

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO E GESTÃO

DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA – PPG-GAFAR

Série Ferramentas

PROTOCOLO DE ATUAÇÃO DO FARMACÊUTICO NO MANEJO CLÍNICO DA CONSTIPAÇÃO FUNCIONAL

Nadielle Gonçalves Siqueira, Cristiane Soares Cardozo Wergles, Paolla Ferreira
Baptista, Selma Rodrigues de Castilho e Sabrina Calil-Elias

NITERÓI
2023

Apresentação:

O objetivo deste trabalho é propor um protocolo clínico para o tratamento e manejo da constipação funcional como transtorno menor de saúde, que o farmacêutico clínico poderá utilizar junto aos pacientes. Para confecção do protocolo foram realizadas buscas por artigos nas bases de dados Medline/Pubmed e Micromedex, bem como a revisão de diretrizes médicas. Foram excluídos os artigos com resultados inconclusivos e/ou experimentais, tratamentos inacessíveis à população brasileira ou que exigem procedimentos médicos. São elegíveis para este protocolo os pacientes com constipação intestinal segundo os critérios diagnósticos de Roma IV (anexo), mediante anamnese farmacêutica.

CONTEXTUALIZAÇÃO

Transtornos funcionais gastrointestinais são comuns na população em geral, sendo o trânsito intestinal lento o mais frequente¹ (MILLER; ZIMMERMANN; OUWEHAND, 2016). A constipação intestinal é uma condição que possui como principais sintomas evacuações infrequentes, defecação insatisfatória e/ou dificuldade para evacuar² (BHARUCHA *et al.*, 2013).

De acordo com estudos realizados na Europa, Oceania e América do Norte, a prevalência é de aproximadamente 16 % em adultos e raramente está associado a doenças graves, e nesses casos, o impacto na qualidade de vida pode ser significativo^{2,3} (BELSEY *et al.*, 2010; BHARUCHA *et al.*, 2013). A procura por atendimento médico ocorre de forma tardia, devido ao baixo poder incapacitante da constipação funcional, quando não há doença associada. A conduta médica para os diagnósticos da constipação e outros transtornos funcionais do intestino (CID 10 K59.0 e K59, respectivamente) é principalmente o controle dos sintomas² (BHARUCHA *et al.*, 2013).

A constipação tratada neste protocolo é classificada como constipação funcional e possui trânsito intestinal normal. Constitui a forma mais simples e prevalente em adultos, 60 % dos casos⁴ (SANTOS JÚNIOR, 2005). É mais prevalente em mulheres

adultas e aumenta com o avanço da idade. Além disso, está mais presente em indivíduos com menor nível socioeconômico⁵ (FORD *et al.*, 2014).

A constipação como problema de saúde autolimitado ou transtorno menor pode ser manejada pelo farmacêutico. Os problemas de saúde autolimitados são condições agudas de baixa gravidade, que tendem a evoluir sem causar dano ao paciente e podem ser tratadas com medicamentos isentos de prescrição médica⁶ (CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA, 2013). Os laxantes e catárticos utilizados para tratar a constipação intestinal são medicamentos isentos de prescrição, de acordo com a Instrução Normativa nº - 11, de 29 de setembro 2016⁷ (ANVISA, 2016).

O cuidado farmacêutico visa apoiar o uso racional de medicamentos, contribuindo para o cuidado em saúde dos indivíduos com o objetivo de aperfeiçoar a terapia e melhorar os resultados em saúde⁸ (ALLEMANN *et al.*, 2014). Assim, a Resolução nº 585 de 29 de agosto de 2013 do Conselho Federal de Farmácia determinou que é atribuição clínica do farmacêutico, dentre outras atividades, manejar problemas de saúde autolimitados⁶ (CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA, 2013).

