

Assistência farmacêutica frente à obstipação intestinal no idoso

MARCIENI ATAIDE DE ANDRADE¹
MARCOS VALÉRIO SANTOS DA SILVA¹
SIMONE MENDONÇA²
OSVALDO DE FREITAS³

1 Curso de Farmácia da Unopar, doutorandos do Programa de Pós-graduação em Ciências Farmacêuticas, FCF, USP, Ribeirão Preto, SP.

2 Doutoranda do Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, Faculdade de Saúde Pública, USP, São Paulo SP.

3 Docente da Faculdade de Ciências Farmacêuticas de Ribeirão Preto-USP
e-mail: marvasam@hotmail.com

INTRODUÇÃO

A constipação é uma das queixas mais comuns, ao se chegar à terceira idade, atingindo 26% dos idosos do sexo masculino e 34% do sexo feminino. Há uma grande incidência de uso abusivo de laxantes, seja por falta de informação médica ou por um não total esclarecimento sobre a constipação, gerada pela diversidade cultural, teoria do envelhecimento e fatores biopsicossociais (DIAS *et al.*, 2000).

De acordo com Cabrera (1997) e López (1996), no processo de envelhecimento, muitas alterações no aparelho digestivo são notadas, que, em nível motor, vão desde uma mastigação dificultosa, até uma diminuição da musculatura faríngea e colônica. No âmbito nutricional, ocorre a perda da sensibilidade gustativa, diminuição da sede, diminuição da absorção de água, eletrólitos, vitamina D, cálcio e ferro. Ocorre também atrofia da mucosa gástrica, hipocloridria e diminuição de clearance hepático.

Este alto índice de constipação nos idosos pode estar relacionado a uma série de modificações no intestino grosso, como atrofia da mucosa, alterações morfológicas das glândulas mucosas, infiltração celular da mucosa e lâmina própria, hipertrofia da camada muscular da mucosa, aumento do tecido conjuntivo e esclerose arteriolar (CARVALHO FILHO & PAPALEO NETTO, 2000). Uma diminuição da motilidade do cólon é gerada pela atonia muscular generalizada, que ocorre no envelhecimento, pois ao passar dos anos, a parede abdominal se torna mais fraca por diminuição da força muscular (DIAS *et al.*, 2000).

No entanto, Petticrew *et al.* (1997), em revisão de diversos trabalhos, concluíram que a constipação não está relacionada necessariamente ao envelhecimento *per se*, mas, sim, à diminuição da ingestão de líquidos e sedentarismo, que acabam ocorrendo mais frequentemente em idosos.

Segundo Faro (2000), a constipação ou obstipação, conhecida popularmente como “intestino preso”, é a redução da frequência de evacuações, normalmente, ultrapassando um período de três dias, – o que Dias *et al.* (2000) consideram como frequência normal – a frequência de três vezes, ao dia, até três vezes por semana – levando a um endurecimento das fezes, obrigando a um grande esforço para evacuar, juntamente com a sensação de evacuação incompleta e dolorosa.

Em um sentido mais amplo da palavra, a constipação possui alguns significados como: menor frequência das evacuações; evacuação de volume de fezes menor que o normal; falta de resposta à urgência da evacuação; dificuldade de expulsão retal das fezes; sensação de completo esvaziamento intestinal (SOARES *et al.*, 1991).

Inúmeros fatores podem levar à constipação, que vão desde o psicológico, uso de medicamentos, sedentarismo, tipo de alimentação, até o patológico (DIAS *et al.*, 2000). Em uma abordagem inicial do problema, é importante caracterizar a constipação: se a mesma é crônica (ocorre a mais de dois anos), ou se é aguda; se o paciente foi submetido a alguma cirurgia, ou está tomando alguma medicação que possa induzir a constipação.

Na maior parte das vezes, a constipação está associada ou é intensificada pelos hábitos alimentares (dieta pobre em fibras e baixa ingestão de líquidos), bem como a falta de atividade mastigatória, diminuição do gosto, olfato, dificuldade visual e horário das refeições.

É importante, no entanto, que enfermidades como obstruções do trato intestinal, tumores, megacolon, enterocolite isquêmica, diabetes e hipotireoidismo, sejam investigadas prontamente, especialmente no paciente idoso.

