



Universidade de Brasília - UnB
Faculdade de Ciências da Saúde
Departamento de Farmácia

BRENO FERREIRA ROCHA LIMA

**ANÁLISE DAS DIRETRIZES CLÍNICAS PARA MANEJO DA CONSTIPAÇÃO
INTESTINAL SEGUNDO AGREE II E PROPOSTA DE DIRETRIZ PARA CUIDADO
FARMACÊUTICO**

Brasília
2020

BRENO FERREIRA ROCHA LIMA

**ANÁLISE DAS DIRETRIZES CLÍNICAS PARA MANEJO DA CONSTIPAÇÃO
INTESTINAL SEGUNDO AGREE II E PROPOSTA DE DIRETRIZ PARA CUIDADO
FARMACÊUTICO**

Trabalho de conclusão de curso, apresentado à UnB como requisito parcial para a conclusão do curso de graduação em Farmácia.

Orientador: Msc. Bárbara Manuella Cardoso Sodrê Alves

Coorientador: Dr. Rafael Santos Santana

Brasília

2020

RESUMO

A constipação intestinal, caracterizada por evacuações dificultosas, é uma das queixas mais frequentes nos consultórios médicos, acometendo cerca de 20% da população mundial. Principalmente por ser considerado como um problema de saúde autolimitado em muitos casos, os profissionais de saúde frequentemente podem se deparar com indivíduos que apresentem tal condição, o que requer conhecimento tanto da patologia quanto das alternativas terapêuticas para o manejo desse sintoma.

Há disponível na literatura uma série de diretrizes clínicas sobre o cuidado em constipação intestinal a fim de nortear condutas dos profissionais de saúde no manejo. Para garantir que a prática aplicada seja correlacionada com a saúde baseada em evidências, é importante que esses próprios documentos também apresentem qualidade em sua construção e conteúdo para que estes sejam fidedignos e aplicáveis na prática assistencial. Portanto, este trabalho de conclusão de curso busca analisar a qualidade das diretrizes clínicas nacionais e internacionais disponíveis em bases de síntese de conteúdo científico sobre o manejo da constipação intestinal. Ademais, esse estudo garante embasamento à proposta da construção de uma diretriz clínica no manejo da constipação intestinal como transtorno autolimitado, com foco no cuidado farmacêutico que será apresentado em uma segunda parte desse trabalho.

Palavra-chave: Constipação, Prática Clínica Baseada em Evidências, Diretrizes Clínicas, AGREE II, ADAPTE, Prática Farmacêutica Baseada em Evidências, Transtornos Autolimitados.

ABSTRACT

Constipation, characterized by difficult bowel movements, is one of the most frequent complaints in physicians' offices, affecting about 20% of the world population. Mainly because it is considered as a self-limited health problem in many cases, health professionals can often come across individuals who have such a condition, which requires knowledge of both the pathology and the therapeutic alternatives to manage this symptom.

A number of clinical guidelines on the care of constipation in the literature are available in the literature in order to guide the conduct of health professionals in management. To ensure the health provided is correlated with evidence-based health, it is important that these documents also have quality in their construction and content so that they are reliable and applicable in healthcare practice. Therefore, this final paper carries out a study about the analysis of the quality of the national and international clinical guidelines available in bases of synthesis of scientific content on the management of constipation. In addition, this study supports the proposal to make a clinical guideline that will be presented in a second part of this paper in the management of constipation as a self-limited health problem with a focus on pharmaceutical care.

Keywords: Constipation, Evidence-based Practice, Guidelines, AGREE II, ADAPTE, Evidence-Based Pharmacy Practice, Self-limited Health Problem.

LISTA DE FIGURAS

Figura a. Fluxograma da identificação, seleção e inclusão das diretrizes para avaliação	23
Figura b. Escala de Bristol	51
Figura c. Posicionamento adequado no uso do vaso sanitário.....	124

LISTA DE QUADROS

Quadro 1. Características gerais das diretrizes clínicas selecionadas sobre constipação intestinal.....	24
Quadro 2. Correlação entre diretrizes recomendadas e presença de sistema de classificação de recomendação.....	32
Quadro 3. Definição de constipação funcional de acordo com os critérios de Roma IV.....	44
Quadro 4. Subtipos da constipação primária	47
Quadro 5. Sintomatologia das constipações primárias.....	51
Quadro 6. Anamnese Farmacêutica em Transtornos autolimitados (Técnica INDICO).....	53
Quadro 7. Fatores de risco para constipação primária ou secundária	55
Quadro 8. Medicamentos que induzem constipação	57
Quadro 9. Características de anormalidade associadas a condições mais graves	60
Quadro 10. Condutas usuais mais recomendadas e com maior nível de evidência no manejo da constipação	61
Quadro 11. Condutas para manejo da constipação intestinal com menor nível de evidência.....	62
Quadro 12. Condutas para crianças e jovens com menor nível de evidência no manejo da constipação.....	64
Quadro 13. Quantidade de ingestão de líquidos por dia	67
Quadro 14. Fármacos envolvidos na conduta inicial do manejo da constipação	71

Quadro 15. Fármacos envolvidos em condutas posteriores do manejo da constipação75

Quadro 16. Quantidade de fibras em cada porção de alimentos 124

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Índices de qualidade das diretrizes avaliadas de acordo com os domínios do instrumento AGREE II.....27

Tabela 2. Lista de medicamentos disponíveis no Brasil90

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ASCRS	American Society of Constipation and Rectal Surgery
AGREE II	Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation, 2 nd edition
BVS	Biblioteca Virtual de Saúde
CF	Constipação Funcional
CFF	Conselho Federal de Farmácia
cGMP	Monofosfato de Guanosina Cíclico
CMED	Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos
CTL	Constipação de Trânsito Lento
DC	Diretriz Clínica
DeCS	Descritores em Ciências da Saúde
EUA	Estados Unidos da América
GRADE	Grading of Recommendations Assessment Development
GR/NE	Grau de Recomendação/Nível de Evidência
ITU	Infecção do Trato Urinário
LMIP	Lista de Medicamentos Isentos de Prescrição
LUCK study	Laxative Usage in patients with general practitioner – diagnosed Constipation in the United Kingdom
NASPGHAN/ ESPGHAN	North American Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition and the European Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition
MeSH	Medical Subject Headings
MIP	Medicamento Isento de Prescrição
NICE	National Institute of Care and Excellence
PACCT	The Paris Consensus on Childhood Constipation Terminology
PBE	Prática Baseada em Evidência
PEG	Polietilenoglicol
PMC	Preço máximo ao consumidor
SII-C	Síndrome do Intestino Irritável com Constipação Predominante
SUS	Sistema Único de Saúde
TGI	Trato Gastrointestinal
TTO	Tratamento

AGRADECIMENTOS

Este presente trabalho não seria possível de ser realizado sem o apoio e o amor todos meus familiares, em especial de meus pais, Marinalva e William, minha irmã Beatriz, e meu namorado Alessandro, que sempre estiveram disponíveis para todo suporte e motivação a continuar seguindo meus passos.

Agradeço também à Universidade de Brasília por conceder todo auxílio possível, das oportunidades de participação em diversas atividades que me acresceram em experiência e aprendizado, de todas as pessoas, amigos e companheiros de turmas que tive contato nesses últimos cinco anos os quais pude compartilhar vivências, e por fim da formação que tive até o momento.

Aos meus orientadores, prof.^a Bárbara e prof. Rafael, tenho a gratidão por todo trabalho desenvolvido nesses quase 16 meses de planejamento, adaptações e execução do projeto; bem por toda paciência e ajuda em guiar os caminhos para que o resultado final fosse possível.

Não posso deixar de mencionar a participação dos colegas do Laboratório de Estudos Farmacêuticos (LEFAR) envolvidos nesse projeto, os quais compartilhamos muitas ideias ao longo do ano, sem esquecer dos colaboradores desse estudo, Alice e Laís, que participaram ativamente nesse trabalho.

De antemão, finalmente, à banca examinadora deixo meus agradecimentos por todo tempo investido na avaliação desse estudo e todas as contribuições que serão pontuadas, a fim de tornar este estudo cada vez mais relevante e primoroso em relação ao cuidado em saúde, e possivelmente impactando tanto à comunidade científica, comunidade farmacêutica e, mais importante, para a sociedade.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	14
<i>Constipação intestinal</i>	14
<i>Cuidado farmacêutico em problemas de saúde autolimitadas</i>	14
<i>Saúde Baseada em Evidências</i>	15
<i>Proposta do Trabalho</i>	15
OBJETIVOS	16
<i>Objetivo Geral</i>	16
<i>Objetivos Específicos</i>	16
METODOLOGIA	16
Capítulo I – Avaliação da qualidade de diretrizes clínicas nacionais e internacionais segundo AGREE II para o manejo da constipação intestinal .	18
<i>Introdução</i>	18
<i>Metodologia</i>	19
<i>Resultados e Discussão</i>	22
<i>Conclusão</i>	33
<i>Referências Bibliográficas</i>	34
Capítulo 2 – Proposta de Diretriz Clínica no Cuidado Farmacêutico à Constipação Intestinal como Transtorno Autolimitado	40
1. Descrição do transtorno e principais queixas	43
1.1. Definição de Constipação Intestinal	43
1.1.1. Constipação Funcional	43
1.2. Constipação em crianças e idosos	44
2. Epidemiologia da constipação	45
3. Sinônimos e descritores	46

4.	<i>Causas, Sinais e Sintomas e Anamnese Farmacêutica</i>	46
4.1.	<i>Etiologia</i>	47
4.2.	<i>Constipação e microbiota intestinal</i>	48
4.3.	<i>Fisiopatologia</i>	49
4.4.	<i>Fisiopatologia em crianças</i>	50
4.5.	<i>Sinais e Sintomas</i>	50
4.6.	<i>Anamnese Farmacêutica</i>	52
4.6.1.	<i>Abordagem INDICO na constipação</i>	53
4.6.2.	<i>Avaliação física</i>	58
4.6.3.	<i>Abordagem em idosos</i>	58
4.6.4.	<i>Diagnóstico diferencial para Constipação Funcional em crianças</i>	59
5.	<i>Sinais de alerta</i>	59
6.	<i>Objetivos do cuidado ao paciente</i>	60
7.	<i>Prevenção e recomendações de tratamento não-medicamentosos</i>	61
8.	<i>Recomendações medicamentosas</i>	69
9.	<i>Evolução</i>	81
10.	<i>Plano de Cuidado Farmacêutico</i>	83
10.1.	<i>Avaliação e acompanhamento</i>	83
11.	<i>Tópicos especiais</i>	85
11.1.	<i>Constipação e Gravidez</i>	85
11.2.	<i>Constipação e Deficiência intelectual</i>	87
12.	<i>Lista de medicamentos disponíveis no Brasil</i>	90
13.	<i>Algoritmo de Tratamento</i>	94
14.	<i>Referências Bibliográficas</i>	94

15.	<i>Apêndice I: Metodologia de busca e literatura eleita</i>	120
16.	<i>Apêndice II: Grupo de pesquisa</i>	123
17.	<i>Apêndice III: Material suplementar.....</i>	124

INTRODUÇÃO

Constipação intestinal

A constipação intestinal é um sintoma caracterizado por evacuações difíceis, seja por eliminação infrequente ou incompleta, muitas vezes acompanhadas de sensação de desconforto e distensão abdominal.(1) De uma maneira geral, sua prevalência varia de 2 a 27% no mundo, atingindo tanto adultos e idosos como o público infante-juvenil.(2–4) Ela possui um grande espectro de gravidade, desde quadros observados em transtornos autolimitados ou passíveis de manejo em atenção primária (constipação crônica também pode ser incluída aqui), até casos à nível hospitalar onde se necessita de um suporte mais especializado como em emergências hospitalares, pacientes internados em tratamento quimioterápico ou uso de opioides.(5–7) A constipação quando não manejada pode causar irritabilidade, desconforto abdominal, falta de apetite, além de promover impactação fecal.(7–9)

Cuidado farmacêutico em problemas de saúde autolimitadas

Problemas de saúde autolimitadas são definidas como “enfermidades agudas de baixa gravidade, de breve período de latência, que desencadeiam reações orgânicas as quais tendem a cursar sem danos para o paciente”, segundo a Resolução do Conselho Federal de Farmácia (CFF) nº 585/2013.(10) Além disso, na própria definição diz que esses transtornos podem ser tratados de forma eficaz e segura com medicamentos e outros produtos com finalidade terapêutica, cuja dispensação não exija prescrição médica, o que implica conseqüentemente no temor da associação “automedicação-autocuidado”.

Podemos dizer que o autocuidado corresponde ao conjunto de ações ou procedimentos de cada indivíduo, destinado à manutenção da vida, da saúde e do bem-estar. Inclui todas as ações básicas de higiene, alimentação saudável, prática de atividades físicas e uso de medicamentos.(11) Esse último, inclusive, consiste em uma das principais medidas de escolha na população brasileira, e sabe-se que quando feita de forma incorreta ou sem assistência essa ação pode levar a danos ou ao desenvolvimento de nova condição para os pacientes. Contudo, quando realizado

com a supervisão e auxílio do profissional de saúde, com destaque ao farmacêutico que possui papel fundamental na orientação não apenas do uso adequado e racional dos medicamentos e esclarecimento do paciente sobre os benefícios e riscos dos medicamentos, mas também a propiciar abordagem de outras alternativas de cuidado e manejo dos problemas de saúde que acometem seus pacientes, os riscos do autocuidado assistido são minimizados.(12,13)

Saúde Baseada em Evidências

Dentre inúmeros conceitos sobre Prática Baseada em Evidência (PBE) é consenso que seu enfoque destina-se à solução de problemas da assistência à saúde, para tomada de decisões baseadas nas melhores evidências.(14,15) Para isso, muitas vezes são utilizadas nessa área as diretrizes clínicas, que são documentos informativos que incluem recomendações dirigidas a otimizar o cuidado prestado ao paciente.(16) Normalmente estas são baseadas em evidências, ou seja, são construídas com base em uma revisão sistemática da literatura científica e na avaliação dos benefícios e danos de diferentes opções na atenção à saúde.(16)

De fato, diretrizes clínicas devem ser a base para melhorar a qualidade e a segurança do serviço de saúde. Mas antes disso, é importante que esses próprios documentos apresentem qualidade em sua construção e conteúdo para que estes sejam fidedignos e aplicáveis na prática assistencial.(16)

Proposta do Trabalho

Este trabalho de conclusão de curso realiza um estudo, apresentado no capítulo I, acerca da análise da qualidade das diretrizes clínicas nacionais e internacionais disponíveis em bases de síntese de conteúdo científico sobre o manejo da constipação intestinal. Ao final, espera-se que essa análise possa não só destacar as qualidades presentes em comum como apontar limitações e lacunas, possibilitando a compreensão das características a serem aprimoradas nas diretrizes clínicas subsequentes.

Ademais, esse estudo corrobora a proposta da construção de uma diretriz clínica no manejo da constipação intestinal como transtorno autolimitado, com foco no cuidado farmacêutico que será apresentado no capítulo II desse estudo. Com a

compreensão prévia dos fatores permeantes nas diretrizes de mais alta qualidade, a construção e adaptação de uma diretriz clínica voltada ao cenário onde o profissional farmacêutico será fundamental para o cuidado desse transtorno é possibilitada. Além disso, surge também uma oportunidade de conferir uma ferramenta de qualidade para o cuidado farmacêutico, em um cenário atual onde se encontra poucos documentos como esse voltados a esse tema.

OBJETIVOS

Objetivo Geral

- Analisar a qualidade presente nas diretrizes clínicas sobre o manejo de constipação intestinal e propor uma minuta para diretriz clínica voltada ao cuidado farmacêutico no manejo de constipação intestinal como transtorno autolimitado.

Objetivos Específicos

- Possibilitar uma análise crítica dos documentos norteadores de condutas, ressaltando seus pontos fortes e destacando pontos passíveis de melhora, a fim de viabilizar a construção de documentos de maior excelência;
- Auxiliar condutas no manejo da constipação intestinal, com destaque para atuação dos profissionais farmacêuticos, a partir de um documento baseado em evidências;
- Contribuir para a saúde da sociedade estudando os materiais norteadores para o tratamento da constipação intestinal e propondo uma ferramenta que possa otimizar o cuidado em saúde relacionado à constipação.

METODOLOGIA

Esse estudo é didaticamente dividido em dois capítulos, sendo o primeiro relacionado com a avaliação da qualidade das diretrizes clínicas sobre constipação intestinal aplicando o instrumento AGREE II (**A**ppraisal of **G**uidelines for **R**esearch & **E**valuation), escrito em formato de artigo para possível publicação posterior em revista

científica, e o segundo capítulo abordando sobre a diretriz clínica proposta no cuidado farmacêutico à constipação intestinal como transtorno autolimitado.

- Fase 1 – Avaliação das diretrizes clínicas utilizando AGREE II

Para a avaliação das diretrizes clínicas foi utilizado o instrumento **AGREE II**. Essa ferramenta foi desenvolvida a partir da análise de mais de 100 diretrizes e validada com participação de 200 pesquisadores de diversas localidades.(17,18) Ela é capaz de avaliar a variabilidade da qualidade de diretrizes clínicas, o rigor metodológico e transparência com que uma diretriz clínica é desenvolvida.(19)

- Fase 2 – Desenvolvimento da proposta de diretriz clínica

Para o fomento da construção da diretriz clínica de constipação intestinal autolimitada com foco no cuidado farmacêutico foi utilizado o método **ADAPTE**. Esse consiste na atualização de diretrizes conforme se identifica novas evidências que surgem ao longo do tempo e se essas são suficientes para promover uma atualização.(20) A minuta proposta possui apoio metodológico não só pela revisão da literatura realizada como no próprio estudo desenvolvido em “Fase 1 – Avaliação das diretrizes clínicas utilizando AGREE II”.

Capítulo I – Avaliação da qualidade de diretrizes clínicas nacionais e internacionais segundo AGREE II para o manejo da constipação intestinal

Resumo: A constipação intestinal é uma das queixas mais frequentes nos estabelecimentos de saúde, acometendo cerca de 20% da população mundial. A chave para o manejo bem-sucedido desse transtorno é a sua identificação precoce e o tratamento imediato, como principal alternativa terapêutica medidas não-medicamentosas, além do tratamento de suporte no controle dos sintomas. Enquanto as diretrizes clínicas são documentos informativos que incluem recomendações dirigidas a otimizar o cuidado prestado ao paciente, este estudo possui como objetivo avaliar o grau de qualidade desses documentos disponíveis no manejo dessa condição, utilizando o instrumento AGREE II.

Métodos: A metodologia empregada na avaliação da qualidade desses documentos foi a aplicação do instrumento AGREE II.

Resultados: Dos onze analisados, apenas três apresentaram os critérios para recomendação propostos ao uso na prática clínica, e uma diretriz possuiu recomendação perante modificações em sua estrutura.

Conclusão: Percebe-se que o cuidado metodológico e a expressão das informações de forma concisa e clara, tanto do conteúdo quanto da metodologia empregada, resultam em documentos de grande qualidade. Apesar disso, observa-se que ainda existem pontos fracos que devem ser trabalhados nas diretrizes clínicas posteriores a fim de garantir qualidade dessas ferramentas baseadas em evidência.

Palavras-chaves: Constipação intestinal; AGREE II; diretrizes clínicas; cuidado farmacêutico; saúde baseado em evidências.

Introdução

A constipação intestinal é uma das queixas mais frequentes nos consultórios médicos, acometendo cerca de 20% da população mundial.(3,4) De uma maneira geral, sua prevalência varia de 2 a 27% de acordo com a localidade, grupo populacional pesquisado e com o tipo de inquérito utilizado para diagnóstico, tornando sua real prevalência de difícil determinação.(2,3) Em crianças, por exemplo, ela afeta até 30% das crianças e representa cerca de 3 a 5% de todas as visitas a pediatras,

além de um quarto dos encaminhamentos para a gastroenterologia pediátrica.(8,21–25) Já na população idosa estima-se que 25 a 50% de todas as pessoas com mais de 65 anos tenham esse quadro clínico.(5,26–37)

A chave para o manejo bem-sucedido desse transtorno é a sua identificação precoce e o tratamento imediato, enfatizando o cuidado holístico e o apoio multidisciplinar quando necessário.(38) Para a recuperação dos hábitos regulares de defecação, a literatura aborda sobre os cuidados não-farmacológicos que, além de estar entre as condutas iniciais na abordagem do problema, são as principais medidas de prevenção da constipação intestinal, e o tratamento farmacológico que atua coadjuvando na terapia como suporte no controle dos sintomas.(7,39,40)

As diretrizes clínicas, em sentido amplo, são documentos informativos que incluem recomendações dirigidas a otimizar o cuidado prestado ao paciente.(16) As diretrizes clínicas baseadas em evidências são construídas com base em uma revisão sistemática das evidências científicas e na avaliação dos benefícios e danos de diferentes opções na atenção à saúde.(16) Devido ao grande volume de informações e variabilidade na qualidade das informações científicas geradas na área da saúde, há necessidade de elaboração de sínteses que facilitem o acesso a essas informações e possibilitem recomendações baseadas nos resultados oriundos de múltiplas fontes, fornecendo subsídio científico para a tomada de decisão.(16)

Considerando todos os aspectos demonstrados acima sobre o panorama da constipação intestinal no mundo e a necessidade/utilidade das diretrizes clínicas no emprego do cuidado em saúde, este trabalho possui como objetivo avaliar o grau de qualidade desses documentos disponíveis, por meio da análise do formato de construção dessas ferramentas e o nível de evidências científicas neles presentes.

Metodologia

- Identificação e seleção das diretrizes

Esse estudo avaliou diretrizes clínicas disponíveis em bases de dados, sociedades científicas e conselhos de classe, que possuam como tema o manejo da constipação intestinal. Nessa pesquisa, foram inclusos diretrizes clínicas que abordassem aspectos gerais do quadro clínico e cujo foco do manejo da constipação

intestinal fosse ao nível de atenção primária/transtorno autolimitado, desconsiderando literaturas as quais envolvessem temas relacionados à conduta hospitalar (constipação induzida por opioides ou quimioterápicos), doenças específicas cuidados paliativos, com o foco em constipação crônica e que não tivessem constipação como tema principal.

No período de setembro a novembro de 2019, a pesquisa da literatura foi efetuada nas seguintes bases de dados: PubMed, Cochrane, Biblioteca Virtual de Saúde do Brasil, Google Acadêmico e Sociedades Científicas (além das recomendadas pelo Up To Date), National Institute of Care and Excellence (NICE), e em sites de categorias profissionais, utilizando os descritores “constipation AND guidelines” em título e resumo.

Dos 82 resultados identificados nas bases de pesquisa, foram excluídas as duplicidades e posteriormente foram analisados títulos, resumos e texto completo de modo para selecionar as diretrizes clínicas conforme os critérios de inclusão e exclusão. Os seguintes critérios de inclusão de bibliografia pesquisada são: a) documentos com aspectos gerais acerca de constipação intestinal (avaliação, diagnóstico diferencial, prevenção, tratamento, manejo). Quanto aos critérios de exclusão, pertencem literaturas que tivessem como foco: a) constipação crônica, b) constipação induzida por opioides e outros fármacos, c) constipação como consequência de quimioterapia e cuidados paliativos, d) síndrome do intestino irritável, e) distúrbios da neuromodulação sacral, f) artigos com tema relacionado à aplicação hospitalar, g) obras que não tivessem constipação intestinal como assunto principal

- Instrumento de avaliação das diretrizes – AGREE II

Quatro avaliadores, compostos por pós-graduanda (BMCSA), farmacêutica (LBPB) e graduandos de farmácia (APC/BFRL), avaliaram utilizando o instrumento AGREE II (Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation) as diretrizes clínicas selecionadas. Essa ferramenta, desenvolvida para avaliar a variabilidade da qualidade de diretrizes clínicas, é capaz de avaliar, se descrito no documento, o rigor metodológico e transparência com que uma diretriz clínica é desenvolvida por meio da análise crítica de domínios como: a) escopo e finalidade da diretriz, b) envolvimento

das partes interessadas, c) rigor do desenvolvimento metodológico, d) clareza da apresentação, e) aplicabilidade, f) independência editorial.(19) Essa avaliação ocorreu entre maio a junho de 2020.

Esse instrumento de avaliação foi desenvolvido a partir de análises de mais de 100 diretrizes selecionadas e avaliadas de forma independente por mais de 200 avaliadores de diferentes partes do mundo.(17,18) Quanto à interpretação dos resultados, vale salientar que o instrumento não define pontuações mínimas para os domínios ou padrões de pontuação para caracterizar qualidade de literatura, sendo assim livre para interpretação do avaliador desde que leve em consideração o contexto a qual a ferramenta está sendo aplicada.(19)

- Análises dos dados

Os dados obtidos das diretrizes após a avaliação do AGREE II, foram analisados através de seis domínios que são divididos por itens que, ao todo, somam 23 perguntas. Em cada um deles, elege-se uma nota que varia de 1 (discordo totalmente) até 7 (concordo totalmente). No final, um índice de qualidade é calculado para cada um dos seis domínios do AGREE II,(41) podendo variar de 0 a 100% conforme a relação entre a pontuação obtida e a pontuação máxima que pode ser alcançada.

Devido à grande ênfase desse trabalho com a avaliação da qualidade das diretrizes clínicas baseadas em evidências científicas, o autor utilizou-se da metodologia de Santana e colaboradores (2018) com alterações para a definição das obras que fossem recomendadas.(17) Neste trabalho, dois critérios são utilizados para considerar uma diretriz recomendada ou recomendada com modificações: a) critério nº 01, que tem por objetivo elencar as diretrizes recomendadas, devem ter índice de qualidade acima de 50% em rigor de desenvolvimento e média de publicação; b) critério nº 02, utilizado para as diretrizes que possuíram rigor de desenvolvimento acima de 50% e clareza de apresentação acima de 50%, essas sendo classificadas como “recomendadas com modificações”. As demais que não alcançaram estes critérios não serão recomendadas pelo autor. A interpretação dos resultados foi realizada em outubro de 2020.