Para confecção do protocolo de tratamento para constipação funcional foram realizadas buscas por artigos nas bases de dados Medline/Pubmed (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>) e Micromedex. Para a busca no Medline/Pubmed foi utilizado o termo “constipation” e os seguintes limites ativados: “Humans”, “Meta-Analysis”, “Randomized Controlled Trial”, “Systematic Reviews”, “Guideline”, “MeSH Major Topic”, “Portuguese”, “English”, “FullText”, “Freefulltext”. No Micromedex, foi pesquisado por “constipation” e extraídos os artigos citados para o problema de saúde. Em seguida, todos os títulos foram lidos e foram excluídos os artigos que tratassem de constipação secundária, tratamentos cirúrgicos e especializados e constipação relacionada ao uso de medicamentos. Houve outra seleção após análise dos “abstracts”, onde foram excluídos os artigos com resultados inconclusivos e/ou experimentais, tratamentos que ainda não são acessíveis para população brasileira ou que exigem procedimentos médicos. Por fim, as publicações selecionadas tiveram sua leitura integralmente realizada. Também foram revisadas as seguintes diretrizes médicas: Associação de Gastroenterologia Americana, Escola Americana de Gastroenterologia,

Consenso Brasileiro de Constipação Intestinal e Sociedade Brasileira de Coloproctologia (Figura 1).

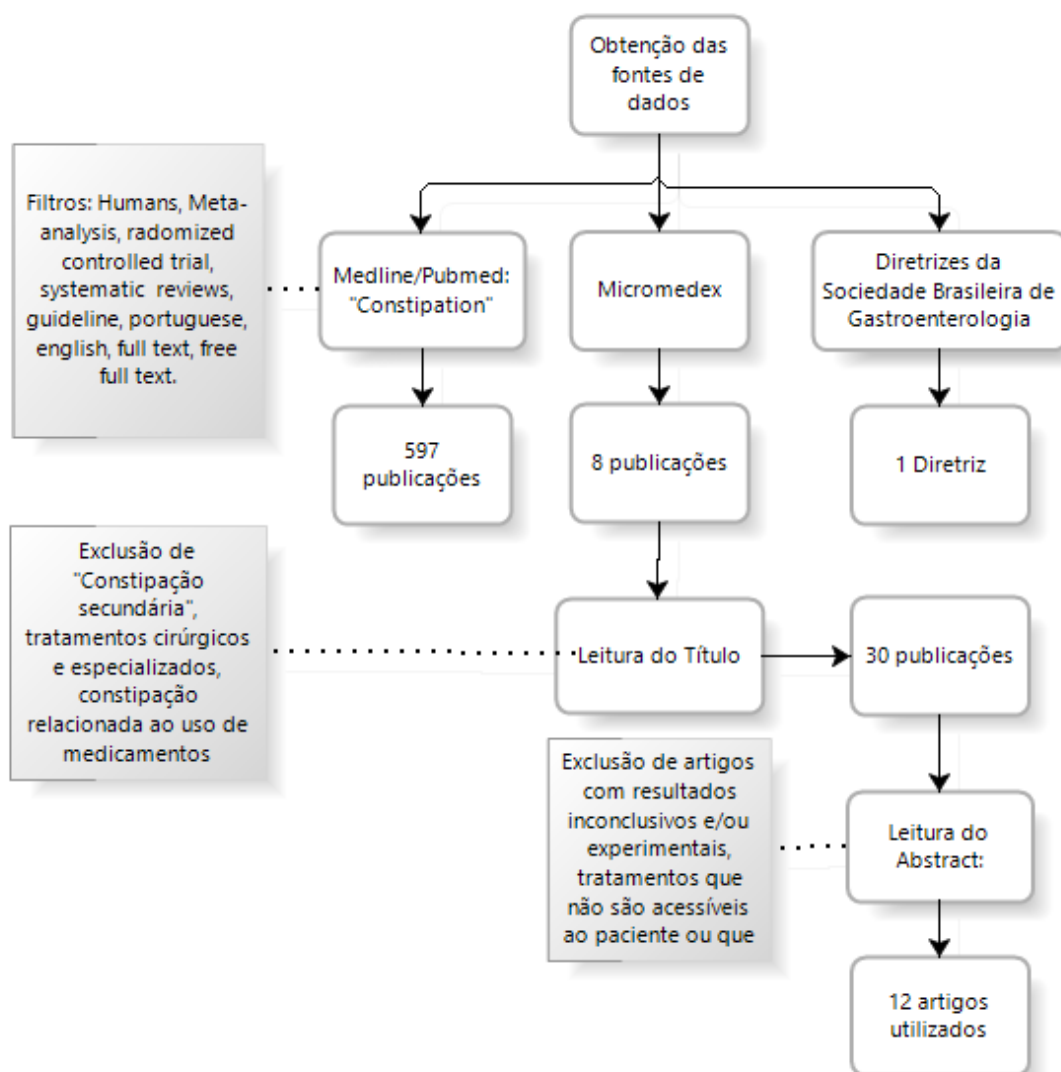


Figura 1. Representação esquemática da obtenção das fontes de dados para a elaboração do protocolo clínico.