CONSTIPAÇÃO INTESTINAL

Definição

A constipação ou obstipação intestinal consiste em um distúrbio caracterizado com base em diferentes parâmetros fisiológicos de defecação, incluindo a frequência das evacuações, o peso das fezes, o tempo de trânsito, o esvaziamento retal e o conteúdo de água das fezes, que, contendo menos do que 75% de água são endurecidas e não moldáveis até o ponto de mostrarem fragmentação. Clinicamente, o sintoma da constipação na maioria das vezes significa menos do que três evacuações por semana com sintomas ou dificuldade no esvaziamento retal. Entretanto, o peso individual das fezes correlaciona-se melhor com o tempo de trânsito do que com a frequência das evacuações, e muitos pacientes mesmo com severas queixas de constipação tem um trânsito global do intestino grosso normal (PONTES & FREITAS, 1985; COELHO, 1996).

Causas

De acordo com Edwards *et al.* (1998), para a maioria dos idosos, há provavelmente múltiplos fatores contribuintes, como:

- **Fatores Dietéticos:** ingestão calórica inadequada, ingestão inadequada de líquidos, dieta pobre em fibras, dieta rica em gorduras e em alimentos refinados, má dentição, problemas de deglutição, alimentação por sonda.

A causa mais comum da constipação é a falta de estímulo adequado para o funcionamento normal do intestino, gerado pela baixa ingestão de alimentos. Ainda que os alimentos sejam ingeri-

dos em quantidade razoável, sua composição pode não ser adequada. A alimentação com alto teor de fibra vegetal, precisamente chamada de fibra alimentar, apresenta propriedade hidrofílica, que concorre para retenção de água e aumenta o bolo fecal. A colonização bacteriana, por sua ação sobre a celulose, contribui, também, para este aumento do volume fecal. Neste processo, formam-se ácidos graxos de cadeia curta, que estimulam a peristalse e a secreção do cólon (SOARES *et al.*, 1991).

Os alimentos industrializados, pobre em fibras (em relação aos alimentos naturais), foram sendo incorporados gradualmente na rotina da população, fazendo com que esta passasse a notar a mudança gerada em seus hábitos evacuatórios (SOARES *et al.*, 1991).

- **Funcionais:** Banheiros inadequados, maus hábitos intestinais, fraqueza, imobilidade / falta de exercício (sedentarismo).

O sedentarismo e a falta de exercícios físicos irão colaborar para o surgimento dos sintomas, pois eles contribuem para a eficácia dos movimentos peristálticos e para o desenvolvimento da musculatura abdominal, que irá atuar no hábito da defecação (SOARES *et al.*, 1991).

- **Distúrbios Colônicos/Anorretais:** isquemia, obstrução pós cirúrgica, retoccele ou prolapso retal, tumores, vôlvulo ou megacólon, fissuras ou hemorroidas, fístulas ou abscessos, fibrose por radiação, constrição, aumento prostático, diverticulose.
- **Distúrbios Neurogênicos:** lesões na medula espinhal, doença de Parkinson, acidentes cérebro vasculares (der-

rame cerebral), demência, tumores cerebrais, traumas cranianos e medulares.

- **Distúrbios Endócrinos/Metabólicos:** diabete, hipotireoidismo, hiperparatireoidismo, hipocalcemia, hipercalemia, uremia.
- **Medicamentos:**

Vários medicamentos são responsáveis por causar constipação como efeito adverso, como por exemplo *analgésicos narcóticos e anti-inflamatórios não esteroidais*; os *antiácidos* hidróxido de alumínio e carbonato de cálcio; *anti-hipertensivos* e *antiarrítmicos* bloqueadores do canal de cálcio (especialmente Verapamil); *metais* como bismuto, ferro e *metais pesados*; *anti-histamínicos* (difenidramina e clorfeniramina); *antiespasmódicos* (oxibutina, compostos opiáceos ou barbituráceos); *antilipêmicos* (colestiramina e colestipol); *diuréticos* hidroclorotiazídicos, furosemina e indapamida (Quadro 01).

Medicamentos que atuam no sistema nervoso, também, são meros causadores de constipação. A exemplo disto constam os *anticolinérgicos*; *antidepressivos* tricíclicos e lítio; *simpatomimético* como pseudoefedrina; *anticonvulsivantes* tal a fenitoína, carbamazepina e fenobarbital; *antiparkinsonianos* como bromocriptina, carbidopa/levodopa e amantadina; antipsicóticos (aloperidol, risperidona e fenotiazínicos); *bloqueadores ganglionares* como trimetafan; *sedativos* (diazepam, flurazepam e tiotixene) (SCHAFFER & CHESKIN, 1998; EDWARDS *et al.*, 1998; SOARES *et al.*, 1991; DIAS *et al.*, 2000; HYAMS & ROYLAN-CE, 1985).

