existe uma obstipação grave ou os pacientes não respondem a outros tratamentos (Camilleri, 2013). Estes laxantes estimulam directamente as paredes do intestino grosso, provocando a sua contracção e deslocando as fezes. Fazem parte deste grupo o bisacodil / picossulfato de sódio (Greger et al., 2010). A utilização diária destes laxantes pode resultar em hiponatremia, hipocalemia, e desidratação (J.F., 2007).

4.2.4. Laxantes osmóticos

Os laxantes osmóticos ajudam as fezes a reter o líquido, fazendo com que aumente o número de evacuações e haja o amolecimento das fezes. As limitações principais dos laxantes osmóticos são a falta de eficácia no alívio dos sintomas globais de obstipação e os efeitos adversos associados (cólicas abdominais, inchaço e flatulência). Estes laxantes não devem ser tomados por pessoas com problemas cardíacos e insuficiência renal pois podem causar desidratação ou um desequilíbrio mineral (J.F., 2007; Camilleri, 2013). A lactulose faz parte deste grupo de laxantes (Emmanuel et al., 2009; Greger et al., 2010; Pettei, 1987).

4.3. Tratamento cirúrgico

O tratamento cirúrgico é uma opção para casos em que os outros tipos de tratamento não resultam, ou para pessoas em que os músculos do cólon já não funcionam adequadamente, causando sintomas graves que não respondem a outros tratamentos (Camilleri, 2013). Num estudo no Reino Unido, em que foram seguidas 44 mulheres que tinham uma frequência de defecação média de uma vez a cada quatro semanas antes da cirurgia, verificou-se que após a cirurgia e durante o período de follow-up de 15 anos, 50% das pacientes normalizaram a sua frequência intestinal; no entanto, 34% tiveram diarreia e 11% tiveram uma obstipação persistente ou recorrente que exige o uso de laxantes. 70% das pacientes continuaram a sentir dor abdominal e foi necessário um tratamento psiquiátrico para transtornos psicológicos graves em 23% das pacientes. A dor abdominal e inchaço geralmente não melhoraram após a cirurgia (Kamm, Hawley, & Lennard-Jones, 1988).

A título de exemplo, pacientes com obstipação primária do tipo trânsito lento devem aumentar a ingestão de fibras, seja através de mudanças na dieta ou com suplementos de fibra. Os pacientes que não respondem a este tratamento, devem optar por laxantes osmóticos tais como leite de magnésio e a dose de laxante administrada deve ser ajustada conforme a consistência desejada das fezes seja atingida. Porém, o tratamento escolhido deve ser individualizado e adaptado de acordo com a pessoa em questão e só

em casos mais graves é que se recorre à cirurgia, caso contrário, raramente é utilizada (Pettei, 1987).

5. Conclusões

A obstipação é uma condição comum com vários sintomas e onde as estratégias de tratamento servem essencialmente para os reduzir, assim como para melhorar a motilidade intestinal.

As evidências científicas têm demonstrado a eficácia dos tratamentos não farmacológicos e das alterações no estilo de vida no tratamento da obstipação, porém existem casos em que estas modificações já não são eficazes e é necessário recorrer a tratamentos farmacológicos e até mesmo à cirurgia.

É muito importante um tratamento individualizado da obstipação pois cada pessoa tem uma reação diferente a cada tratamento e enquanto que para alguns uma dieta rica em fibras e a alteração de alguns hábitos é suficiente para o tratamento, para outros indivíduos são necessários laxantes e outros tratamentos mais agressivos para se conseguir ter melhorias do estado de obstipação.

Como as pesquisas sobre este tema continuam, certamente que irão surgir muitas mais formas de tratamento e novas classes de agentes terapêuticos que irão oferecer opções adicionais para os pacientes que sofrem desta condição.

6. Referências bibliográficas

- American Gastroenterological Association. (2013). Understanding Constipation. *American Gastroenterological Association*.
- Anti, M., Pignataro, G., Armuzzi, A., Valenti, A., Iascione, E., Marmo, R., ... Gasbarrini, G. (1998). Water supplementation enhances the effect of high-fiber diet on stool frequency and laxative consumption in adult patients with functional constipation. *Hepato-Gastroenterology*.
- Azevedo a. P., G. R. ; M. (2012). Tradução, adaptação cultural e validação da Bristol Stool Form Scale para a população brasileira. *Revista Latino-Americana de Enfermagem (USP. Ribeirão Preto. Impresso)*, 20(3), 1–7.
- Bae, S. H. (2014). Diets for constipation. *Pediatric Gastroenterology, Hepatology & Nutrition*, 17(4), 203–8.
- Berkeley, B. W.,. (2009). Dietary fiber, 642–643.
- Bharucha, A. E., Pemberton, J. H., & Locke, G. R. (2013). American Gastroenterological Association Technical Review on Constipation. *Gastroenterology*, 144(1), 218–238.
- Camilleri, M. (2013). Constipation. *National Digestive Diseases Information Clearinghouse*, 13(2754).
- Chao, H.-C., Chen, S.-Y., Chen, C.-C., Chang, K.-W., Kong, M.-S., Lai, M.-W., & Chiu, C.-H. (2008). The impact of constipation on growth in children. *Pediatric Research*, 64(3), 308–11.
- Chen, M., Zheng, H., Li, J., Huang, D., Chen, Q., & Fang, J. (2014). Non-pharmacological treatments for adult patients with functional constipation: a systematic review protocol. *BMJ Open*, 4, e004982–e004982.
- Cheng, L. K., O’Grady, G., Du, P., Egbuji, J. U., Windsor, J. a., & Pullan, A. J. (2010). Gastrointestinal system. *Wiley Interdisciplinary Reviews: Systems Biology and Medicine*, 2(1), 65–79.
- Chiarioni, G., Whitehead, W. E., Pezza, V., Morelli, A., & Bassotti, G. (2006). Biofeedback is superior to laxatives for normal transit constipation due to pelvic floor dyssynergia. *Gastroenterology*, 130(3), 657–64.
- Chin A Paw, M. J. M., van Poppel, M. N. M., & van Mechelen, W. (2006). Effects of resistance and functional-skills training on habitual activity and constipation among older adults living in long-term care facilities: a randomized controlled trial. *BMC Geriatrics*, 6, 9.