O resumo do atendimento farmacêutico e orientações não farmacológicas que podem ser utilizadas no tratamento da constipação funcional estão apresentados na Figura 2.

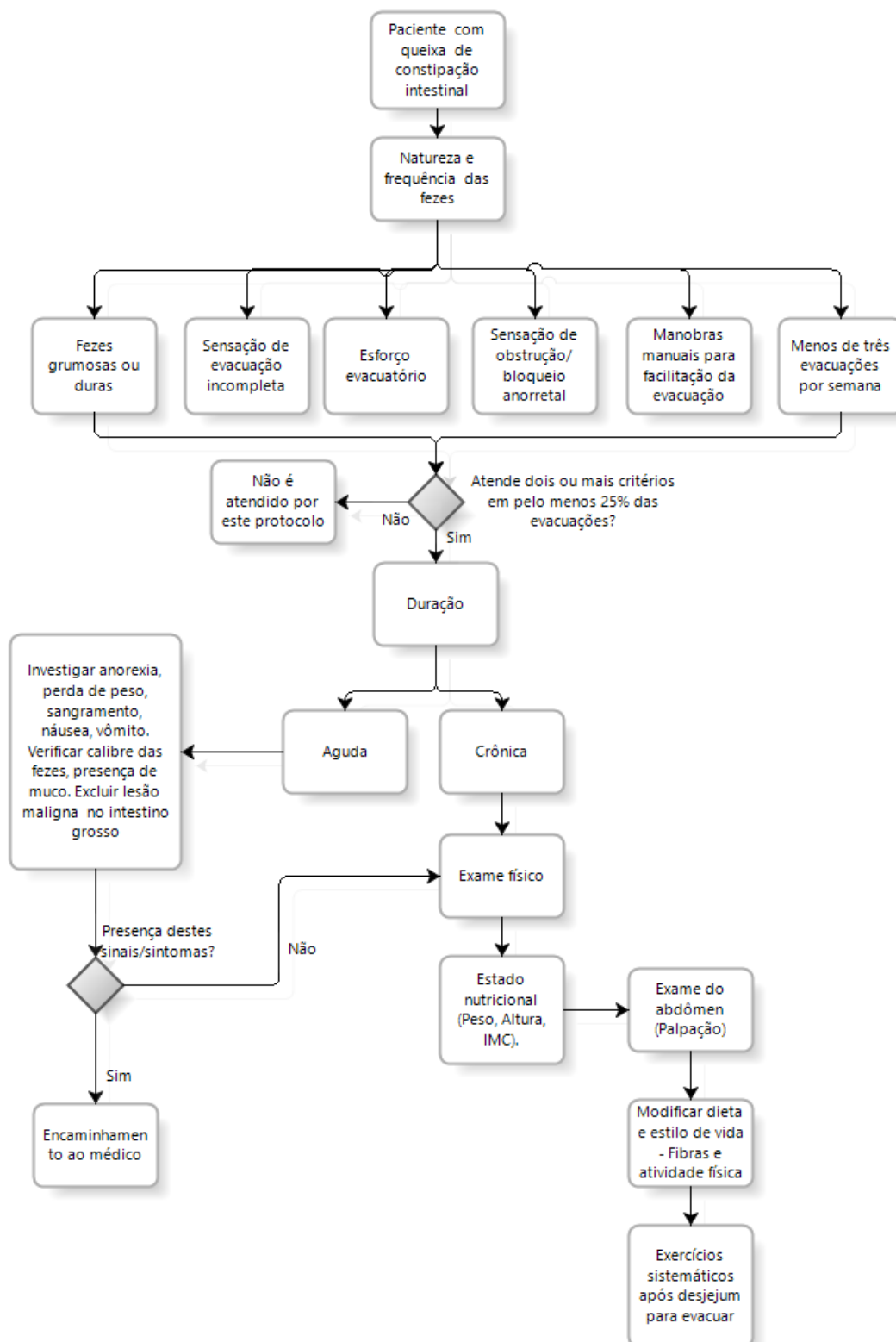


Figura 2. Fluxograma do atendimento farmacêutico e condutas não-farmacológicas para o tratamento da constipação funcional.