Tabela 1 – Fármacos capazes de produzir obstipação intestinal

Analgésicos <i>Grupo de AINE</i> Ácido acetilsalicílico Naproxeno Ibuprofeno <i>Grupo dos opiáceos</i> Morfina Codeína Meperidina Metadona	Antitussígenos Codeína Dextrometorfano Antiácidos Carbonato de cálcio Hidróxido de alumínio Fosfato de alumínio	Fármacos cardiovasculares Bloqueadores de cálcio Verapamila Nifedipina Diltiazina Antihipertensivos Diuréticos Simpaticolíticos Bloqueadores ganglionares
---	--	--

Fonte: Lozano (2000)

Além disso, o uso abusivo ou inadequado de laxantes acaba por induzir a constipação, por tornar o intestino “viciado” nestes medicamentos, ou seja, só funciona com a presença de laxantes.

Como toda causa tem sua consequência, a constipação, também, tem suas complicações.

Consequências e complicações

Além de existirem muitos idosos constipados, há aqueles que consideram-se constipados, mesmo sem o serem, pois é comum a preocupação com o próprio intestino em pessoas com idade avançada. Além do desconforto que a constipação provoca, ela pode levar a várias complicações (HYAMS & ROYLAN-CE, 1985).

Abuso de laxantes

O abuso de laxativos por tempo prolongado pode levar a um ciclo vicioso, onde as evacuações espontâneas satisfatórias podem não ocorrer e podem até piorar a constipação, pois o cólon completamente esvaziado pelo uso de laxantes irá prejudicar o tônus e o peristaltismo (ZEITUNE, 1990; DANI & CASTRO, 1993).

De acordo com Dias *et al.* (2000), “o uso crônico de laxativos pode resultar em uma variedade de sintomas entéricos, incluindo diarreia, fragilidade da parede, aumento da secreção associada a aumento da motilidade colônica, acidose ou alcalose metabólica e melanose coli (condição de pigmentação da mucosa colônica)”.

Alterações secundárias ao uso crônico de laxativos é classicamente chamada de “cólon catártico” (HEILBRUN & BERNS-TEIN, 1955), citado por Dani & Castro (1993). No cólon catártico há perda da inervação intrínseca e hipotrofia do músculo liso, e melanose do cólon, além de alterações hidroeletrólíticas que acarretará depleção de eletrólitos, principalmente de potássio.

Outras consequências

De acordo com Hyams & Roylance (1985), a principal complicação da constipação é o fecaloma.

“A retenção fecal mais absorção de fluido no intestino grosso leva a endurecimento das fezes, que são agrupadas pelas ondas peristálticas e lubrificadas pela secreção de muco. O

fecaloma distende o reto em demasia; mas ocasionalmente pode ocorrer mais acima no cólon enquanto que o reto permanece vazio. Às vezes ocorre fecaloma de uma grande massa de fezes em pacientes fracos”.

O fecaloma pode ameaçar a vida do paciente, pois pode causar outros problemas, como mal-estar, fadiga, retenção urinária, incontinência urinária e fecal, fissura anal, hemorróida, úlcera estercoral e obstrução intestinal (EDWARDS *et al.* 1998).

Hyams & Roylance (1985) afirmam que a constipação pode levar os pacientes a terem, também, distúrbios mentais, pois pode causar inquietação e confusão, também pode levar a um sangramento retal, que pode ser devido ulceração da mucosa.

Levam, ainda, a efeitos gastrointestinais, como megacólon, com cólon atônico, ou volvo do cólon, produzindo obstrução intestinal. Pode ocorrer angina pectoris e alterações do eletrocardiograma em consequência a uma intensa distensão gasosa do intestino.

Os mesmos autores dizem que o esforço pode levar a efeitos colaterais na circulação arterial coronária, cerebral e periférica. Nos idosos com doença vascular cerebral, pode resultar em ataques isquêmicos transitórios e síncope. Devido a essas consequências da constipação, é necessário realizar um tratamento adequado para não que não haja complicações maiores que comprometam a saúde do idoso.

Tratamento

Muitos fatores podem gerar a constipação, portanto o tratamento deve ser individualizado, de acordo com a necessidade de cada pessoa. Pessoas paraplégicas ou em uso de analgésicos opióides, por longo tempo, terão tratamento diferente daqueles que estão constipados agudamente, devido ao uso de alguma medicação ou por erros alimentares, por exemplo.

Tratamento não farmacológico

O tratamento não farmacológico deve ser indicado a todos os pacientes com queixa de constipação. Esse tratamento pode resolver o problema e, assim, evitar o uso de laxativos (ZEITUNE, 1990; BARRETO FILHO, 2002).