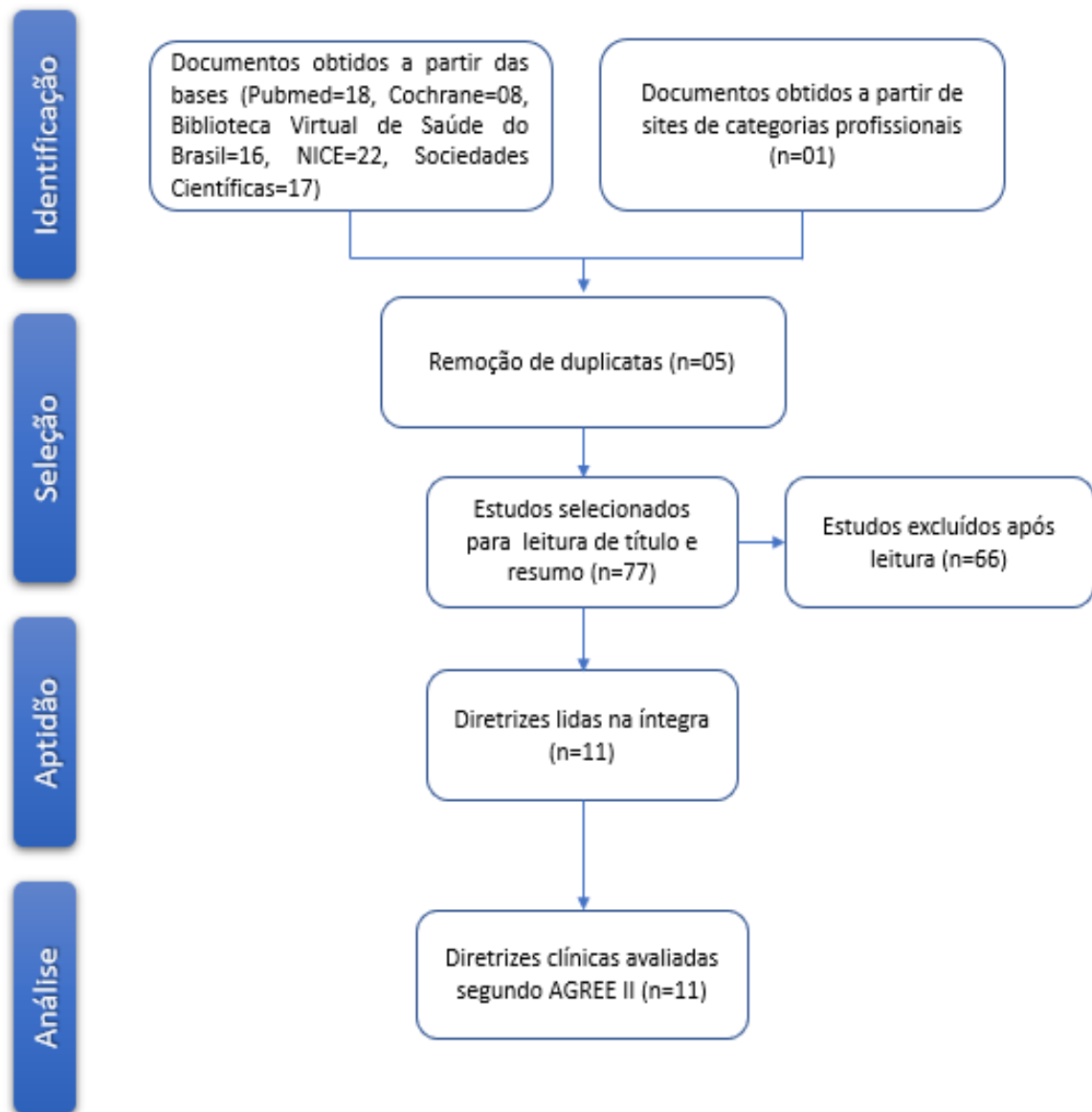
No mesmo período em que ocorreu a avaliação das diretrizes clínicas conforme os domínios presentes no instrumento AGREE II, foi aplicado o teste *Kappa* de concordância entre avaliadores, com a plataforma online gratuita VassarStats. Esse teste estatístico expressa o resultado da concordância entre -1 e 1, sendo o resultado máximo o 1, que representa a melhor concordância possível, e os resultados próximos de 0 representam nenhuma concordância, ou concordância esperada pelo acaso, enquanto que os valores negativos sugerem que a concordância estimada foi menor da aquela esperada pelo acaso.(18) Dentre as formas de cálculo do coeficiente *Kappa*, foi utilizada a ponderação quadrática, sendo essa a mais adequada para avaliar a concordância entre examinadores por possibilitar a interpretação equivalente ao coeficiente de correlação intraclassa.(18,42–45)

Resultados e Discussão

Como observado no fluxograma (**figura a**), para esse artigo, identificou-se 82 artigos sobre constipação intestinal nas bases de pesquisa, sendo cinco obras exclusas por duplicidade em outras bases de pesquisa. Destas remanescentes, apenas 11 artigos foram elegidos para avaliação da qualidade após seleção conforme os critérios de inclusão e exclusão.

Os documentos selecionados são compostos de publicações que abrangem público em geral, visto que esses são potenciais alvos do cuidado em saúde em relação constipação; que apresentam diversidade de localidades de origem e com anos de publicação de 11 anos até o presente momento (**quadro 1**). Os sistemas de classificação de grau de recomendação e evidência presentes nos trabalhos observados envolvem no sistema GRADE (**G**rades of **R**ecommendation **A**ssessment, **D**evelopment and **E**valuation) e Oxford.

Figura a. Fluxograma da identificação, seleção e inclusão das diretrizes para avaliação



Quadro 1. Características gerais das diretrizes clínicas selecionadas sobre constipação intestinal

Acrônimo	Diretriz selecionada	Ano de publicação	Instituição	País	Versão	População (criança/ adulto/ idoso)	Sistema de Classificação de Recomendação
DC 01	The American Society of Colon and Rectal Surgeons' Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Constipation.	2016	American Society of Colon and Rectal Surgeons	Estados Unidos da América	Atualizada	Ampla	GRADE
DC 02	American Gastroenterological Association medical position statement on constipation.	2013	American Gastroenterological Association	Estados Unidos da América	Primeira	Ampla	GRADE
DC 03	Evaluation and treatment of functional constipation in infants and children: evidence-based recommendations from ESPGHAN and NASPGHAN.	2014	North American Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition; European Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition	Internacional	Primeira	Crianças	GRADE + Oxford
DC 04	World Gastroenterology Organisation global guideline: Constipation-- a global perspective.	2010	World Gastroenterology Organisation	Internacional	Primeira	Ampla	Não apresentado

DC 05	Constipation in Children and Young People: Diagnosis and Management of Idiopathic Childhood Constipation in Primary and Secondary Care.	2010	National Collaborating Centre for Women 's and Children 's Health	Reino Unido	Primeira	Crianças	Não apresentado
DC 06	Clinical practice guidelines for pediatric constipation.	2009	Journal of the American Academy of Nurse Practitioners	Estados Unidos da América	Primeira	Crianças	Não apresentado
DC 07	Coping with common gastrointestinal symptoms in the community: a global perspective on heartburn, constipation, bloating, and abdominal pain/discomfort May 2013.	2013	World Gastroenterology Organisation	Internacional	Primeira	Ampla	Não apresentado
DC 08	National consensus on the management of constipation in indonesia 2010.	2010	Indonesian Society of Gastroenterology	Indonésia	Primeira	Ampla	Não apresentado
DC 09	Canadian Paediatric Society (CPS): Practice point for managing	2011	Canadian Paediatric Society	Canada	Primeira	Crianças	Não apresentado

	functional constipation in children (2011, reaffirmed 2016)						
DC 10	NICE: Quality standard on constipation in children and young people (2014)	2014	National Institute of Care and Excellence	Reino Unido	Atualizada	Crianças	Não apresentado
DC 11	Protocolo de Constipação – Cuidado Farmacêutico no SUS (CFF)	-	Conselho Federal de Farmácia	Brasil	Primeira	Ampla	Não apresentado

Tabela 1. Índices de qualidade das diretrizes avaliadas de acordo com os domínios do instrumento AGREE II

Diretriz	Escopo e Finalidade	Envolvimento das partes interessadas	Rigor do desenvolvimento	Clareza da apresentação	Aplicabilidade	Independência editorial	Média da Publicação	Desvio Padrão
DC 01	74%	43%	57%	76%	13%	0%	44%	28.84
DC 02	53%	29%	41%	78%	18%	65%	47%	20.50
DC 03	99%	57%	82%	88%	18%	90%	72%	27.54
DC 04	61%	25%	11%	76%	23%	0%	33%	26.99
DC 05	100%	100%	92%	100%	71%	94%	93%	10.27
DC 06	93%	32%	10%	50%	11%	38%	39%	28.02
DC 07	76%	43%	15%	63%	9%	23%	38%	24.80
DC 08	74%	22%	10%	61%	10%	2%	30%	27.52
DC 09	89%	29%	26%	74%	11%	0%	38%	32.39
DC 10	99%	79%	60%	89%	46%	69%	74%	17.70
DC 11	61%	33%	17%	63%	18%	0%	32%	23.27

Quatro avaliadores aplicaram o instrumento AGREE II nas diretrizes selecionadas, obtendo os seguintes resultados agrupados na **tabela 1**. A fim de garantir maior confiabilidade nos resultados, o teste *Kappa* de concordância entre avaliadores foi aplicado no somatório dos resultados finais da literatura avaliada no AGREE II, obtendo coeficiente de 0,5799, significando um valor moderado.(18) Para esse estudo, foi considerado um coeficiente Kappa de concordância acima de 0,4.(46,47)

- Avaliação da Qualidade das Diretrizes: Domínio 1 – Escopo e Finalidade

O primeiro domínio do AGREE II se trata do impacto potencial da diretriz na saúde da sociedade e populações de pacientes ou indivíduos.(19) Em outras palavras, avalia-se a forma em que se apresenta(m) o(s) objetivo(s) do documento e o que se deseja atingir com sucesso, bem como uma apresentação clara do problema de saúde abordado.

Conforme visto na **tabela 1**, a maioria das literaturas obtiveram altos resultados na pontuação deste domínio. Observa-se que a média dos resultados vistos chega próximo a 80%, além de que a diretriz que teve menor pontuação apresentou valor de 53% (DC 02). Isso pode demonstrar que as diretrizes analisadas trazem de forma evidente os objetivos as quais desejam e para quem as recomendações são aplicadas.

- Avaliação da Qualidade das Diretrizes: Domínio 2 – Envolvimento das partes interessadas

O segundo domínio focaliza a que nível a diretriz foi desenvolvida pelas partes interessadas adequadas e representa a visão dos usuários pretendidos.(19) Isso significa o registro dos autores, colaboradores que compuseram a obra e suas expertises, e a pesquisa de opiniões a quem se propõem as recomendações (tanto paciente quanto usuário-alvo).

Dos resultados obtidos, percebe-se que apenas três obras tiveram avaliação acima de 50% (DC 03, 05 e 10), com destaque à DC 05 que apresentou em seu trabalho todos os requisitos com alta qualidade obtendo avaliação de 100%. Quanto as demais diretrizes que apresentaram pouca pontuação, o valor obtido pelo AGREE II oscilou entre 22-43%, sugerindo uma possível falta de qualidade ou apresentação das informações ao longo de suas obras.

- Avaliação da Qualidade das Diretrizes: Domínio 3 – Rigor do desenvolvimento

O terceiro domínio diz respeito ao processo usado para coletar e sintetizar as evidências, os métodos utilizados para a formulação das recomendações e a respectiva atualização dessas.(19) Toda a descrição metodológica deve constar de forma objetiva e completa. Essa etapa de análise se destaca não só pela quantidade de itens a se avaliar em comparação aos outros domínios, mas por ser uma das avaliações fundamentais para determinação de obras que são baseadas em evidências científicas e de qualidade.

Das literaturas avaliadas, apenas quatro atingiram mais que a metade dos pontos totais para esse domínio (DC 01, 03, 05, 10), conseqüentemente evidenciando algum nível de rigor metodológico. As obras restantes pontuaram entre 10-17%, com exceção de DC 02 que obteve resultados de 41% nessa etapa da avaliação. Esses resultados, oriundos de mais da metade das diretrizes analisadas sobre constipação intestinal, derivam-se de alguns cenários que foram frequentes nessas diretrizes como a falta da abordagem sobre a metodologia utilizada para sua construção, a inacessibilidade dessas informações metodológicas, principalmente na íntegra, ou a entrega dessas informações descritas de forma geral gerando lacunas de informações pertinentes a essa análise. Em todos os casos, essas limitações interferem na avaliação de sua reprodutibilidade, bem como da qualidade das recomendações e evidências.

- Avaliação da Qualidade das Diretrizes: Domínio 4 – Clareza da apresentação

O quarto domínio do AGREE II diz respeito à linguagem, estrutura e o formato da diretriz.(19) É como o texto e as ideias são organizadas e apresentadas ao longo da diretriz, como os recursos de tabelas, imagens, gráficos e trechos de destaque são realçados para facilitar a compreensão e identificação das informações-chaves.

Entre as diretrizes clínica avaliadas, todas obtiveram nota acima de 50% entre os itens avaliados nesse domínio, com destaque de DC 05 por obter 100% da pontuação entre os quatro avaliadores.

- Avaliação da Qualidade das Diretrizes: Domínio 5 – Aplicabilidade

O quinto domínio diz respeito a prováveis fatores facilitadores e barreiras para a implementação das recomendações, estratégias para melhorar a aplicação, bem como envolvimento de recursos relacionados à utilização da diretriz.(19)

Quanto a esse tópico, percebeu-se que as diretrizes apresentaram baixos índices de qualidade, com exceção DC 05 que teve 71% de nota nesse domínio, sendo a única que trouxe de forma mais evidente a discussão sobre esse tema e os fatores implicantes na reprodução de sua diretriz. Assim como visto no domínio 03 sobre rigor de desenvolvimento, esses são pontos que carecem de informações que agregariam maior valor à diretriz, tornando-as um instrumento mais robusto.

- Avaliação da Qualidade das Diretrizes: Domínio 6 – Independência editorial

O domínio relacionado à independência editorial diz respeito à formulação das recomendações de modo a não terem vieses decorrentes de interesses conflitantes entre autores e colaboradores envolvidos na construção da diretriz clínica.(19)

Nesse último tópico, destaca-se a heterogeneidade dos resultados gerados. Diretrizes como DC 01, 04, 09 e 11 possuíram inexistência de pontuação, ocasionado pela indisponibilidade evidente das informações sobre conflito de interesses e pareceres do órgão financiador, caso haja. Isso mostra a necessidade, assim como nos domínios anteriores, que essas informações sejam dadas de forma expressa garantindo qualquer tipo de transparência.

- Recomendação das diretrizes clínicas – Análise global

A avaliação global inclui dois tipos de análises, sendo esses a classificação da qualidade geral da diretriz, observado pela média de todos os domínios avaliados de cada diretriz, e a conclusão pelo autor dos quais documentos que seriam recomendados para o uso.(19)

Em relação à qualidade geral das diretrizes clínicas avaliadas, percebe-se que os resultados entre elas apresentados são heterogêneos. Quando se realiza a média desses onze resultados, obtemos um resultado de 49,01% que pode sugerir uma qualidade geral moderada dessas diretrizes clínicas disponíveis. Porém, vale destacar algumas obras, como DC 05 que obteve maior resultado médio na avaliação global com 93%, seguido de DC 03 e DC 10 com 72 e 74% respectivamente.

De acordo com os critérios estabelecidos por este estudo, observa-se que as DC 03, 05 e 10 são consideradas “recomendadas”, e que ambas diretrizes possuem como público-alvo do manejo a faixa infanto-juvenil.

Já entre as DC recomendadas com modificações apenas a DC 01 teve tal característica. Embora seu rigor de desenvolvimento tenha atingido resultados

satisfatórios, a média da publicação não obteve desempenho que enquadrasse no primeiro critério de decisão. Observa-se que o impacto da qualidade da publicação como um todo se deve aos resultados obtidos principalmente em domínios como independência editorial e aplicabilidade, onde essas informações não foram claramente mencionadas ao longo de suas obras.

Quanto às demais diretrizes clínicas (DC 02, 04, 06-09 e 11), por conta de seus rendimentos após a aplicação do instrumento AGREE II, foram classificadas como “não recomendadas” devido ao fato desses documentos não terem apresentados informações de forma clara sobre suas elaborações a partir de uma perspectiva de saúde baseada em evidências.

- Outros aspectos observados nas diretrizes clínicas

Há um aspecto único relacionado com a DC 10 em comparação com os demais estudos avaliados que deve ser destacado. Por mais que tenha se utilizados descritores para busca de diretrizes clínicas, ao analisar esse documento foi percebido que ele se tratava de uma diretriz metodológica para construção de diretrizes clínicas sobre o tema de constipação intestinal em crianças e jovens. Apesar disso, levando em consideração seu alto desempenho na aplicação do AGREE II, podemos admitir que tal obra embora não seja uma diretriz clínica em sua essência, ela não deixou de apresentar qualidade suficiente em informações e construção para ser utilizada como ferramenta norteadora de condutas.

Também, constata-se que apenas três das onze apresentavam algum sistema de classificação de recomendações, sendo esses GRADE (**G**rades of **R**ecommendation **A**ssessment, **D**evelopment and **E**valuation) e Oxford (Oxford Centre for Evidence-Based Medicine: Levels of Evidence). Esses sistemas são estratégias de categorizar o grau de uma recomendação (muito ou pouco recomendado) e nível de evidências que a mesma possui para embasar sua força. Nesse estudo, diferentemente do que se estipulava, não foi possível observar uma repercussão significativa da presença de sistemas de classificação de recomendação com a decisão de recomendação das diretrizes analisadas segundo a avaliação global (**quadro 2**). Porém, deve-se considerar que o número amostral envolvido nessa análise é relativamente baixo para uma conclusão mais robusta.

Quadro 2. Correlação entre diretrizes recomendadas e presença de sistema de classificação de recomendação

Diretrizes clínicas	Foi recomendada pelo estudo?	Possui sistema de classificação de recomendação?
DC 01	✓*	✓
DC 02	✗	✓
DC 03	✓	✓
DC 05	✓	✗
DC 10	✓	✗

* Recomendada com modificações.

Dois eventos principais possibilitaram esse desfecho, sendo um desses o impacto do baixo desempenho nos demais itens do domínio de rigor de desenvolvimento (observado principalmente em DC 02), sobretudo no que diz respeito a discorrer sobre metodologia de busca e seleção de evidências e limitações do trabalho. O segundo fator envolve as diretrizes recomendadas neste estudo independentemente da presença de sistemas de classificação de recomendação (DC 05 e 10), que está associado com sua alta qualidade de sua construção e rigor metodológico. Nelas, repara-se em suas metodologias a formulação de perguntas como norteadores da seleção de evidências para as recomendações, e análise das evidências selecionadas pelo comitê de trabalho e colaboradores externos cadastrados.(48,49)

Por fim, verifica-se que os motivos os quais implicaram em diretrizes clínicas de qualidade foram as que apresentaram objetividade nas informações gerais assim como em suas propostas, riqueza de conteúdo e indicação de ferramentas para aplicação, metodologia completa e descritiva bem como variedade de especialistas presentes no grupo de trabalho.

- Limitações do estudo

Alguns fatores atrelados devem-se considerar a garantir uma melhor compreensão do alcance desse trabalho. Ressalta-se que esse estudo avalia os resultados obtidos das diretrizes clínicas sem distinção de faixa etária a qual o tema foi orientado, assim não abordando sobre a qualidade desses documentos por população a qual eles se destinam para fins de comparação. A heterogeneidade

identificada na população-alvo, principalmente na faixa infanto-juvenil, sobre a definição da idade as quais as diretrizes abordam foi um ponto presente em alguns trabalhos selecionados, interferindo de certa forma na aplicação de uma diretriz clínica a um paciente ou na comparação entre os resultados de qualidade entre populações-alvo caso houvesse.

Quanto a limitações de busca de literatura, apesar da escolha das bases tenha se dado pelo impacto e relevância em indexação de diretrizes clínicas, protocolos e artigos de revisão, buscando as principais bases, certamente muitas outras bases ou fontes podem ter deixado de ser contempladas como por exemplo a LILACS, site da Organização Mundial de Saúde, entre outras. Também, é importante comentar sobre a limitação relacionada à escolha do filtro de pesquisa de diretrizes clínicas, uma vez que foi utilizado para a pesquisa apenas os idiomas inglês e português, assim deixando de abarcar outros estudos por conta dessa barreira linguística.

Há também um problema bastante comum principalmente no que tange aos documentos brasileiros sobre a definição de uma terminologia única para essas diretrizes, como mencionado no estudo de Santana e colaboradores (2018), limitando o acesso ou encontro dessas literaturas.(17)

Conclusão

A análise desses resultados obtidos nos permitem visualizar um panorama sobre a literatura que está disponível para os profissionais de saúde como ferramenta de apoio a condutas para o manejo da constipação. Certamente esses documentos auxiliam muito em prover informações acerca do quadro e de alternativas de tratamento, porém com esse estudo podemos observar lacunas e pontos que podem ser otimizados quando utilizado o AGREE II, para que os profissionais da saúde usufruam das melhores informações e recomendações com níveis de evidência científica bem definidos, assim garantindo que possa ser ofertado ao paciente um cuidado em saúde de excelência.

Com base nesse cenário, onde a intervenção do profissional de saúde no cuidado do problema de saúde autolimitado geraria benefícios para a resolução do quadro, e que instrumentos de síntese de evidências científicas exercem um importante papel para o norteamento de condutas, esse trabalho igualmente justificaria a proposta de uma diretriz clínica, direcionada pela avaliação AGREE II

realizada, no manejo de constipação como transtorno autolimitado, sobretudo no cuidado farmacêutico onde esse profissional de saúde possui como ponto favorável a facilidade de contato cotidiano com o paciente em farmácias comunitárias para resolução de transtornos menores.

Declaração de conflito de interesses

Não há conflito de interesses incidente nesse artigo.

Referências Bibliográficas

1. Sociedade Brasileira de Motilidade Digestiva e Neurogastroenterologia. Constipação intestinal [Internet]. 2019. Available from: <http://www.sbmdn.org.br/constipacao-intestinal/>
2. Silva M de S, Sabino Pinho CP. Constipação intestinal: prevalência e fatores associados em pacientes atendidos ambulatorialmente em hospital do Nordeste brasileiro. *Nutr Clínica y Dietética Hosp.* 2016;36(1):75–84.
3. Antunes MD, de Oliveira KCC, Acencio FR, de Oliveira DV, Garcez DAG, Bennemann RM. Constipação intestinal em idosos e a relação com atividade física, alimentação e cognição. *Rev Med.* 2019;98(3):202–7.
4. Garcia LB, Bertolini S, Souza M V, Santos MSF, Pereira COM. Constipação intestinal: aspectos epidemiológicos e clínicos. *Saude e Pesqui.* 2016;9(1):153–62.
5. Junior A de SR, Bonetti A de F, Bagatim BA de Q, Soares CCR, Vilela FC, De Almeida FHO, et al. Protocolos de Constipação. Conselho Federal de Farmácia. *Protocolos de Constipação.* p. 1–10.
6. Correr CJ. *Manual 6: Autocuidado.* 1 ed. Curitiba; 2016.
7. Rao S, Sharma A. Constipação em Adultos. *BMJ Best Practice* [Internet]. London: BMJ Publishing Group; 2018 [cited 2020 Mar 31]. Available from: <https://bestpractice.bmj.com/>.
8. DynaMed [Internet]. Ipswich (MA): EBSCO Information Services. 1995 - . Record No. T900171. Constipation in children. [updated 2018 Nov 30, cited 2020 Mar 31]. Available from: <https://www.dynamed.com/condition/constipation-in-children>. Registration and login required. 2018.
9. Hussain ZH, Whitehead DA, Lacy BE. Fecal impaction. *Curr Gastroenterol Rep* [Internet]. 2014 Sep;16(9):404. Available from:

- <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25119877>
10. Brasil. Conselho Federal de Farmácia. Resolução nº 585/2013 [Internet]. p. 8. Available from: <https://www.cff.org.br/>
 11. Correr CJ, Reis WCT. A Clínica do autocuidado. In: Manual 6: autocuidado. Practice. Curitiba; 2016. p. 15–8.
 12. Correr CJ. Farmácia clínica e a prestação de serviços farmacêuticos. 1º edição. Curitiba; 2016.
 13. Galato D, da Silva WB, de Melo AC, Frade JCQPF. Curso online: prescrição farmacêutica no manejo de problemas de saúde autolimitados: módulo 2: unidade 3: documentação do processo de atendimento e da prescrição farmacêutica. Brasília; 2015. 60 p.
 14. Lacerda R, Nunes B, Batista A, ... EE-R da E, 2011 undefined. Práticas baseadas em evidências publicadas no Brasil: identificação e análise de suas vertentes e abordagens metodológicas. SciELO Bras [Internet]. [cited 2020 Jul 3]; Available from: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342011000300033&script=sci_arttext
 15. Rosenberg W, Donald A. Evidence based medicine: an approach to clinical problem-solving. BMJ [Internet]. 1995 Apr 29;310(6987):1122–6. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7742682>
 16. Ministério da Saúde. Diretrizes Metodológicas: Elaboração de Diretrizes Clínicas. Brasília; 2016.
 17. Santana RS, Lupatini EDO, Zanghelini F, Ronsoni RDM, Rech N, Leite SN. The different clinical guideline standards in Brazil: High cost treatment diseases versus poverty-related diseases. PLoS One. 2018 Oct 1;13(10).
 18. De R, Ronsoni M. “Avaliação dos protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas do Ministério da Saúde segundo método AGREE II (Appraisal of Guidelines for Reserach and Evaluation)” por [Internet]. 2013 [cited 2020 Jul 3]. Available from: <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/24527/1/510.pdf>
 19. INSTRUMENTO PARA AVALIAÇÃO DE DIRETRIZES CLÍNICAS INSTRUMENTO Consórcio AGREE [Internet]. 2009 [cited 2020 Jul 3]. Available from: www.agreetrust.org
 20. Brasil. Diretrizes metodológicas: ferramentas para adaptação de diretrizes clínicas. Ministério da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2014. 108 p.

21. Sood M. Constipation in infants and children: Evaluation. UpToDate [Internet]. Waltham, MA: UpToDate Inc. <https://www.uptodate.com> [acessado em 05 novembro 2019].
22. National Collaborating Centre for Women's and Children's Health. Constipation in children and young people diagnosis and management of idiopathic childhood constipation in primary and secondary care. Constipation in children and young people: diagnosis and management of idiopathic childhood constipation in primary and secondary care. 2010. 1–254 p.
23. Paquette IM, Varma M, Ternent C, Melton-Meaux G, Rafferty JF, Feingold D, et al. The American Society of Colon and Rectal Surgeons' Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Constipation. *Dis Colon Rectum*. 2016;59(6):479–92.
24. van den Berg MM, Benninga MA, Di Lorenzo C. Epidemiology of Childhood Constipation: A Systematic Review. *Am J Gastroenterol* [Internet]. 2006;101(10):2401–9. Available from: <http://www.nature.com/doi/10.1111/j.1572-0241.2006.00771.x>
25. Robin SG, Keller C, Zwiener R, Hyman PE, Nurko S, Saps M, et al. Prevalence of Pediatric Functional Gastrointestinal Disorders Utilizing the Rome IV Criteria. *J Pediatr* [Internet]. 2018;195:134–9. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0022347617316347>
26. Emmanuel A, Mattace-Raso F, Neri MC, Petersen KU, Rey E, al. E. Constipation in older people: A consensus statement. *Int J Clin Pract*. 2017;71(1):1–9.
27. Harari D, Gurwitz JH, Avorn J, Bohn R, Minaker KL. Bowel habit in relation to age and gender. Findings from the National Health Interview Survey and clinical implications. *Arch Intern Med* [Internet]. 1996;156(3):315–20. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8572842>
28. CHOUNG RS, LOCKE III GR, SCHLECK CD, ZINSMEISTER AR, TALLEY NJ. Cumulative incidence of chronic constipation: a population-based study 1988-2003. *Aliment Pharmacol Ther* [Internet]. 2007;26(11–12):1521–8. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1365-2036.2007.03540.x>
29. Rao S. Constipation in the older adult. UpToDate [Internet]. Waltham, MA: UpToDate Inc. <https://www.uptodate.com> [acessado em 05 novembro 2019]. p. 21.