O início do tratamento medicamentoso ocorre após a falha da alteração da dieta e mudanças no estilo de vida. A primeira opção são os agentes osmolares (p. ex. leite de magnésia e polietilenoglicol (PEG)). Bharucha e colaboradores (2013) descrevem a ação de lactulose, na dose de 15 a 30 ml duas vezes ao dia, e de sorbitol 15 a 30 ml via oral uma ou duas vezes ao dia². Katelaris e colaboradores (2016) fizeram uma revisão sistemática com metanálise para avaliar a efetividade relativa do polietilenoglicol com e sem eletrólitos no manejo da constipação funcional em adultos. O estudo concluiu que, embora ambas as formas sejam tratamentos eficazes e seguros em adultos, a adição de eletrólitos parece não oferecer nenhum benefício clínico sobre o polietilenoglicol utilizado isoladamente¹² (KATELARIS *et al.*, 2016). Segundo Paré e Fedorak (PARÉ; FEDORAK, 2014), a prescrição de PEG 3350 deve ser 17 g dissolvido em 5 ml de água, uma vez ao dia.

A segunda opção são os laxativos lubrificantes como o óleo mineral, que é eficaz de 15 a 45 mL uma vez ao dia² (BHARUCHA *et al.*, 2013). Em seguida pode-se associar algum tipo de laxativo estimulante, que é composto por fármacos da classe dos pró-cinéticos (p. ex. domperidona e prucaloprida) e dos laxativos irritantes (p. ex. bisacodil e supositório de glicerina). O uso de 10 mg por dia de Bisacodil é eficaz no tratamento de constipação comparado com grupo placebo, por 4 semanas, além de melhorar a qualidade de vida dos pacientes¹⁰ (PARÉ; FEDORAK, 2014). A prescrição de 1 supositório de glicerina, por via retal, uma vez ao dia (30 min. após a alimentação) é eficiente² (BHARUCHA *et al.*, 2013).

O fluxograma com as condutas farmacológicas que podem ser utilizadas pelo farmacêutico no tratamento da constipação funcional está resumida na Figura 3.