Hábito intestinal e adequação da postura

Antes de iniciar um tratamento farmacológico, deve-se empregar uma rotina evacuatória, ou seja, adotar horários diários para evacuação. Faro (2000) sugere que as evacuações sejam feitas, após as refeições, aproveitando-se o reflexo gastrocólico. Uma massagem feita da direita para a esquerda com a mão espalmada, se realizada, após 30 minutos das refeições, pode contribuir para a estimulação da motilidade intestinal.

A postura, também, é um fator importante, durante o ato evacuatório. De acordo com Dias *et al.* (2000), a postura correta seria: a pessoa sentada com os pés apoiados no solo, costas retas ou levemente fletidas (aumento da pressão intra-abdominal).

Edwards *et al.* (1998) afirmam que a posição de cócoras é a melhor, mas quase sempre é impossível para os idosos, que precisam de sanitários elevados. A posição pode ser estimulada, nestes casos, com um banquinho, em que se apóiam os pés. Deve-se instruir o paciente a inclinar-se para frente e usar as mãos para aplicar uma pressão firme no abdômen inferior.

Para Hyams & Roylance (1985), as acomodações sanitárias são importantes, pois, ao mesmo tempo em que os vasos sanitários baixos são difíceis de ser utilizados por pessoas idosas, um certo grau de agachamento ajuda na defecação. Por isso, se o vaso for muito alto poderá prejudicar na defecação.

Dieta

A alimentação é um papel crítico na função intestinal, principalmente nos idosos. Por isso, deve-se fazer uma reeducação alimentar, incluindo a utilização de fibras. (SCHAEFER & CHESKIN, 1998). Para Soares *et al.* (1991), a ingestão de alimentos estimula a atividade motora do cólon. “O aumento da motilidade do cólon após as refeições tem sido denominado reflexo gastrocólico”.

De acordo com os mesmos autores acima citados, o termo reflexo gastrocólico não é adequado, pois tem sido mostrado que em indivíduos submetidos à gastrectomia total, a resposta da motilidade do cólon ocorre da mesma maneira. Assim, a presença do estômago parece desnecessária na produção da resposta pós-prandial do cólon. A participação hormonal nessa resposta é bastante sugestiva, referindo-se à neurotensina, mas ainda não se tem conclusão definitiva.

Fibras

Na tentativa de clarear o conceito de fibra alimentar, cientistas têm optado por definir a fonte individual das fibras pela sua propriedade física. As classificações de fibras amplamente usadas são as fibras solúveis em água ou viscosas, que formam gel e fibras insolúveis em água. Esta distinção é conveniente, porque muitos dos efeitos fisiológicos das fibras parecem estar baseados nesta propriedade.

Tamanho da partícula, capacidade de reter água, viscosidade, capacidade de troca de cátions e potencial de ligação são específicos para muitas fontes de fibras. A estrutura química é o maior fator na determinação das suas propriedades físicas DREHER, 1987).

A fibra alimentar não é uma substância uniforme. É uma mistura de complexos de substâncias orgânicas, cada uma tendo suas propriedades físicas e químicas. “Fibra alimentar são substâncias resistentes à hidrólise de enzimas digestivas do homem” (TROWELL *et al.*, 1976), citado por Slark & Madar (1994). Com exceção da lignina, que é um componente da parede celular das plantas, fibras alimentares são carboidratos naturais. Ela absorve a água da luz intestinal em forma de gel, assegurando maciez e volume ao conteúdo fecal (SOARES, 1991).

A ingestão de fibra diminui a prevalência de constipação e outras desordens gastrointestinais, incluindo doença diverticular e câncer colorretal. As fibras aumentam o volume fecal, diminuindo o tempo de trânsito intestinal (SCHAEFER & CHESKIN, 1998).

Soares *et al.* (1991) afirmam também que as principais vantagens do uso de fibras são devido as seguintes propriedades:

“tornam as fezes mais macias pela propriedade hidrófila, graças a qual contribuem para a retenção de água no intestino, tornando-as mais fáceis de serem eliminadas; favorecem o aumento do volume fecal; (...); estimulam o crescimento de bactérias do cólon, que têm papel importante na digestão da celulose.”

A morfologia do intestino sofre alterações devido à ingestão de fibras, em longo prazo. As mudanças ocorrem na estrutura das vilosidades intestinais, e outros fatores, tais como taxa de migração celular e o número de células. Estes mecanismos de adaptação, também, influenciam na absorção de nutrientes no intestino delgado (CALIXTO, 1998).