30. American Gastroenterological Association. American Gastroenterological Association medical position statement on constipation. *Gastroenterology* [Internet]. 2013 Jan;144(1):211–7. Available from: <http://dx.doi.org/10.1053/j.gastro.2012.10.029>
31. Talley NJ, O’Keefe EA, Zinsmeister AR, Melton LJ. Prevalence of gastrointestinal symptoms in the elderly: A population-based study. *Gastroenterology* [Internet]. 1992 Mar;102(3):895–901. Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/001650859290175X>
32. Talley NJ, Fleming KC, Evans JM, O’Keefe EA, Weaver AL, Zinsmeister AR, et al. Constipation in an elderly community: a study of prevalence and potential risk factors. *Am J Gastroenterol* [Internet]. 1996 Jan;91(1):19–25. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8561137>
33. WALD A, SCARPIGNATO C, MUELLER-LISSNER S, KAMM MA, HINKEL U, HELFRICH I, et al. A multinational survey of prevalence and patterns of laxative use among adults with self-defined constipation. *Aliment Pharmacol Ther* [Internet]. 2008 Jul;28:917. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1365-2036.2008.03806.x>
34. Sandler RS, Jordan MC, Shelton BJ. Demographic and dietary determinants of constipation in the US population. *Am J Public Health* [Internet]. 1990;80(2):185–9. Available from: <http://ajph.aphapublications.org/doi/10.2105/AJPH.80.2.185>
35. Everhart JE, Go VLW, Johannes RS, Fitzsimmons SC, Roth HP, White LR. A longitudinal survey of self-reported bowel habits in the United States. *Dig Dis Sci* [Internet]. 1989;34(8):1153–62. Available from: <http://link.springer.com/10.1007/BF01537261>
36. Whitehead WE, Drinkwater D, Cheskin LJ, Heller BR, Schuster MM. Constipation in the Elderly Living at Home. *J Am Geriatr Soc* [Internet]. 1989;37(5):423–9. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1532-5415.1989.tb02638.x>
37. Donald IP, Smith RG, Cruikshank JG, Elton RA, Stoddart ME. A Study of Constipation in the Elderly Living at Home. *Gerontology* [Internet]. 1985;31(2):112–8. Available from: <https://www.karger.com/Article/FullText/212689>
38. Greenwald BJ. Clinical practice guidelines for pediatric constipation. *J Am Acad*

- Nurse Pract. 2010;22(7):332–8.
39. World Gastroenterology Organisation. Constipação: uma perspectiva mundial. World Gastroenterology Organisation Practice Guidelines. 2010. p. 2–13.
 40. American College of Gastroenterology Chronic Constipation Task Force. An Evidence-Based Approach to the Management of Chronic Constipation in North America. *Am J Gastroenterol* [Internet]. 2005 Jul;100(s1):S1–4. Available from: http://www.nature.com/doi/10.1111/j.1572-0241.2005.50613_1.x
 41. Agree C. Instrumento para avaliação de diretrizes clínicas. 2009;
 42. Griep RH, Dóra C, Faerstein E, Lopes C. Confiabilidade teste-reteste de aspectos da rede social no Estudo Pró-Saúde. *Rev Saude Publica* [Internet]. 2003 Jun;37(3):379–85. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102003000300018&lng=pt&tlng=pt
 43. Jakobsson U, Westergren A. Statistical methods for assessing agreement for ordinal data. *Scand J Caring Sci* [Internet]. 2005 Dec;19(4):427–31. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1471-6712.2005.00368.x>
 44. Sim J, Wright CC. The kappa statistic in reliability studies: use, interpretation, and sample size requirements. *Phys Ther* [Internet]. 2005 Mar;85(3):257–68. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15733050>
 45. Tooth LR, Ottenbacher KJ. The κ statistic in rehabilitation research: An examination¹¹No commercial party having a direct financial interest in the results of the research supporting this article has or will confer a benefit on the author(s) or on any organization with which the a. *Arch Phys Med Rehabil* [Internet]. 2004 Aug;85(8):1371–6. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0003999303011791>
 46. Landis J, biometrics GK-, 1977 undefined. The measurement of observer agreement for categorical data. *JSTOR* [Internet]. [cited 2020 Jul 3]; Available from: https://www.jstor.org/stable/2529310?casa_token=41N3G4xA4o0AAAAA:fw6ca2FU8z5KDVuLOf0p2GF8A4nqxDMito4OBfxqwNu8mqeZBpVhDyLMHhLz0B9sX_Y78Xir6nK7ByyNr8lqjxpQAV4JzJSMHiJRuZ2QpSdClqQl6Q
 47. De Godoi Rezende Costa Molino C, Romano-Lieber NS, Ribeiro E, De Melo DO. Non-communicable disease clinical practice guidelines in Brazil: A systematic

- assessment of methodological quality and transparency. *PLoS One*. 2016 Nov 1;11(11).
48. National Institute for Health and Care Excellence. How we develop NICE guidelines [Internet]. [cited 2020 Nov 16]. Available from: <https://www.nice.org.uk/about/what-we-do/our-programmes/nice-guidance/nice-guidelines/how-we-develop-nice-guidelines>
 49. National Institute for Health and Care Excellence. Developing NICE guidelines: the manual [Internet]. 2014 [cited 2020 Nov 16]. Available from: <https://www.nice.org.uk/process/pmg20/chapter/the-validation-process-for-draft-guidelines-and-dealing-with-stakeholder-comments>
 50. Amir AA. Etiological factors of constipation in the elderly, with emphasis on functional causes. *East Mediterr Heal J*. 2011;17(08):708–11.
 51. Milne J, Williamson J. Bowel Habit in Older People. *Gerontol Clin (Basel)*. 1972;14(1):56–60.
 52. Spiegel BMR, Khanna D, Bolus R, Agarwal N, Khanna P, Chang L. Understanding Gastrointestinal Distress: A Framework for Clinical Practice. *Am J Gastroenterol* [Internet]. 2011 Mar;106(3):380–5. Available from: <http://journals.lww.com/00000434-201103000-00001>
 53. JOHANSON JF, KRALSTEIN J. Chronic constipation: a survey of the patient perspective. *Aliment Pharmacol Ther* [Internet]. 2007 Jan;25(5):599–608. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1365-2036.2006.03238.x>
 54. Müller-Lissner SA, Kaatz V, Brandt W, Keller J, Layer P. The perceived effect of various foods and beverages on stool consistency. *Eur J Gastroenterol Hepatol* [Internet]. 2005 Jan;17(1):109–12. Available from: <http://journals.lww.com/00042737-200501000-00020>
 55. Dimidi E, Christodoulides S, Fragkos KC, Scott SM, Whelan K. The effect of probiotics on functional constipation in adults: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Am J Clin Nutr*. 2014;100(4):1075–84.

Capítulo 2 – Proposta de Diretriz Clínica no Cuidado Farmacêutico à
Constipação Intestinal como Transtorno Autolimitado

Universidade de Brasília
Faculdade de Saúde
Departamento de Farmácia

Diretrizes para o Cuidado
Farmacêutico em Transtornos
autolimitados

CONSTIPAÇÃO INTESTINAL

Projeto "Farmácia Baseada em Evidências"

Autores:
Breno Ferreira Rocha Lima
Bárbara Manuella Sodré Alves
Rafael Santos Santana

Sumário

1.	Descrição do transtorno e principais queixas	43
1.1.	Definição de Constipação Intestinal	43
1.1.1.	Constipação Funcional	43
1.2.	Constipação em crianças e idosos.....	44
2.	Epidemiologia da constipação	45
3.	Sinônimos e descritores	46
4.	Causas, Sinais e Sintomas e Anamnese Farmacêutica	46
4.1.	Etiologia	47
4.2.	Constipação e microbiota intestinal	48
4.3.	Fisiopatologia	49
4.4.	Fisiopatologia em crianças	50
4.5.	Sinais e Sintomas.....	50
4.6.	Anamnese Farmacêutica	52
4.6.1.	Abordagem INDICO na constipação	53
4.6.2.	Avaliação física	58
4.6.3.	Abordagem em idosos.....	58
4.6.4.	Diagnóstico diferencial para Constipação Funcional em crianças	59
5.	Sinais de alerta	59
6.	Objetivos do cuidado ao paciente.....	60
7.	Prevenção e recomendações de tratamento não-medicamentosos	61
8.	Recomendações medicamentosas	69
9.	Evolução.....	81
10.	Plano de Cuidado Farmacêutico	83

10.1. Avaliação e acompanhamento	83
11. Tópicos especiais.....	85
11.1. Constipação e Gravidez.....	85
11.2. Constipação e Deficiência intelectual	87
12. Lista de medicamentos disponíveis no Brasil	90
13. Algoritmo de Tratamento	94
14. Referências Bibliográficas.....	94
15. Apêndice I: Metodologia de busca e literatura eleita	120
16. Apêndice II: Grupo de pesquisa	123
17. Apêndice III: Material suplementar.....	124

1. Descrição do transtorno e principais queixas

1.1. Definição de Constipação Intestinal

A preocupação com a função intestinal tem sido predominante ao longo da história em muitas culturas.(1) Acredita-se que um padrão intestinal normal seja um sinal de boa saúde,(1) pois é com base nos sinais e sintomas, que geralmente ocorrem como queixas crônicas ou recorrentes,(2) que se começa a discernir sobre o início dos problemas de saúde associados.

Nota-se na literatura que não há um consenso quanto a uma única definição clínica para um quadro de constipação.(3–5) Alguns aspectos das várias definições para tal problema de saúde se assemelham, de modo que, em geral, podemos identificar a constipação como sendo um distúrbio no qual o indivíduo possui uma defecação insatisfatória, caracterizada por **evacuações pouco frequentes** (dois ou menos por semana), **evacuação dolorosa** ou apresentar **fezes duras e de grande calibre** que podem exigir esforço excessivo.(1,6–12)

A constipação pode ser considerada aguda se ocorrer em um período de quatro semanas e crônica se estiver presente por mais tempo.(13,14) Contudo, vale a pena ressaltar que essa definição também varia entre autores, como observado no documento de “Constipação em Adultos“ do BMJ Best Medical Practice cujo período utilizado como margem é de três meses, assim como em “The Paris Consensus on Childhood Constipation Terminology (PACCT)” é determinado um período de até oito semanas.(1,9)

Esse protocolo é direcionado para os (as) profissionais farmacêuticos (as), no âmbito da atenção primária, e tem como objetivo abordar sobre os cuidados em saúde com constipação intestinal, como transtorno menor/autolimitado, na qual se manifeste predominantemente na fase aguda.

1.1.1. Constipação Funcional

Vale a pena salientar a definição de outra constipação a qual frequentemente será abordada nesse protocolo que é a constipação funcional. Sua definição é operacionalizada na prática clínica pelos critérios de diagnóstico "Roma IV", que exigem pelo menos dois dos seis sintomas que descrevem a infrequência, dureza, calibre e incontinência fecal ou volitiva das fezes, por pelo menos um mês (**quadro**

3).(8,9,15–18) Percebe-se que, em comparação com a definição geral de constipação, essa acrescenta o sintoma clínico de evacuações incompletas.

Quadro 3. Definição de constipação funcional de acordo com os critérios de Roma IV.

1- Deve incluir ≥ 2 das seguintes situações:	
Esforço durante mais de 25% das defecações	Fezes fragmentadas ou fezes rígidas em mais de 25% das defecações
Sensação de evacuação incompleta em mais de 25% das defecações	Sensação de obstrução/bloqueio anorretal em mais de 25% das defecações
Uso de manobra manual para facilitar em mais de 25% das defecações (por exemplo, evacuação digital, suporte do assoalho pélvico)	<3 movimentos intestinais sem assistência/semana.
2- As fezes soltas, raramente estão presentes sem o uso de laxantes	
3- Sintomas presentes nos últimos 3 meses com início dos sintomas ≥ 6 meses	
4- A dor abdominal e/ou inchaço podem estar presentes, mas não são predominantes (o paciente não atende aos critérios para Síndrome do intestino irritável). Isso apoia o conceito de que a constipação funcional e a síndrome do intestino irritável são distúrbios que existem em um crescimento contínuo.	

FONTE: Simren M, Palsson OS, Whitehead WE. (2017).

Fonte: Protocolos de Constipação. Conselho Federal de Farmácia. Protocolos de Constipação.

1.2. Constipação em crianças e idosos

A constipação em crianças é geralmente definida como uma diminuição da frequência de defecação, ocorrência de **incontinência fecal** (escape fecal, encoprese), **retenção de fezes** (impactação fecal), evacuações dolorosas, fezes de grande calibre **ou comportamento de evitação ativa da defecação**; mas, a definição varia com base nos critérios usados.(5,7,9) The Nacional Institute of Care and Excellence (NICE), instituição de referência para protocolos clínicos, também complementa com mais dois critérios, sendo eles: a) menos de três evacuações por semana, exceto em bebês amamentados exclusivamente acima de seis semanas de idade, b) fezes grumosas.(9,10) É importante mencionar que a dor abdominal é um sintoma associado frequente em crianças, mas sua presença não é considerada um critério para constipação funcional.(6)

Esse quadro clínico também é uma queixa comum em idosos. Ela possui um grande impacto nos custos com saúde nos Estados Unidos, por exemplo, porque resulta em várias visitas a consultórios, referências especializadas, internações hospitalares e procedimentos cirúrgicos, além de afetar também a qualidade de vida do indivíduo.(19)

2. Epidemiologia da constipação

A constipação é uma das queixas mais frequentes nos consultórios médicos, acometendo cerca de 20% da população mundial.(20,21) Sua prevalência varia de 2 a 27% de acordo com os locais, com o grupo populacional pesquisado e com o tipo de inquérito utilizado para diagnóstico, tornando sua real prevalência de difícil determinação.(20,22) Em indivíduos que administram opioides, a prevalência é de 50% a 90%.(20,23)

Constipação em crianças é um problema comum no mundo inteiro.(7) Na infância, ela afeta até trinta por cento das crianças e representa cerca de 3 a 5% de todas as visitas a pediatras e 25% dos encaminhamentos para a gastroenterologia pediátrica.(9,10,18,24–26) Estima-se também que a prevalência mundial da constipação funcional seja em torno de 3%.(6,10,27) Quanto ao sexo, as taxas tendem a ser iguais com indivíduos abaixo de cinco anos, tornando-se mais comum em meninas acima de 13 anos de idade, e os picos de incidência e prevalência ocorrem no momento do treinamento do banheiro por volta dos 2 e 3 anos de idade.(9,18,28,29)

Na América do Norte e do Sul, a prevalência de constipação em crianças (incluindo bebês e adolescentes) variou entre 10% e 23%.(30–36) Em um estudo europeu, Yong e Beattie (1998) descobriram que 34% dos pais no Reino Unido relataram que seus filhos com idades entre quatro e sete anos tinham dificuldades intermitentes com constipação,(37) e um estudo sul-americano de Araújo Sant'Anna e Calçado constataram que **28% das crianças brasileiras de 8 a 10 anos** apresentavam constipação.(1,7,38) Altas taxas têm sido relatadas também em Hong Kong (28.8%)(39) e EUA (23%).(7,40)

Assim como nas crianças, é muito comum esse quadro acometer adultos e idosos. Esses, especialmente, estima-se que 25 a 50% de todas as pessoas com mais de 65 anos tenham constipação resultado de um estilo de vida sedentário, diminuição da ingestão de líquidos, má nutrição e doenças crônicas.(19,41–52) Ainda, a prevalência média para adultos é estimada em 16%.(41,45,53)

Esse quadro é relatado como sendo mais comum em mulheres, pessoas com idade com mais de 65 anos, indivíduos não brancos, e com menor nível socioeconômico.(8,24,42,47,49,54–62) Dados indicam também que as mulheres são

duas a três vezes mais propensas a sofrer de constipação do que os homens e 40% das mulheres no final da gestação experimentam constipação.(8,42,44,56,59,63)

“Pacientes com constipação funcional geralmente adotam abordagens de automanejo, com 80% optando por produtos isentos de prescrição médica, (64) como alimentos que exercem um efeito laxante, alimentos funcionais e nutracêuticos. (65)” (66)

3. Sinônimos e descritores

Sinônimos e Nomes Populares: obstipação,(67,68) prisão de ventre(67), intestino preso. No caso da constipação funcional pode ser referido também como: constipação idiopática, retenção fecal funcional, retenção fecal.(9)

Descritores DECS/MeSH: constipação intestinal, constipation, estreñimiento(67)(69)

CID-10, incluídos nessa diretriz: (68)

⇒ K59.0 Constipação

CID-11, incluídos nessa diretriz:(70)

⇒ ME05.0 Constipation

⇒ DD91.1 Functional constipation

Não confundir com: Constipação (das vias respiratórias, resfriado comum).
Descritor português – PT.(67)

4. Causas, Sinais e Sintomas e Anamnese Farmacêutica

A constipação pode ter diferentes causas como fatores orgânicos, fisiológicos, psicológicos, emocionais, físicos e ambientais.(23,71,72) O baixo consumo de fibras, a pouca ingestão hídrica, o sedentarismo e sintomas relacionados a ansiedade e depressão reduzem a motilidade intestinal e favorecem o aparecimento de constipação intestinal.(10,44,55) Quando não há o diagnóstico e tratamento precoce, um episódio agudo de constipação pode levar à fissura anal e se tornar crônica, principalmente se isso tornar um ciclo vicioso.(10) Além disso, o indivíduo geralmente recebe conselhos conflitantes de seus familiares, tornando o tratamento potencialmente menos eficaz e frustrante para todos os envolvidos.(10)

4.1. Etiologia

A constipação pode ser dividida em primária (ou idiopática) e secundária.(8,17) A etiologia da constipação é multifatorial e pode incluir fatores intrínsecos e extrínsecos, respectivamente, na constipação primária e secundária como será discutido a seguir.(24)

A **constipação primária** ocorre devido à regulação desordenada das funções neuromusculares anorretais e colônicas, bem como da função neuroentérica cérebro-intestino. Usando critérios baseados em sintomas, um grupo internacional de especialistas classificou esse tipo de constipação em três subtipos, sendo estes:(8,55,73–76)

Quadro 4. Subtipos da constipação primária

Tipo	Clínica	Etiologia
Constipação de Trânsito Lento (ou trânsito tardio)	Associado ao tempo prolongado entre os movimentos intestinais . Como consequência ocorre falta de desejo de defecar, distensão abdominal, inchaço e desconforto(4,44,55)	Relacionada à disfunção primária do músculo liso do cólon, à sua inervação ou a ambas causas,(8) ocasionando em uma hiperatividade colônica (aumento, ou descoordenação da musculatura) ou inércia colônica (diminuição da atividade da musculatura intestinal)(3)
Defecação dissinérgica	Disfunção de saída (ou desordem defecatória): associado a esforços excessivos e sensação de evacuação incompleta devido a causas mecânicas, como doença de Hirschsprung, estenose anal, câncer, prolapso, retoceles ou	Resulta da inadequada propulsão defecatória causada pela contração paradoxal ou relaxamento inadequado dos músculos do assoalho pélvico durante a tentativa de defecação. O trânsito colônico pode ser normal ou prolongado (3,8,17,77)

	disfunção do assoalho pélvico.(4,44,55)	
Funcional ou Síndrome do intestino irritável com constipação predominante (SII-C)	Descreve uma defecação persistentemente difícil , infrequente ou aparentemente incompleta, sem evidências de uma causa anatômica ou neurológica primária .(3–5,8,10,18,19,44,55)	Várias etiologias possíveis foram propostas para a SII-C, que incluem fatores genéticos, ambientais, sociais, biológicos e psicológicos.(8,78) Ela está relacionada com o quadro de constipação funcional.(55)

A **constipação secundária**, no entanto, manifesta-se por conta de fatores externos e/ou como consequência de outro problema de saúde, tais como: (3,4,8,9,14,17,24,53–55,76,79–81)

- a) Baixa hidratação e ingestão de fibras;
- b) Distúrbios endócrinos e metabólicos (hipercalcemia, hipotireoidismo, gravidez, hiperparatireoidismo);
- c) Medicamentos (por exemplo opiáceos, bloqueadores do canal de cálcio, antipsicóticos, antiácidos, anticolinérgicos, antidepressivos);
- d) Diabetes Mellitus (inclusive a constipação se destaca como o problema gastrointestinal mais comum na qual essa população é afetada)(4)
- e) Idade avançada;
- f) Estilo de vida;
- g) Distúrbios neurológicos (Doença de Parkinson, lesões da medula espinhal, diabetes mellitus);
- h) Doenças primárias do cólon (estenose, câncer, fissura anal, proctite).

Dados indicam que os casos derivados de hipotireoidismo, doença de Hirschsprung ou alterações nos níveis de cálcio são raros, representando menos de 10% dos casos,(28) o que pode servir como filtro durante a investigação da origem do problema.

4.2. Constipação e microbiota intestinal

Em adultos, estudos experimentais mostraram que a constipação está frequentemente associada à disbiose da microbiota intestinal, ou seja, um

“desequilíbrio” na comunidade microbiana geralmente associada à doença.(82–84) Por exemplo, alguns dados sugeriram a diminuição da abundância de *Bifidobacteria*, *Lactobacillus*, *Bacteroides* e *Prevotella spp.*.(82,85–87) No entanto, ainda resta determinar se essas alterações são causa ou consequência de alteração da motilidade intestinal.(82)

4.3. Fisiopatologia

A **constipação de trânsito lento (CTL)** está relacionada à disfunção primária do músculo liso do intestino grosso (miopatia), à sua inervação (neuropatia) ou a ambas.(8,88) Esse evento por resultado causa uma inércia colônica, que se associa com a redução da atividade dessa musculatura, ou uma hiper-reatividade colônica, quando há um aumento ou descoordenação da peristalse.(3) As evidências mostram que a hiper-reatividade da motilidade intestinal seria maior na porção final do intestino grosso (retossigmoide), o que causaria a retenção do conteúdo fecal, ao mesmo passo em que uma redução das contrações propulsivas ao longo do intestino grosso levaria a uma lenta velocidade de passagem e formação da matéria fecal.(8,89,90)

Por sua vez, a **defecação dissinérgica** aparenta ser um distúrbio comportamental da defecação adquirido em dois terços dos pacientes adultos com dificuldade de defecação, derivando de problemas na educação na infância sobre técnicas e uso do banheiro, problemas de comportamento, conflitos entre pais e filhos e cronicidade da constipação.(8,17,91–94) O trânsito colônico nesse caso pode ser normal ou prolongado, mas há uma evacuação dificultada ou inadequada.(3,8) Em um estudo prospectivo de Rao e colaboradores (2004), a maioria dos pacientes com dissinergia mostrou inabilidade de coordenar os músculos abdominais, retoanais e do assoalho pélvico durante a tentativa de defecação.(8,91,95)

Os bebês que sofrem de constipação poderiam ser um exemplo dessa condição, visto que possuem o sistema gastrointestinal imaturo e seus músculos retais não relaxam de maneira coordenada.(96)

Por fim, as evidências mostram também que em pacientes com **constipação funcional** em especial podem ter alteração na regulação autonômica ou na liberação de neurotransmissores como a serotonina, ou funções alteradas desses receptores do intestino.(8,78) Esse quadro pode aparecer em combinação com as duas situações citadas anteriormente.(3)

4.4. Fisiopatologia em crianças

A maioria das crianças que sofrem de constipação não possuem condição clínica subjacente. Elas são frequentemente rotuladas como tendo constipação funcional ou megacólon adquirido.(1) Na maioria dos casos, a **constipação infantil** se desenvolve quando a criança começa a associar dor à defecação.(1,97) Uma vez que a dor está associada à passagem dos movimentos intestinais, a criança começa a reter as fezes na tentativa de evitar desconforto.(1,96–98)

A sequência provável de eventos segue fezes inicialmente duras, geralmente devido à baixa ingestão de fibras, déficits de nutrientes, e/ou ingestão de água insuficiente ou, com menos frequência, devido a motilidade colônica reduzida. O tempo colônico excessivo para o transporte das fezes causa altos níveis de reabsorção cólica de água e endurecimento adicional das fezes.(7)

Outra situação possível seria da constipação começar com mudanças na dieta ou por consequência da inacessibilidade ao banheiro como há em escolas, viagens escolares ou em família, onde os banheiros podem ser menos limpos ou privados, desencadeando um comportamento de retenção.(96,97) Por consequência esse evento leva a uma estase fecal no intestino grosso, com reabsorção de líquidos e aumento no tamanho e consistência das fezes.(96,97) A própria baixa ingestão de fibras e líquidos também pode gerar retenção de massa fecal e isso ocasionar em uma obstrução do cólon, impedindo a adequada propulsão desse conteúdo.(96,97)








É importante lembrar que fatores como a troca do aleitamento materno para o consumo de leite de vaca, alergia à proteína do leite, doença celíaca e predisposição genética podem levar à constipação principalmente nos primeiros anos de vida.(9)

4.5. Sinais e Sintomas

Os principais sinais clínicos de um paciente com constipação são as fezes duras, secas, pequenas ou mais volumosas do que o habitual, como apresentado na escala de Bristol (**figura b**), abdômen distendido e redução dos sons intestinais, relacionados à motilidade intestinal reduzida.(2,10,44,99). Além disso, pacientes com constipação podem apresentar uma série de sintomas, muitos deles inespecíficos como dor de cabeça, fadiga, irritabilidade, perda de apetite, náusea e vômito.(2,99) Contudo, é importante saber que há sintomas mais relacionados com certas etiologias, como observamos no **quadro 5**.(2,4,44,97,99)

Figura b. Escala de Bristol

Figura. 1 A Escala Bristol da Forma das Fezes é uma medida desenhada para ajudar os pacientes a descrever a consistência do bolo fecal (reproduzido com licença de Lewis SJ e Heaton KW, et al, Scandinavian Journal of Gastroenterology 1997;32:920–4). ©1997 Informa Healthcare

Tipo 1		Bolinhas separadas e duras, como amendoim (difíceis de passar)
Tipo 2		Forma de salsicha, mas segmentada
Tipo 3		Forma de salsicha, mas com fendas na superfície
Tipo 4		Forma de salsicha ou cobra, lisa e macia
Tipo 5		Pedacos moles, contornos nítidos e fáceis de passar
Tipo 6		Pedacos aerados, contornos esgarçados
Tipo 7		Aquosa, sem peças sólidas

Legenda da escala de Bristol (99) – Tipo 1 e 2: Fezes duras, obstipado; 3-5: Fezes normais; 6 e 7: Fezes líquidas, diarreica. Fonte: World Gastroenterology Organisation, 2010.

Quadro 5. Sintomatologia das constipações primárias

Etiologia	Sintomas mais presentes
Constipação funcional	Evacuações dificultadas ou lentas; Desconforto ou inchaço abdominal
Constipação de trânsito lento	Falta de vontade de defecar associado à distensão abdominal; Tempo prolongado entre movimentos intestinais; Inchaço ou desconforto abdominal
Disfunção de saída	Esforço excessivo durante a evacuação; Uso de métodos de desobstrução manual

Nas crianças vale a pena destacar que os sintomas variam de leve a grave, curta duração (agudo) a crônico, e são algumas vezes acompanhados não só pela dor na passagem das fezes (que causa a contração involuntária e, posteriormente, intencional do esfíncter para evitar o desconforto) mas também pela impactação fecal, incontinência fecal e urinária, infecção do trato urinário (ITU), flatulência excessiva e, ocasionalmente, dor abdominal, irritabilidade e diminuição do apetite.(7,9,10,44)

Geralmente, a história da doença revela início de defecação dolorosa com aumento dos intervalos entre as defecações em bebês e crianças pequenas (1-2 anos de idade) indo até a retenção ativa das fezes, frequentemente atingindo a intensidade máxima na faixa etária de dois a três anos.(7)

4.6. Anamnese Farmacêutica

No manejo de problemas de saúde autolimitados, o objetivo essencial é ajudar as pessoas a tratarem seus sinais e sintomas de forma segura, identificando situações mais graves que requerem assistência médica.(44,100) O primeiro passo é a escuta do paciente e compreensão da demanda, sempre que possível proporcionando um local adequado ao atendimento.(100) Após o acolhimento do paciente que se queixa de constipação, é essencial proceder uma anamnese breve para identificar todas as necessidades que permeiam seu caso antes de recomendar algum tratamento.(100,101) Isso pode ser feito investigando o tempo de início, frequência e duração do(s) sintoma(s), localização, característica, gravidade, ambiente, fatores que agravam ou que aliviam e uso de medicamentos prévios. Além disso, nesse momento pode ser importante a avaliação física e a aferição de parâmetros objetivos, bioquímicos e/ou fisiológicos.(6,44,100,102) Investigando a história clínica e do exame físico na avaliação da constipação, possibilita também a exclusão de outros distúrbios que se apresentam com dificuldade para defecar e identificar complicações. (6) O uso de exames laboratoriais, exames radiográficos ou endoscopia geralmente não são necessário em pacientes com constipação na ausência de sintomas alarmantes ou outras comorbidades significativas – GRADE 1C: Grau de recomendação 1 (Forte)/Nível de evidência C (baixo ou muito baixo).(1,3,4,7,24)

Existe uma abordagem de anamnese muito útil para a prática do cuidado farmacêutico em transtornos menores, conhecida pelo acrônimo INDICO, que sintetiza todas essas etapas referidas acima e que utilizaremos nesse protocolo logo a seguir. Seu objetivo é baseado em um roteiro onde o profissional possa conduzir uma anamnese mais objetiva aplicando todos os pontos já observados anteriormente.(100) Partindo dessa investigação, o (a) farmacêutico (a) terá maior capacidade realizar uma conduta clínica racional, e analisar se o caso em questão trata-se de um transtorno menor em uma pessoa com indicações para realizar o autocuidado orientado, ou se o usuário requer uma investigação mais cautelosa diante

de sinais e sintomas de alerta, prosseguindo com encaminhamento diretamente para um médico especialista ou outro serviço de saúde mais adequado. (101)

4.6.1. Abordagem INDICO na constipação

Quadro 6. Anamnese Farmacêutica em Transtornos autolimitados (Técnica INDICO)