- Chmielewska, A., & Szajewska, H. (2010). Systematic review of randomised controlled trials: probiotics for functional constipation. *World Journal of Gastroenterology : WJG*, 16(1), 69–75.
- Emmanuel, a, Tack, J., Quigley, E., & Talley, N. (2009). Pharmacological management of constipation. *Neurogastroenterol Motil*, 21, 41–54.
- Eswaran, S., Muir, J., & Chey, W. D. (2013). Fiber and Functional Gastrointestinal Disorders. *The American Journal of Gastroenterology*, 108(5), 718–727.
- Foundation, R. (2006). Guidelines--Rome III Diagnostic Criteria for Functional Gastrointestinal Disorders. *J Gastrointestin Liver Dis.*, 15(3), 307–312.
- Foxx-Orenstein, A. E., McNally, M. a., & Odunsi, S. T. (2008). Update on constipation: One treatment does not fit all. *Cleveland Clinic Journal of Medicine*, 75(11), 813–824.
- Greger, L., Saeed, H., Peter, M., Ole, T., Luis Bustos, F., James, G., ... Anton, L. M. (2010). Constipação : uma perspectiva mundial. *World Gastroenterology Organisation Guidelines*, 2–13.
- Hosseinzadeh, S. T., Poorsaadati, S., Radkani, B., & Forootan, M. (2011). Psychological disorders in patients with chronic constipation. *Gastroenterology and Hepatology from Bed to Bench*, 4(3), 159–163.
- J.F., J. (2007). Review of the treatment options for chronic constipation. *Medscape General Medicine*, 9(2), 1–13.
- Kamm, M. a, Hawley, P. R., & Lennard-Jones, J. E. (1988). Outcome of colectomy for severe idiopathic constipation. *Gut*, 29, 969–973.
- Levy, R. L., Olden, K. W., Naliboff, B. D., Bradley, L. a., Francisconi, C., Drossman, D. a., & Creed, F. (2006). Psychosocial Aspects of the Functional Gastrointestinal Disorders. *Gastroenterology*, 130(5), 1447–1458.
- Liu, L. W. C. (2011). Chronic constipation: current treatment options. *Canadian Journal of Gastroenterology*, 22B–28B.
- Markland, A. D., Palsson, O., Goode, P. S., Burgio, K. L., Busby-Whitehead, J., & Whitehead, W. E. (2013). Association of Low Dietary Intake of Fiber and Liquids With Constipation: Evidence From the National Health and Nutrition Examination Survey. *The American Journal of Gastroenterology*, 108(5), 796–803.
- Longstreth, GF. et al. (2006). Funcional Bowel Disorders. *Gastroenterology*; 130: 1480-1491.

- Nyam, D. C., Pemberton, J. H., Ilstrup, D. M., & Rath, D. M. (1997). Long-term results of surgery for chronic constipation. *Diseases of the Colon and Rectum*, 40(3), 273–279.
- Pettei, M. J. (1987). Chronic constipation. *Pediatric Annals*, 16(10), 796–800, 804–806, 811–813.
- Robson, K. M., Kiely, D. K., & Lembo, T. (2000). Development of constipation in nursing home residents. *Diseases of the Colon and Rectum*, 43(7), 940–3.
- Ruiz-López, M. C., & Coss-Adame, E. (2015). Quality of life in patients with different constipation subtypes based on the Rome III criteria. *Revista de Gastroenterología de México*, 80(1), 13–20.
- Sambasivarao, S. V. (2013). NIH Public Access, 18(9), 1199–1216.
- Sandler, R. S., Jordan, M. C., & Shelton, B. J. (1990). Demographic and dietary determinants of constipation in the US population. *American Journal of Public Health*, 80(2), 185–189.
- Smith, A., Furman, R. R., Byrd, J. C., & Biosciences, V. (2014). Clinical Roundtable Monograph, (January).
- Tabela da Composição de Alimentos, Centro de Segurança Alimentar e Nutrição Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, 1ª edição, Lisboa 2007.
- Tuteja, A. K., Talley, N. J., Joos, S. K., Woehl, J. V., & Hickam, D. H. (2005). Is constipation associated with decreased physical activity in normally active subjects? *American Journal of Gastroenterology*, 100, 124–129.