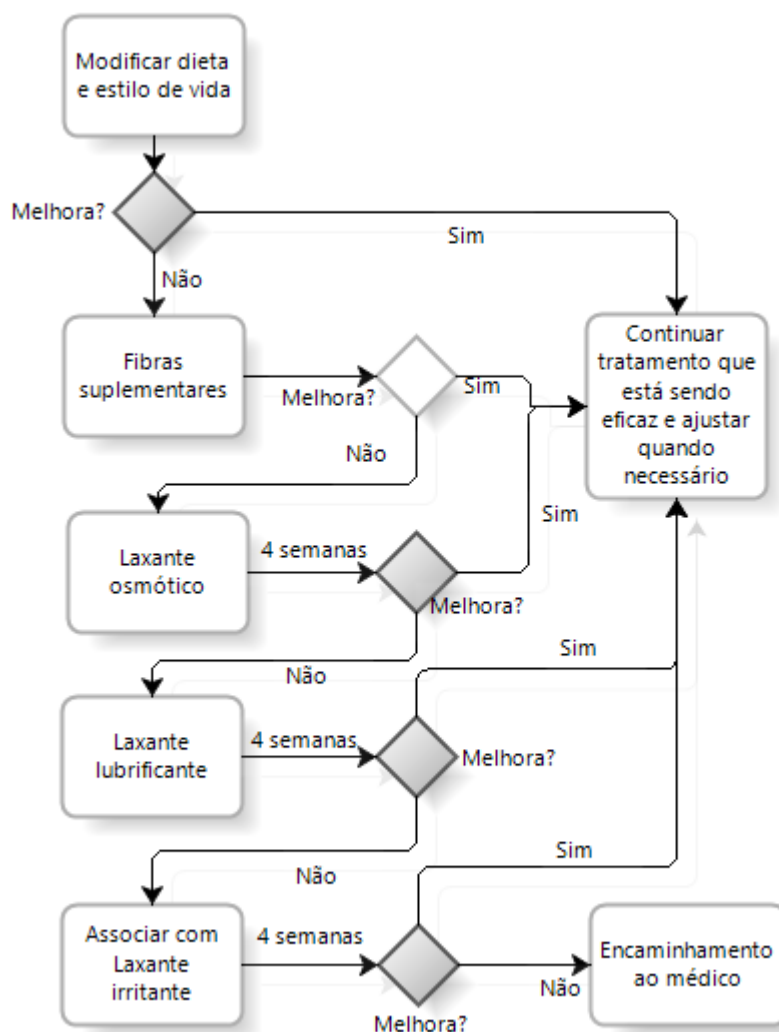


Figura 3. Fluxograma das opções farmacológicas de tratamento da constipação funcional com o uso de medicamentos isentos de prescrição.

A tabela 1 apresenta as classes de medicamentos e fibras que podem ser utilizadas no tratamento da constipação funcional. Estes medicamentos podem ser prescritos pelo farmacêutico, que avaliará sua eficácia e segurança, suspendendo o tratamento quando necessário.

Tabela 1. Estratégias farmacológicas no tratamento da constipação funcional

	Medicamento/fibra	Via de administração e dosagem
Fibras	Plantago ovata	VO: 3,2 – 10,5 g/dia
	Ameixas secas	VO: 100g/dia
	Lactulose	VO: 15 – 30mL 2x ao dia
Laxantes Osmóticos	Sorbitol	VO: 15 – 30mL 2x ao dia
	Hidróxido de Magnésio	VO: 2,4g de 1-3x ao dia
	PEG 3350	VO: 17g/dia
Laxativo lubrificante	Óleo Mineral	VO: 15 – 45ml/dia
Laxativos estimulantes	Bisacodil	VO: 5 -10mg/dia
	Supositório de glicerina	VR: 1 unidade/dia
	Picossulfato sódico	VO: 5 – 10 gotas/dia

Legenda: VO: Via oral; VR: Via retal

Segundo as recomendações internacionais consultadas, o tratamento só deve ser alterado quando o esquema vigente deixar de ser efetivo. Podem ser realizados exames clínicos para auxiliar na identificação de novas desordens motoras do TGI e/ou psicológicas. Em casos em que não há mais alternativas terapêuticas, o tratamento cirúrgico, temporário ou definitivo, pode ter sua indicação.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Após revisão da literatura, foi possível desenvolver um protocolo clínico para o quadro de constipação funcional para atuação do farmacêutico, no contexto do cuidado

farmacêutico, para o manejo deste transtorno menor. Enquanto há sucesso no tratamento, as queixas de dor e desconforto abdominal deixam de existir e o paciente consegue manter sua rotina. Portanto a monitorização da constipação crônica é feita, principalmente, pelo paciente. O próprio paciente pode ser treinado a identificar os primeiros sinais de falência do tratamento, como por exemplo, ausência de defecação diária, alguma dificuldade no momento da evacuação e fezes com características endurecidas. Deve ser realizada a educação e sensibilização do paciente para que procure o seu médico caso note alguns dos sinais descritos. Desta forma o tratamento pode ser otimizado e/ou alterado, se necessário.