Domínio	Perguntas/Investigação	Observações Importantes
Identificação do Paciente(100,102)	<ul style="list-style-type: none"> - Qual a idade do paciente? - Qual o sexo do paciente? - O paciente aparenta bom estado geral? - O paciente aparenta boa nutrição? 	Atente-se aos fatores de risco (quadro 8).
Natureza dos sinais e sintomas(3,6,8–10,24,41,54,55)	<p>Segundo American Society of Constipation and Rectal Surgery (ASCRS): GRADE 1C – <u>Grau de recomendação 1 (forte)/Nível de evidência C (baixo ou muito baixo)</u> (24)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nos últimos sete dias, quantas vezes o/a paciente evacuou? Dessas, quantas o paciente obteve dificuldade? - Qual tamanho das últimas fezes apresentadas? Houve alteração desde o início da constipação? - Qual a consistência das últimas fezes? - Qual formato se assemelhava?* - Está sentindo alguma dor? Em qual região? - Essa constipação ou dor ao evacuar está incomodando de forma leve, moderada ou grave? - Percebeu necessidade de realizar alguma manobra que possibilite uma evacuação mais facilitada? - Há sensação de evacuação incompleta? <p>Outras perguntas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Teve outros sintomas desde que esteve constipado? Quais? - Como está a coloração das fezes? 	<p>*A escala de Bristol (figura b) pode ser útil para melhor definir o perfil das fezes.(8)</p> <p>Nessa etapa os sinais de alerta podem ser identificados através do relato do paciente.</p>
Duração dos sintomas(8)	<ul style="list-style-type: none"> - Há quanto tempo iniciou-se o quadro de constipação? - Quando foi a última evacuação do paciente? 	Quadro persistente a mais de 30 dias é necessária investigação médica.
Iniciou de algum tratamento(2,3,8,41)	<ul style="list-style-type: none"> - Realiza(ou) uso de algum medicamento para o alívio dos sintomas? Fez uso de supositórios ou enemas? Laxantes/purgantes? 	Explorar o uso de anterior de medicamentos (orais e retais, laxantes, analgésicos) para os

	<p>- Caso tenha iniciado algum tratamento, houve melhora?</p>	<p>sintomas atuais. Isso possibilita estimar a gravidade do caso.</p>
<p>Comorbidades(2,3,8)</p>	<p>ASCRS: GRADE 1C – <u>Grau de recomendação 1 (forte)/Nível de evidência C (baixo ou muito baixo)</u> (24)</p> <p>- Quais são os medicamentos que você usa diariamente?</p> <p>Outras perguntas: - Quais são os problemas de saúde do paciente?</p>	<p>Algumas comorbidades podem tanto predispor o surgimento da constipação como consequentemente possuir uma farmacoterapia que tenha como efeito adverso a constipação.</p>
<p>Outras Situações Especiais(6,9,10,55)</p>	<p>ASCRS: GRADE 1C – <u>Grau de recomendação 1 (forte)/Nível de evidência C (baixo ou muito baixo)</u>(24)</p> <p>- Quantos copos de água o paciente costuma ingerir por dia?</p> <p>- Houve mudança de dieta nos últimos (três) dias?</p> <p>- No que se baseou a alimentação nos últimos três dias?</p> <p>- O paciente realiza alguma atividade física?</p> <p>Outras perguntas: - Paciente encontra-se grávida? É lactante? - Possui alergia(s)? Quais? - O que o paciente faz para aliviar os sintomas? - Possui histórico familiar de algum transtorno gastrointestinal?</p> <p>Para investigação de comportamento de retenção: - A criança aparenta desconforto e realiza episódios de inquietação (sobe na ponta dos pés, balança o corpo para frente e traz enquanto endurece as nádegas e pernas, contorce-se, assume posturas incomuns)?</p>	

1. Identificação de seu paciente

Inicialmente, a identificação dos aspectos básicos referentes ao paciente que está sofrendo o sintoma é necessária para a compreensão do problema. Informações como idade, sexo biológico, bom estado geral, sinais de desidratação ou desnutrição, entre outros, devem ser coletadas. (100,102) Atente-se aos possíveis fatores de risco (**quadro 7**), tendo em vista estes como ferramenta para diagnóstico.(8)

Em crianças, vale a pena ressaltar que constipação tem destaque em três momentos principais: em lactentes no desmame, em crianças pequenas adquirindo habilidades no uso do vaso sanitário e em idade escolar.(7,40)

Quadro 7. Fatores de risco para constipação primária ou secundária:

(3,7,8,17,24,54,55,103–105)

- Idade acima de 65 anos
- Sexo feminino
- Dieta baixa em fibras
- Sedentarismo
- Desordem endócrina ou neuromuscular
- Histórico de constipação na infância
- Histórico de abuso físico
- Depressão ou ansiedade
- Estresse
- Uso de fármacos que induzem constipação e polifarmácia

2. Natureza dos sinais e sintomas

A partir da identificação de seu paciente, o próximo passo é investigar a fundo sua queixa pois, a partir dessa etapa e da compreensão do caso, o profissional pode encontrar os primeiros sinais de alerta que requerem encaminhamento imediato ao serviço de saúde mais apropriado.(100) Os pacientes definem constipação com base em esforço excessivo, sensação de evacuação incompleta, tentativas frustradas ou demoradas de defecar, fezes duras e, com menos frequência, pelo número de fezes por semana.(8,59,91,96,106) Nessa momento, também podem relatar defecações dolorosas, dores abdominais, sangue nas fezes ou fezes escurecidas (pode indicar oxidação de hemoglobina presente nas fezes).(2–4,6,9,10,55,96) Atente-se a escape fecal em crianças, que pode ser confundida como diarreia,(9,10) e aos critérios de ROMA IV para confirmação da constipação.

3. Desde quando os sintomas se iniciaram?

A duração dos sintomas também faz parte da história da queixa principal e apresenta especial importância no aconselhamento de uma determinada intervenção,(100) seja orientações de manejo da doença ou até mesmo a identificação

de um problema agravado que requeira cuidados médicos. Como observamos anteriormente, a constipação de uma forma geral é definida pelos critérios de ROMA IV em um período de trinta dias.(13,14) Superior a isso, por se classificar em constipação crônica, é necessária a avaliação de um médico especializado e investigação da causa.

4. **Iniciou algum tratamento?**

Em muitos casos, os pacientes procuram a farmácia após já terem tentado algum tipo de tratamento (farmacológico ou não), sem sucesso. Explorar o uso de anterior de medicamentos (orais e retais, laxantes, analgésicos) para os sintomas atuais é essencial, (9) pois isso pode ajudá-lo(a) a estimar a gravidade do problema, assim como na seleção de tratamento apropriado.(100) Casos em que um medicamento aparentemente adequado já tenha sido utilizado de forma correta, sem evolução positiva dos sintomas, indicam necessidade de encaminhamento ao médico por sugerir maior gravidade.(100) Um exemplo importante e conhecido é o que está relacionado ao uso crônico de laxantes estimulantes que podem levar ao desenvolvimento de um cólon atônico dilatado, que por fim exige um aumento do uso de laxantes com uma eficácia final prejudicada pela condição.(4)

5. **Comorbidades e medicamentos em uso**

Muitos pacientes apresentam doenças crônicas ou outras condições clínicas concomitantes. Por isso, conhecer essas condições é de extrema importância na avaliação do paciente pois isso impacta tanto na relação de medicamento-efeitos adversos, ou seja, uso de fármacos que causam constipação intestinal, quanto medicamentos/quadro clínico-contraindicações, ou seja, casos em que os medicamentos para qual tratamento é realizado não possibilitem o uso da terapia farmacológica contra a constipação.(100) No caso da constipação intestinal, frequentemente medicamentos podem ser a própria causa da sintomatologia relatada (**quadro 8**).(4,100) Casos como esses indicam necessidade de encaminhamento ao médico, preferentemente acompanhado de informe escrito emitido pelo farmacêutico, pois exigirão reavaliação da prescrição. Há também condições clínicas que favorecem a constipação, como a própria anemia(55)

Condições psicológicas como ansiedade, estresse e depressão predispoem a constipação intestinal.(20,107–109) O estresse emocional atua como fator etiológico

no desenvolvimento de sintomas gastrointestinais, dentre eles a constipação.(20,110) Hillila e colaboradores (2008) estudaram na população em geral a depressão como um recurso de comorbidade com sintomas gastrointestinais.(20,111) Eles relataram que indivíduos com depressão apresentam 1,6 mais chances de apresentar sintomas gastrointestinais quando comparados a indivíduos sem sintomas depressivos. Da mesma forma, Mussel e colaboradores (2008) também verificaram que os sintomas gastrointestinais estão presentes em indivíduos com ansiedade e depressão na atenção primária.(20,112)

Quadro 8. Medicamentos que induzem constipação(4,113)

- Antidepressivos (por exemplo, antidepressivos cíclicos e inibidores da monoamina oxidase);
- Metais (por exemplo, suplementos de ferro e bismuto);
- Anticolinérgicos (por exemplo, benztropina e trihexifenidil);
- Opióides (por exemplo, codeína e morfina);
- Antiácidos, por exemplo, (compostos de alumínio e cálcio);
- Bloqueadores de canal de cálcio (por exemplo, verapamil);
- Fármacos anti-inflamatórios não esteróides (por exemplo, ibuprofeno e diclofenaco);
- Simpaticomiméticos (por exemplo, pseudoefedrina)
- Psicotrópicos em geral;
- Colestiramina;
- Dose inadequada de hormônio tireoidiano.

6. Outras situações especiais

Existem situações especiais que podem orientar o farmacêutico em sua tomada de decisão. Gravidez e lactação, particularmente, representam condições que podem limitar significativamente as opções de tratamento na farmácia, ao mesmo tempo em que precipitam o surgimento de vários tipos de sintomas considerados menores, por exemplo, fraqueza, náuseas e a própria constipação. Além disso, o risco de teratogenicidade, ou a passagem do medicamento para o leite materno, requerem que o farmacêutico saiba interpretar informações sobre o risco do uso de certos medicamentos nesses períodos. Alergias, hábitos alimentares (destaca-se o alto

consumo de fibras e/ou baixa ingestão de líquidos) e comportamentais (retenção ativa das fezes), histórico familiar de doenças relacionadas ao trato gastrointestinal também devem ser elencados na anamnese.(6,9,55)

4.6.2. Avaliação física

(ASCRS: GRADE 1C – Grau de recomendação 1 (forte)/Nível de evidência C (baixo ou muito baixo)

Embora a avaliação física não seja utilizada para determinar a etiologia da doença ou seu tratamento, a possibilidade da realização de uma avaliação física também complementa uma boa anamnese.(4,24,96) No âmbito do profissional farmacêutico, o exame físico consiste na avaliação da aparência geral, peso e sinais vitais. (9,55,114) Apesar de massa abdominal ser um sinal incomum, o exame de palpitação na nessa região (quadrantes abdominais inferiores direito ou esquerdo) para investigação também podem ser realizados.(8,24,114) O objetivo desse exame é a identificação de distensão abdominal, hepatoesplenomegalia ou anormalidades. (4,9,55,114) A busca por cicatrizes pós-cirúrgicas no exame abdominal pode ser explorado.(114)

4.6.3. Abordagem em idosos

Para contornar o estigma social associado à constipação, os autores recomendam que os profissionais de saúde devem identificar proativamente os pacientes com constipação que não estão recebendo tratamento adequado. Em pacientes mais velhos, isso pode ser resolvido com algumas perguntas curtas em consultas de rotina que permitiriam aos profissionais de saúde determinar se algum tratamento é necessário.(41)

Emmanuel e colaboradores (2017)(41) sugerem perguntas simples em livre tradução pelos autores dessa diretriz, como: quanto “Você está feliz com a saúde do seu intestino?”, “Quanto tempo você gasta no banheiro (ao defecar)?”, “Você precisa forçar para defecar/evacuar?”, “Com que frequência seus movimentos intestinais? ” e “você usa algum medicamento para o intestino?”. Como alternativa, podem ser feitas perguntas mais gerais, como "Você tem sente algum problema com o intestino?" ou "Os sintomas intestinais impedem o seu bem-estar em sua rotina?".

A introdução de pacientes na escala de fezes de Bristol também pode ajudar na descoberta de constipação não diagnosticada. Quando um profissional de saúde

pensa que um paciente pode estar constipado, ele pode fazer mais perguntas e decidir sobre uma intervenção apropriada.(41)

4.6.4.Diagnóstico diferencial para Constipação Funcional em crianças

O diagnóstico diferencial da constipação funcional inclui a Disquezia infantil, que se refere aos sintomas de esforço e choro antes da passagem bem-sucedida de fezes moles em bebês saudáveis, com menos de seis meses de idade.(115)

5. Sinais de alerta

As situações de alerta são sinais e sintomas que o(a) farmacêutico(a) deve imprescindivelmente estar atento ao caso em que atende no momento, pois são esses que definirão se a conduta a ser tomada será de encaminhamento imediato ou não a um serviço de emergência ou outro profissional de saúde. Esses sinais de alarme são: (2–4,8,9,11,19,24,44,114,116)

- a) Mudança abrupta nos hábitos intestinais (especialmente em idosos);
- b) Febre;
- c) Náusea e/ou vômitos;
- d) Anemia;
- e) Perda de peso involuntária ($\geq 4,5$ kg segundo “constipation in older adults”, Up to Date);
- f) Sangue vívido nas fezes (hematoquezia), ou fezes escuras, enegrecidas;
- g) Prolapso retal;
- h) Alteração no calibre das fezes;
- i) Pacientes maiores de 50 anos não submetidos a triagem prévia para câncer de cólon;
- j) História familiar de neoplasia de cólon ou síndrome de intestino irritável;
- k) Ausência de melhora ou piora da constipação com tratamento.

Quadro 9. Características de anormalidade associadas a condições mais graves

CARACTERÍSTICAS	ASSOCIAÇÃO POSSÍVEL
Constipação alternada com diarreia	Carcinoma de cólon ou doença diverticular
Fezes claras e esfareladas	Obstrução hepatobiliar
Fezes finas	Carcinoma de cólon
Fezes que aumentam com alimentos ricos em fibras	Constipação induzida por dieta
Sangue	Colite ulcerativa, carcinoma de cólon
Muco	Colite ulcerativa
Perda de peso	Carcinoma de cólon

Fonte: Protocolos de Constipação. Conselho Federal de Farmácia. Protocolos de Constipação.

Outros sinais e sintomas de atenção:

- a) Incapacidade de defecar: por poder estar associado à impactação fecal, cuidados que fogem da autonomia do profissional farmacêutico podem ser requeridos
- b) Defecação com esforço excessivo: sintomas de defecação sinérgica, deve-se encaminhar antes para avaliação do quadro
- c) Recém nascidos: investigação por um profissional especializado, descartar outros problemas de base como alergias, intolerância e outras condições

6. Objetivos do cuidado ao paciente

A chave para o manejo bem-sucedido da constipação é a identificação precoce e o tratamento imediato, enfatizando o cuidado holístico e o apoio multidisciplinar quando necessário.(96) Para alcançar o sucesso no cuidado farmacêutico, o (a) profissional precisa considerar os seguintes objetivos:(5,6,18,30,44)

- a) alívio dos sintomas de constipação e o restabelecimento do fluxo normal do intestino
- b) estabelecer uma dieta adequada e hábitos de atividades físicas que auxiliem na prevenção de recorrências
- c) promover o uso seguro dos produtos a serem utilizados e evitar o abuso dos laxantes.

Uma terapia efetiva leva em consideração as necessidades e preferências dos pacientes.(10,24) Todos eles, inclusive crianças e jovens, devem ter a oportunidade

de tomar decisões acerca de seus cuidados e tratamento, em parceria com o profissionais de saúde e seus responsáveis quando possível e necessário.(10)

7. Prevenção e recomendações de tratamento não-medicamentosos

Em geral, as medidas não-medicamentosas como alterações na dieta e rotinas de atividade física constituem não apenas como medidas preventivas mas sim como o próprio manejo inicial da constipação no cenário em que o paciente não apresenta um quadro sugestivo de impactação fecal ou causas secundárias.(2,8,117) O BMJ Best Practice orienta que, em caso de insucesso na resposta clínica após seis semanas, deve-se considerar o uso de laxantes caso não haja suspeita de defecação dissinergia.(8)

Contudo, em crianças, as referências trazem sobre a etapa do tratamento de manutenção, que será melhor abordada na seção posterior, que prossegue após a desimpactação (se necessária).(118) Dessa forma, entende-se que as medidas não-medicamentosas mencionadas a seguir possuirá um papel predominantemente de prevenção do quadro nesse público.

Quadro 10. Condutas usuais mais recomendadas e com maior nível de evidência no manejo da constipação

CONDUTA	JUSTIFICATIVA/EMBASAMENTO
Aumento do consumo de fibras e líquidos – grau de recomendação alto/nível de evidência mediano(2–4,8,24,44,55)	<p>A abordagem gradativa do tratamento consiste na recomendação de um aumento do consumo de fibras (25 gramas ao dia), sejam incorporados na dieta como grãos, frutas e vegetais,(2,4,8,10,20,24,28,44,55,97,119,120) ou como suplementos padronizados,(3) de forma gradual a fim de evitar distensão abdominal e flatulência. Acompanhado do aumento do consumo de fibras, o aumento da ingestão de líquidos também deve ser realizado (1,5-2L/dia), evitando bebidas com cafeína, alcoólicas, ricas em teor de açúcar ou até mesmo o próprio leite de vaca.(2–4,8,24,44)</p> <p>Uma revisão sistemática da eficácia da suplementação de fibra solúvel e insolúvel no tratamento da constipação idiopática crônica de 2011 identificou seis ensaios clínicos</p>

	<p>randomizados comparando fibra com placebo ou nenhuma terapia em pacientes adultos com constipação idiopática crônica.(121) Meta-análise formal não foi realizada devido a preocupações relacionadas com a metodologia dos estudos. Em comparação com o placebo, a fibra solúvel levou a melhorias nos sintomas globais (86,5% vs 47,4%), esforço (55,6% vs 28,6%), dor na defecação, consistência das fezes e o número médio de fezes por semana (3,8 fezes por semana após terapia em comparação com 2,9 fezes por semana no início do estudo), bem como uma redução no número de dias entre as fezes.(24)</p>
--	--

Quadro 11. Conduas para manejo da constipação intestinal com menor nível de evidência

CONDUTA	JUSTIFICATIVA/EMBASAMENTO
<p>Suplementação de fibras não recomendadas em pacientes com diagnóstico de dilatação colônica – grau de recomendação alto/nível de evidência baixo(3)</p>	<p>Segundo a Organização Mundial de Gastroenterologia (2010), pacientes com diagnóstico de dilatação colônica é um grupo na qual deve-se evitar a suplementação de fibras(3)</p>
<p>Realização de atividade física – grau de recomendação alto/nível de evidência baixo(55)</p>	<p>A realização de atividade física regular, principalmente aeróbica, pode ser considerado,(2,8,44,55) porém há escassez de evidências sobre eficácia dessa medida. Em crianças com idade adequada esta medida também pode ser sugerida,(7) embora em revisão sistemática de Tabbers e colaboradores (2014) tenha mostrado que até o momento não havia ensaios clínicos randomizados que avaliassem a relação no aumento da atividade física com o desfecho dos sintomas de constipação.(6)</p> <p>A Associação Canadense de Gastroenterologia em suas recomendações avaliou essa medida em constipação crônica como nível C, servindo para intervenções que possuam estudos não randomizados, ou com falhas significativas, ou resultados inconsistentes, ou evidência direta fraca.(55)</p>

<p>Uso da Fitoterapia Tradicional Chinesa – grau de recomendação baixo/nível de evidência mediano(55)</p>	<p>Uma revisão sistemática de Lin e colaboradores (2009) sugere, em resultados de oito estudos de alta qualidade, entre eles ensaios clínicos randomizados ou não, comparando a Fitoterapia Tradicional Chinesa com a Medicina Convencional, que a Fitoterapia Tradicional Chinesa é mais benéfica no tratamento da constipação. Entretanto, os próprios autores apontam que uma conclusão definitiva não pode ser feita devido à existência de heterogeneidade entre os estudos.(122)</p>
--	--

Ao passo que os pacientes desenvolvam hábitos regulares de defecação, os objetivos do tratamento da constipação são alcançados em sua maioria. Para isso, a redução do estresse mental e físico, a atenção quanto sua dieta e estilo de vida são estratégias que serão visadas para o manejo da constipação.(3,117) Essas medidas podem ajudar na melhora da frequência das fezes e diminuir a necessidade do uso de laxantes.(3)

Embora a adição de fibras na dieta seja uma das opções terapêuticas, dados mostram que 80% dos pacientes com constipação de trânsito lento e 63% dos pacientes com problemas de defecação dissinérgica não respondem ao aumento da fibra dietética, enquanto 85% dos pacientes que não possuem achados patológicos subjacente melhoram ou se tornam livres de sintomas.(11,24,41,119,123) **A esses pacientes que obtiverem malefícios com essa medida, a interrupção do aumento de fibras deve ser feita.**(2)

Ameixas (secas) são uma alternativa natural a laxantes e mostraram, em um estudo ensaio clínico , randomizado, controlado e cego, de Attaluri e colaboradores (2011), ser tão efetivo quanto a psílio – Psyllium, casca de ispaghula – na melhora dos sintomas de constipação.(8,124). **Frutas ricas em pectina**, como maçãs, morangos, lichias ou peras podem ser usadas para aumentar consistência fecal e uma evacuação mais facilitada.(2,20,97)

Para reduzir o risco de episódios contínuos de constipação, geralmente **diminuir o consumo de carne vermelha, alimentos fritos ou gordurosos, leite e queijo**, na dieta pode ser útil.(2,4,55) Concomitante, pode ser trabalhado com o

paciente a formação de uma rotina alimentar, regularizando os períodos de alimentação e opções de consumo nesses horários.(2,44)

Além disso, uma evacuação regular é esperada a cada um ou dois dias,(2) sendo mais comum pelo período da manhã e após as refeições.(44) Por conta disso, pacientes com constipação podem ser encorajados a não pular a primeira refeição do dia, quando o reflexo gastrocólico (que é responsável pelo controle da motilidade gastrointestinal após uma refeição) está no ápice,(2,44) nem evitar a defecação quando o indivíduo apresentar tal necessidade.(2) Nesse momento, a pessoa também deve ter ciência que sua posição no vaso sanitário pode influenciar a evacuação – incline-se bem para a frente, com as costas retas e os pés apoiados.(2,44)

Outras abordagens:

- A educação em saúde pode ser uma alternativa para empoderar o paciente ou seu cuidador acerca da condição atual.(8)
- O aprendizado e uso de técnicas de relaxamento podem ser úteis na estratégia de evitar a constipação.(2)

○ **Recomendações para a Idade Infantil**

A educação do paciente e dos cuidadores em relação à sua compreensão da etiologia, sintomas e manejo da constipação é um ponto crítico para uma intervenção de sucesso. O tratamento começa com a explicação da base fisiológica da constipação, sem evitar de falar sobre escape fecal para a criança e sua família caso tenha ocorrido.(28) O National Institute of Care and Excellence recomenda que a criança nunca seja recriminada por esse evento, e isso deve ser explicado aos pais.(10,28) A família deve ser encorajada a aderir ao plano de tratamento com ênfase em sua eficácia em longo prazo e melhora dos sintomas.(28)

Quadro 12. Conduitas para crianças e jovens com menor nível de evidência no manejo da constipação

CONDUTA	JUSTIFICATIVA/EMBASAMENTO
<p>Suplementação de fibra – grau de recomendação baixa/nível de evidência baixo (9,10,12,28,97)</p>	<p>Na revisão sistemática de Tabbers e colaboradores (2014), (6) três estudos foram analisados. Limitadas evidências foram encontradas de que a fibra adicional melhora a constipação em comparação com o placebo e que o aumento da ingestão de fibra não é tão eficaz quanto a lactulose.(6) Pijpers e colaboradores</p>

	<p>incluiram 2 estudos sobre fibras e concluíram que a diferença média padronizada ponderada combinada foi de 0,35 evacuações por semana em favor da fibra (IC de 95% -0,04 a 0,74), o que não é estatisticamente significativo nem clinicamente relevante.(125) Quanto a uma recente revisão sistemática sobre o tema, concluiu-se que os estudos eram altamente diversificados com relação aos participantes, intervenções e medidas de resultados; portanto, uma metanálise não pôde ser realizada.(126). Tabbers e colaboradores, então, concluíram que não havia evidência suficiente que embasasse a suplementação de fibras no tratamento de constipação funcional em crianças.</p> <p>Contudo, de acordo com o BMJ Best Practice, existem algumas evidências de que, em comparação com placebo, a fibra foi mais efetiva na melhora da frequência e consistência das fezes e na redução da dor abdominal.(7)</p>
<p>Aumento da ingestão de líquidos – grau de recomendação baixo /nível de evidência baixa</p>	<p>A pesquisa de Tabbers e colaboradores (2014) identificou 166 estudos, incluindo 2 revisões sistemáticas.(6) Ambas as revisões concluíram que, com base em um estudo que o aumento da ingestão de líquidos não se mostrou benéfico.(127) Young e colaboradores (1998) investigaram 108 crianças, de 2 a 12 anos, com uma indefinição de termo “constipação” utilizado, comparando 3 grupos: aumento de 50% na ingestão de água, fluido suplementar hiperosmolar (> 600 mOsm / L) e ingestão normal de fluidos. Este estudo tem um alto risco de viés: nenhuma informação foi fornecida sobre randomização, cegamento ou a taxa de perda de monitoramento de acompanhamento. Nenhuma avaliação estatística foi realizada. O ensaio clínico randomizado encontrou frequência de fezes semelhante em 3 semanas para os 3 grupos. Devido à falta de dados, como médias seguidas de desvios-padrões, um perfil de evidência GRADE não pode ser executado. Em conclusão, as evidências não apoiaram o uso de ingestão extra de líquidos no tratamento da constipação funcional.</p>

Como observado na tabela acima, ainda que a suplementação de fibras e o aumento de ingestão de líquidos não possuam nível de evidência que suportem recomendações, essas medidas ainda são recomendações iniciais muito comuns, particularmente o aumento da ingestão de líquidos e fibra dietética segundo BMJ Best Practice.(7)

As medidas de **prevenção** da constipação infantil concentra-se na orientação antecipada oportuna sobre dieta e treinamento de uso adequado do vaso sanitário.(7,12) Analisa-se posteriormente como cada orientação pode impactar no manejo do sintoma:

Dieta – é recomendado que a criança tenha o **aleitamento materno exclusivo até os seis meses de idade**.(9) Após esse período, até os dois primeiros anos de vida deve-se orientar a **continuação do aleitamento mais a introdução gradual de alimentos complementares**, que são quaisquer alimentos dados à criança que não seja o leite materno (tanto preparações exclusivas para bebês quanto demais alimentos),(9,128) podendo visar uma meta de cinco gramas de fibras por dia,(12) e que os **alimentos de consistência maior sejam gradualmente introduzidos conforme sua capacidade de consumo**.(9) É importante que seja ofertado refeições em intervalos regulares, ajustados aos sinais de fome do indivíduo.(9,10) Para crianças que possuem constipação idiopática, a primeira linha de tratamento não recomenda o manejo baseado apenas em mudanças na dieta, sendo orientado ao uso concomitante de laxantes e treinamento do comportamento, de forma não punitiva, de uso do banheiro.(10)

A oferta de variedades de alimentos saudáveis todos os dias, como frutas e vegetais, e **a orientação aos cuidadores que se evite açúcar, doces, refrigerantes e alimentos processados ou fritos**.(9,10) A constipação tende a se desenvolver neste contexto porque a dieta de transição geralmente inclui quantidades insuficientes de fibras e líquido, portanto uma das medidas preventivas e resolutivas seria uma ingestão adequada desses nutrientes.(12,14,118,129)

Segundo uma revisão de Petersen e colaboradores (2014), uma alternativa preventiva é orientar a dar entre 120 a 180 mL de suco de fruta 100% como ameixa, maçã ou pera por dia para crianças de 1 a 6 anos onde a mesma não apresentou

desejo de evacuar por 24 horas. Crianças com mais de 7 anos poderiam beber porções de 120 mL diariamente.(97)

A maioria dos vegetais e frutas fornece aproximadamente um grama de fibra por porção, mas ameixas e ervilhas podem fornecer até dois gramas.(12)

Treinamento do vaso sanitário – A prevenção e o manejo inicial da constipação nessa faixa etária também envolve uma abordagem paciente sobre o treinamento do controle esfinteriano ao evacuar, fornecendo apoio para os pés para sentar no vaso sanitário (para conforto e facilitar o relaxamento do assoalho pélvico) (**figura c – material suplementar**),(12) e a construção de um hábito intestinal regular, também conhecida como “Padrão de uso regular do banheiro”, onde os cuidadores possuem um papel fundamental de incentivo do uso sem pressa do banheiro após as refeições, para não segurar a vontade de evacuar, programar idas ao banheiro para estimular a defecação, manutenção e discussão de um diário intestinal, informações sobre constipação e uso de sistemas de incentivo e recompensa à criança.(10,12,97)

Um regime de toalete que dedique tempo para defecar é valioso.(5) A maioria das pessoas com hábitos normais de evacuação tende a defecar no mesmo horário todos os dias.(5,130) Esse reflexo condicionado tende a ocorrer 1 hora após a refeição e, geralmente, pela manhã.(5) Uma criança constipada deve ter uma rotina programada de ir ao banheiro por 3 a 10 minutos (dependendo da idade), uma ou duas vezes ao dia.(5)

Quadro 13. Quantidade de ingestão de líquidos por dia (12)

Durante o quadro de constipação, não há necessidade de suplementação de líquidos, a menos que haja evidências de que a criança está desidratada. A ingestão mínima diária de líquidos depende do peso da criança. Como exemplos:

- Criança de 5 kg - 500 mL diariamente
- 10 kg criança - 960 mL diariamente
- 15 kg criança - 1260 mL diariamente
- 20 kg criança - 1500 mL diariamente

Por fim, o começo da vida escolar pode desencadear constipação devido à retenção de fezes caso a criança esteja relutante em utilizar o banheiro na escola ou porque a mudança no horário interfere em uma rotina já pré-estabelecida.(12) Para evitar esses problemas, os profissionais de saúde devem encorajar os cuidadores a

conversar regularmente sobre o desejo de defecar da criança ao longo do dia.(10,12) Esses também devem ser incentivados a monitorar se ela está se segurando ou possui envergonha de usar o banheiro na escola.(12)

- Recomendações para idosos

Inicialmente, o encorajamento e orientação ao paciente idoso possuir uma rotina de uso regular do banheiro deve ser realizado, principalmente nos períodos de alta motilidade intestinal (pela manhã e após as refeições) como já explicado anteriormente.(71) Assim como os pacientes já abordados, devem ser aconselhados a beber água regularmente, comer alimentos ricos em fibras, especialmente frutas e vegetais, e fazer exercícios de forma regular embora esse último tenha objetivo mais preventivo do que o alívio dos sintomas.(20,41,71,131) O paciente deve ser avisado de que, se estiver ingerindo apenas pequenas quantidades de alimentos sólidos, pode sofrer constipação. Quanto ao tratamento, o foco aponta nos cuidados em saúde abordados acima bem como evitar a necessidade do uso de laxantes, esse não sendo aconselhado o uso sem indicação médica.(71)

Não há evidências de que as medidas vinculadas à dieta e ao estilo de vida tenham nenhum efeito sobre a constipação nos idosos, principalmente ao se observar que suplementos de fibra e os laxantes osmóticos simples constituírem rotineiramente um manejo adequado para a constipação nestes pacientes.(3) Inclusive, a utilização de fibras de aveia permitiu a interrupção de laxantes em 59% dos idosos em um hospital geriátrico, além de melhorar o peso corporal e o bem-estar.(20,132)

Mesmo alguns estudos não apontando relação significativa da atividade física com a constipação intestinal, há de se ressaltar que tal medida tem sua importância na prevenção do sintoma já que estimula a motilidade intestinal.(20,133) Um ponto interessante a se ressaltar e que cabe ao farmacêutico ter essa análise é que nesses paciente a fragilidade e baixa motilidade física são características que interferem em certos pacientes, impossibilitando ou prejudicando para eles a realização de atividades físicas que são umas das recomendações para o manejo da constipação, devendo sempre respeitar as limitações de cada indivíduo.(20,41)

8. Recomendações medicamentosas

A terapia medicamentosa é bastante eficaz no alívio dos sintomas de constipação.(8,134) Só os laxativos representam cerca de 10-18% de uso entre a população da terceira idade e em casas de cuidados aos idosos diariamente.(19) Em estudos controlados, randomizados e bem projetados, a terapia medicamentosa mostrou ter um ganho terapêutico de 10% a 30% sobre placebo.(8,135–139) Por conta dessa eficácia, da facilidade de acesso aos medicamentos isentos de prescrição (e até do relativo acesso inconsequente aos medicamentos de sob prescrição), da constipação não apresentar riscos imediatos à saúde, o tratamento usual é a automedicação com laxantes.(117) A automedicação adequada com medicamentos não controlados requer orientações adequadas,(117) onde cabe ao papel do farmacêutico instruir corretamente sobre o uso racional do medicamentos e cuidados que o paciente deve ter durante o tratamento.