As fibras solúveis estão presentes, especialmente, nas frutas, aveia, cevada, legumes em geral e, particularmente, no feijão. O repolho, a couve-flor, a alface, a cenoura, a batata e o tomate contêm respectivamente em peso seco, cerca de 40, 33, 37, 29, 14

e 22% de fibras. Entre as frutas, o morango, a maçã, o pêssego, a pêra, a laranja e a banana contêm em peso, respectivamente, cerca de 19, 9, 16, 14 e 6% de fibras (DANI & CASTRO, 1993). Vale lembrar, no entanto, que estes alimentos possuem grande quantidade de água e, para atingir quantidades significativas de fibras alimentares significativas, grande quantidade destes alimentos devem ser ingeridas, o que nem sempre é fácil para um idoso, especialmente aqueles com problemas de dentição ou deglutição.

As fibras insolúveis são representadas especialmente pelas verduras e pela maioria dos grãos de cereais. O farelo de trigo contém 48% de fibra em peso seco, tendo como constituintes principais 32% de polissacarídeos não celulósicos, 8% de celulose e 3% de lignina. O pão de canteio contém 12% de fibras, sendo 11,2% constituídos de polissacarídeos não celulósicos, celulose e lignina, respectivamente (DANI & CASTRO, 1993). A fibra alimentar não é encontrada em produtos animais (carnes, ovos, gorduras) e em doces (HIRSCHBRUCH & CASTLHO, 1999).

A fibra alimentar é principalmente uma estratégia que funciona, a longo prazo, sendo que deve ser introduzida lentamente para não causar flatulência, e sempre acompanhada de grande quantidade de fluidos, para que ela própria não seja um gerador da compactação fecal, especialmente em idosos acamados. Para aqueles com resistência a alimentos com maior teor de fibra alimentar ou dificuldades de mastigação, no mercado existem diversos medicamentos contendo fibras alimentares.

Ingestão líquida

Deve-se salientar a sua importância da água na formação do bolo fecal, no trânsito das fezes, evitando a impactação e a desidratação. Não se deve caracterizar a obrigatoriedade da água, podendo ser substituído por outros fluidos. Como citado por Faro (2000), é proposto o oferecimento de chás, sucos, observando-se que estes não provoquem flatulência e que estejam dentro das possibilidades do idoso. Porém há uma contradição por parte de Edwards *et al.* (1998) consideram que a água é o líquido ideal, já que bebidas cafeinadas e alguns sucos de frutas podem causar diurese, o que pode exacerbar a constipação.

Edwards *et al.* (1998) afirmam que se não há restrição hídrica devido a problemas cardíacos ou renais, um objetivo apropriado é 2 a 3 litros diários. Isto deve ser feito gradualmente para melhorar a cooperação do paciente.

Exercícios

A atividade física é importante para a melhora da constipação, desde que o idoso tenha condições de executá-la. Os pacientes que andam, devem ser encorajados a caminhar 20 minutos, diariamente. Os indivíduos que estão acamados ou presos a cadeira de rodas podem se beneficiar de um programa de exercícios que envolve virar-se de um lado para outro, girar o tronco ou exercitar os braços, recomendam Edwards *et al.* (1998).

Tratamento farmacológico

Há uma certa tendência entre os especialistas à prescrição inicial de *laxantes que atuam pelo aumento do volume do bolo fecal*, confiando na grande incidência de erros dietéticos da nossa população (PRADO *et al.*, 1999). Segundo a American Dietetic Association (ADA), recomenda-se para um adulto sadio o consumo de 20 a 35 g/dia ou 10 a 13 g/fibras para cada 1000 kcal ingeridas (WAITZBERG, 2000).

O acréscimo de fibras por meio do farelo de trigo, mucilagens, “in natura” ou contidos em medicamentos industrializados (TriFibra Mix, Metamucil, AgioFibra, Loraga, Biofiber, PlantaBen, Ágar-Ágar), busca reproduzir o que acontecia fisiologicamente com uma ingestão correta de fibras pela alimentação. São

produtos cuja utilização prolongada não oferece riscos colaterais importantes, mas podem, numa fase inicial, tornar mais exuberantes alguns sintomas desconfortáveis, como distensão e dor abdominais, meteorismo e flatulência.

Um segundo grupo compreende os *laxantes osmóticos*, substâncias pouco ou inabsorvíveis pelo intestino delgado que graças a sua osmolaridade, são retentores de água na luz intestinal (Lactulona, Lactulosum, Supositório de Glicerina) (PRADO *et al.*, 1999).