REFERÊNCIAS

1. MILLER, Larry E.; ZIMMERMANN, Angela K.; OUWEHAND, Arthur C. Contemporary meta-analysis of short-term probiotic consumption on gastrointestinal transit. **World Journal of Gastroenterology**, vol. 22, no. 21, p. 5122–5131, 2016. <https://doi.org/10.3748/wjg.v22.i21.5122>.
2. BHARUCHA, Adil E.; DORN, Spencer D.; LEMBO, Anthony; PRESSMAN, Amanda. American gastroenterological association medical position statement on constipation. **Gastroenterology**, vol. 144, no. 1, p. 211–217, 2013. DOI 10.1053/j.gastro.2012.10.029. Available at: <http://dx.doi.org/10.1053/j.gastro.2012.10.029>.
3. BELSEY, J.; GREENFIELD, S.; CANDY, D.; GERAINT, M. Systematic review: Impact of constipation on quality of life in adults and children. **Alimentary Pharmacology and Therapeutics**, vol. 31, no. 9, p. 938–949, 2010. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2036.2010.04273.x>.
4. SANTOS JÚNIOR, JÚLIO CÉSAR MONTEIRO. CONSTIPAÇÃO INTESTINAL. **Rev bras Coloproct**, vol. 25, no. 1, p. 79–93, 2005.

5. FORD, Alexander C.; MOAYYEDI, Paul; LACY, Brian E.; LEMBO, Anthony J.; SAITO, Yuri A.; SCHILLER, Lawrence R.; SOFFER, Edy E.; SPIEGEL, Brennan M.R.; QUIGLEY, Eamonn M.M. American college of gastroenterology monograph on the management of irritable bowel syndrome and chronic idiopathic constipation. **American Journal of Gastroenterology**, vol. 109, no. SUPPL. 1, p. S2–S26, 2014. DOI 10.1038/ajg.2014.187. Available at: <http://dx.doi.org/10.1038/ajg.2014.187>.
6. CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA. **RESOLUÇÃO Nº 585 DE 29 DE AGOSTO DE 2013**. [S. l.: s. n.], 2013.
7. ANVISA. **Instrução Normativa - IN Nº 11, De 29 De Setembro De 2016**. [S. l.: s. n.], 2016.
8. ALLEMANN, Samuel S.; VAN MIL, J. W.Foppe; BOTERMANN, Lea; BERGER, Karin; GRIESE, Nina; HERSBERGER, Kurt E. Pharmaceutical care: The PCNE definition 2013. **International Journal of Clinical Pharmacy**, vol. 36, no. 3, p. 544–555, 2014. <https://doi.org/10.1007/s11096-014-9933-x>.
9. LEVER, E.; COLE, J.; SCOTT, S. M.; EMERY, P. W.; WHELAN, K. Systematic review: The effect of prunes on gastrointestinal function. **Alimentary Pharmacology and Therapeutics**, vol. 40, no. 7, p. 750–758, 2014. <https://doi.org/10.1111/apt.12913>.
10. PARÉ, Pierre; FEDORAK, Richard N. Systematic review of stimulant and nonstimulant laxatives for the treatment of functional constipation. **Canadian Journal of Gastroenterology and Hepatology**, vol. 28, no. 10, p. 549–557, 2014. <https://doi.org/10.1155/2014/631740>.
11. JONES, J.; SPILLER, R.; READ, N.; SILK, D.; WHORWELL, P.; BOORMAN, J.; CANN, P.; FORBES, A.; GOMBORONE, J.; HEATON, K.; HUNGIN, P.; KUMAR, D.; LIBBY, G. British Society of Gastroenterology guidelines for the management of the irritable bowel syndrome. **Gut**, vol. 47, no. SUPPL. 2, 2000. https://doi.org/10.1136/gut.47.suppl_2.ii1.