A escolha do laxante para tratamento ou prevenção da constipação depende não só da etiologia mas como do insucesso tratamento prévio.(76) Os medicamentos para tratar a constipação incluem laxantes expansores de volume fecal, laxantes lubrificantes, amolecedores fecais, laxantes estimulantes, laxantes osmóticos, e agentes procinéticos.(76,80,81,140)

Condutas iniciais

Considerando que a constipação persista após as mudanças de estilo de vida e dieta, **laxantes expansores de volume fecal e amolecedores fecais** são usados.(2,8) Em pacientes que reclamam de fezes duras e esforço ao defecar, amolecedores de fezes (docusatos) podem ser preferidos a laxantes expansores de volume fecal. Em pacientes que possuem fezes soltas ocasionais entre episódios de constipação a outra opção pode ser preferida (Psílio, metilcelulose, polycarbofila). Caso o paciente apresente impactação fecal, o provável tratamento recomendado pelo médico para desimpactação será enemas ou macrogóis em grande volume ou laxantes estimulantes.(8)

Laxantes expansores de volume fecal – Do inglês “bulk-producing laxatives”, laxantes expansores de volume fecal ou amolecedores de fezes são agentes que contêm fibras solúveis que absorvem água no intestino e entumecem a massa fecal, possibilitando um maior estímulo mecânico para a indução do peristaltismo

intestinal.(8,76) Os agentes de volume são usados para profilaxia de longo prazo, tratamento da constipação ou ambos em pacientes sem disfunção de saída por obstrução anatômica.(76) Esses laxantes são representados pela metilcelulose, policarbofila de cálcio e Psílio.(3,44,76)

Amolecedores fecais – Essa classe de laxantes emolientes representada pelos sais de docusato são usados para profilaxia contra constipação em quadros agudos e subagudos (por exemplo, constipação pós-operatória induzida por opioides).(76) Os docusatos são agentes surfactantes, que no intestino agirão reduzindo a tensão interfacial óleo/água das fezes possibilitando a incorporação de água e gordura nas mesmas, resultando em fezes mais macias.(76)

Não havendo suspeita de defecação dissinérgica, a eficácia do tratamento deve ser avaliada por um período de seis semanas. Não havendo resposta clínica, pode-se considerar a sugestão do tratamento de segunda linha.

Quadro 14. Fármacos envolvidos na conduta inicial do manejo da constipação(44)

Fármacos	Apresentações	Grau de Recomendação/ Nível de Evidência	Uso/Posologia Adultos	Uso/Posologia Pediátrica	Precauções, Contraindicações, Situações Especiais	Orientações ao Paciente
Psílio	Via oral (Cápsula, pó para suspensão)	Grau de recomendação de alto/nível de evidência moderado(3,103)	Até 1 colher de sopa (\cong 3,5 g de fibra) 1-3x/dia; pode aumentar gradualmente até 3 doses diárias.	6 a 11 anos \cong 1,65g, ou meia colher de sopa; aumentar gradualmente até 3 doses diárias.	Contraindicado: crianças com idade inferior a 6 anos, doenças inflamatórias do sistema gastrointestinal, obstrução intestinal, impactação fecal, dor abdominal aguda, náuseas, vômitos ou outros sintomas de apendicite ou dor abdominal não diagnosticada. Pacientes com mobilidade comprometida. Mudança repentina nos hábitos intestinais que dura > 2 semanas.	Instruir os pacientes sobre a ingesta adequada de líquidos (1,5 - 2L/dia). Cuidado especial com pacientes que apresentam alguma restrição para ingesta de grande quantidade de líquidos.
Metilcelulose	Não encontrado na consulta bulas – ANVISA	Grau de recomendação de fraco/nível de evidência baixo(3,103)	Até 1 colher (\cong 2 g de fibra) ou 4 caps. (500 mg de fibra cada) 3x/dia.	Não encontrado na consulta bulas – ANVISA		
Policarbofila de cálcio	Via oral (comprimido-goma)	Grau de recomendação de fraco/nível de evidência baixo(3,103)	1 g /dia (500 mg de fibra por lâmina). Pode aumentar gradualmente conforme necessário até 4 vezes ao dia.	Acima de 12 anos: 2 comprimidos de 625mg (mascar 1-4 vezes e engolir)		
Docusato de sódio	Via oral (cápsula, solução, suspensão)	Não encontrado em bases e em micromedex para	100 mg 2 vezes por dia	2 a 12 anos: 100 mg 1x ao dia, por no máximo 7 dias.	Crianças com idade < 2 anos. Uso concomitante de óleo mineral, obstrução	Tempo para início do efeito: 24 -72 horas

		auxiliar na avaliação		Acima de 12 anos: 100 a 300 mg, pode ser fracionada posologia. Segue as mesmas orientações anteriores	intestinal e dor abdominal aguda, náuseas, vômitos. Não recomendado o uso na gestação e lactação sem prescrição médica.	Utilizar 2h antes ou após outra medicação, se houver
--	--	--------------------------	--	---	--	--

FONTE: Truven Health Analytics (2018); Micromedex (2020); UpToDate (2018); Bulas oficiais dos medicamentos; Junior A de SR, Bonetti A de F, Bagatim BA de Q, Soares CCR, Vilela FC, De Almeida FHO, et al. Protocolos de Constipação. Conselho Federal de Farmácia.

De acordo com o BMJ Best Practice, é sugerido para a constipação infantil uma abordagem mútua entre o tratamento não-farmacológico e farmacológico que, a depender da idade da criança e do estado clínico, as alternativas terapêuticas podem variar.(7)

Laxativos e amolecedores de fezes podem ser usados para amolecer as fezes e garantir que os movimentos intestinais ocorram em intervalos normais com boa evacuação, a fim de evitar a evolução para constipação crônica e impaction fecal.(2,7) Foi demonstrado que laxativos osmóticos, como soluções eletrolíticas de polietilenoglicol (PEG) ou lactulose,(141) ou amolecedores fecais, como docusato ou óleo/ líquido mineral de parafina, são efetivos.(7)

Condutas posteriores

A partir dessa fase, a constipação persistente tende para um quadro crônico, considerando desde o acolhimento e início do tratamento do paciente até o atual período do cuidado. Excluindo-se causas secundárias relacionadas à constipação, e que o paciente está aderindo as medidas terapêuticas anteriores, as alternativas farmacológicas seguem pelo uso de **laxantes osmóticos**, sem desvincular as medidas de dieta e atividades físicas.(3,8) Persistindo o quadro, as últimas alternativas farmacoterapêuticas englobam nas associações com **laxantes estimulantes**, ou uso de **lubiproston/prucaloprida** (8,44)

Laxantes osmóticos – Esses laxantes são muito versáteis para o tratamento da constipação. Em pequenas doses, são úteis para o tratamento de longo prazo (crônico) da constipação com trânsito colônico lento em pacientes refratários à suplementação de fibra alimentar, mas, em grandes doses, podem ser usados como parte de um protocolo de evacuação intestinal para procedimentos invasivos ou cirúrgicos.(76) Laxantes osmóticos contêm íons ou moléculas que são muito pouco absorvidos e ambas possuem habilidade de reter água no lúmen intestinal.(8) Os laxantes osmóticos incluem o seguinte: glicerina (e supositórios), lactulose, polietilenoglicol (+associações), sorbitol, citrato/sulfato de magnésio, fosfatos de sódio.(3,8,10,44,76)

Laxantes estimulantes – São pertencentes a essa classe o bisacodil, senosídeos derivados da planta Senna e picossulfato de sódio.(3,8,10,44,76) O primeiro age estimulando a peristalse alterando a secreção de água e eletrólitos,

resultando em acúmulo de líquido intestinal e laxação; provoca a defecação em 24 horas e pode causar cólicas abdominais.(76) Já os senosídios induzem a defecação agindo diretamente na mucosa intestinal ou no plexo nervoso, o que estimula a atividade peristáltica, aumentando a motilidade intestinal, tendo sua ação 8-12 horas após a administração.(76) Por fim, o picossulfato de sódio também pertence a esse grupo de laxantes embora seu uso não seja muito realizado por conta de seus efeitos adversos como risco de hiperfosfatemia, hipocalcemia, hipernatremia e hipocalemia. Embora essas anormalidades eletrolíticas sejam clinicamente insignificantes na maioria dos pacientes, elas podem causar arritmias cardíacas ou insuficiência renal aguda devido à deposição tubular de fosfato de cálcio (nefrocalcinose).(142)

Agentes procinéticos – Os agentes procinéticos promovem a motilidade intestinal e são usados para sintomas graves de constipação predominante associados à síndrome do intestino irritável com constipação (SII-C) ou constipação idiopática crônica.(76,143) Os agentes procinéticos incluem lubiprostona, ativador do canal de cloreto de ação local que aumenta a secreção de fluido intestinal e a motilidade intestinal, atuando localmente na porção apical do intestino,(76) e o prucaloprida que age como agonista serotoninérgico nos receptores 5-HT₄.(142)

Laxantes lubrificantes – Os laxantes lubrificantes são usados no tratamento agudo ou subagudo da constipação.(76) Eles lubrificam o intestino e facilitam a passagem das fezes além de diminuir a absorção de água do intestino.(76) Os laxantes lubrificantes incluem os óleos minerais.(44,76,144) Essa classe foi pouco mencionada nos documentos selecionados, indicando poucas recomendações de uso tendo em vista as outras alternativas terapêuticas.

Quadro 15. Fármacos envolvidos em condutas posteriores do manejo da constipação(44)

Fármacos	Apresentações	Grau de Recomendação/ Nível de Evidência	Uso/Posologia Adultos	Uso/Posologia Pediátrica	Precauções, Contraindicações, Situações Especiais	Orientações ao Paciente
Polietilenoglicol	Via oral (pó para dissolução)	Grau de recomendação alto/nível de evidência alto(3,103)	8,5 a 34 g em líquidos de 240 mL, por no máximo 14 dias (quadro agudo) ou até 06 meses (quadro crônico).	Dose inicial: 0,4 g/Kg/dia Dose de manutenção: 0,2 a 0,8 g/Kg/dia, ajustando conforme resposta, por pelo menos 2 meses, e com pelo menos 1 mês de resolução dos sintomas	Contraindicado: Crianças com idade < 2 anos. Pacientes com insuficiência renal. Pacientes com insuficiência cardíaca. Pacientes diabéticos (açúcares). Use com cautela em mulheres amamentando, pois não existem evidências que a lactulose ser distribuída no leite.	Instruir o paciente sobre a possibilidade de administrar a lactulose com água, suco de fruta, leite ou adicionando aos alimentos (por exemplo, sobremesas), para diminuir o sabor.
Lactulose	Via oral (pó para dissolução)	Grau de recomendação alto/nível de evidência mediano(3,103)	10 a 20 g (15 a 30 mL) 1x ou 3x/dia por até dois dias.	1-3mL/Kg/dia (doses fracionadas)(97) ou 5mL/dia(118)		
Bisacodil	Via oral (comprimido) Via retal (supositório)	Grau de recomendação alto/nível de evidência mediano(3,103)	5 a 15 mg administrados em dose única; a maioria dos pacientes podem exigir	3-11 anos de idade: Uma dose única de 5 a 10 mg (geralmente 5 mg) ou 0,3 mg / kg.	Contraindicado para: Crianças com idade abaixo de 6 anos. Não recomendado durante a lactação apesar dos baixos níveis	A ingestão diária contínua desses agentes pode estar associada à hipocalemia, enteropatia com

			doses diárias únicas até 30 mg.	Crianças ≥12 anos de idade: Uma dose única de 5- a 15 mg (geralmente 10 mg).	encontrados no leite materno não se mostram capazes de produzir efeito laxante no bebê.	perda proteica e sobrecarga de sal. Assim, esses medicamentos devem ser usados com cautela, se utilizadas cronicamente, e isso deve ser informado ao paciente.
Cassia angustifolia (Senna)	Via oral (cápsula, comprimido, solução)	Grau de recomendação de fraco/nível de evidência baixo(3,103)	17,2 mg (2 comprimidos, 1x /dia. Dose máxima 34,4 mg (4 comprimidos, 2x/dia	Acima de 12 anos: segue dose adulto. 6 a 12 anos: 8,6 mg (1 comprimido) 1x/dia. Dose máxima 17,2 mg (2 comprimidos), 2x/dia 2 a 6 anos: 4,3 mg (meio comprimido) 1x/dia. Dose máxima 8,6 mg (1 comprimido), 2x/dia.	Descontinuar tratamento caso ocorra sangramento retal ou o medicamento não estiver surtindo efeito laxante. Não utilizar por mais de sete dias.	Aconselhar o paciente ou responsável sobre o uso máximo por sete dias Informar ao médico ou farmacêutico ocorrência de sangramento retal Aconselhar o uso antes de dormir, ou conforme for prescrito
Prucaloprida	Via oral (comprimido)	Grau de recomendação de alto/nível de evidência alto(3,103)	2 mg 1x dia	Eficácia e segurança ainda não foi estabelecida para uso pediátrico	Contraindicado: Perfuração/obstrução gastrointestinal ou inflamação severa do TGI (ex. Doença de Crohn,	Pode causar dor de cabeça, náusea, vômito, diarreia, dispepsia, dor abdominal, redução

					colite ulcerativa, megacólon, megarreto)	do apetite, fadiga, tontura
Lubiproston	Via oral (cápsula)	Grau de recomendação de alto/nível de evidência alto(3,103)	Constipação: 24 mcg, 2x ao dia com alimentos SII-C: 8 mcg, 2x ao dia com alimentos	Eficácia e segurança ainda não foi estabelecida para uso pediátrico	Contraindicado: Perfuração/obstrução gastrointestinal conhecido ou suspeito Precaução com pacientes que apresentem diarreia severa (evitar uso)	Aconselhe ao paciente relatar se apresentar diarreia intensa, ou dispneia. Pode haver sintomas gastrointestinais inespecíficos. Reforçar a administração do medicamento junto a alimento

FONTE: Truven Health Analytics (2018); Micromedex (2020); UpToDate (2018); Bulas oficiais dos medicamentos; Junior A de SR, Bonetti A de F, Bagatim BA de Q, Soares CCR, Vilela FC, De Almeida FHO, et al. Protocolos de Constipação. Conselho Federal de Farmácia.

Evidências mostram que polietilenoglicol pode aumentar a frequência dos evacuações em comparação com placebo ou lactulose em adultos com história de constipação não orgânica (recomendação Dynamed nível 2 – nível de evidência mediana).(55,94,145)

Laxativos estimulantes como bisacodil e Senna podem ser eficazes para melhora na frequência de evacuações e consistência das fezes em pacientes com constipação idiopática, embora o uso destes estejam associados a casos de dores abdominais como efeitos adversos mais evidentes e por isso o tempo de tratamento com estes é em curto prazo. (6,55,94,146) Quanto aos agentes pró-secretórios, mais especialmente sobre a lubiproston, segundo informações sobre Constipação em Adultos pelo Dynamed as recomendações consideram esses agentes para pacientes com constipação refratária a modificações dietéticas, laxantes osmóticos e laxantes estimulantes – recomendação ASCRS: GRADE 2B – Grau de recomendação 2 (fraca)/Nível de evidência B (moderada).(24,55)

Informações importantes

Quando a constipação se apresenta agudamente, é importante considerar as causas secundárias possíveis, os sinais de alertas comentados e se o paciente possui suspeita de impactação fecal, esses últimos requerendo o encaminhamento imediato a um serviço de urgência para uma análise mais precisa e intervenções direcionadas.(8,17)

A impactação fecal é um distúrbio que pode ocorrer em todas as idades e tipos de pacientes, sendo fundamental a difusão do conhecimento dessa condição para uma ampla variedade de profissionais da saúde.(147) Crianças, pacientes incapacitados e idosos institucionalizados são considerados as populações de maior risco.(55,147) Ela geralmente ocorre no contexto de constipação crônica ou grave, de anormalidades anatômicas anorretais e distúrbios gastrointestinais de origem neurológica ou funcionais.(147) Sua avaliação é feita com cautela baseando-se na história e exame físico, em conjunto com imagens radiológicas, como uma série abdominal aguda ou tomografia computadorizada.(147) Por fim, o manejo inclui a fragmentação manual e extração da massa fecal, limpeza do cólon distal usando enemas e lavagem retal com o auxílio de um sigmoidoscópio e / ou usando meio de

contraste solúvel em água, como gastrografina, para identificar a extensão da impactação e ajudar em limpeza e remoção.(9,147)

Por conta desses procedimentos, é compreensível que a recomendação para casos suspeitos de impactação fecal sejam orientados a buscar o serviço médico-hospitalar.

Principalmente em crianças, as referências abordam sobre a etapa do tratamento de manutenção, que prossegue após a desimpactação (se necessária).(118) Esse tratamento farmacoterapêutico envolve no aconselhamento das famílias a continuar com os laxantes regulares por pelo menos dois meses (não suspendendo antes de completar um mês após a ausência dos sintomas), pois a interrupção prematura do tratamento geralmente leva à recorrência em algumas semanas.(6,9,14,118) A eficácia dessa terapia é definida pelas evacuações intestinais facilitadas e espontâneas na maioria dos dias da semana (escala de Bristol tipos 3-4), com alívio dos sintomas de constipação e sem ocorrências de escape fecal. (118)

Saliente-se que a decisão do emprego da farmacoterapia pelo farmacêutico deve estar apoiada na Resolução do CFF nº 585, de 29 de agosto de 2013 e nº 586, de agosto de 2013, nos limites da Lista de Medicamentos Isentos de Prescrição (LMIP) e nas apresentações disponíveis no mercado brasileiro, assim como as suas alterações.(44)

- **Uso de probióticos na constipação**

Há algum tempo vem sendo debatido o uso de probióticos no manejo da constipação visto que, como discutido anteriormente, algumas evidências sugerem uma possível relação entre a disbiose e o quadro clínico em questão. (82,85–87) Na metanálise realizada por Dimidi e colaboradores (2014)(66) que tratava sobre os efeitos de probióticos em constipação funcional em adultos mostrou que, em geral, os probióticos trazem certos benefícios como a melhora do tempo de trânsito intestinal assim como a frequência e consistência das fezes; no entanto, apenas alguns probióticos obtiveram esse sucesso e para certos aspectos:

- A **frequência das fezes** aumentou significativamente por probióticos, especificamente por *Bifidobacterium lactis*, mas não por *Lactobacillus casei* Shirota, embora tenha havido heterogeneidade nesses estudos.

- Os resultados desse estudo mostram que os probióticos têm pelo menos **metade da eficácia dos laxantes no aumento da frequência das fezes**, o que foi particularmente evidente para ***B. lactis***.
- Os probióticos **melhoraram a consistência das fezes** com um efeito específico da espécie de ***B. lactis***, mas não um efeito específico da cepa de *L. casei* Shirota.
- A **distensão abdominal** foi significativamente menor após o uso de probióticos, embora o uso isolado de *L. casei* Shirota não tenha apresentado resultados significativos.

Ainda nesse estudo de Dimidi e colaboradores, ressalta-se que os probióticos foram bem tolerados, com baixo risco de eventos adversos e altas taxas de adesão, o que está de acordo com um relatório recente sobre a segurança dos probióticos.(66,148) No entanto, eles destacam a limitação de seu estudo no que diz sobre a subnotificação dos eventos adversos nos ensaios clínicos os quais analisaram, visto que apenas metade destes relatavam,(66,149) bem como se pontuou sobre pequeno número de estudos realizados em crianças com constipação funcional até o momento, com resultados discordantes relatados para o impacto dos probióticos nos sintomas de constipação(150) e na frequência de fezes.(66,151) As revisões desse estudo concluíram que atualmente não há evidências suficientes para a eficácia dos probióticos no tratamento da constipação em crianças.(66,152,153)

Em contrapartida, os estudos mais recentes sobre o tratamento com probióticos em crianças com constipação, principalmente a constipação funcional, não são conclusivos diante a falta de evidências que apoiem a indicação e de ensaios clínicos robustos que possam embasar as evidências sobre seu uso.(150,154,155) Wojtyniak e colaboradores (2017) em sua revisão sistemática com metanálise demonstraram que as evidências atuais, por serem limitadas, não apoiam o uso de probióticos no tratamento da constipação funcional em crianças.(82) Os resultados desta metanálise apoiam as recomendações atuais da ESPGHAN / NASPGHAN de que os probióticos não devem ser usados no tratamento da constipação funcional em crianças,(6,82) e concluem que os probióticos são ineficazes para o manejo da constipação funcional em crianças em termos de sucesso do tratamento, frequência de defecação, frequência de incontinência fecal e frequência de dor abdominal.

Mill e colaboradores (2019) realizaram uma revisão sobre controvérsias no manejo de constipação funcional em crianças. Nela, foi relatado que em uma recente revisão sistemática avaliando o efeito dos probióticos em bebês e crianças com constipação funcional incluiu sete ensaios clínicos randomizados com um total de 515 crianças constipadas.(82,94) Nesta revisão, os estudos disponíveis não foram capazes de demonstrar uma diferença significativa entre os grupos probiótico e controle no que diz respeito ao sucesso do tratamento. Enquanto algumas cepas probióticas mostraram alguns efeitos na frequência de defecação, nenhum dos probióticos teve efeitos benéficos na frequência de incontinência fecal ou na frequência de dor abdominal. Os eventos adversos foram raros e não graves. Com base nesses dados, atualmente não há evidências suficientes para apoiar o uso de probióticos em crianças com constipação funcional.(94)

Por fim, Huang e colaboradores (2017) em sua revisão sistemática com metanálise observaram em suas avaliações de subgrupos e encontraram diferentes efeitos dos probióticos em relação a frequência de evacuação em crianças, a depender da área geográfica. As crianças asiáticas tiveram uma frequência significativamente maior com o tratamento probiótico, entretanto esses resultados foram obtidos sob heterogeneidade entre os estudos.(156)

9. Evolução

Episódios de constipação durante a vida são comuns e, por ser autolimitado, frequentemente ela se resolve por conta própria.(55) Muitos pacientes que aderem ao tratamento evoluem bem seguindo as medidas não-medicamentosa e medicamentosa (se necessário),(4,8) entretanto, existe uma parcela desses que mesmo com o manejo adequado podem apresentar constipação persistente.(55) Ainda assim, não é comum encontrar pacientes debilitados por conta da constipação.(4) As recorrências dos sintomas podem estar associados com o grau de adesão do paciente à terapia,(4) podendo até se tornar um instrumento de avaliação do plano de cuidado que será apresentado a seguir.

A constipação quando não tratada pode levar a longo prazo a algumas complicações como fissuras anais, hemorroidas, e a própria impactação fecal como já abordado.(8,20,55) As fissuras se dão pela expulsão forçada de fezes duras através de um esfíncter anal incompletamente retraído, levando a um trauma da mucosa anal

ocasionando a lesão. Com lesões repetidas, pode haver cura incompleta levando a uma fissura crônica.(8) Seu tratamento consiste em pomadas tópicas de diltiazem a 2%, corticosteroides e preparados anestésicos locais. Quanto às hemorroidas, elas costumam estar relacionadas ao esforço excessivo ao longo do tempo, levando a danos no tecido conjuntivo local facilitando a lesão endovascular.(8) O manejo consiste em: evitar esforço excessivo; banhos de assento; terapia tópica com corticosteroide e preparados anestésicos; bandagem; ou cirurgia.