Óleos minerais têm ação lubrificante tanto da parede intestinal quanto do bolo fecal facilitando sua passagem pela luz colônica e são conhecidos como *laxantes emolientes* (Nujol, Purol, Óleo Mineral, Laxol) (PRADO *et al.*, 1999).

Os conhecidos *laxativos catárticos ou irritantes ou estimulantes* (Enterotonus Sene, Frutalax, Guttalax) compõem um grupo de substâncias derivados antraquinônicos, cuja ação se faz sobre o plexo mientérico, aumentando a motilidade colônica, assim como a secreção de água pelo fêo e cólon. Senosídeos, cáscara sagrada, fenoftaleína, dioctil-sulfossuccinatos, bisacodyl, utilizados em preparados, isoladamente ou em associações, são alguns exemplos. Embora eficientes no seu efeito imediato não é aconselhável sua prescrição generalizada, assim como sua manutenção por períodos prolongados, pois resulta com frequência em complicações grave (PRADO, 1999).

Não há dúvidas de que os laxativos constituem o tratamento mais popular da constipação. Após anos de uso freqüente e vigoroso de laxantes, as evacuações espontâneas e satisfatórias podem não ocorrer, devido à atuação do ciclo vicioso. Com o ato da defecação, o bolo fecal das porções terminais do cólon é exposto, vindo a ocupar o seu lugar o conteúdo imediatamente acima e assim sucessivamente, dando-lhe plenitude essencial para preservar o tônus e o peristaltismo normais, sem que se instale a constipação. Em decorrência do esvaziamento dos cólons, serão necessários dois a três dias, ou mais, para o acúmulo de fezes em quantidade suficiente para desencadear o mecanismo da evacuação. Se o cólon é completamente esvaziado pelo uso de laxantes, ocorrerá prejuízo do tônus e peristaltismo, piorando a constipação. O paciente fica ainda pressionado pela crença que tem da necessidade de defecação diária para evitar a “intoxicação intestinal”. De fato, ter uma evacuação cotidiana é uma das maiores preocupações de um número expressivo de indivíduos (DANI & CASTRO, 1993).

Pacientes ansiosos que não esperam o desencadeamento do processo normal da evacuação, após a ingestão de laxantes, praticam a automedicação, aumentando a dose gradativamente (DANI & CASTRO, 1993).

Os mesmos autores citados acima afirmam que, geralmente, o efeito terminal do uso constante e inadequado é o cólon catártico, onde há perda da inervação intrínseca e hipotrofia do músculo liso, e melanose do cólon, além de alterações hidroeletrolíticas. Do ponto de vista clínico, desenvolve-se preferencialmente nas mulheres. A ingestão crônica de laxativos relaciona-se, habitualmente, com indivíduos psiconeuróticos, e ingestão medicamentosa é freqüentemente dissimulada.

Muito raramente, as pessoas têm conhecimento destes diversos fatores que desencadeiam e predisõem à constipação. Nos dias atuais, tem-se comentado mais – por meio de documentários, revistas e meios de comunicação de fácil acesso à população – sobre a importância dos hábitos alimentares e medicamentosos e suas influências sobre a prisão de ventre (constipação popularmente conhecida).

Um paciente leigo, após desconfiar e reconhecer que possui esta patologia, primeiramente, procura ajuda na farmácia, sendo ela o estabelecimento mais lembrado em situações que oferecem desconfortos ou mínimo risco à saúde.

Muitas vezes, a falta de conhecimento de auxiliares de farmácia e de farmacêuticos faz com que os pacientes sejam “forçados” a utilizar um medicamento cuja racionalidade terapêutica e real indicação nem mesmo os farmacêuticos reconhecem, ou talvez por ser o medicamento mais veiculado em propagandas, mais vendido em seu estabelecimento submetendo o cliente a um efeito nocivo do uso inadequado destes medicamentos.

Logo neste contexto, ações educativas e de saúde pública demandadas pelo Conselho Federal de Farmácia, que reconhece a farmácia como um elemento no contexto da saúde pública, passam a orientar a prática farmacêutica pautada na Resolução 357/2001, fundamentada no conceito de automedicação responsável, em que se vislumbra que o conjunto de conhecimentos técnico-científico do farmacêutico impliquem em uma prática assistencial frente ao processo saúde - doença onde o farmacêutico julgue estar habilitado a intervir sem risco a saúde do consumidor como no caso da constipação apresentada pelos pacientes no âmbito das farmácias.