12. KATELARIS, Peter; NAGANATHAN, Vasi; LIU, Ken; KRASSAS, George; GULLOTTA, John. Comparison of the effectiveness of polyethylene glycol with and without electrolytes in constipation: A systematic review and network meta-analysis. **BMC Gastroenterology**, vol. 16, no. 1, 2016. DOI 10.1186/s12876-016-0457-9. Available at: <http://dx.doi.org/10.1186/s12876-016-0457-9>.
13. FOROOTAN, Mojgan; BAGHERI, Nazila; DARVISHI, Mohammad. Chronic constipation. **Medicine (United States)**, vol. 97, no. 20, May 2018. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000010631>.
14. SCHMULSON, Max J.; DROSSMAN, Douglas A. What is new in Rome IV. **Journal of Neurogastroenterology and Motility**, vol. 23, no. 2, p. 151–163, 2017. <https://doi.org/10.5056/jnm16214>.
15. LACY, Brian E.; MEARIN, Fermín; CHANG, Lin; CHEY, William D.; LEMBO, Anthony J.; SIMREN, Magnus; SPILLER, Robin. Bowel disorders. **Gastroenterology**, vol. 150, no. 6, p. 1393-1407.e5, 2016. DOI 10.1053/j.gastro.2016.02.031. Available at: <http://dx.doi.org/10.1053/j.gastro.2016.02.031>.
16. MEARIN, Fermín; CIRIZA, Constanza; MÍNGUEZ, Miguel; REY, Enrique; MASCORT, Juan José; PEÑA, Enrique; CAÑONES, Pedro; JÚDEZ, Javier. Clinical Practice Guideline: Irritable bowel syndrome with constipation and functional constipation in the adult. **Revista Espanola de Enfermedades Digestivas**, vol. 108, no. 6, p. 332–363, 2016. <https://doi.org/10.17235/reed.2016.4389/2016>.
17. FOOD AND DRUG ADMINISTRATION, U.S. Understanding Over-the-Counter Medicines | FDA. 2018. **fda.gov**.
18. TESHAMARIAM, Sirak; ANAND, Indermeet Singh; KALEAB, Ghide; BERHANE, Samson; WOLDAI, Biruck; HABTE, Eyasu; RUSSOM, Mulugeta. Self-medication with over the counter drugs, prevalence of risky practice and its associated

factors in pharmacy outlets of Asmara, Eritrea. **BMC Public Health**, vol. 19, no. 1, p. 1–9, 2019. <https://doi.org/10.1186/s12889-019-6470-5>.

19. CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA. **Resolução nº 623 de 29 de abril de 2016. Diário Oficial da União**. [S. l.: s. n.], 2016.

20. VIEIRA, Fabiola Sulpino. How pharmacists can contribute to health promotion. **Ciencia e Saude Coletiva**, vol. 12, no. 1, p. 213–220, 2007. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232007000100024>.

21. VINHOLES, Eduardo Rocha; ALANO, Graziela Modolon; GALATO, Dayani. Community's perception towards the performance of pharmaceutical service care in the health education actions related to rational medicine use. **Saude e Sociedade**, vol. 18, no. 2, p. 293–303, 2009. <https://doi.org/10.1590/s0104-12902009000200012>.

22. MEARIN, F.; CIRIZA, C.; MÍNGUEZ, M.; REY, E.; MASCORT, J. J.; PEÑA, E.; CAÑONES, P.; JÚDEZ, J. Irritable bowel syndrome with constipation and functional constipation in adults: Treatment (Part 2 of 2). **Atencion Primaria**, vol. 49, no. 3, p. 177–194, Mar. 2017. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2017.01.003>.

23. BONET, Sidiane; DIEFENTHAELER, Helissara Silveira. Avaliação Do Uso De Medicamentos Laxantes Em Grupos De Idosos De Barão De Cotegipe-Rs. **Perspectiva**, vol. 39, no. 145, p. 97–107, 2015.

24. CAMPOS, Maria Teresa Fialho De Sousa; MONTEIRO, Josefina Bressan Resende; ORNELAS, Ana Paula Rodrigues De Castro. Factors that affect the aged people food intake and nutrition. **Revista de Nutricao**, vol. 13, no. 3, p. 157–165, 2000. <https://doi.org/10.1590/s1415-52732000000300002>.

Anexo. Critérios diagnósticos para a constipação funcional de Roma IV.

1. Deve possuir 2 ou mais dos seguintes sintomas:

- | | |
|--|----------------|
| a. Esforço evacuatório | Mais de 25% |
| b. fezes grumosas ou duras | das evacuações |
| c. sensação de evacuação incompleta | |
| d. sensação de obstrução/bloqueio anorretal das fezes | |
| e. manobras manuais para facilitar a evacuação (por exemplo, evacuação com ajuda digital, apoio do assoalho pélvico) | |
| f. menos de três evacuações por semana | |

2. Fezes moles raramente presentes sem uso de laxantes

3. Critérios insuficientes para a síndrome do intestino irritável

Fonte: Lacy et al, 2016(LACY *et al.*, 2016); Mearin et al, 2016 (MEARIN, Fermín *et al.*, 2016)