Outras complicações que podem ocorrer embora a probabilidade ser inferior seriam: retocele; perda involuntária das fezes; síndrome de úlcera retal solitária; megarreto e megacólon.(8,55)

Os dados sobre a evolução de constipação funcional em crianças são interessantes. Entre os pacientes encaminhados a gastroenterologistas pediátricos, 50% se recuperaram e ganham alta médica (alcançam três evacuações por semana sem incontinência fecal) e ficam sem a necessidade do uso de laxantes após 6 a 12 meses.(6) Aproximadamente 10% ficam bem durante com o uso contínuo de laxantes, e 40% ainda serão sintomáticos, apesar do uso de laxantes.(6,28,82,96,157,158) Um total de 50% e 80% das crianças são recuperadas após 5 e 10 anos, respectivamente, com a grande maioria dos pacientes não utilizando mais laxantes.(6) Observou-se nesses pacientes encaminhados que aqueles que tiveram atraso acima de três meses no manejo inicial dos sintomas correlacionou-se com uma maior duração dos sintomas.(6)

Sobre as complicações envolvidas na constipação infantil, cabe ressaltar a possibilidade de ocorrer fissura anal, aumento de incontinência fecal, dor abdominal e desidratação, todas essas com característica semelhante de acontecer a curto prazo.(7) Tanto a fissura anal como incontinência fecal são os quadros mais recorrentes.(7) A dor abdominal em questão ocorre com o uso de laxantes estimulantes ou altas doses de polietilenoglicol (PEG) quando ainda há presença de impaction fecal.(7) Já a desidratação está relacionada com o uso inadequado de PEG, quando administrado a formulação sem eletrólitos ao paciente em grande volume ou quando reconstituído de forma errônea.(7)

10. Plano de Cuidado Farmacêutico

Levando em conta o conhecimento de todo o transtorno visto até então, desde o acolhimento e coleta dos dados do paciente na etapa da anamnese farmacêutica, a identificação dos problemas relacionados com o quadro clínico, o profissional farmacêutico a partir dessas informações é capaz de elaborar/traçar um plano de cuidado individualizado que envolva a seleção de condutas para promover o alívio dos sintomas de constipação, restabelecer o fluxo normal do intestino, estabelecer uma dieta adequada e hábitos de exercício que auxiliam na prevenção de recorrências, promover o uso seguro e efetivo de produtos específicos e evitar o abuso dos laxantes, realizar educação sobre a condição clínica, além de planejar e programar o acompanhamento e avaliação do paciente.(44,159) O plano contém as ações pactuadas entre o paciente e o farmacêutico, embasadas nas melhores evidências disponíveis, e de forma coordenada com o restante da equipe de saúde envolvida no cuidado.(44)

Sobre a educação em saúde, pais e filhos mais velhos se beneficiarão de uma breve descrição do mecanismo da constipação funcional. Este deve ser um dos passos essenciais do tratamento.(5)

"Quando as fezes entram no reto normal, o músculo liso involuntário do esfíncter anal interno está relaxado. A necessidade de defecar é sinalizada quando as fezes atingem o esfíncter anal externo. Se a criança voluntariamente relaxar o esfíncter externo de forma adequada, o reto é evacuado. Se, no entanto, a criança contrai o esfíncter externo e os músculos glúteos, a massa fecal é empurrada para trás na abóbada retal e a vontade de defecar diminui. Os pais provavelmente reconhecerão exemplos desses comportamentos de retenção característicos: agachar-se, balançar, andar duro na ponta dos pés, cruzar as pernas ou sentar-se com os calcanhares pressionados contra o períneo. A contenção leva ao alongamento do reto e do cólon inferior e à retenção de fezes. Quanto mais tempo as fezes permanecem no reto, mais água é removida e mais duras as fezes, até o ponto de impactação.".(5)

10.1. Avaliação e acompanhamento

Como já visto, as medidas não-medicamentosas abordadas nesta diretriz constituem das primeiras medidas de manejo do quadro clínico. É sugerido pelo autor, apesar de não ter sido encontrado literatura que suporte, que haja uma avaliação

dessa terapia inicial nas primeiras semanas de tratamento (7 a 14 dias) a fim de acompanhar a evolução e necessidade de introdução de medicamentos.

O BMJ Best Practice, em seu guia sobre constipação em adultos, sugere que em caso de insucesso terapêutico em decorrência das medidas não-medicamentosas após seis semanas o tratamento com laxantes seria indicado.(8) Mas antes disso, é importante que a suspeita de defecação dissinérgica seja descartada, que é caracterizada por sensação de bloqueio anal, esforço excessivo ao evacuar.(8) No mesmo documento, é sugerido que o paciente experimente a alternativa farmacoterapêutica empregada por no mínimo seis semanas e posteriormente retornar para a avaliação da resposta à terapia,(8) o mesmo servindo para crianças.(160) Em caso de falha terapêutica, a avaliação de um profissional especializado deve ser considerada.(53)

Independentemente da faixa etária, exames laboratoriais de rotina não são necessários durante consultas de acompanhamento, a menos que haja preocupação com potenciais anormalidades eletrolíticas como efeito adverso da terapia, especialmente com laxantes osmóticos.(1,4,8)

Para avaliação dos resultados, o farmacêutico deve considerar os seguintes aspectos:(24,44)

- A **avaliação dos resultados** pode constatar quatro diferentes resultados: melhora parcial, piora, ausência de melhora e resolução dos sintomas;
- A **meta terapêutica** a ser alcançada é alívio dos sintomas de constipação e restabelecer o fluxo normal do intestino (acima de três evacuações semanais), estabelecer uma dieta adequada e hábitos de exercício que auxiliem na prevenção de recorrências, promover o uso seguro e efetivo de produtos específicos e evitar o abuso dos laxantes.
- **Reavaliação dos sinais/sintomas do paciente**, sendo importante a investigação daqueles considerados de alerta para encaminhamento;
- Antes de considerar falha no tratamento, **avaliar a adesão ao tratamento proposto** e condições do paciente em seguir o plano;
- **Identificação precoce de problemas relacionados à segurança.** Pacientes que apresentam eventos adversos devem ser encaminhadas a outro profissional de saúde para uma possível suspensão do medicamento.

- **(Re)Avaliação** do uso de medicamentos uso contínuo que apresentem como efeito adverso ações constipantes

O acompanhamento de crianças com constipação depende da intensidade dos sintomas e de uma estimativa da vulnerabilidade da criança e da família, podendo variar do contato diário a algumas semanas.(7,160) Após a primeira avaliação, os encontros contínuos devem ser adaptadas à resposta ao tratamento.(160) A terapia de manutenção deve continuar até que os hábitos intestinais regulares sejam estabelecidos, o que pode levar vários meses.(160) Recomenda-se que a terapia de manutenção em crianças seja continuada por pelo menos dois meses, com resolução dos sintomas a mais de trinta dias para o desmame do tratamento.(9,96)

Durante o acompanhamento, os cuidadores devem ser tranquilizados quanto à segurança do uso de laxantes de longo prazo, e a importância do tratamento persistente deve ser fortemente reforçada.(1) Abordar equívocos comuns sobre a dependência de laxantes e o aumento do risco de câncer de cólon devido ao uso de laxantes a longo prazo é de suma importância, assim como as recaídas, que costumam estar associadas a mudanças na rotina diária da criança (por exemplo, férias) ou durante períodos de estresse.(1)

É importante que crianças e jovens, ou seus pais ou responsáveis, recebam informações claras e por escrito sobre como tomar seus medicamentos e o que esperar ao tomar laxantes.(160) Isso ajudará a permitir o autogerenciamento e a adesão à terapia. Fornecer informações baseadas em evidências que podem ser consultadas posteriormente ajudará como um lembrete de conselhos importantes e como responder a quaisquer dúvidas. (160)

A consulta com um gastroenterologista pediátrico é necessária quando o tratamento falha ou existe uma preocupação com uma causa orgânica.(161,162)

11. Tópicos especiais

11.1. Constipação e Gravidez

(Seção obtida pela Cochrane Database of Systematic Reviews – Interventions for treating constipation in pregnancy)

A constipação é um sintoma comum vivenciado durante a gravidez,(163) podendo persistir após o nascimento do bebê.(55,164) Este é o resultado de uma

combinação de fatores, incluindo o efeito dos níveis hormonais alterados no trato gastrointestinal, efeitos mecânicos do feto em crescimento, atividade física reduzida e mudanças nos hábitos alimentares.(163,165) Em relação aos hormônios, **o aumento da progesterona** reduz a contratilidade do músculo liso, assim **prolongando o tempo de trânsito intestinal**.(163,166) Além disso, os efeitos compressivos do útero grávidico em crescimento resultam na obstrução mecânica dos intestinos.(163) Outras causas presentes durante esse período incluem a ansiedade, suplementação de ferro e ingestão insuficiente de líquidos.(163)

Quanto à prevalência, a constipação na gravidez varia de 11 a 44%.(163,166–169) Parte dessa variação significativa se deve à heterogeneidade nas definições de constipação.(163,168)

- **Manejo dos sintomas**

As intervenções não farmacológicas assim como já visto anteriormente também se aplicam na gestação. Essas incluem mudanças na dieta, ingestão de água e exercícios.

O exercício físico moderado, definido como qualquer atividade equivalente em dificuldade a uma caminhada rápida, promove movimentos intestinais regulares na gravidez .(163,170,171) A recomendação para mulheres grávidas sem complicações médicas ou obstétricas é 30 minutos por dia de exercícios moderados na maioria, senão em todos os dias da semana.(163,172)

O British National Formulary sugere que se os laxantes forem exigidos na gravidez, se considere um agente expensor de volume fecal como alternativa de primeira linha, em seguida, um agente osmótico e, em seguida, um estimulante; no entanto, esta não é uma diretriz formal.(163,173) Os laxantes formadores de volume fecal, como psyllium, metilcelulose e poliacarbofila de cálcio, são suplementos de fibra que se expandem com água para aumentar o volume das fezes.(81,163) Eles são geralmente seguros para uso de longo prazo em mulheres grávidas e são frequentemente a primeira linha de tratamento para constipação na gravidez que não responde a intervenções não farmacológicas.(163,169) Essa classe geralmente é bem tolerada; no entanto, um relatório de Tytgat (2003) indica que eles podem causar distensão abdominal e cólicas em doses terapêuticas.(174)

O relatório da Associação Americana de Dietética (2002) recomenda que a quantidade de fibra alimentar seja de 20 a 35 g / dia.(163,175) Prather (2014) em seu artigo de revisão sugere algumas doses para cada tipo de laxante de escolha:(163,166)

- | | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none">• Psílio: 6,4 a 10 g / dia• Metilcelulose: 4,8 a 9,6 g / dia• Policarbofila: 2 a 8 g / dia• Lactulose: 15 a 30 mL / dia• Sorbitol: 15 a 30 mL / dia• Polietilenoglicol: 17 a 34 mL / dia | <ul style="list-style-type: none">• Óxido de magnésio: 30 a 45 mL / dia• Senna: 7,5 a 30 mg / dia• Bisacodil: 10 a 15 mg / dia por via oral ou 10 mg / dia por via retal |
|---|--|

Devemos nos atentar a alguns efeitos adversos relacionado ao uso desses laxantes. Em um estudo de coorte realizado no Reino Unido (LUCK study – Laxative Usage in patients with GP- diagnosed Constipation in the UK) foi observado que os laxantes osmóticos foram a classe mais comumente prescrita para mulheres grávidas com constipação.(163,168) Há uma série de efeitos adversos estabelecidos: primeiro, laxantes osmóticos como lactulose, sorbitol, podem causar flatulência e distensão abdominal(176) e, em mulheres com náusea, esse efeito pode ser agravado.(163,177) Em segundo lugar, os osmóticos salinos como sais de magnésio ou sódio podem causar retenção materna de sódio.(163,165) Finalmente, o PEG ou demais macrogóis podem favorecer a ocorrência de distensão abdominal e cólicas.(163,176)

Os laxantes lubrificantes, como óleo mineral ou parafina, não têm efeito farmacológico direto na mucosa gastrointestinal, mas, em vez disso, têm efeito lubrificante direto nas fezes.(163,168) De acordo com o estudo LUCK, não foi observado frequência da prescrição desse tipo de laxante na gravidez, assim como laxantes estimulantes como bisacodil e Senna.(163,168)

11.2. Constipação e Deficiência intelectual

Algumas crianças e jovens com síndrome de Down, transtorno do espectro do autismo e deficiências físicas, como paralisia cerebral, são mais propensos a constipação idiopática como resultado do comprometimento da locomoção.(10) É importante que a avaliação e a gestão da condição clínica contínua para esses

indivíduos aconteçam da mesma forma que é recomendado para todas as crianças e jovens.(10) Em dados epidemiológicos, uma revisão sistemática recente de Robertson, Baines, Emerson, & Hatton (2017) sobre a prevalência de constipação em pessoas com deficiência intelectual identificou 31 estudos relevantes, dos quais 14 relataram taxas de constipação de 50% ou mais, e 21 relataram taxas de mais de 33%.(178,179)

Vários fatores colocam as pessoas com deficiência intelectual em população de maior risco para constipação.(178) Um desses é que muitos medicamentos, como antipsicóticos, são obstipantes e pessoas com deficiência intelectual têm maior probabilidade de possuir indicação desses fármacos.(178,180–182) Esse público também predispõe a ter uma alimentação insuficiente,(183) assim como as limitações de mobilidade física e baixos níveis de atividade física, sendo fatores já vistos anteriormente associados à constipação.(31,178,184–186)

A principal forma para os médicos considerarem a constipação é a própria menção da queixa pelo paciente ou a comunicação dos prévios sintomas abdominais, contudo há casos que os pacientes são incapazes de alertar ao profissional de saúde.(178,187) Principalmente nesses casos, a dor da constipação pode apresentar-se como angústia, distúrbios do sono ou alterações comportamentais, como agressão e automutilação.(178,187–190)

Uma série de estudos, incluindo ambientes familiares e institucionais, relatam níveis abaixo dos recomendados de ingestão de líquidos e / ou fibras em pessoas com deficiência intelectual, com a implicação de que melhorar a ingestão pode ajudar na constipação.(178,191–193) De fato, todos os quatro estudos que examinaram o efeito das intervenções com fibra alimentar relatam alguns resultados positivos relacionados à função intestinal e / ou uso de laxantes e / ou enemas.(178)

Embora a eficácia da massagem abdominal não tenha sido comprovadamente diferente em comparação com uso de laxantes em adultos no estudo de Emly e colaboradores (1998),(194) uma série de resultados positivos observados na literatura foram atribuídos a essa medida não-farmacológica, tanto em relação ao alívio no sintomas de constipação e resultados secundários, como melhora do sono em crianças,(195) alívio da dor, melhora do humor ou comportamento.(178,196) No entanto, não está claro até que ponto os resultados positivos podem ser atribuídos

apenas à massagem abdominal, com sua implementação sendo confundida, por exemplo, pela introdução de planos de higiene durante o período de estudo.(178,195)

A principal resposta do manejo à constipação em pessoas com deficiência intelectual é o uso de laxantes, apesar dessa medida não abranger todos os indivíduos em questão.(178)

Na discussão do trabalho de Janet Robertson e colaboradores (2018), o único estudo especificamente sobre a eficácia do laxante identificado mostrou que o polietilenoglicol + eletrólitos é seguro e eficaz no tratamento clínico da constipação em pessoas com deficiência intelectual em um ambiente institucional.(178,197) Em relação à população em geral, o PEG possui recomendação de “grau A” para a melhoria da frequência e consistência das fezes.(178,198) Outros dois estudos envolvendo ambientes institucionais descobriram que combinações de macrogol eram os laxantes mais comumente prescritos para pessoas com deficiência intelectual profunda.(178,199,200) No entanto, deve-se alertar ao cuidado na administração desses medicamentos em pessoas com disfagia onde os líquidos são mais viscosos por conta de espessantes como o amido.(178)

12. Lista de medicamentos disponíveis no Brasil

Tabela 2. Lista de medicamentos disponíveis no Brasil

Fármacos	Apresentações	Nomes Comerciais	Preço Médio em reais de TTO (PMC – 18%)	Incluído na diretriz?	MIP?	Disponível no SUS?(201)
Psílio – <i>Plantago ovata</i> Forssk.	- 0,492 ou 0,562 G/G PO SOL FR PLAS OPC X 5,85 ou 174 G; - 3,25 G GRAN ou PO EFEV SUS x 5 G; - 700 MG/G PÓ EFERV X 5 G.	Metamucil; Plantacil; Plantaben; PlantaLyve;	98,97	SIM	SIM	SIM
Psílio – <i>Plantago ovata</i> Phil.	- 3,5 G PO EFEV X 5 G	Plantare; Fibrax; Fibrems.	70,42	SIM	SIM	NÃO
Psílio + Senna – <i>Plantago ovata</i> Forssk. + <i>Senna Alexandrina</i> Mill.	(520 MG/G + 22 MG/G) + 99,45 MG/G GRAN FR PLAS OPC 100 ou 250 G	Agiolax	159,96	NÃO	SIM	NÃO
Policarbofila de cálcio	- 500 MG COM REV CT FR PLAS OPC X 30; - 625 MG COM REV CT BL AL PLAS TRANS X 30	Muvinor; Benestare.	37,86	SIM	SIM	NÃO
Docusato de sódio + bisacodil	5 MG + 60 MG COM REV CT BL AL PLAS INC X 20	Humectol D	12,82	SIM	SIM	NÃO
Polietilenoglicol	Indisponível CMED*	Indisponível CMED	Indisponível CMED	SIM	SIM	NÃO
Polietilenoglicol + eletrólitos	Indisponível CMED	Indisponível CMED	Indisponível CMED	SIM	SIM	NÃO

Lactulose	- 667 MG /ML XPE CT 10 SACH X 15 ML; - 667 MG/ML XPE CT FR PLAS (PET) AMB X 120 ML.	Lactulona; Lactosan; Duphalac; Pentalac; Inlact; Normolax; Lactuliv; Farlac.	40,96	SIM	SIM	SIM
Sulfato de magnésio	- 176,50 MG PO EFEV 2 ENV AL/PLAS X 5 G; - 176,50 MG PO EFEV CX 60 ENV AL/PLAS X 5 G.	Sal de Andrews	1,65; 49,35	SIM	NÃO	NÃO
Bisacodil	- 5 MG COM REV CT BL AL PLAS TRANS X 16 ou 20 ou 100 - 5 MG COM REV LIB RETARD CT BL AL PLAS TRANS X 20 ou 150	Plesonax; Lacto Purga; Ducodil; Lacton; Dulcolax; Bisalax	26,90	SIM	SIM	NÃO
Senna – <i>Cassia senna</i> L.	55,6 MG COM REV CT BL AL PLAS TRANS X 10;	Laxette;	38,90	SIM	SIM	NÃO
Senna – <i>Senna alexandrina</i> Mill	- 100 MG CAP DURA CT BL AL PLAS TRANS X 45 -29 ou 100 MG COM REV CT BL AL PLAS TRANS X 20 - 350 MG CAP GEL DURA CT BL AL PLAS INC X 20 ou 45 ou 100 CAP - 50MG CAP DURA CT BL AL PVDC INC X 30 - 66,66 MG COM REV CT BL AL PLAS PVDC TRANS X 8 ou 14 COM	Sene Herbarium; Seneflora; Senareti; Seneben; Laxasene; Senan; Lacass; Sennalax.	67,11	SIM	SIM	NÃO

	- 8,89 MG/G GEL OR FR PLAS OPC X 100 G					
	- 9 MG/G GEL OR CT FR PLAS OPC X 150 ou 200 G					
Senna + Cassia – <i>Senna alexandrina</i> Mill + <i>Cassia Fistula</i>	- (14,634+11,700) MG CAP GEL DURA CT BL PLAS TRANS X 20 ou 100 CAP - (29,268 + 23,400)MG CAP GEL DURA CT BL PLAS TRANS X 20 ou 100 CAP - (4,878 + 4,719) MG GEL CT FR PLAS OPC X 150 ou 200 G + COL - CAP DURA CT BL AL PLAS TRANS X 16 - GEL CT FR PLAS OPC X 150 ou 250 G - GEL CX FR VD TRANS X 130 ou 260 G	Tamarine; Naturetti	111,45	NÃO	SIM	NÃO
Picossulfato de sódio	7,5 MG/ML SOL OR CT FR GOT PLAS OPC X 20 ou 30 ML	Diltin; Cronoplex; Rapilax; Guttalax.	15,84	SIM	NÃO	NÃO
Cassia senna 1DH + <i>Polygonum punctatum</i> 1CH + <i>Collinsonia</i> <i>canadensis</i> 1CH + Picossulfato de sódio	0,005 G + 0,02 G + 0,015 G + 0,015 G COM CT TB PLAS OPC X 60	COMPLEXO SENNALMEIDA PRADO Nº 46	30,91	NÃO	NÃO	NÃO
Lubiprostona	- 24 MCG CAP MOLE CT BL AL AL X 2 ou 10 ou 30 ou 60 CAP - 8 MCG CAP MOLE CT BL AL AL X 2 ou 10 ou 30 ou 60 CAP	Amitiza	106,26	SIM	SIM	NÃO
Prucaloprida	-1 ou 2 MG COM REV CT BL AL AL X 14 COM -2 MG COM REV CT BL AL AL X 28 COM	Resolor	187,24	SIM	SIM	NÃO
Glicerol	120 MG/ML ENEMA CX 20 ou 24 FR PLAS TRANS X 500 ML+ ACESSÓRIO	Glicerina 12%; Clisterol;	Indisponível CMED	SIM	NÃO	SIM

		Solução de Glicerina; Solução Enema de Glicerina.				
Laurilsulfato de sódio + sorbitol	714 MG / G + 7,70 MG/G SOL RET CT 7 BG PLAS OPC 6,5 G	Enemin; Minilax.	38,98	NÃO	NÃO	NÃO
Fosfato de sódio monobásico monoidratado; Fosfato de sódio dibásico heptaidratado	(160+60) MG/ML CT FR PLAS TRANSP X 125 ou 130 ML	Phosfoenema; Enema JP.	14,84	NÃO	NÃO	NÃO
Fosfato de sódio monobásico; fosfato de sódio dibásico	- (160 + 60) MG/ML SOL RET FR PLAS X 130 ML - 0,06G/ML + 1,6G/ML FR PLAS INC X 133 ML	L-enema; Fleet Enema.	15,18	NÃO	NÃO	NÃO

*CMED: Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos. Fonte: Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos – CMED. Preços máximos de medicamentos por princípio ativo. Acessado em: setembro de 2020

13. Algoritmo de Tratamento

(Essa etapa está atualmente em discussão e desenvolvimento com o grupo de estudos do laboratório)

14. Referências Bibliográficas

1. Borowitz SM. Pediatric Constipation. Emedicine.medscape.com.[Internet]. [atualizado 14 dezembro 2018] [citado 31 março 2020]. Disponível em: <http://emedicine.medscape.com/article/315632-overview>.
2. Hunt R, Quigley E, Abbas Z, Eliakim A, Emmanuel A, Goh K-L, et al. Coping With Common Gastrointestinal Symptoms in the Community. J Clin Gastroenterol [Internet]. 2014;48(7):567–78. Available from: <http://content.wkhealth.com/linkback/openurl?sid=WKPTLP:landingpage&an=0004836-201408000-00004>
3. World Gastroenterology Organisation. Constipação: uma perspectiva mundial. World Gastroenterology Organisation Practice Guidelines. 2010. p. 2–13.
4. Basson MD. Constipation. Emedicine.medscape.com.[Internet]. [atualizado 05 julho 2019] [citado 31 março 2020]. Disponível em: <https://emedicine.medscape.com/article/184704-overview>.
5. Rowan-Legg A. Managing functional constipation in children. Paediatr Child Health [Internet]. 2011;16(10):661–5. Available from: <https://academic.oup.com/pch/article/16/10/661/2639487>
6. Tabbers MM, DiLorenzo C, Berger MY, Faure C, Langendam MW, Nurko S, et al. Evaluation and Treatment of Functional Constipation in Infants and Children. J Pediatr Gastroenterol Nutr [Internet]. 2014;58(2):265–81. Available from: <http://journals.lww.com/00005176-201402000-00027>
7. Belkind-Gerson J, Zar-Kessler C, Baker C. Constipação em crianças. BMJ Best Practice [Internet]. London: BMJ Publishing Group; 2018 [cited 2020 Mar 31]. Available from: <https://bestpractice.bmj.com/>.
8. Rao S, Sharma A. Constipação em Adultos. BMJ Best Practice [Internet].

- London: BMJ Publishing Group; 2018 [cited 2020 Mar 31]. Available from: <https://bestpractice.bmj.com/>.
9. DynaMed [Internet]. Ipswich (MA): EBSCO Information Services. 1995 - . Record No. T900171. Constipation in children. [updated 2018 Nov 30, cited 2020 Mar 31]. Available from: <https://www.dynamed.com/condition/constipation-in-children>. Registration and login required. 2018.
 10. National Collaborating Centre for Women's and Children's Health. Constipation in children and young people diagnosis and management of idiopathic childhood constipation in primary and secondary care. Constipation in children and young people: diagnosis and management of idiopathic childhood constipation in primary and secondary care. 2010. 1–254 p.
 11. Brandt LJ, Prather CM, Quigley EMM, Schiller LR, Schoenfeld P, Talley NJ. Systematic Review on the Management of Chronic Constipation in North America. *Am J Gastroenterol* [Internet]. 2005 Jul;100(s1):S5–21. Available from: http://www.nature.com/doi/10.1111/j.1572-0241.2005.50613_2.x
 12. Sood MR. Recent-onset constipation in infants and children. UpToDate [Internet]. Waltham, MA: UpToDate Inc. <https://www.uptodate.com> [acessado em 05 novembro 2019].
 13. Sood M. Prevention and treatment of acute constipation in infants and children. UpToDate [Internet]. Waltham, MA: UpToDate Inc. <https://www.uptodate.com>. 2017.
 14. Khan L. Constipation management in pediatric primary care. *Pediatr Ann*. 2018;47(5):e180--e184.
 15. Benninga MA, Nurko S, Faure C, Hyman PE, St. James Roberts I, Schechter NL. Childhood Functional Gastrointestinal Disorders: Neonate/Toddler. *Gastroenterology* [Internet]. 2016;150(6):1443--1455.e2. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0016508516001827>
 16. Hyams JS, Di Lorenzo C, Saps M, Shulman RJ, Staiano A, van Tilburg M. Childhood Functional Gastrointestinal Disorders: Child/Adolescent.

- Gastroenterology [Internet]. 2016;150(6):1456--1468.e2. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0016508516001815>
17. Jani B, Marsicano E. Constipation: Evaluation and Management. *Mo Med* [Internet]. 2018;115(3):236–40. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30228729>
 18. Sood M. Constipation in infants and children: Evaluation. *UpToDate* [Internet]. Waltham, MA: UpToDate Inc. <https://www.uptodate.com> [acessado em 05 novembro 2019].
 19. Rao S. Constipation in the older adult. *UpToDate* [Internet]. Waltham, MA: UpToDate Inc. <https://www.uptodate.com> [acessado em 05 novembro 2019]. p. 21.
 20. Antunes MD, de Oliveira KCC, Acencio FR, de Oliveira DV, Garcez DAG, Bennemann RM. Constipação intestinal em idosos e a relação com atividade física, alimentação e cognição. *Rev Med*. 2019;98(3):202–7.
 21. Garcia LB, Bertolini S, Souza M V, Santos MSF, Pereira COM. Constipação intestinal: aspectos epidemiológicos e clínicos. *Saude e Pesqui*. 2016;9(1):153–62.
 22. Silva M de S, Sabino Pinho CP. Constipação intestinal: prevalência e fatores associados em pacientes atendidos ambulatorialmente em hospital do Nordeste brasileiro. *Nutr Clínica y Dietética Hosp*. 2016;36(1):75–84.
 23. Spiegel BMR, Khanna D, Bolus R, Agarwal N, Khanna P, Chang L. Understanding Gastrointestinal Distress: A Framework for Clinical Practice. *Am J Gastroenterol* [Internet]. 2011 Mar;106(3):380–5. Available from: <http://journals.lww.com/00000434-201103000-00001>
 24. Paquette IM, Varma M, Ternent C, Melton-Meaux G, Rafferty JF, Feingold D, et al. The American Society of Colon and Rectal Surgeons' Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Constipation. *Dis Colon Rectum*. 2016;59(6):479–92.