Atenção farmacêutica na constipação intestinal

O objetivo da atenção farmacêutica é melhorar a qualidade de vida de cada paciente através de resultados definidos na terapia medicamentosa. Antes a qualquer procedimento de orientação e/ou recomendação a prescrição, o farmacêutico deve obter maiores informações clínicas possíveis sobre seu paciente, qualquer informação sobre seu estado fisiológico e patológico, assim como seu estilo de vida, pois são de grande valia, uma vez que estes fatores podem assumir uma grande importância na hora de prevenir ou tratar a constipação intestinal (LOZANO, 2000).

A necessidade de identificação do problema de um paciente que chega à farmácia e solicita um laxante, por exemplo, é de conhecer se existe uma constipação leve, o qual poderá utilizar um laxante, com a finalidade de esvaziar o conteúdo intestinal que pode ser oriundo de uma alimentação inadequada, ou este irá utilizar, com a finalidade de realizar um exame radiológico.

Conhecer as causas que produzem a constipação é o primeiro passo, que pode ser originada em uma dieta baixa em fibras, pouca mastigação de alimentos ou dieta inadequada. Nestes casos, deve-se aconselhar uma mudança de hábitos nutricionais do paciente que pode obter êxito em seu problema se ter a necessidade de utilizar medicamentos laxantes. A ingestão de alimentos ricos em fibras pode resolver, mas lembrando que estes podem produzir hábitos intestinais errados, flatulência, incômodo abdominal, durante as primeiras semanas; esta orientação deve ser evitada para pacientes com hipocalcemia e baixos níveis séricos de ferro, assim como em pessoas acamadas. A estes grupos de pacientes, deverá ser orientada a utilização de agentes formadores de massa fecal, supositórios de glicerina ou lactulona, sendo este último fármaco o mais recomendável para pacientes acamados e diabéticos (LOZANO, 2000; ESTEVA, 2001).

Em idosos a recomendação de produtos laxantes deve ser individualizada, uma vez que muitos destes podem estar submetidos a tratamentos medicamentosos para diversas patologias. Na orientação ao uso correto de medicamentos ao paciente é preciso lembrar que estes devem simular o processo fisiológico (LOZANO, 2000; ESTEVA, 2001).

É importante notificar que em algumas situações o uso de medicamentos que produzem evacuações pode não ser adequado, como, por exemplo, o uso de laxantes não é apropriado para pacientes com constipação associada a patologia intestinal. Assim sendo, o farmacêutico deve recordar ao paciente que os laxantes não devem ser utilizados habitualmente e, sim, para o uso esporádico. Uma vez restabelecida a normalidade, deve ser suspensa tal medicação.

Os laxantes não são medicamentos que atuam a médio e

longo prazo; devem ser eficazes no prazo de uma semana, se não produziram melhora no quando, então o retorno ao médico é necessário.

Não é indicado o uso de laxantes, quando ocorrem dor abdominal, lesões perianais, vômitos, náuseas, obstrução intestinal, a não ser que sejam prescritos por médicos.

CONCLUSÃO

Conceitualmente, a atenção farmacêutica, quanto prática que visa à melhoria da saúde e de qualidade de vida do paciente idoso, para que o mesmo usufrua de todas as potencialidades das terapias que sejam de natureza não farmacológicas, através de intervenções de educação sanitária e farmacológicas que visem a expor o paciente a um menor risco e maior benefício de uma intervenção terapêutica, com o intuito de racionalizar o uso de medicamentos em quadros sintomáticos ou de desconforto, como a obstipação intestinal, requerem um conjunto de informações para uma atuação ética e que valorize a vida do idoso, logo reconhecendo os aspectos de natureza biopsicossocial do paciente e as características do processo saúde - doença.

No que tange o tratamento farmacológico, recomenda-se o uso de supositórios, enemas ou laxativos estimulantes para limpar o reto. Seguido de uma intervenção preventiva, como modificações alimentares, aumento da ingestão de fluidos e educação dos hábitos evacuatórios.

No caso de constipação crônica, agentes formadores de volume devem ser sempre a primeira escolha, pois, neste grupo, geralmente, estão as pessoas com uma ingestão deficiente de fibras alimentares. O uso de agentes osmóticos deve ser considerado como um agente emergencial e, em último caso, o uso de agentes laxativos estimulantes. Sendo que laxativos osmóticos e estimulantes devem ser usados ser em idosos ambulatoriais que estejam acamados.