25. van den Berg MM, Benninga MA, Di Lorenzo C. Epidemiology of Childhood Constipation: A Systematic Review. *Am J Gastroenterol* [Internet]. 2006;101(10):2401–9. Available from: <http://www.nature.com/doi/10.1111/j.1572-0241.2006.00771.x>
26. Robin SG, Keller C, Zwiener R, Hyman PE, Nurko S, Saps M, et al. Prevalence of Pediatric Functional Gastrointestinal Disorders Utilizing the Rome IV Criteria. *J Pediatr* [Internet]. 2018;195:134–9. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0022347617316347>
27. Youssef NN, Di Lorenzo C. Childhood Constipation: Evaluation and Treatment. *J Clin Gastroenterol* [Internet]. 2001;33(3):199–205. Available from: https://journals.lww.com/jcge/Abstract/2001/09000/Childhood_Constipation__Evaluation_and_Treatment.6.aspx
28. Afzal NA, Tighe MP, Thomson MA. Constipation in children. *Ital J Pediatr* [Internet]. 2011;37(1):28. Available from: <http://www.ijponline.net/content/37/1/28>
29. Di Lorenzo C. PEDIATRIC ANORECTAL DISORDERS. *Gastroenterol Clin North Am* [Internet]. 2001 Mar;30(1):269–87. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0889855305701783>
30. Levy EI, Lemmens R, Vandenplas Y, Devreker T. Functional constipation in children: challenges and solutions. *Pediatr Heal Med Ther* [Internet]. 2017;8(5):19–27. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29388621>
31. Mugie SM, Benninga MA, Di Lorenzo C. Epidemiology of constipation in children and adults: A systematic review. *Best Pract Res Clin Gastroenterol* [Internet]. 2011;25(1):3–18. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1521691810001666>
32. Poddar U. Approach to Constipation in Children. *Indian Pediatr* [Internet]. 2016;53(4):319–27. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27156546>

33. Lewis ML, Palsson OS, Whitehead WE, van Tilburg MAL. Prevalence of Functional Gastrointestinal Disorders in Children and Adolescents. *J Pediatr* [Internet]. 2016;177:39--43.e3. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0022347616300567>
34. Saps M, Nichols-Vinueza DX, Rosen JM, Velasco-Benítez CA. Prevalence of Functional Gastrointestinal Disorders in Colombian School Children. *J Pediatr* [Internet]. 2014 Mar;164(3):542--545.e1. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S002234761301384X>
35. Lu PL, Velasco-Benítez CA, Saps M. Sex, Age, and Prevalence of Pediatric Irritable Bowel Syndrome and Constipation in Colombia. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* [Internet]. 2017 Jun;64(6):e137--e141. Available from: <http://journals.lww.com/00005176-201706000-00017>
36. Lu PL, Saps M, Chanis RA, Velasco-Benítez CA. The prevalence of functional gastrointestinal disorders in children in Panama: a school-based study. *Acta Paediatr* [Internet]. 2016;105(5):e232--e236. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1111/apa.13379>
37. Yong D, Beattie R. Normal bowel habit and prevalence of constipation in primary-school children. *Ambul Child Heal*. 1998;4: 277-82.
38. de Araújo Sant' Anna AMG, Calçado AC. Constipation in School-Aged Children at Public Schools in Rio de Janeiro, Brazil. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* [Internet]. 1999 Aug;29(2):190--3. Available from: <http://journals.lww.com/00005176-199908000-00016>
39. Lee WTK, Ip KS, Chan JSH, Lui NWM, Young BWY. Increased prevalence of constipation in pre-school children is attributable to under-consumption of plant foods: A community-based study. *J Paediatr Child Health* [Internet]. 2008;44(4):170--5. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1440-1754.2007.01212.x>
40. Loening-Baucke V. Prevalence rates for constipation and faecal and urinary incontinence. *Arch Dis Child* [Internet]. 2007 Jun;92(6):486--9. Available from:

<http://adc.bmj.com/cgi/doi/10.1136/adc.2006.098335>

41. Emmanuel A, Mattace-Raso F, Neri MC, Petersen KU, Rey E, al. E. Constipation in older people: A consensus statement. *Int J Clin Pract*. 2017;71(1):1–9.
42. Harari D, Gurwitz JH, Avorn J, Bohn R, Minaker KL. Bowel habit in relation to age and gender. Findings from the National Health Interview Survey and clinical implications. *Arch Intern Med [Internet]*. 1996;156(3):315–20. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8572842>
43. CHOUNG RS, LOCKE III GR, SCHLECK CD, ZINSMEISTER AR, TALLEY NJ. Cumulative incidence of chronic constipation: a population-based study 1988-2003. *Aliment Pharmacol Ther [Internet]*. 2007;26(11–12):1521–8. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1365-2036.2007.03540.x>
44. Junior A de SR, Bonetti A de F, Bagatim BA de Q, Soares CCR, Vilela FC, De Almeida FHO, et al. Protocolos de Constipação. Conselho Federal de Farmácia. Protocolos de Constipação. p. 1–10.
45. American Gastroenterological Association. American Gastroenterological Association medical position statement on constipation. *Gastroenterology [Internet]*. 2013 Jan;144(1):211–7. Available from: <http://dx.doi.org/10.1053/j.gastro.2012.10.029>
46. Talley NJ, O’Keefe EA, Zinsmeister AR, Melton LJ. Prevalence of gastrointestinal symptoms in the elderly: A population-based study. *Gastroenterology [Internet]*. 1992 Mar;102(3):895–901. Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/001650859290175X>
47. Talley NJ, Fleming KC, Evans JM, O’Keefe EA, Weaver AL, Zinsmeister AR, et al. Constipation in an elderly community: a study of prevalence and potential risk factors. *Am J Gastroenterol [Internet]*. 1996 Jan;91(1):19–25. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8561137>
48. WALD A, SCARPIGNATO C, MUELLER-LISSNER S, KAMM MA, HINKEL U, HELFRICH I, et al. A multinational survey of prevalence and patterns of laxative use among adults with self-defined constipation. *Aliment Pharmacol Ther*

- [Internet]. 2008 Jul;28:917. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1365-2036.2008.03806.x>
49. Sandler RS, Jordan MC, Shelton BJ. Demographic and dietary determinants of constipation in the US population. *Am J Public Health* [Internet]. 1990;80(2):185–9. Available from: <http://ajph.aphapublications.org/doi/10.2105/AJPH.80.2.185>
 50. Everhart JE, Go VLW, Johannes RS, Fitzsimmons SC, Roth HP, White LR. A longitudinal survey of self-reported bowel habits in the United States. *Dig Dis Sci* [Internet]. 1989;34(8):1153–62. Available from: <http://link.springer.com/10.1007/BF01537261>
 51. Whitehead WE, Drinkwater D, Cheskin LJ, Heller BR, Schuster MM. Constipation in the Elderly Living at Home. *J Am Geriatr Soc* [Internet]. 1989;37(5):423–9. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1532-5415.1989.tb02638.x>
 52. Donald IP, Smith RG, Cruikshank JG, Elton RA, Stoddart ME. A Study of Constipation in the Elderly Living at Home. *Gerontology* [Internet]. 1985;31(2):112–8. Available from: <https://www.karger.com/Article/FullText/212689>
 53. Bharucha AE, Pemberton JH, Locke GR. American Gastroenterological Association Technical Review on Constipation. *Gastroenterology* [Internet]. 2013 Jan;144(1):218–38. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0016508512015442>
 54. FOXX-ORENSTEIN AE, McNALLY MA, ODUNSI ST. Update on constipation: One treatment does not fit all. *Cleve Clin J Med* [Internet]. 2008 Nov;75(11):813–23. Available from: <http://www.ccjm.org/cgi/doi/10.3949/ccjm.75.11.813>
 55. DynaMed [Internet]. Ipswich (MA): EBSCO Information Services. 1995 - . Record No. T116186. Constipation in adults. [updated 2018 Dec 03, cited 2020 Mar 31]. Available from: <https://www.dynamed.com/condition/constipation-in-adults>. p. 1–73.
 56. Pekmezaris R, Aversa L, Wolf-Klein G, Cedarbaum J, Reid-Durant M. The cost

- of chronic constipation. *J Am Med Dir Assoc* [Internet]. 3(4):224–8. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12807642>
57. Fleming V, Wade WE. A review of laxative therapies for treatment of chronic constipation in older adults. *Am J Geriatr Pharmacother* [Internet]. 2010 Dec;8(6):514–50. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21356503>
58. Ford AC, Moayyedi P, Lacy BE, Lembo AJ, Saito YA, Schiller LR, et al. American College of Gastroenterology Monograph on the Management of Irritable Bowel Syndrome and Chronic Idiopathic Constipation. *Am J Gastroenterol* [Internet]. 2014;109:S2--S26. Available from: <http://journals.lww.com/00000434-201408001-00002>
59. Higgins PDR, Johanson JF. Epidemiology of Constipation in North America: A Systematic Review. *Am J Gastroenterol* [Internet]. 2004;99(4):750–9. Available from: <http://www.nature.com/doifinder/10.1111/j.1572-0241.2004.04114.x>
60. Ribas Y, Saldaña E, Martí-Ragué J, Clavé P. Prevalence and Pathophysiology of Functional Constipation Among Women in Catalonia, Spain. *Dis Colon Rectum* [Internet]. 2011;54(12):1560–9. Available from: <http://journals.lww.com/00003453-201112000-00015>
61. Knowles CH, Scott MS, Rayner C, Gali A, Lindberg G, Kamm MA, et al. Idiopathic slow-transit constipation: an almost exclusively female disorder. *Dis Colon Rectum* [Internet]. 2003;46(12):1716–7. Available from: <http://journals.lww.com/00003453-200346120-00022>
62. Johanson JF, Sonnenberg A, Koch TR. Clinical Epidemiology of Chronic Constipation. *J Clin Gastroenterol* [Internet]. 1989;11(5):525–36. Available from: <http://journals.lww.com/00004836-198910000-00008>
63. Drossman DA, Li Z, Andruzzi E, Temple RD, Talley NJ, Grant Thompson W, et al. U. S. Householder survey of functional gastrointestinal disorders. *Dig Dis Sci* [Internet]. 1993 Sep;38(9):1569–80. Available from: <http://link.springer.com/10.1007/BF01303162>

64. JOHANSON JF, KRALSTEIN J. Chronic constipation: a survey of the patient perspective. *Aliment Pharmacol Ther* [Internet]. 2007 Jan;25(5):599–608. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1365-2036.2006.03238.x>
65. Müller-Lissner SA, Kaatz V, Brandt W, Keller J, Layer P. The perceived effect of various foods and beverages on stool consistency. *Eur J Gastroenterol Hepatol* [Internet]. 2005 Jan;17(1):109–12. Available from: <http://journals.lww.com/00042737-200501000-00020>
66. Dimidi E, Christodoulides S, Fragkos KC, Scott SM, Whelan K. The effect of probiotics on functional constipation in adults: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Am J Clin Nutr*. 2014;100(4):1075–84.
67. Descritores em Ciências da Saúde: DeCS [Internet]. 2017. São Paulo (SP): BIREME / OPAS / OMS. 2017 [atualizado 2017 Mai; citado 2020 Mar 31]. Disponível em: <http://decs.bvsalud.org>.
68. PesqCID. Departamento de Informática do SUS. Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde. Acesso em: 11/03/19 [Internet]. Available from: <http://www.datasus.gov.br/cid10/V2008/cid10.htm>
69. Medical Subject Headings: MeSH [Internet]. National Center for Biotechnology Information, U.S. National Library of Medicine 8600 Rockville Pike, Bethesda MD, 20894 USA. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh>.
70. World Health Organisation. ICD-11 International classification of diseases for mortality and morbidity statistics (11th Revision) [Internet]. 2018. Available from: <https://icd.who.int/browse11/l-m/en>
71. Amir AA. Etiological factors of constipation in the elderly, with emphasis on functional causes. *East Mediterr Heal J*. 2011;17(08):708–11.
72. Milne J, Williamson J. Bowel Habit in Older People. *Gerontol Clin (Basel)*. 1972;14(1):56–60.
73. Thompson WG, Longstreth GF, Drossman DA, Heaton KW, Irvine EJ, Muller-

- Lissner SA. Functional bowel disorders and functional abdominal pain. *Gut* [Internet]. 1999;45(Supplement 2):ii43--ii47. Available from: <http://gut.bmj.com/cgi/doi/10.1136/gut.45.2008.ii43>
74. Lacy BE, Mearin F, Chang L, Chey WD, Lembo AJ, Simren M, et al. Bowel Disorders. *Gastroenterology* [Internet]. 2016;150(6):1393--1407.e5. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0016508516002225>
75. Drossman DA, Hasler WL. Rome IV—Functional GI Disorders: Disorders of Gut-Brain Interaction. *Gastroenterology* [Internet]. 2016;150(6):1257–61. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0016508516300488>
76. Farinde A. Laxatives, Stool Softeners, and Prokinetic Agents. *Emedicine.medscape.com*. [Internet]. [atualizado 14 dezembro 2018] [citado 31 março 2020]. Disponível em: <https://emedicine.medscape.com/article/2172208-overview>.
77. Rao SSC. Dyssynergic Defecation and Biofeedback Therapy. *Gastroenterol Clin North Am* [Internet]. 2008;37(3):569–86. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0889855308000514>
78. Crowell MD, Harris L, Jones MP, Chang L. New insights into the pathophysiology of irritable bowel syndrome: Implications for future treatments. *Curr Gastroenterol Rep* [Internet]. 2005 Jul;7(4):272–9. Available from: <http://link.springer.com/10.1007/s11894-005-0019-8>
79. Navidi T. Gastroenterology. In: Engorn B, Flerlage J, eds. *The Harriet Lane Handbook*. 20th ed. Philadelphia, PA: Elsevier Saunders; 2015:272-273.
80. Rose S. Constipation - A Practical Approach to Diagnosis and Treatment [Internet]. Rose, MD, MEd S, editor. New York: SpringerLink. New York, NY: Springer New York; 2014. Available from: <http://link.springer.com/10.1007/978-1-4939-0332-0>
81. Leung L, Riutta T, Kotecha J, Rosser W. Chronic Constipation: An Evidence-Based Review. *J Am Board Fam Med* [Internet]. 2011 Jul;24(4):436–51. Available from: <http://www.jabfm.org/cgi/doi/10.3122/jabfm.2011.04.100272>

82. Wojtyniak K, Szajewska H. Systematic review: probiotics for functional constipation in children. *Eur J Pediatr*. 2017;176(9):1155–62.
83. Attaluri A, Jackson M, Valestin J, Rao SSC. Methanogenic Flora Is Associated With Altered Colonic Transit but Not Stool Characteristics in Constipation Without IBS. *Am J Gastroenterol* [Internet]. 2010 Jun;105(6):1407–11. Available from: <http://journals.lww.com/00000434-201006000-00030>
84. Neto AG, Hickman RA, Khan A, Nossa C, Pei Z. The Upper Gastrointestinal Tract—Esophagus and Stomach. In: *The Microbiota in Gastrointestinal Pathophysiology* [Internet]. Elsevier; 2017. p. 1–11. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/B9780128040249000458>
85. KHALIF I, QUIGLEY E, KONOVIATCH E, MAXIMOVA I. Alterations in the colonic flora and intestinal permeability and evidence of immune activation in chronic constipation. *Dig Liver Dis* [Internet]. 2005 Nov;37(11):838–49. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1590865805003269>
86. Zhao Y, Yu Y-B. Intestinal microbiota and chronic constipation. *Springerplus* [Internet]. 2016;5(1):1130. Available from: <http://springerplus.springeropen.com/articles/10.1186/s40064-016-2821-1>
87. Zhu L, Liu W, Alkhoury R, Baker RD, Bard JE, Quigley EM, et al. Structural changes in the gut microbiome of constipated patients. *Physiol Genomics* [Internet]. 2014;46(18):679–86. Available from: <https://www.physiology.org/doi/10.1152/physiolgenomics.00082.2014>
88. Rao SSC, Sadeghi P, Beaty J, Kavlock R. Ambulatory 24-Hour Colonic Manometry in Slow-Transit Constipation. *Am J Gastroenterol* [Internet]. 2004;99(12):2405–16. Available from: <http://www.nature.com/doi/10.1111/j.1572-0241.2004.40453.x>
89. Rao SSC, Sadeghi P, Batterson K, Beaty J. Altered periodic rectal motor activity: a mechanism for slow transit constipation. *Neurogastroenterol Motil* [Internet]. 2001;13(6):591–8. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1046/j.1365-2982.2001.00292.x>

90. Bassotti G. Normal aspects of colorectal motility and abnormalities in slow transit constipation. *World J Gastroenterol* [Internet]. 2005;11(18):2691. Available from: <http://www.wjgnet.com/1007-9327/full/v11/i18/2691.htm>
91. Rao SSC, Tuteja AK, Vellema T, Kempf J, Stessman M. Dyssynergic Defecation: Demographics, Symptoms, Stool Patterns, and Quality of Life. *J Clin Gastroenterol* [Internet]. 2004;38(8):680–5. Available from: <http://journals.lww.com/00004836-200409000-00012>
92. Drossman DA. Functional Gastrointestinal Disorders: History, Pathophysiology, Clinical Features, and Rome IV. *Gastroenterology* [Internet]. 2016;150(6):1262–1279.e2. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0016508516002237>
93. Rao SSC, Seaton K, Miller MJ, Schulze K, Brown CK, Paulson J, et al. Psychological profiles and quality of life differ between patients with dyssynergia and those with slow transit constipation. *J Psychosom Res* [Internet]. 2007;63(4):441–9. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0022399907002139>
94. van Mill MJ, Koppen IJN, Benninga MA. Controversies in the Management of Functional Constipation in Children. *Curr Gastroenterol Rep*. 2019;21(6).
95. Rao SSC, Welcher KD, Leistikow JS. Obstructive defecation: a failure of rectoanal coordination. *Am J Gastroenterol* [Internet]. 1998 Jul;93(7):1042–50. Available from: <http://www.nature.com/doi/10.1111/j.1572-0241.1998.00326.x>
96. Greenwald BJ. Clinical practice guidelines for pediatric constipation. *J Am Acad Nurse Pract*. 2010;22(7):332–8.
97. Petersen B. Diagnosis and management of functional constipation: A common pediatric problem. *Nurse Pract*. 2014;39(8):1–6.
98. Partin JC, Hamill SK, Fischel JE, Partin JS. Painful defecation and fecal soiling in children. *Pediatrics* [Internet]. 1992 Jun;89(6 Pt 1):1007–9. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1594338>

99. Kyle G. Risk assessment and management tools for constipation. *Br J Community Nurs.* 2011;16(5):224–30.
100. Correr CJ, Reis WCT. A Clínica do autocuidado. In: *Manual 6: autocuidado. Practice.* Curitiba; 2016. p. 15–8.
101. Correr CJ, Alcantara F. Autocuidado e tratamento para problemas menores. In: *Manual de Serviços Farmacêuticos Abrafarma - Protocolos e Ferramentas 2019-2020.* Curitiba: Editora Practice; 2019. p. 83.
102. A Prática Farmacêutica na Farmácia comunitária - Cassyano J. Correr, Michel F. Otuki - Google Livros [Internet]. [cited 2020 Jul 8]. Available from: https://books.google.com.br/books/about/A_Prática_Farmacêutica_na_Farmácia_co.html?id=qHoSS7oR7dQC&redir_esc=y
103. Rao SSC. Constipation: Evaluation and Treatment of Colonic and Anorectal Motility Disorders. *Gastrointest Endosc Clin N Am* [Internet]. 2009 Jan;19(1):117–39. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1052515708001104>
104. McCrea GL, Miaskowski C, Stotts NA, Macera L, Varma MG. A Review of the Literature on Gender and Age Differences in the Prevalence and Characteristics of Constipation in North America. *J Pain Symptom Manage* [Internet]. 2009 Apr;37(4):737–45. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0885392408004557>
105. Talley NJ, Jones M, Nuyts G, Dubois D. Risk factors for chronic constipation based on a general practice sample. *Am J Gastroenterol* [Internet]. 2003 May;98(5):1107–11. Available from: <http://www.nature.com/doi/10.1111/j.1572-0241.2003.07465.x>
106. Herz MJ, Kahan E, Zalevski S, Aframian R, Kuznitz D, Reichman S. Constipation: a different entity for patients and doctors. *Fam Pract* [Internet]. 1996;13(2):156–9. Available from: <https://academic.oup.com/fampra/article-lookup/doi/10.1093/fampra/13.2.156>
107. Chen I-C, Huang HJ, Yang SF, Chen CC, Chou YC, Kuo TM. Prevalence and

- effectiveness of laxative use among elderly residents in a regional hospital affiliated nursing home in hsinchu county. *Nurs midwifery Stud* [Internet]. 2014 Apr;3(1):e13962. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25414891>
108. Daulatzai MA. Chronic Functional Bowel Syndrome Enhances Gut-Brain Axis Dysfunction, Neuroinflammation, Cognitive Impairment, and Vulnerability to Dementia. *Neurochem Res* [Internet]. 2014 Apr 4;39(4):624–44. Available from: <http://link.springer.com/10.1007/s11064-014-1266-6>
 109. Sung VW, Rogers RG, Bann CM, Arya L, Barber MD, Lowder J, et al. Symptom Outcomes Important to Women With Anal Incontinence. *Obstet Gynecol* [Internet]. 2014 May;123(5):1023–30. Available from: <http://journals.lww.com/00006250-201405000-00018>
 110. Gaber OH. The Relationship between Irritable Bowel Syndrome, Depression, Anxiety, and Stress among Sample of Irritable Bowel Patients - Predictive Study. *J Psychol Clin Psychiatry* [Internet]. 2016 Feb 24;5(4). Available from: <https://medcraveonline.com/JPCPY/the-relationship-between-irritable-bowel-syndrome-depression-anxiety-and-stress-among-sample-of-irritable-bowel-patients---predictive-study.html>
 111. HILLILÄ MT, HÄMÄLÄINEN J, HEIKKINEN ME, FÄRKKILÄ MA. Gastrointestinal complaints among subjects with depressive symptoms in the general population. *Aliment Pharmacol Ther* [Internet]. 2008 Sep;28(5):648–54. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1365-2036.2008.03771.x>
 112. Mussell M, Kroenke K, Spitzer RL, Williams JBW, Herzog W, Löwe B. Gastrointestinal symptoms in primary care: Prevalence and association with depression and anxiety. *J Psychosom Res* [Internet]. 2008 Jun;64(6):605–12. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0022399908000639>
 113. Uher R, Farmer A, Henigsberg N, Rietschel M, Mors O, Maier W, et al. Adverse reactions to antidepressants. *Br J Psychiatry* [Internet]. 2009 Sep 2;195(3):202–10. Available from: <https://www.cambridge.org/core/product/identifier/S0007125000250113/type/jo>

114. Indonesian Society of Gastroenterology (ISG). National consensus on the management of constipation in indonesia 2010. *Acta Med Indones*. 2011;43(4):267–74.
115. Sood MR. Constipation in infants and children: Evaluation. UpToDate [Internet]. Waltham, MA: UpToDate Inc. <https://www.uptodate.com> [acessado em 05 novembro 2019].
116. Beck DE. Evaluation and management of constipation. *Ochsner J* [Internet]. 2008;8(1):25–31. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21603553>
117. Shibata K, Matsumoto A, Nakagawa A, Akagawa K, Nakamura A, Yamamoto T, et al. Use of Pharmacist Consultations for Nonprescription Laxatives in Japan: An Online Survey. *Biol Pharm Bull* [Internet]. 2016;39(11):1767–73. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27803447>
118. Waterham M, Kaufman J, Gibb S. Childhood constipation. *Aust Fam Physician* [Internet]. 2017;46(12):908–12. Available from: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1755738019867995>
119. Quigley EMM. The enteric microbiota in the pathogenesis and management of constipation. *Best Pract Res Clin Gastroenterol* [Internet]. 2011;25(1):119–26. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.bpg.2011.01.003>
120. Lembo A, Camilleri M. Chronic Constipation. *N Engl J Med* [Internet]. 2003 Oct 2;349(14):1360–8. Available from: <http://www.nejm.org/doi/abs/10.1056/NEJMra020995>
121. Suares NC, Ford AC. Systematic review: the effects of fibre in the management of chronic idiopathic constipation. *Aliment Pharmacol Ther* [Internet]. 2011 Apr;33(8):895–901. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21332763>
122. Lin LW, Fu YT, Dunning T, Zhang AL, Ho TH, Duke M, et al. Efficacy of traditional

- Chinese medicine for the management of constipation: A systematic review. *J Altern Complement Med.* 2009;15(12):1335–46.
123. Voderholzer WA, Schatke W, Mühldorfer BE, Klauser AG, Birkner B, Müller-Lissner SA. Clinical response to dietary fiber treatment of chronic constipation. *Am J Gastroenterol* [Internet]. 1997 Jan;92(1):95–8. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8995945>
124. Attaluri A, Donahoe R, Valestin J, Brown K, Rao SSC. Randomised clinical trial: dried plums (prunes) vs. psyllium for constipation. *Aliment Pharmacol Ther* [Internet]. 2011 Apr;33(7):822–8. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21323688>
125. Pijpers MAM, Tabbers MM, Benninga MA, Berger MY. Currently recommended treatments of childhood constipation are not evidence based: a systematic literature review on the effect of laxative treatment and dietary measures. *Arch Dis Child* [Internet]. 2008 Sep 18;94(2):117–31. Available from: <https://adc.bmj.com/lookup/doi/10.1136/adc.2007.127233>
126. Tabbers MM, Boluyt N, Berger MY, Benninga MA. Nonpharmacologic Treatments for Childhood Constipation: Systematic Review. *Pediatrics* [Internet]. 2011 Oct 1;128(4):753–61. Available from: <http://pediatrics.aappublications.org/cgi/doi/10.1542/peds.2011-0179>
127. Yong RJ, BEERMAN LE, VANDERHOOF JA. Increasing oral fluids in chronic constipation in children. *Gastroenterol Nurs.* 1998;21(4):156–61.
128. Dias MCAP, Freire LMS, Franceschini S do CC. Recomendações para alimentação complementar de crianças menores de dois anos. *Rev Nutr* [Internet]. 2010 Jun;23(3):475–86. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-52732010000300015&lng=pt&tlng=pt
129. Loening-Baucke V. Clinical Approach to Fecal Soiling in Children. *Clin Pediatr (Phila)* [Internet]. 2000 Oct 2;39(10):603–7. Available from: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/000992280003901005>

130. Walia R, Mahajan L, Steffen R. Recent advances in chronic constipation. *Curr Opin Pediatr* [Internet]. 2009 Oct;21(5):661–6. Available from: <http://journals.lww.com/00008480-200910000-00019>
131. Muller-Lissner SA, Kamm MA, Scarpignato C, Wald A. Myths and Misconceptions About Chronic Constipation. *Am J Gastroenterol* [Internet]. 2005 Jan;100(1):232–42. Available from: <http://www.nature.com/doifinder/10.1111/j.1572-0241.2005.40885.x>
132. Sturtzel B, Mikulits C, Gisinger C, Elmadfa I. Use of fiber instead of laxative treatment in a geriatric hospital to improve the wellbeing of seniors. *J Nutr Heal Aging* [Internet]. 2009 Feb;13(2):136–9. Available from: <http://link.springer.com/10.1007/s12603-009-0020-2>
133. Heitor SFD, Rodrigues LR, Dias FA, Martins NPF, Tavares DM dos S. Fatores associados à constipação intestinal em idosos residentes na zona rural. *Rev Eletrônica Enferm* [Internet]. 2013 Dec 31;15(4). Available from: <http://revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/20546>
134. American College of Gastroenterology Chronic Constipation Task Force. An Evidence-Based Approach to the Management of Chronic Constipation in North America. *Am J Gastroenterol* [Internet]. 2005 Jul;100(s1):S1–4. Available from: http://www.nature.com/doifinder/10.1111/j.1572-0241.2005.50613_1.x
135. Barish CF, Drossman D, Johanson JF, Ueno R. Efficacy and Safety of Lubiprostone in Patients with Chronic Constipation. *Dig Dis Sci* [Internet]. 2010 Apr 11;55(4):1090–7. Available from: <http://link.springer.com/10.1007/s10620-009-1068-x>
136. Müller-lissner S, Rykx A, Kerstens R, Vandeplassche L. A double-blind, placebo-controlled study of prucalopride in elderly patients with chronic constipation. *Neurogastroenterol Motil* [Internet]. 2010 Jun 7;22(9):991–e255. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1365-2982.2010.01533.x>
137. Mueller-Lissner S, Kamm MA, Wald A, Hinkel U, Koehler U, Richter E, et al. Multicenter, 4-Week, Double-Blind, Randomized, Placebo-Controlled Trial of

- Sodium Picosulfate in Patients With Chronic Constipation. *Am J Gastroenterol* [Internet]. 2010 Apr;105(4):897–903. Available from: <http://journals.lww.com/00000434-201004000-00033>
138. Lembo AJ, Kurtz CB, MacDougall JE, Lavins BJ, Currie MG, Fitch DA, et al. Efficacy of Linaclotide for Patients With Chronic Constipation. *Gastroenterology* [Internet]. 2010 Mar;138(3):886-895.e1. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0016508509022471>
139. QUIGLEY EMM, VANDEPLASSCHE L, KERSTENS R, AUSMA J. Clinical trial: the efficacy, impact on quality of life, and safety and tolerability of prucalopride in severe chronic constipation - a 12-week, randomized, double-blind, placebo-controlled study. *Aliment Pharmacol Ther* [Internet]. 2009 Feb;29(3):315–28. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1365-2036.2008.03884.x>
140. Thayalasekeran S. Novel therapies for constipation. *World J Gastroenterol* [Internet]. 2013;19(45):8247. Available from: <http://www.wjgnet.com/1007-9327/full/v19/i45/8247.htm>
141. Gordon M, MacDonald JK, Parker CE, Akobeng AK, Thomas AG. Osmotic and stimulant laxatives for the management of childhood constipation. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2016 Aug 17; Available from: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD009118.pub3>
142. Katzung BG. *Basic & Clinical Pharmacology*. McGraw-Hill; 2017. 1250 p.
143. Quigley EMM, Neshatian L. Advancing treatment options for chronic idiopathic constipation. *Expert Opin Pharmacother* [Internet]. 2016 Mar 3;17(4):501–11. Available from: <http://www.tandfonline.com/doi/full/10.1517/14656566.2016.1127356>
144. Cash BD, Epstein MS, Shah SM. A Novel Delivery System of Peppermint Oil Is an Effective Therapy for Irritable Bowel Syndrome Symptoms. *Dig Dis Sci* [Internet]. 2016 Feb 29;61(2):560–71. Available from: <http://link.springer.com/10.1007/s10620-015-3858-7>
145. Belsey JD, Geraint M, Dixon TA. Systematic review and meta analysis:

- polyethylene glycol in adults with non-organic constipation. *Int J Clin Pract* [Internet]. 2010 Jun;64(7):944–55. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1742-1241.2010.02397.x>
146. Bardisa-Ezcurra L, Ullman R, Gordon J. Diagnosis and management of idiopathic childhood constipation: summary of NICE guidance. *BMJ* [Internet]. 2010 Jun 1;340(jun01 2):c2585–c2585. Available from: <http://www.bmj.com/cgi/doi/10.1136/bmj.c2585>
147. Hussain ZH, Whitehead DA, Lacy BE. Fecal impaction. *Curr Gastroenterol Rep* [Internet]. 2014 Sep;16(9):404. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25119877>
148. Hempel S, Newberry S, Ruelaz A, Wang Z, Miles JN V, Suttorp MJ, et al. Safety of probiotics used to reduce risk and prevent or treat disease. *Evid Rep Technol Assess (Full Rep)* [Internet]. 2011 Apr;(200):1–645. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23126627>
149. Ioannidis JPA. Adverse Events in Randomized Trials. *Arch Intern Med* [Internet]. 2009 Oct 26;169(19):1737. Available from: <http://archinte.jamanetwork.com/article.aspx?doi=10.1001/archinternmed.2009.313>
150. Banaszkiwicz A, Szajewska H. Ineffectiveness of *Lactobacillus GG* as an adjunct to lactulose for the treatment of constipation in children: a double-blind, placebo-controlled randomized trial. *J Pediatr* [Internet]. 2005 Mar;146(3):364–9. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15756221>
151. Bu L-N, Chang M-H, Ni Y-H, Chen H-L, Cheng C-C. *Lactobacillus casei rhamnosus Lcr35* in children with chronic constipation. *Pediatr Int* [Internet]. 2007 Aug;49(4):485–90. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17587273>
152. Vandenplas Y, Benninga M. Probiotics and functional gastrointestinal disorders in children. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* [Internet]. 2009 Apr;48 Suppl 2:S107-9. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19300120>

153. Chmielewska A, Szajewska H. Systematic review of randomised controlled trials: probiotics for functional constipation. *World J Gastroenterol* [Internet]. 2010 Jan 7;16(1):69–75. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20039451>
154. Gibas-Dorna M, Pia,tek J. Functional constipation in children - Evaluation and management. *Prz Gastroenterol*. 2014;9(4):194–9.
155. Bekkali N-L-H, Bongers ME, Van den Berg MM, Liem O, Benninga MA. The role of a probiotics mixture in the treatment of childhood constipation: a pilot study. *Nutr J* [Internet]. 2007 Aug 4;6:17. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17683583>
156. Huang R, Hu J. Positive effect of probiotics on constipation in children: A systematic review and meta-analysis of six randomized controlled trials. *Front Cell Infect Microbiol*. 2017;7(APR):1–9.
157. Borowitz SM, Cox DJ, Kovatchev B, Ritterband LM, Sheen J, Sutphen J. Treatment of Childhood Constipation by Primary Care Physicians: Efficacy and Predictors of Outcome. *Pediatrics* [Internet]. 2005 Apr 1;115(4):873–7. Available from: <http://pediatrics.aappublications.org/cgi/doi/10.1542/peds.2004-0537>
158. Elshimy N, Gallagher B, West D, Stringer MD, Puntis JW. Outcome in children under 5 years of age with constipation: a prospective follow-up study. *Int J Clin Pract* [Internet]. 54(1):25–7. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10750255>
159. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Serviços farmacêuticos na atenção básica à saúde [Internet]. 2014. 108 p. Available from: <http://editora.saude.gov.br/>
160. National Institute for Health and Care Excellence. Quality standard on constipation in children and young people [Internet]. 2014. Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/qs62>
161. Madani S, Tsang L, Kamat D. Constipation in children: A practical review. *Pediatr Ann*. 2016;45(5):e189--e196.

162. Nurko S, Zimmerman LA. Evaluation and treatment of constipation in children and adolescents. *Am Fam Physician* [Internet]. 2014 Jul 15;90(2):82–90. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25077577>
163. Rungsiprakarn P, Laopaiboon M, Sangkomkarn US, Lumbiganon P, Pratt JJ. Interventions for treating constipation in pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2015;(9). Available from: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD011448.pub2>
164. Turawa EB, Musekiwa A, Rohwer AC. Interventions for treating postpartum constipation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2014;2014(9).
165. Cullen G, O'Donoghue D. Constipation and pregnancy. *Best Pract Res Clin Gastroenterol* [Internet]. 2007;21(5):807–18. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17889809>
166. Prather CM. Pregnancy-related constipation. *Curr Gastroenterol Rep* [Internet]. 2004 Oct;6(5):402–4. Available from: <http://link.springer.com/10.1007/s11894-004-0057-7>
167. Bradley CS, Kennedy CM, Turcea AM, Rao SSC, Nygaard IE. Constipation in Pregnancy. *Obstet Gynecol* [Internet]. 2007 Dec;110(6):1351–7. Available from: <http://journals.lww.com/00006250-200712000-00022>
168. Shafe ACE, Lee S, Dalrymple JSO, Whorwell PJ. The LUCK study: Laxative Usage in patients with GP-diagnosed Constipation in the UK, within the general population and in pregnancy. An epidemiological study using the General Practice Research Database (GPRD). *Therap Adv Gastroenterol* [Internet]. 2011 Nov 8;4(6):343–63. Available from: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1756283X11417483>
169. Trottier M, Erebara A, Bozzo P. Treating constipation during pregnancy. *Can Fam Physician* [Internet]. 2012 Aug;58(8):836–8. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22893333>
170. Derbyshire E, Davies J, Costarelli V, Dettmar P. Diet, physical inactivity and the prevalence of constipation throughout and after pregnancy. *Matern Child Nutr*

- [Internet]. 2006 Jul;2(3):127–34. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1740-8709.2006.00061.x>
171. Pate RR. Physical activity and public health. A recommendation from the Centers for Disease Control and Prevention and the American College of Sports Medicine. *JAMA J Am Med Assoc* [Internet]. 1995 Feb 1;273(5):402–7. Available from: <http://jama.ama-assn.org/cgi/doi/10.1001/jama.273.5.402>
 172. Artal R. Guidelines of the American College of Obstetricians and Gynecologists for exercise during pregnancy and the postpartum period. *Br J Sports Med* [Internet]. 2003 Feb 1;37(1):6–12. Available from: <http://bjsm.bmj.com/cgi/doi/10.1136/bjsm.37.1.6>
 173. Royal Pharmaceutical Society. *British National Formulary*. 60th. London: BMJ Publishing Group Ltd and Royal Pharmaceutical Society; 2010.
 174. Tytgat GN, Heading RC, Muller-Lissner S, Kamm MA, Scholmerich J, Berstad A, et al. Contemporary understanding and management of reflux and constipation in the general population and pregnancy: a consensus meeting. *Aliment Pharmacol Ther* [Internet]. 2003 Aug;18(3):291–301. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1046/j.1365-2036.2003.01679.x>
 175. Marlett JA, McBurney MI, Slavin JL. Position of the American Dietetic Association. *J Am Diet Assoc* [Internet]. 2002 Jul;102(7):993–1000. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0002822302902282>
 176. Portalatin M, Winstead N. Medical Management of Constipation. *Clin Colon Rectal Surg* [Internet]. 2012 Mar 23;25(01):012–9. Available from: <http://www.thieme-connect.de/DOI/DOI?10.1055/s-0032-1301754>
 177. Wald A. Constipation, diarrhea, and symptomatic hemorrhoids during pregnancy. *Gastroenterol Clin North Am* [Internet]. 2003 Mar;32(1):309–22. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0889855302000699>
 178. Robertson J, Baines S, Emerson E, Hatton C. Constipation management in people with intellectual disability: A systematic review. *J Appl Res Intellect Disabil* [Internet]. 2018;31(5):709–24. Available from:

<http://doi.wiley.com/10.1111/jar.12426>

179. Robertson J, Baines S, Emerson E, Hatton C. Prevalence of constipation in people with intellectual disability: A systematic review. *J Intellect Dev Disabil* [Internet]. 2018 Oct 2;43(4):392–406. Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.3109/13668250.2017.1310829>
180. National Institute for Health and Care Excellence. Clinical Knowledge Summary (CKS): Constipation. 2015.
181. Glover G, Williams R, Branford D, Avery R, Chauhan U, Hoghton, Matthew Bernard S. Prescribing of psychotropic drugs to people with learning disabilities and/or autism by general practitioners in England [Internet]. London: Public Health England; 2015. 67 p. Available from: https://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20160704152031/https://www.improvinghealthandlives.org.uk/publications/1248/Prescribing_of_psychotropic_medication_for_people_with_learning_disabilities_and_autism
182. Hert M De, Hudyana H, Dockx L, Bernagie C, Sweers K, Tack J, et al. Second-generation antipsychotics and constipation: A review of the literature. *Eur Psychiatry* [Internet]. 2011 Jan 16;26(1):34–44. Available from: https://www.cambridge.org/core/product/identifier/S0924933800110107/type/journal_article
183. Humphries K, Traci MA, Seekins T. Nutrition and adults with intellectual or developmental disabilities: systematic literature review results. *Intellect Dev Disabil* [Internet]. 2009 Jun;47(3):163–85. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19489663>
184. Cleaver S, Hunter D, Ouellette-Kuntz H. Physical mobility limitations in adults with intellectual disabilities: a systematic review. *J Intellect Disabil Res* [Internet]. 2009 Feb;53(2):93–105. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1365-2788.2008.01137.x>
185. Emerson E. Underweight, obesity and exercise among adults with intellectual disabilities in supported accommodation in Northern England. *J Intellect Disabil*

- Res [Internet]. 2005 Feb;49(2):134–43. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1365-2788.2004.00617.x>
186. Robertson J, Emerson E, Gregory N, Hatton C, Turner S, Kessissoglou S, et al. Lifestyle related risk factors for poor health in residential settings for people with intellectual disabilities. *Res Dev Disabil* [Internet]. 2000 Nov;21(6):469–86. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0891422200000536>
187. Coleman J, Spurling G. Constipation in people with learning disability. *BMJ* [Internet]. 2010 Jan 26;340(jan26 1):c222–c222. Available from: <http://www.bmj.com/cgi/doi/10.1136/bmj.c222>
188. Bosch J, Van Dyke DC, Smith SM, Poulton S. Role of Medical Conditions in the Exacerbation of Self-Injurious Behavior: An Exploratory Study. *Ment Retard* [Internet]. 1997 Apr;35(2):124–30. Available from: <http://www.aaidjournals.org/doi/abs/10.1352/0047-6765%281997%29035%3C0124%3AROMCIT%3E2.0.CO%3B2>
189. Tory J. Christensen, Joel E. Ringdahl, Joni J. Bosch, Terry S. Falcomata, Jeffrey R. Luke, Marc S. Andelman. Constipation Associated with Self-Injurious and Aggressive Behavior Exhibited by a Child Diagnosed with Autism. *Educ Treat Child* [Internet]. 2008;32(1):89–103. Available from: http://muse.jhu.edu/content/crossref/journals/education_and_treatment_of_children/v032/32.1.christensen.html
190. Carr EG, Smith CE. Biological setting events for self-injury. *Ment Retard Dev Disabil Res Rev* [Internet]. 1995;1(2):94–8. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1002/mrdd.1410010204>
191. Capra SM, Hannan-Jones M. A controlled dietary trial for improving bowel function in a group of training centre residents with severe or profound intellectual disability. *Aust New Zeal J Dev Disabil* [Internet]. 1992 Jan 10;18(2):111–21. Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/07263869200034861>
192. Tse PWT, Leung SSF, Chan T, Sien A, Chan AKH. Dietary fibre intake and

- constipation in children with severe developmental disabilities. *J Paediatr Child Health* [Internet]. 2000 Jun 9;36(3):236–9. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1046/j.1440-1754.2000.00498.x>
193. VEUGELERS R, BENNINGA MA, CALIS EA, WILLEMSSEN SP, EVENHUIS H, TIBBOEL D, et al. Prevalence and clinical presentation of constipation in children with severe generalized cerebral palsy. *Dev Med Child Neurol* [Internet]. 2010 Sep;52(9):e216–21. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1469-8749.2010.03701.x>
194. Emly M, Cooper S, Vail A. Colonic Motility in Profoundly Disabled People. *Physiotherapy* [Internet]. 1998 Apr;84(4):178–83. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S003194060566021X>
195. Bromley D. Abdominal massage in the management of chronic constipation for children with disability. *Community Pract* [Internet]. 2014 Dec;87(12):25–9. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25626289>
196. Connor M, Hunt C, Lindley A, Adams J. Using abdominal massage in bowel management. *Nurs Stand* [Internet]. 2014 Jul 15;28(45):37–42. Available from: <http://rcnpublishing.com/doi/abs/10.7748/ns.28.45.37.e8661>
197. Migeon-Duballet I, Chabin M, Gautier A, Mistouflet T, Bonnet M, Aubert JM, et al. Long-term efficacy and cost-effectiveness of polyethylene glycol 3350 plus electrolytes in chronic constipation: a retrospective study in a disabled population. *Curr Med Res Opin* [Internet]. 2006 Jun 25;22(6):1227–35. Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1185/030079906X112543>
198. Zurad EG, Johanson JF. Over-the-counter laxative polyethylene glycol 3350: an evidence-based appraisal. *Curr Med Res Opin* [Internet]. 2011 Jul 23;27(7):1439–52. Available from: <http://www.tandfonline.com/doi/full/10.1185/03007995.2011.580339>
199. van der Heide DC, van der Putten AAJ, van den Berg PB, Taxis K, Vlaskamp C. The documentation of health problems in relation to prescribed medication in people with profound intellectual and multiple disabilities. *J Intellect Disabil Res*

- [Internet]. 2009 Feb;53(2):161–8. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1365-2788.2008.01141.x>
200. Joos E, Mehuys E, Remon JP, Van Winckel M, Boussey K. Analysis of drug use in institutionalized individuals with intellectual disability and tube feeding. *Acta Clin Belg* [Internet]. 2016 Mar 3;71(2):76–80. Available from: <http://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/17843286.2015.1122332>
201. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Relação Nacional de Medicamentos - RENAME 2020 [Internet]. 2019. 217 p. Available from: <http://conitec.gov.br/en/renome18>
202. Brasil. Diretrizes metodológicas: ferramentas para adaptação de diretrizes clínicas. Ministério da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2014. 108 p.
203. Guyatt GH, Oxman AD, Vist GE, Kunz R, Falck-Ytter Y, Alonso-Coello P, et al. GRADE: an emerging consensus on rating quality of evidence and strength of recommendations. *BMJ* [Internet]. 2008 Apr 26;336(7650):924–6. Available from: <https://www.bmj.com/lookup/doi/10.1136/bmj.39489.470347.AD>

15. Apêndice I: Metodologia de busca e literatura eleita

Para o fomento da construção da diretriz clínica de constipação intestinal autolimitado com foco no cuidado farmacêutico foi utilizado o método ADAPTE. Esse consiste na atualização de diretrizes conforme se identifica novas evidências que surgem ao longo do tempo e se essas são suficientes para promover uma atualização.(202) O processo de desenvolvimento requer a definição de um escopo e propósito da nova diretriz com base nas questões de saúde a se investigar, a busca ativa nas bases de dados sobre o tema e sobre evidências atualizadas, filtro da literatura encontrada e avaliação da qualidade desses. (202) Após essa etapa, redige-se a diretriz e submete a processos de revisões até a versão final. (202)

- **Busca de literatura**

As buscas foram realizadas entre setembro e novembro de 2019. Consistiu-se nesse período a eleição de documentos em: a) bases de síntese de evidências, b) busca por protocolos clínicos e diretrizes, c) busca por revisões sistemáticas, d) busca por materiais específicos de cuidado farmacêutico. Foi utilizado como filtro de pesquisa buscas por documentos com até 10 anos de publicação, em inglês, português e espanhol. Os descritores utilizados foram selecionados conforme consulta em Medical Subject Headings (MeSH) – constipation, e Descritores em Ciências da Saúde – BVS (DeCS/MeSH), sendo eles constipação intestinal/constipation/estreñimiento.

Nas bases de síntese de evidências científicas Pubmed, Dynamed Up To Date, Medscape e BMJ Best Practice. Os descritores utilizados foram “Constipation”, buscando referências relacionadas com “Approach to patient, condition, management (Dynamed); management, evaluation (Up To Date); disease/conditions, practice guidelines (Medscape)”.

No mesmo período, foram pesquisados protocolos clínicos e diretrizes sobre o tema nas seguintes bases: Pubmed, Cochrane, National Institute of Care and Excellence (NICE), Biblioteca Virtual em Saúde do Brasil (BVS) e pesquisa em sites de sociedades científicas além das recomendadas pelo Up To Date. Os descritores utilizados foram “Constipation” (NICE), “Constipation” AND “guideline” (BVS), “Constipation (title)” (Pubmed), “Constipation (record title)” (Cochrane) e “Constipation guidelines” para identificação de documentos de sociedades sobre constipação em links recomendados pelo Up To Date.

Para a busca de revisões sistemáticas, utilizou-se Pubmed, Biblioteca Virtual em Saúde Brasil (BVS) e Cochrane. No Pubmed, os descritores selecionados foram “constipation AND management NOT opioid NOT cancer NOT chemotherapy NOT chronic constipation” no título e resumo. Quanto ao BVS, usou-se “Constipation AND review OR metanalysis”. Por fim, os descritores da Cochrane foram “Constipation (record title) NOT chronic constipation”. Em ambas pesquisas, foi utilizado recurso dos próprios sites para seleção de revisões.

Para a busca por materiais específicos de cuidado farmacêutico em constipação intestinal utilizou-se as bases Pubmed, Biblioteca Virtual em Saúde Brasil (BVS), Scopus e o documento do Conselho Federal de Farmácia sobre o Cuidado Farmacêutico no SUS – Constipação. No Pubmed, para essa etapa, foi utilizado a seguinte pesquisa “constipation” (título) AND “pharmaceutical care OR pharmaceutical service NOT cancer NOT palliative care NOT chronic constipation” em título e resumo. No BVS, a opção foi “Constipation’ AND ‘pharmaceutical service”, como assunto principal Farmaceuticos; Serviços Comunitários de Farmácias; Constipação Intestinal; Assistência Farmacêutica. Na base Scopus, os descritores usados foram “constipation” AND “pharmaceutical AND services”(título e resumo) OR “pharmaceutical AND care” (resumo) AND NOT “cancer OR opioid OR chronic AND constipation” (título e resumo), em busca de artigos e revisões.

- **Seleção da bibliografia**

Entre outubro de 2019 a novembro de 2019, o autor em colaboração com mais um avaliador (APC) analisou os títulos coletados conforme os critérios adotados pelo grupo de trabalho para seleção dos textos que seriam utilizados na construção da diretriz clínica de constipação intestinal. Após a revisão dos títulos e resumos, foram excluídos artigos por repetição em outras bases de dados, e comparado a seleção das obras entre os avaliadores. Àquelas que apresentaram divergências na análise (12 obras), coube ao autor a decisão final da seleção.

Para inclusão consideraram os documentos com aspectos gerais (avaliação, diagnóstico diferencial, prevenção, tratamento, manejo) acerca de constipação intestinal/funcional. Os critérios de exclusão resumem em artigos que tivessem como foco constipação crônica, constipação induzida por opioides e outros fármacos, constipação como consequência de quimioterapia, constipação e cuidados paliativos, síndrome do intestino irritável, distúrbios da neuromodulação sacral, artigos com foco

em aplicação hospitalar e temas que não tivessem constipação intestinal como principal. Artigos que possuísem inacessibilidade, ausência de resumo ou redirecionamento prejudicado por algum motivo eram automaticamente excluídos da seleção.

- **Construção da Diretriz Clínica**

No período entre janeiro e fevereiro de 2020, foi realizada a leitura das obras selecionadas, destacando os principais trechos relacionados com a descrição do transtorno, dados epidemiológicos, causas, sinais e sintomas, anamnese do quadro clínico, sinais de alarme, tratamentos e manejo clínico, evolução e acompanhamento. Esses trechos em potenciais de uso foram destacados para uma planilha auxiliar. A síntese dessa diretriz clínica foi realizada entre março a outubro de 2020.

Para a avaliação do grau de recomendação e nível de evidência das condutas envolvidas no manejo da constipação intestinal, utilizou-se o sistema GRADE como base, que classifica o grau de recomendação de uma evidência em forte ou fraca e o nível da evidência que suporta essa recomendação em qualidade alta, mediana, baixa ou muito baixa.(203)

- **Pontos fortes e limitações do Corpo de Evidência**

A metodologia dessa obra possui o foco no manejo e tratamento de constipação intestinal como transtorno autolimitado/menor, no âmbito da atenção primária, pelo profissional farmacêutico. Como esse público é diverso, seja por idade, gênero, etnia e demais condições, há necessidade de uma abordagem ampla e conhecimentos gerais para identificação do problema e avaliação para uma conduta clínica. Assim, as referências científicas obtidas segundo os critérios utilizados para busca seguem essa tendência vista acima.

Por outro lado, observa-se em algumas fontes de pesquisa uma heterogeneidade em conceitos como definição da constipação, em definição da faixa etária a se considerar para crianças. Também, não se observou muitos trabalhos científicos acerca do papel do farmacêutico (assim como muitos outros profissionais da saúde não-médicos) no manejo da constipação, o que pode impactar na qualidade desta obra.

16. Apêndice II: Grupo de pesquisa

(Descrições informadas pelo autor)

Breno Ferreira Rocha Lima – Graduando de Farmácia na Universidade de Brasília; integrante de equipe do projeto Farmácia Baseada em Evidências: Elaboração e Implantação de Diretrizes Clínicas para o Cuidado Farmacêutico em problemas de saúde autolimitados, coordenado pelo Prof. Dr. Rafael Santos Santana.

Bárbara Manuella Cardoso Sodr  Alves – Farmac tica graduada pela Faculdade Guanambi; especialista em Farmacologia Clínica e Prescri o Farmac tica pelo I-Bras; mestre em Ciências Farmac ticas pela Universidade Federal de Sergipe (UFS). Pesquisadora do Laboratório de Ensino e Pesquisa em Farmácia Social (LEPFS/UFS). Doutoranda do Programa de P s-gradua o em Ciências Farmac ticas pela Universidade de Brasília. Integrante do Laboratório de Estudos Farmacêuticos da Universidade de Brasília (LEFAR/UnB).

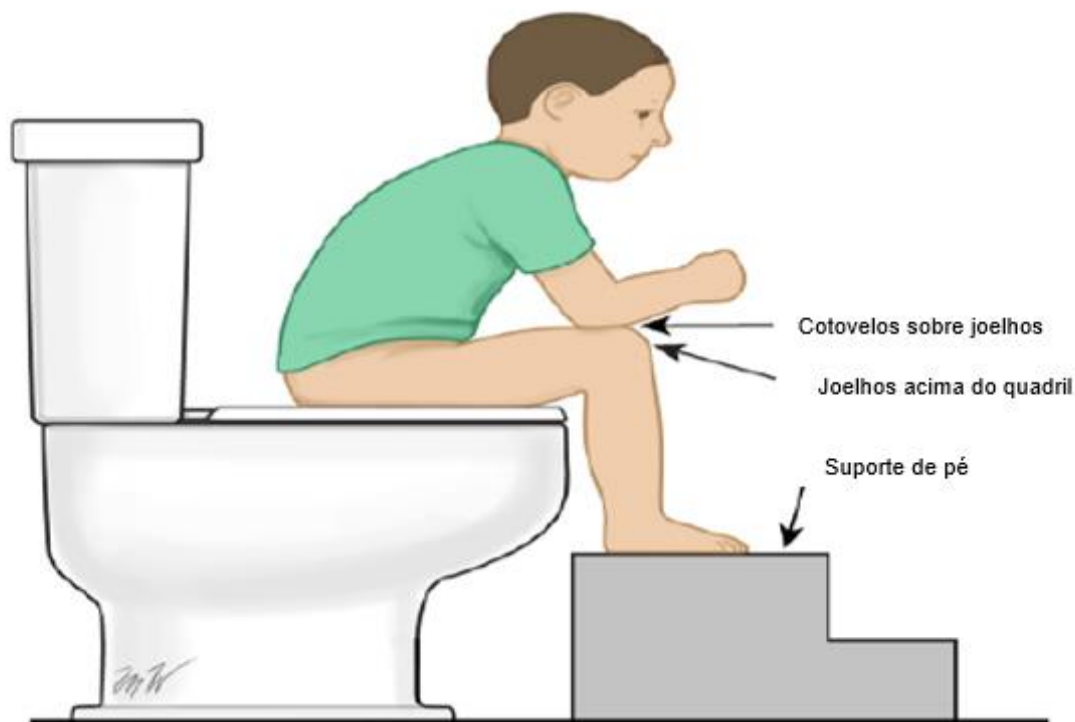
Rafael Santos Santana – Farmac tico graduado pela Universidade de Sergipe e doutor pela Universidade de Brasília (UnB). Coordenador do projeto Farmácia Baseada em Evidências: Elabora o e Implanta o de Diretrizes Clínicas para o Cuidado Farmac tico em problemas de saúde autolimitados. Coordenador do Laboratório de Estudos Farmacêuticos da Universidade de Brasília (LEFAR/UnB). Professor Adjunto da Universidade de Brasília.

Alice Paiva da Costa – Graduanda de Farmácia na Universidade de Brasília; integrante de equipe do projeto Farmácia Baseada em Evidências: Elabora o e Implanta o de Diretrizes Clínicas para o Cuidado Farmac tico em problemas de saúde autolimitados, coordenado pelo Prof. Dr. Rafael Santos Santana.

Declara o de conflitos de interesse: Declaro que não há conflitos de interesses ou vínculos com demais organiza oes de interesse.

17. Apêndice III: Material suplementar

Figura c. Posicionamento adequado no uso do vaso sanitário



Essa ilustração mostra o posicionamento adequado no vaso sanitário com o suporte abaixo dos pés da criança para garantir que os joelhos estejam acima do nível do quadril. Essa posição auxilia o relaxamento do assoalho pélvico e reduz o esforço anal facilitando a propulsão das fezes.

Fonte: Up to Date. Recen-onset constipation in infants and children (em livre tradução pelo autor)

Quadro 16. Quantidade de fibras em cada porção de alimentos

ALIMENTO	PORÇÃO	GRAMAS DE FIBRA
Maça com casca	1 maça média	4.4
Banana	1 banana média	3.1
Laranjas	1 laranja	3.1
Ameixas	1 xícara	12.4
Vagem	1 copo	4.0
Cenoura	½ xícara de fatias	2.3
Ervilhas	1 copo	8.8
Batata (assada com casca)	1 batata média	3.8
Pepino com casca	1 pepino	1.5
Alface	1 xícara de pedaços	0.5
Tomate	1 tomate médio	1.5
Espinafre	1 copo	0.7
Feijão cozido	1 copo	13.9
Aveia cozida	1 copo	4.0
Pão integral	1 fatia	1.9
Amêndoas	½ xícara	8.7

FONTE: Uptodate (2017)

Fonte: Tabela retirada de: Junior A de SR, Bonetti A de F, Bagatim BA de Q, Soares CCR, Vilela FC, De Almeida FHO, et al. Protocolos de Constipação. Conselho Federal de Farmácia