Em suma, na atenção farmacêutica direcionada à constipação intestinal, a primeira medida de atuação é de tentar solucionar o problema, através de medidas higiênico - dietéticas, como realizar exercício físico moderado, manter uma alimentação rica em líquidos e fibras e em último caso recorrer a utilização de medicamentos tipo laxantes.

Por outro lado, o paciente deve se conscientizar da importância de ter um hábito de defecação diária em um ambiente agradável, de preferência com um horário fixo estabelecido para se dirigir ao banheiro e sem pressa. Cultivando estes hábitos, o paciente estará promovendo sua saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BARRETO FILHO, A. C. P. *Tratamento da constipação crônica na visão do geriatra*. Disponível em: www.geocities.com/geriatria/constipação.html Acessado em 24/10/2002.
2. CABRERA, M. O processo do envelhecimento. In: SIQUEIRA, J. E. *Conhecer a pessoa Idosa*, p. 21-91. Londrina: UEL, 1997.
3. CALIXTO, F. S. Antioxidant dietary fiber product: a new concept and potential food ingredient. *J. Agric. Food Chem.* v.46, p. 4303-306, 1998.
4. CARVALHO FILHO, E. T. & PAPALEO NETTO, M. *Geriatría: Fundamentos, Clínica e Terapêutica*. São Paulo: Atheneu, 2000.
5. COELHO, J. *Aparelho Digestivo: Clínica e Cirurgia*. 2ed. v.1, São Paulo: Medsi, 1996, 1846p.
6. DANI, R.; CASTRO, L. P. *Gastrologia Clínica*. 3ed. São Paulo: Guanabara Koogan, 1993, 447 p.
7. DIAS, A. A. C. *et al.* Constipação no idoso: mitos e verdades. *Rev. Cient. AMECS*, v. 9, n.1, p.35-39, 2000.

8. DREHER, M. L. *Handbook of Dietary Fiber: An Applied Approach*. Marcel New York: Dekker, Inc., 1987.
9. EDWARDS, W. F. *et al.* Constipação. In: FORCIEA, M. A.; MOUREY, R. L. *Segredos em Geriatria*, p. 44-50. Porto Alegre: Artes médicas, 1998, 328 p.
10. ESTEVA, E. Transtornos de la función intestinal. Diarrea y estreñimiento. *Offarm*, v.20, n 3, p.80-92, 2001.
11. FARO, A. C. M. Eliminações. In: DUARTE, Y. A. O & DIOGO, M. J. D. *Atendimento Domiciliar: Um enfoque Gerontológico*. São Paulo: Atheneu, 2000.
12. HIRSCHBRUCH, M.D; CASTILHO, S. *Nutrição e bem-estar para a terceira idade*, São Paulo: CMS, 1999, 119 p.
13. HYAMS, D. E.; ROYLANCE, P. J. Problemas gastrointestinais em idosos. *Revista Brasileira de Medicina*, v. 42 , n. 8, p.277-282, 1985.
14. LÓPEZ, G. *Disfunção gastrointestinal na velhice*. Atualidades em Geriatria v.8, p.10-11, 1996.
15. LOZANO, J. A. Educación sanitaria. Transtornos de la función intestinal. *Offarm*, v.19, n.4, p.93-111, 2000.
16. MANDEL, S. *Enfoque contemporâneo sobre a constipação e a incontinência*. Atualidades em Geriatria n.3, p.47-52, 1996.
17. PETTICREW, M., WATT, I., SHELDON, T. Systematic review of effectiveness of laxatives in the elderly. *Health Techn. Asses.*, v. 1, n.13, 1997.
18. PONTES, J. F; FREITAS, J.A. *Como diagnosticar e tratar gastroenterocolopatia crônica funcional*. *Rev. Bras. Med.* v.42, p.212-225. Jul. 1985.
19. PRADO, F.C. *et al.* *Atualização Terapêutica*. Manual Prático de Diagnóstico e Tratamento. 19 ed., p. 260-261, São Paulo: Artes Médicas, 1999.
20. SCHAFFER, D.C.; CHESKIN, L.J. *Constipation in the elderly*. *American Family Physician* v.58, p.907-914. Set. 1998.
21. SLARK, A.; MADAR, Z. *Dietary fiber*. Functional foods: designer, foods, pharma foods, nutraceuticals, p. 182-192, 1994.
22. SOARES, E.C. *et al.* *Como diagnosticar e tratar constipação intestinal*. *Rev. Brás. Méd.* v. 48 , p.29-3, 1991.
23. ZEITUNE, J.M.R. Constipação intestinal no idoso, *Rev. Bras. Med.*, v. 47, p.15-20, 1990.